



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Livshistoriearbeid i eldreomsorgen

“Vet du hvem jeg er?”

Kari Anne Sande

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Molde, 21.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 17.05.2012

Antall ord: 9976

Sammendrag

Bakgrunn: Livshistoriearbeid i eldreomsorgen er noe som det er blitt større interesse om, siden Robert N. Butler presenterte faguttrykket *Reminiscence* i 1963. Han viser til hvordan eldre bruker mye tid på å tenke tilbake på livet og komme til aksept med både sorger og gleder.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken påvirkning systematisert bruk av pasientens livshistorie har på relasjonen mellom pasient og pleier.

Metoden her er systematisk litteraturstudie med åtte forskningsartikler som basis for resultatene og diskusjon.

Resultatene viser at kjennskap til pasientenes livshistorie gjør dem mer levende for personale og de blir sett på som et individ. Mangel på tid og holdninger fra personale skaper derimot opplevelser av meningsløshet og for å være ”ingen”. Personer med demens blir også fremhevet som egne individer på grunn av deres unike livshistorie.

Konklusjon: Eldreomsorgen i dag er lite tilrettelagt for systematisk bruk av livshistoriearbeid. Det er derimot styrke en å kjenne pasientens historie for så å kunne forstå dem bedre.

Nøkkelord: Livshistorier, eldreomsorg, sykehjem, relasjon, identitet.

Abstract

Background: Life story work in elderly care is something that there is greater interest in since Robert N. Butler presented the terminology Reminiscence in 1963. He shows how the elderly use a lot of their time thinking back on my life and come to agreement with both joys and sorrows.

The purpose of this study was to investigate the impact of systematic use of patient`s life story is on the relationship between patient and caregiver.

The method here is the systematic study of eight research papers as the basis of the results and discussion.

The results show here that the knowledge of patients` life history makes them more alive to staff and was seen as an individual. Lack of time, attitudes of staff created experiences of meaninglessness and to be “nobody”. People with dementia are also highlighted as separate individuals because of their unique life story.

Conclusion: Elderly care today is not very suitable for the systematic use of life story work. However, there is strength in knowing the patient's history in order to understand them better.

Keywords: Life stories, elderly care, nursing home, relationship, identity.

Eg undrast

Som du grev og spør!

Om og etter alt.

Frå finne som skrapar i sky

til låge fjørestein.

Folk seier du spør.

Kva ser du i graset?

Kva ser du der sola stig?

Er det noko merkeleg?

Når vakre dører stengde er,

når eventyr er slutt,

då spør eg.

Du med same stil,

Du som kan leve og teie

for så å spørje,

kan eg følgje deg

ein dag eller to,

kan vi leite og undrast?

Ingeborg L. Bø

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Tema	2
1.2 Hensikten.....	2
1.2.1 Problemstillinger.....	2
1.3 Avgrensning.	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Eldreomsorg	3
2.2 Livshistorie	3
2.2.1 Reminisens, et hjelpemiddel til systematisk bruk av livshistorier	4
2.2.2 Metoder ved livshistoriearbeid.	4
2.3 Relasjon.....	5
2.4 Identitet.	6
2.4.1 Tom Kitwood.....	6
2.4.2 Eriksons teori	6
2.5 Joyce Travelbee	7
2.5.1 Menneske til menneske forholdet.	7
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Litteratursøk	8
3.2 Databaser	9
3.2.1 Søket etter artikler.	9
3.2.2 Inklusjonskriterier:	10
3.2.3 Etisk vurdering.....	10
3.3 Analyse.....	10
3.4 Funn	12
3.4.1 Livshistoriearbeid og gjensidighet på sykehjemmet.	12
3.4.2 Relasjonen mellom pasient og pleier.	13
4.0 Resultatdiskusjon. Systematisk bruk av pasientens livshistorie.	16
4.1 Livshistoriens makt i sykehjemmets hverdag.	16
4.2 Livshistoriens betydning for individualitet i sykehjemmet.....	20
4.3 Initiativ og kreativitet på sykehjemmet.....	25
5.0 Konklusjon	29

Vedlegg 1 Pico skjema.

Vedlegg 2 Oversiktstabell ved litteratursøk.

Vedlegg 3 Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet.

Vedlegg 4 Analyse – Liste over resultater inndelt etter fargekode, kapittel og underkapittel.

1.0 Innledning

Jeg har jobbet i mange grener av helsevesenet, men det er eldreomsorgen som er min ønskejobb. Pasientene kan kreve hele verden i fanget sitt med en gang eller de krever ingenting. Livshistoriearbeid er derfor noe som har vekt min interesse. Med denne oppgaven vil jeg øke min egen kunnskap om temaet og fremme viktigheten av livshistoriearbeid i eldreomsorgen i dag.

Robert N. Butler presenterte i 1963 temaet *Reminiscence*. Han hevdet at det å tenke tilbake var normalt i eldre år. Det ble en måte å oppsummere og komme til aksept med livet og dets sorger og gleder. Senere fulgte studier som skapte nyanser i Butlers tolkning. Liberman og Falk (1971) og Havighurst og Glasser (1972) fremhevet at ikke alle minner var gunstige og at noen eldre ikke hadde nytte av erindringsterapi. McMahon og Thudick (1964) viste at erindring i felleskap kunne være en kollektiv bearbeiding av vanskelige hendelser, i tillegg til integrerende og instruktivt (Thorsen 2005).

I artikkelen ” I hated those darn chickens...”, the power in stories for older adults and nurses, er en viktig tankemåte for helsepersonell på sykehjem beskrevet. Det fremheves at eldre personers liv er en pågående og uferdig historie og at deres erfaring med helsepersonell er en liten, men allikevel betydelig del av deres reise. Å gjenkjenne dette er viktig for å bekrefte verdien av individet (Hirst og Raffin 2001).

Alle mennesker har en historie. De har levd et liv fylt av erfaringer og hendelser. Disse hendelsene og erfaringene danner deres livshistorie. I eldreomsorgen møter helsepersonell mennesker med et langt liv bak seg og dermed også en rik historie. Disse historiene forteller oss hvem disse menneskene er og hvordan de har blitt formet av hendelser og erfaringer de har fått gjennom livet. De eldre menneskene vi møter i dagens eldreomsorg har opplevd mye og er en kilde til kunnskap og erfaring. Det er på bakgrunn av deres historie at vi som helsepersonell kan gi dem pleie og omsorg formet etter deres behov.

1.1 Tema Livshistorier i eldreomsorgen.

1.2 Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken påvirkning systematisert bruk av pasientens livshistorie har på relasjonen mellom pasient og pleier.

1.2.1 Problemstillinger

- Hvilken betydning har bruk av livshistorier i sykehjem, for relasjonen mellom pasient og pleier?
- Hvordan påvirker bruk av livshistorier pasientens identitet?

1.3 Avgrensning.

Denne studien er avgrenset til å innlemme pasienter på sykehjem, som har langtidsplass, og personalet som arbeider der. En kartlegning gjort av Norsk Telegrambyrå (NTB) viser at 80 % av beboerne på sykehjem har en demens sykdom (http://www.kommunal-rapport.no/artikkel/darlig_tilbud_til_demente_pa_sykehjem).

På grunn av dette er personer med demens blitt innlemmet i oppgaven men ikke med fokus.

Kom,
så skal jeg fortelle
en historie.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Eldreomsorg

I store norske medisinske leksikon på nett har Marit Kirkevold beskrevet eldreomsorg som:

.. de tiltak som organiseres av det offentlige eller private organisasjoner for å hjelpe eldre som på grunn av funksjonshemninger ikke klarer seg selv (http://snl.no/.sml_artikkel/eldreomsorg).

I Norge har vi en individualistisk kultur. Dette kommer igjen i Norsk eldreomsorg hvor to av hovedmålene er at den eldre skal kunne leve et trygt og mest mulig verdig og selvstendig liv og at den eldre skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig (stortingsmelding 50). I stortingsmelding 28 om omsorgstjenester står det at disse tjenestene skal bygge på selvstendighet, mestring av egen hverdag, styring av eget liv, respekt, individualitet, privatliv og valgfrihet (Hansen 2010).

Eldreomsorg er en form for ensidig omsorg hvor A yter omsorg og hjelp ovenfor B uten å forvente å få noe igjen. Relasjonen her gjenkjennes ved at den ene parten gir og sørger for den andre (*Kristoffersen 1996). Ken Heap beskriver målsetningen til arbeidere i eldreomsorgen som: “Å hjelpe de eldre brukerne til størst mulig bruk av sine egne resurser” (Heap 2002).

Å kunne se Den andres ansikt og anerkjenne at Den andre er helt unik og samtidig forskjellig fra en selv.

Emanuel Levinas (1906-1995)

2.2 Livshistorie

Livshistorier kan beskrives som et samspill mellom samfunn og individ og kultur og erfaring. Livshistoriene formidler et bilde av hvem man er. Historien man forteller er en konstruksjon av individuelle erfaringer. Det er viktig å tenke på at livshistorier ikke bare er en historie om oss selv, men et bilde av oss selv og hvordan vi er blitt slik vi er; og fortalt slik vi tolker historien vår. (Fosslund og Thorsen 2010).

Gjennom livet både bevarer og forandrer eldre sine verdier og livsmål. De har levd et langt liv hvor de har hatt muligheter og valg. I de eldre år kan de se tilbake på gode og dårlige valg de har tatt og muligheter som har kommet og gått. I alderdommen får livet en form og en tolkning (Fosslund og Thorsen 2010).

2.2.1 Reminisens, et hjelpemiddel til systematisk bruk av livshistorier.

Robert N. Butler, en amerikansk lege, geriater og psykiater, var den første som var faglig interessert i reminisens. Han betegnet det som “life review” og er en vareopptelling av livet. For mennesker er det slik at når vi har færre bekræftende hendelser og kontakter i de nåværende omgivelsene har vi et behov for å gå tilbake og gjenoppleve de hendelsene som gjør oss til den vi er. Vi nøster opp, driver vedlikeholdsarbeid og setter det i sammenheng helt fra barndommen av (Heap 2002).

Livserfaringer, opplevelser, lærdom og refleksjoner blir det som opptar det meste av tankene. Det oppstår et behov for å kunne snakke, få tilbakemeldinger og reaksjoner på dette som nå opptar dem mer og mer. En assosiasjon kan bli tent av de vanligste hendelser (Heap 2002).

Eldre bruker denne speil metoden når de opplever angrep på og nedbrytning av deres identitet. Dermed kan vi si at reminisens er en konstatering av egen identitet. Det betyr at man gjenopplever hendelser og mennesker som har bidratt og forme den man er. Noen ganger reminiserer pasienten på svært ugunstige tidspunkter, men det er da deres måte å gi uttrykk for at de opplever noe som truer deres identitet (Heap 2002).

2.2.2 Metoder ved livshistoriearbeid.

Rachel Thompson (2011) har i sin artikkel, *Using life story work to enhance care*, beskrevet ulike metoder for bruk av livshistoriearbeid med pasienter. Hun fremhever at det er spesielt viktig å velge metoden som er best egnet til personen og den situasjonen denne befinner seg i (Thompson 2011).

Eksempler på metoder (Thompson 2011):

- *Livshistorie collage*. Et kreativt prosjekt skapt i samarbeid med pårørende, personale eller andre. Disse er spesielt gunstige ved institusjonsopphold over lang tid. De vil da være lett tilgjengelig og lett synlig og kan dermed dempe angst og øke opplevelsen av tilfredshet gjennom engasjement og meningsfull aktivitet.
- *Minne boks* er et mer detaljert alternativ. De er vanlig brukt sammen med personer med demens. Disse boksene inneholder visuell og taktil stimuli som hjelper ved deling av informasjon mens sykdommen utvikler seg.
- *Livshistorie bøker eller hefter*. Disse kan utvikles på et tidlig stadium og fylles ut ettersom tiden går. Her vil det ofte være en kombinasjon av informasjon i tekst, historier og bilder av betydning. Innholdet er ofte sentrert rundt milepælene i livet til personen det gjelder. Det er ofte best å fokusere på få epoker av livet fremfor detaljerte stadier. I denne typen arbeid er det ikke anbefalt å ta med traumatiske opplevelser da disse må behandles med sensitivitet.
- *Digitale metoder* som digitale fotorammer eller DVD. Dette gir visuell stimuli. Ved å innlemme musikk eller stemmer styrker det gjenkjenning og kan dempe agitasjon.
- *Brosjyrer eller hefter*. Disse er enkle og konsise samt lett tilgjengelig.

2.3 Relasjon.

Begrepet relasjon kommer fra det latinske ordet *relatio*, som betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Begrepet relasjon brukes i dagligtale om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. (Eide og Eide 2007).

Schibbye (2009) viser til hvordan dialektikken understreker at individet eksisterer i en nær og gjensidig sammenheng med andre. Hun fremhever subjekt – subjekt - synet hvor individet blir fremhevet som noe med en egen opplevelses verden av følelser, tanker og meninger. Dette individet har gjort sine egne fortolkninger av verden, sine syn og sine oppfatninger. Det vil derfor være meget krenkende dersom individets indre opplevelser blir oversett. Ved å utelate den andres subjektive opplevelse utelater vi også den andres evne og rett til å ha et syn på seg selv (Schibbye 2009).

Vi kan ikke forstå den ene parten i en relasjon uavhengig av den andre
(Schibbye 2009: 52).

2.4 Identitet.

Identitet blir av mange brukt som synonym for selvbilde. Identitet er bevisstheten om å være seg selv og kommer frem som følge av selv-vurdering. Identiteten er forskjellig fra selv-begrepet fordi det er opplevelsen av å være tydelig adskilt fra andre. Identiteten er med på å skape bevissthet om seg selv som individ (Hummelvoll 2004).

Tom Kitwood (1997) beskriver identitet som å vite hvem man er både i tankene og følelsene. Det er å ha en kontinuitet med fortiden og dermed en historie å fortelle. Det handler også om å ha en sammenheng mellom forskjellige roller og situasjoner i nåværende liv (Kitwood 1997).

2.4.1 Tom Kitwood

Tom Kitwood (1997) beskriver fem sentrale behov som er i alle mennesker men som ikke er synlig. Stort press, krevende situasjoner eller et gammelt sår som blir revet opp på nytt kan bringe frem disse behovene som er: *trøst, tilknytning, inkludering, sysselsetting og identitet*. Disse behovene overlapper hverandre i det sentrale behovet for kjærlighet. Hos personer med demens er disse behovene mye tydeligere. Dette er på grunn av at de er mer sårbare og har mindre evne til å fremstille seg på en slik måte at behovet blir møtt. Mønsteret for behovet vil variere med personligheten og livshistorien. Intensiteten og tydeligheten av behovet vil øke ved kognitiv svekkelse (Kitwood 1997).

2.4.2 Eriksons teori

Erik H. Erikson utformet en modell som omhandler åtte stadier et menneske gjennomgår fra fødsel til død. Hvert av disse stadiene er preget av sin egen spesielle konflikt. Erikson mente at det var utfallet av denne konflikten som bestemte selvpplevelsen, trivselsgraden, selvrealiseringen og omfanget av utviklingen i den delen av livet. Alderdommens konflikter i følge Erikson er integritet kontra fortvilelse og forakt (Heap 2002).

Integritet er det å oppleve seg selv som hel, å være sin egen person og å ha verdi. Hos eldre betyr det at de aksepterer det livet de har hatt. Dersom opplevelsen av autonomi, selvstyring og verdi for seg selv og andre er truet eller fraværende over tid er dette truende for integriteten. Det vil da oppstå en kronisk fortvilelse, frykt for tap av det livet man egentlig vil ha og selvforakt (Heap 2002).

Erikson synliggjør her en valgsituasjon som gjør oss mer bevisst på hvilken innvirkning vi, som helsepersonell, har på den eldre gjennom vår rolleatferd. Våre handlinger både faglig og privat i samvær med den eldre påvirker denne balansen (Heap 2002).

2.5 Joyce Travelbee

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee har utviklet teorien *human-to-human relationship model*, som beskriver ulike faser pasienter og sykepleiere går igjennom i deres forhold til hverandre. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess på grunn av opplevelsene til sykepleiere og pasienter (Kristoffersen 1996). Sykepleierens oppgave er er imidlertid klar. Joyce Travelbee mener at sykepleieren skal bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte *mennesket* i pasienten (Travelbee 2001).

Travelbee ser på mennesket som et unikt individ. Mennesket er forskjellig fra alle andre som har levd og kommer til å leve. De er enestående (Kristoffersen 1996). Travelbee beskriver også en rettesnor sykepleiere kan følge i sitt arbeid med andre mennesker: *Mennesker er mer forskjellig enn de er like*. Dette mener hun skal hjelpe sykepleiere å unngå den vanlige feilen med å regne den andre som lik en selv og dermed dømme den andre ut fra seg selv (Travelbee 2001).

Sykepleierens rolle bygger på spesielle kunnskaper som hun skal bruke for å hjelpe andre mennesker. Men denne rollen må overskrides for å kunne etablere et genuint forhold mellom sykepleier og pasient og dermed skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 2001).

2.5.1 Menneske til menneske forholdet.

Joyce Travelbee kjennetegner menneske-til-menneske-forhold som et forhold hvor både sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer. Hun presiserer også at et slikt forhold ikke kommer av seg selv men det bygges opp dag for dag mens sykepleier og pasient samhandler med hverandre. Dette forholdet er erfaringer som er betydningsfulle for begge parter. Forholdet er viktig og meningsfylt for begge parter siden de har behov som blir oppfylt gjennom denne erfaringen (Travelbee 2001).

3.0 Metodebeskrivelse

Dette er en systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2008) har blant andre referert til Mulrow og Oxman sin definisjon på hva en systematisk litteraturstudie er:

...att den utgår frå en tydlig formulert spørsmål som besvaras systematisk gjennom å identifisere, velje og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm 2008:31).

Videre sier Forsberg og Wengstrøm (2008) at forutsetningen for å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er at det fins et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre et grunnlag for bedømminger og konklusjoner.

Denne studien består av en teoribakgrunn, datainnsamling, analyse, resultater, diskusjon og til sist en konklusjon. Teoribakgrunnen er beskrevet over og nå følger en redegjørelse for fremgangen i datainnsamlingen. Videre er det en beskrivelse av analysearbeidet av de innhentede artiklene fra datainnsamlingen og så blir resultatene presentert. Resultatene er inndelt i kapitler og underkapitler. Så følger en diskusjon av resultatene og teori og konklusjon.

3.1 Litteratursøk

Etter undervisning om litteratursøk med bibliotekar ble søkene for alvor satt i gang ved bruk av PICO skjema, se vedlegg 1. PICO skjema ble da brukt ved hvert søk ved å begynne et søk med søke ord i kolonne P. Disse søkeordene ble kombinert med Or. Så ble et søk utført med søkeord i kolonne I også der ble søkeordene kombinert med Or. Begge søkene hadde trunkeringstegn (*) ved søkeord som kunne ha flere betydninger. Når begge søkene var utført ble de kombinert med And. Dersom søket fremdeles produserte for store resultater ble et søk med søkeord fra kolonne O utført og kombinert med søk fra kolonne P og I. Kolonne C ble da utelukket på grunn av at det var ikke noe spesifikt resultat vi søkte etter. Lærer som underviste om bruken av PICO- skjema foreslo i mitt tilfelle å utelukke kolonne C fullstendig på grunn av at kolonne P og I ville gi tilstrekkelig søkeresultater. Norske eller engelske søkeord ble brukt ettersom hvilken database som ble benyttet, men det var i hovedsak engelske søkeord som ble brukt (se vedlegg 1).

3.2 Databaser

Utgangspunktet for denne systematiske litteraturstudien er å ha minst åtte forskningsartikler. Når jeg søkte etter artikler brukte jeg databasene Ovid, Norart og SweMed+ og ProQuest. Det ble utført noen prøvesøk for å se om det var forskning utført på dette området. Søk i Ovid den 7. februar 2011 med søkeord Life story ga 89 resultater. Life story and nursing ga 57 resultater. Mens Life story and nursing home ga fire resultater. Det søket ga med to gjeldende artikler hvor en ble tatt med videre da den ble funnet i senere søk, se vedlegg 2.

3.2.1 Søk etter artikler.

De virkelige søkene begynte etter undervisningen om bruk av PICO skjema og utarbeidelsen av skjemaet, se vedlegg 1, som er benyttet ved søk etter forsknings artikler. Når jeg fulgte PICO skjema metoden, som er beskrevet over i kapittel 3.1, fikk jeg mange treff, se vedlegg 2.

Søkets oppbygning startet med søkeord i kolonne P. Det ble brukt hovedsakelig engelske søkeord, men i databasen Norart ble et søk med norske søkeord benyttet for å kunne fange artikler skrevet på Norsk. Når et søk med søkeord i kolonne P var gjennomført ble et søk med søkeord i kolonne I gjennomført. Søk P og I ble så kombinert med And og resultatet av dette søket ble gjennomgått. Dersom søket fremdeles ble for stort ble søkeord fra kolonne O kombinert med de to foregående søkene med And. I et par tilfeller ble det også avgrenset ved hjelp av begrensning innenfor årstall eller at artiklene var vitenskaplige artikler, se vedlegg 2.

Etter denne første begrensningen ble de videre begrenset ved å hake ut interessante overskrifter. Abstraktene til disse ble lest og de som ble vurdert til aktuelle artikler for denne oppgaven ble hentet ned i fulltekst for gjennomlesning og vurdering. Av de forskningsartiklene som ble utvalgt og kvalitetssikret ved hjelp av sjekkliste for kritisk lesning av kvalitative studier (The Lancet, vol.358.2001:485(Malterud)).

Selv om personer med demens ikke er et fokus i denne studien ble en artikkel, basert på en studie med livshistoriearbeid og personer med demens, tatt med (Life story work and nursing home residents with dementia).

3.2.2 Inklusjonskriterier:

- Språk: Engelsk, Norsk, Dansk eller Svensk.
- Tidsperspektiv: 2002 til nåtid. Det er satt en ti års periode til inklusjon av forskning på grunn av begrenset forskning på området.
- Artiklene skal være forskningsartikler og vitenskapelige.
- Artiklene skal beskrive etiske vurderinger på tilfredsstillende måte.
- Artiklene skal svare tilfredsstillende på kravene til sjekkliste for kvalitative studier.

Artiklene skal omhandle:

- Sykehjem eller aldershjem pasienter.
- Pasienter og helsepersonell på sykehjem.
- Pasienters livshistorier og livshistoriearbeid, både systematisk og ikke systematisk bruk.

3.2.3 Etisk vurdering

Etikk er normene for god og riktig oppførsel. Ved forskningsetikk er det viktig at forskningens mål om ny kunnskap og innsikt ikke skal bli på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland 2000).

I denne studien ble det brukt forskningsartikler. Studiene som disse artiklene ble basert på har blitt vurdert av en etisk komité. En av studiene var ikke blitt vurdert av en komité, men den ble utført av kvalifisert personell som har beskrevet sin etiske vurdering og hvilke tiltak som ble benyttet for å beskytte forskningsobjektene anonymitet. Dette gjelder artikkelen *Trives på sykehjem* (Sørbye, Grue og Vibe 2011).

3.3 Analyse

På dette stadiet i oppgaven satt jeg igjen med åtte artikler som i hovedsak omhandlet bruk av pasientenes livshistorier i eldreomsorgen. Nå skulle jeg finne likheter mellom disse artiklene og til slutt komme frem til temaer til videre diskusjon. Jeg brukte da de fire stadiene som Evans (2002) beskriver i sin artikkel for å analysere data.

Gather the sample and Identify the key findings (Evans pkt. 1 og 2.)

Evans første punkt i data syntesen går ut på innsamlingen av artiklene med lokalisering og utvelging av artikler som skal danne grunnlaget i analysen (Evans 2002). Artiklene jeg hadde funnet var allerede lest tre eller fire ganger og dermed hadde jeg en anelse om hvilke emner som gikk igjen og derfor leste jeg gjennom hver enkelt en gang til med notatboken ved min side og fargede tusjer i hånden. Hensikten og problemstillingene lå ved siden av slik at jeg hele tiden hadde fokus på denne studiens vinkel. Evans andre punkt går ut på å lese og lese om igjen artiklene for å få en opplevelse av helhet over studiene og å samle funn (Evans 2002).

Relate themes across studies (Evans pkt. 3).

Evans tredje punkt går ut på å identifisere tema, samle tema og finne undertema. Etter dette skal tema og undertema under lupen igjen for enda en gjennomgang og deretter tolkning av hvert tema sitt innhold (Evans 2002).

I den første artikkelen fant jeg først et emne som jeg markerte med en blå prikk i notatboken ved siden av en omfangsrik overskrift. Jeg førte opp noen stikkord under overskriften slik at jeg skulle vite hva det emnet omhandlet. Så gjentok jeg denne prosessen en gang til i samme artikkel da jeg fant et emne til og dette fikk en rosa prikk i notatboken med en ny omfangsrik overskrift og noen stikkord. I artikkelen ble avsnitt grovt markert i marginen med den gjeldende fargen for hvilket tema det omhandlet. Jeg fortsatte videre med de neste artiklene og markerte på samme måte i marginen på avsnitt eller setninger som omhandlet de utvalgte emnene.

Til slutt satt jeg da igjen med:

Blå: Gjensidighet i pleien

Rosa: Relasjonen mellom pasient og pleier

Etter denne grove inndelingen begynte det virkelige arbeidet med å se alle disse artiklene på tvers og finne likhetene og ulikhetene disse presenterer i forhold til hensikten og problemstillingene i denne studien.

Hensikten med studien var å undersøke hvilken påvirkning systematisert bruk av pasientens livshistorie har på relasjonen mellom pasient og pleier. Med dette summende i hodet gikk jeg tilbake til artiklene som nå var fargekodet etter tre grove tema. Nå var hensikten å finne

temaer som ville si noe om problemstillingene så vel som hensikten. Derfor gikk jeg igjennom hvert grove tema hver for seg og la artiklene foran meg mens jeg leste og la artiklene sammen når det var likheter eller variasjoner innenfor fargekoden. Se vedlegg 4 for en oversikt over resultater inndelt etter fargekode, kapittel og underkapittel.

Det blå temaet var med fokus på gjensidighet. I denne neste prosessen hvor artiklene ble sett på sammen fant jeg flere likheter og variasjoner innenfor bruken av livshistorie og gjensidighet på sykehjem. Kapitlet ble *Livshistoriearbeid og gjensidighet på sykehjemmet*, med underkapitler *God pleie baseres på gjensidighet* og *Eldre mister seg selv når de flytter på sykehjem*. Her viser det da til forskjeller i pleien og hvordan pasientene opplever å bo på sykehjemmet.

Det rosa temaet var med fokus på relasjonen. Her fant jeg flere likheter i artiklene om hvordan kjennskap til pasientenes livshistorier gjorde dem til individer og ikke en stereotyp gruppe. Det var også en klar betydning for relasjonen mellom pasient og pleier om pleier hadde kjennskap til pasientens livshistorie. Kapitlet ble da *Livshistorien styrker relasjonen*, med underkapitler *Pasienten ble et individ – ikke et nummer* og *En livshistorie – betydning for relasjonen*.

3.4 Funn

Describe the phenomenon (Evans pkt. 4).

Evans siste punkt er å lage en beskrivelse med oppdeling av tema og med støtte av referanser i den originale artikkelen (Evans 2002).

3.4.1 Livshistoriearbeid og gjensidighet på sykehjemmet.

3.4.1.1 God pleie baseres på gjensidighet.

Funnene viser at Livshistoriearbeid er en gjensidig læringsprosess som fremhever menneskelige, gjensidige og likheter i pleiesituasjoner på sykehjem. Innenfor sykehjemmets vegger vil også nye historier og minner bli laget i felleskap mellom pasient og pleier (Heliker, 2009). Eldre sykehjemspasienter gir uttrykk for et behov for å dele og engasjere seg (Hovdenes 2002). From, Leksell, Marusarz, Røli, Sairanen, Schrøder, Vabo og Søderhamn

(2009) fremhevet at god pleie var en prosess med gjensidighet mellom pleier, pasient og pårørende og som ble karakterisert gjennom individene som deltok i prosessen.

3.4.1.2 Eldre mennesker mister seg selv når de flytter på sykehjem.

Funnene viser at meningsløshet kommer sterkt frem og det blir karakterisert som å leve som “ingen” og ikke fremstå som en person. Pasientene blir redusert til en ting og ikke et menneske (Hovdenes 2002). Funnene viser her at disse opplevelsene kommer av holdninger blant personale og deres manglende tanker rundt respekt og gjensidighet i hverdagens situasjoner. Dette er basert på utsagn i intervjuer med pasienter på sykehjem som:

I really wish the nurses would take some time to talk to us og I can't say we are respected here. (Slettebø 2008:23).

Funn viser også at personale ikke har tid til å ta seg av pasientene på en ordentlig måte og at dette igjen medfører at pasientene opplever å bli oversett, ikke blir respektert og ikke sett på som et individ men en medisinsk diagnose (Hovdenes 2002). Pasientene opplever dagene på sykehjem som lange, kjedelige og tomme fordi personale ikke har tid eller mulighet til å sette seg sammen med dem og slå av en prat (Slettebø 2008). Her kommer det frem at det gjelder både mangel på tid og mangel på initiativ fra personalet sin side om å sette seg ned sammen med pasientene (Clarke, Hanson og Ross 2003).

3.4.2 Relasjonen mellom pasient og pleier.

3.4.2.1 Pasienten ble et individ – ikke et nummer.

Funnene viser at historiene våre gjør oss virkelige for hverandre, de hjelper oss å forstå den andre og det er historiene som fremhever individet. Å kjenne pasientens historie gjorde det mulig for pleiere å relatere og se personen bak pasienten (Heliker 2009). Det kommer frem her at pasientens opplevelser, følelser, minner og personlige historier ble brukt som et middel for at pleierne skulle komme nærmere pasientene (From, Leksell, Marusarz, Røll, Sairanen, Schrøder, Vabo og Sørderhamn 2009). Når pleierne fikk en dypere innsikt i pasientens historie ble det beskrevet som en overgang fra fremmedgjøring til engasjement. Innsikt i pasienters

tidligere liv gir en større forståelse for oppførsel og personlige særegenheter som ellers kan være uforstående (Clarke, Hanson og Ross 2003).

Videre viser funn at livshistoriearbeid hjelper pleiere til å se pasienter som mennesker og individer og også å forstå dem bedre. Pasienter ga uttrykk for at dersom personale visste mer om dem ville de se dem som personer og ikke et nummer (Clarke, Hanson og Ross 2003). Dette gjelder også for personer med demens som gjerne gjentar seg eller har vansker for å fortelle hvorfor de sier den samme setningen om igjen eller gjentar en bevegelse/handling utallige ganger i løpet av en dag. En person med demens blir tydeligere som individ ved bruk av livshistoriearbeid (Clarke, Hanson og Ross 2003) (Russel og Timmons 2009).

3.4.2.2 En livshistorie – betydning for relasjonen.

Her viser funnene at det er kvaliteten på relasjonen mellom pasient og pleier som er fundamentet i det å kunne gi god pleie (Heliker 2009). Pasient-pleier-relasjonen er en spesielt maktfull relasjon. I denne relasjonen kan pasienten bli dyttet mot en opplevelse av mening eller meningsløshet på bakgrunn av kontaktkvalitetene (Hovdenes 2002).

Det ble fremhevet at arbeidet med pasientenes livshistorier var til hjelp for pårørende fordi de opplevde å få frem sin næres historie slik at de på sykehjemmet ville få en dypere forståelse for pasienten og de pårørende fikk bearbeide minner som tidligere hadde vært vanskelige å godta (Clarke, Hanson og Ross 2003).

Funnene viser at personer med demens har en like unik livshistorie som andre pasienter. Pårørende hadde positive ytringer når det gjaldt livshistoriearbeid når deres nære hadde en demens diagnose fordi det ville gi personalet, som nå skulle gi både pleie og omsorg til deres nære, en dypere forståelse av pasienten. Det ble vist til her at en person med demens har vansker med å fortelle på samme måte som andre pasienter. For å kunne forstå hva de vil fortelle krever dette en dypere forståelse av pasientens livshistorie (Clarke, Hanson, Ross 2003) (Russel og Timmons 2009).

Historiene som blir delt mellom pasient og pleier gjør dem mer levende for hverandre og de får en styrket relasjon ved at de får en bedre forståelse for den andre og de blir knyttet mer

sammen gjennom å vise hva som betyr noe for dem (Heliker 2009). Å bruke pasientens minner, følelser, fortellinger og interesser gjør det mulig for personale å komme nærmere pasienten. Ved å bruke fysisk kontakt, smil, sang og respekt i møtet med den andre bygges en god og sterk relasjon (From, Leksell, Marusarz, Røll, Sairanen, Schrøder, Vabo og Söderhamn 2009).

På steder hvor det ikke var aktiv eller systematisk bruk av livshistoriearbeid viser funnene at pasientene ikke hadde noen forventninger til personale utover det daglige stell. Det kom også frem at pasientene var usikre på hvor mye personale egentlig visste om deres livshistorie (Sørbye, Grue og Vibe 2011).

4.0 Resultatdiskusjon. *Systematisk bruk av pasientens livshistorie.*

”Når jeg kommer på sykehjem vil jeg at du skal se meg for den jeg er. Se bak mine diagnoser, mine plager og min liste lang av medisiner. Let og søk etter det som har gjort meg til den personen som sitter her krokboyd i stolen. Sitt ned sammen med meg og la meg fortelle deg min historie.”

4.1 Livshistoriens makt i sykehjemets hverdag.

Funnene mine viser at en del eldre som kommer på sykehjem mister seg selv. De blir stelt og matet og så satt i en stol til oppbevaring frem til neste oppgave skal utføres. Årsakene til dette kommer frem som mangel på tid, mangel på initiativ og personalets holdninger. Diane Heliker (2009) fremhever at pasientene blir fratatt mulighetene til valg, kontroll og gjensidighet på sykehjemmet. Hovdenes (2002) viser til eldres utsagn om at de har et behov for å dele og å engasjere seg, som må dekkes for at de skal føle mening i tilværelsen. Det er flere sider ved denne saken. Noen eldre ønsker å være alene og bare observere mens andre helst ønsker å være en del av pleierbestanden. En viktig sykepleieteoretiker har ytret noen viktige ord om hvordan sykepleiere skal hjelpe pasienter med å dekke sine behov. Joyce Travelbee (2001) beskriver nemlig sykepleierrollen på den måten at sykepleiere skal bruke sine kunnskaper for å hjelpe andre mennesker. Videre beskriver hun vår tendens til å kategorisere individer og dermed reagerer vi på kategorien og ikke på individet (Travelbee 2001). Mennesket er ikke bare unikt ut fra miljø og arv men også ut fra de spesielle livserfaringene som individet gjør og forståelsen og reaksjonen på disse erfaringene. Gjennom livet har historien deres blitt formet ut fra ytre og indre påvirkning og dette skaper store forskjeller også i personlighet og selvbilde. Noe som igjen har en innvirkning på hvordan den eldre pasienten oppfører seg på sykehjemmet. Dette er noe vi må ha med i tankene våre når vi samhandler med pasienter. Det er ikke alle som vil spille bingo eller ludo, men det er heller ikke alle som vil sitte alene i et rom fult av fremmede med en tv som brøler ut meningsløshet. For å kunne finne den balansen vi trenger i hverdagen må hver pasient ses som det individet de er. Vi må vite noe om hvem de er og for å kunne oppnå det må vi vite noe om livshistorien deres.

I mine funn viser jeg til bruken av pasienters livshistorier. Hovedsakelig viste funnene at kjennskap til pasientenes livshistorie gjorde pasientene til individer. Joyce Travelbee har i sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* en definisjon på mennesket:

.. et unikt og uerstattelig individ – en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve (2001:54).

Funnene mine viser at kjennskap til pasientens livshistorie skapte en større forståelse for pasientens behov og oppførsel. Pleierne kunne se hele konteksten og ikke bare medisinske diagnoser og fysiske behov (Clarke, Hanson og Ross 2003). Det er ofte slike stereotyper vi blir blindet av. Helsepersonell ser diagnosene, feilene, manglene og behovet for hjelp. Dersom vi får et innblikk i hvem disse menneskene har vært tidligere og hva som har formet dem til den de er i dag så er det lettere å tolke oppførselen deres og se dem som et individ. Denne måten å se stereotyper går også andre vegen. Pasientene kan sette helsepersonell i en bås etter hvilke opplevelser de har. Dermed må også vi, som pleiere, vise at vi er like mye individer bak skiltet og uniformen vår som dem. Schibbye (2009) viser til subjekt – subjekt synet, som er en videreutvikling av Joyce Travelbees menneske-til-menneske-forhold, hvor individet har en egen opplevelsesverden. Denne verden består av tanker, følelser og meninger. Dette har individet kommet frem til gjennom egne fortolkninger av verden (Schibbye 2009). Dersom disse opplevelsene skulle bli oversett vil det være krenkende for individet. Det vil for eksempel være at sykepleier sier at pasientens opplevelse og mening er fullstendig feil. Kan man tenke seg noe mer krenkende eller meningsberøvende? Alle har blitt fortalt at de tar feil. I noen situasjoner kan dette sette dype spor som skaper en ny holdning hos individet, som sinne, aggresjon, apati, fornedrelse eller krenkelse. Spesielt hvis individet befinner seg i en sårbar fase av livet med mange tap og forandringer kan dette være gjeldende. Eksempler kan være tap av roller, funksjoner eller hjem. Det å flytte fra eget hjem til sykehjem kan skape en slik sårbar periode hvor individet er lettpåvirkelig for hva andre personer mener er riktig.

Å utelate den subjektive opplevelsen hos den andre innebærer en fratakelse av individets evne til og rett til å ha et syn på seg selv (Schibbye 2009:36).

Utviklingsteoretiker Erik H. Erikson har beskrevet et åttende stadium i menneskets utvikling. Her legges det vekt på integritet og opplevelsen av autonomi, selvstyring og å være av verdi for seg selv og for andre. Dersom disse forholdene blir svekket over tid vil det true

integriteten til den eldre. En situasjon med kronisk fortvilelse og frykt for tap av det livet den eldre vil ha blir gjeldende og kan føre til selvforakt (Heap 2002). Slik kan vi da altså få en annen forståelse for hva den eldre gjennomgår og hvilken påvirkning vi som helsepersonell egentlig har på den eldre personens selvbilde.

Selvbildet vårt er, som beskrevet i teoribakgrunnen, vårt eget bilde av oss selv. I enkelte situasjoner kan vi oppleve å føle oss truet som individ. En slik situasjon kan være det å flytte på sykehjem. Som funnene mine viser opplever en del eldre å miste seg selv når de flytter på sykehjem. En beskrivelse som sier det meste er at livsrommet deres skrumper inn og personene reduseres til en gjenstand som skal stelles men ikke få omsorg (Hovdenes 2002). Eriksons teori er igjen en vesentlig forklaring. Han ser på hvordan kampen mellom jeg-integritet og forakt og fortvilelse er alderdommens konflikt. Å komme på sykehjem medfører både tap av roller og verdier. Først må man innse at man ikke kan bo hjemme og passe sitt eget hjem mer. Et sted man har vært egen herre og mester. Der har de kunnet gjøre som de vil, når de vil og slik de vil. Deretter må de forholde seg til mange ukjente mennesker som de ikke vet noe om og som heller ikke så mye om dem og livet de har levd. Selvsagt vil også omstendighetene rundt bestemmelsen om å flytte på sykehjem ha noe å si for helheten av opplevelsen. Dette kommer spesielt frem i artikkelen *Transition of new residents* av Diane Heliker (2006). Hennes undersøkelse var basert på pasienter som nettopp hadde flyttet på sykehjem. Disse pasientene fremhever spesielt det å bli hjemløs, tiden det tok før de innså at de ikke kom tilbake til eget hjem og tap av eiendeler. Mange opplevde at minner gikk tapt i prosessen og samtidig må de bli kjent med et nytt sted å bo og rutinene der. Etter noen måneder så pasientene fremdeles ikke på sykehjemmet som deres hjem, men rommene var deres område (Heliker 2006).

"You dont know what it`s like... You lose your identity for being able to do what you want to do when you want to do it" (Heliker 2006:38).

Men rommet er ikke bare deres område. Pleiere er stadig inne på deres rom for å utføre oppgaver. Det kommer godt frem av pasientutsagn i Hovdenes (2002) hvordan vanlige daglige aktiviteter virker krenkende og tilintetgjørende for de gamle.

*"De skal spørre først om å få gå i skuffen... Ja, spørre først."
Og "Jeg ligger her, hele dagen. Ingen kommer inn, bare når de skal skifte...
Og så går de, de bryr seg ikke om mennesket som ligger der"*(Hovdenes 2002:24).

Å komme seg på toalettet kan for mange være en strevsom affære og de trenger tid og ro. Opplevelsen er da heller at alt skal skje så raskt at de blir nesten hufset rundt som et gammelt møbel. Dersom de ligger i sengen og kjenner at de gjerne vil snu seg, men trenger hjelp er det også et nederlag og en krenkelse når personale ikke er imøtekommende. Også det å måtte bytte underbukse (bleie) på natten ble fremstilt som en følelsesløs handling hvor personale kom inn og tok bleien som et annet klenodium og gikk. Det beskrives her krenkende opplevelser som fører til en opplevelse av å være en ting eller å være nulla ut (Hovdenes 2002).

”Jeg blir en ting. Jeg blir redusert til en ting. Åhhh!” (Hovdenes 2002:24).

Dette er opplevelser som virker negative på den eldre pasientens selvbilde/identitet samt opplevelse av integritet, autonomi og personlige grenser. For å motvirke disse negative situasjonene og å oppleve mening i hverdagen la pasientene vekt på det å bli møtt med vennlighet, forståelse og empati. Empati er et velkjent begrep for de fleste. Joyce Travelbee (2001) skriver at empati er viktig for oppbyggingen av forholdet mellom sykepleier og pasient. Empati har også en verdi for gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2001). Kan vi ikke vise forståelse for pasientens tidligere liv, situasjon og behov klarer vi ikke å oppnå den kontakten vi trenger for å kunne forstå pasienten og dermed hjelpe den der den er. En pasient uttrykte seg meget godt:

*”Venner og vennskap og sånt, og det å dele –
Jeg MÅ dele med folk, ellers er jeg ikke i mitt ess”* (Hovdnes 2002:23).

I undersøkelsen til Sørbye, Grue og Vibe (2011) ble det fremhevet av pasientene at de ikke anså muligheten for å bli venner med noen av personalet. De anså at det trengtes mer gjensidighet til det. Her kommer vi da tilbake til gjensidigheten men nå i forbindelse med vennskap mellom pasient og pleier. Å vise at man er tilgjengelig og åpen er viktig for å oppnå en interaksjon med pasienten og på den måten få en forståelse av hva pasienten tenker og opplever. Ingen ønsker å fortelle om seg selv til noen de opplever er distanserte og lite vennlige. Skal vi som pleiere få et innblikk i våre pasienters tidligere liv må vi også dele litt av oss selv og dermed bli menneskelige. Gi noe for å få noe tilbake. Travelbee (2001) beskriver målene ved en slik interaksjon som, å lære pasienten å kjenne, fastslå og ivareta sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. For å bli kjent med pasienten må

det opprettes et menneske- til- menneske- forhold. Sykepleiere som kjenner pasienten som individ vil også oppdage både innlysende og subtile forandringer i pasientens tilstand (Travelbee 2001).

Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket (Travelbee 2001:141).

Å lære pasienter å kjenne er like viktig som sykepleieaktivitet som prosedyrer og fysisk omsorg og stell. Enhver interaksjon med pasienter fremmer prosessen som lærer vedkommende å kjenne. Dersom interaksjonen ikke oppfattes som et mål for å lære pasienten å kjenne vil handling bli prioritert og mennesket som utsettes for den handlingen blir nedprioritert som individ. Dersom man er symptomorientert blir symptom og tegn kun en viktig sykepleieaktivitet. Interaksjon kun basert på observasjon av symptomer gjør det nesten umulig å etablere et menneske- til menneske- forhold. En vesentlig grunn til å kjenne den de har omsorg for er at de er bedre rustet til å identifisere og ivareta behov (Travelbee 2001). Joyce Travelbee sin teori om menneske- til- menneske- forhold gjenspeiler seg i relasjonen mellom pasient og pleier. Dette blir diskutert videre i neste kapittel.

4.2 Livshistoriens betydning for individualitet i sykehjemmet.

En relasjon i eldreomsorgen vil kunne variere sterkt. Eldreomsorg en ensidig prosess mens omsorg er en gjensidig prosess. Hvilken av disse er da mest riktig? Skal den eldre motta uten mulighet for å gi noe tilbake?

Joyce Travelbee (2001) mener at sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Kjennetegnet ved denne typen forhold er at både sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som individer og ikke ”sykepleier” og ”pasient”. Forholdet oppstår ikke på en – to – tre. Det tar tid å oppnå denne typen forhold og videreutvikles over tid mens sykepleier samhandler med den syke og med andre. Dette innebærer at sykepleier må vite hva hun/han tenker, føler, gjør og erfarer (Travelbee 2001).

Det er mange tanker som skal gjennomgås når helsepersonell møter en pasient. Om det er en kjent pasient som man har omgått i mange år eller om det er første møte er det alltid mange sider å se før man kan gjøre den minste handling. Pasientens sinnsstemning, fysiske funksjon

og behov er faktorer som innvirker på hva helsepersonell må gjøre. Helsepersonell er som regel veldig følsom for hvordan "luften" i et rom er. Her tenker jeg da ikke på om det er varmt eller kaldt eller klamt og ekkel lukt. Jeg mener atmosfæren mellom pasient, pleier og eventuelle andre som er tilstede. Med ett blick kan vi fange opp mange signaler og retter oss da etter dette. Viktig å tenke på er at eldre også har denne sansen. Vi skal ikke bare dure frem med det vi synes er viktig og ignorere den Eldres opplevelse av situasjonen. De kan nemlig sitte der og lese oss som en åpen bok. De har som oftest et helt liv av erfaring mer enn oss. Å lytte er mer enn bare å åpne ørene. Man lytter med alle sansene man har og derfor er det viktig å bruke dem aktivt i samhandling med pasienter. Heap (2002) sier at reminisens er et redskap som vil dreie seg om at man aktivt lytter til den eldre. Man må vise interesse og oppmerksomhet for det som blir sagt og tilegne minnene betydning. På den måten vil man bekrefte den Eldres fortid som viktig og dermed også at den eldre er viktig (Heap 2002). Behovet for å minnes blir sterkere mens alderen øker. Mine opplevelser rundt dette i samhandling med eldre både gjennom arbeid og bekjente er at det er en tydelig økning av historier som blir fortalt og minner som blir delt. Personer med demens har kanskje en enda større trang til å få disse minnene og historiene bekreftet.

I mine funn viser jeg til pasient – pleier - relasjonen som en spesielt maktfull relasjon (Hovdenes 2002). Hva vi som helsepersonell gjør og sier har stor innvirkning på pasienten og hverdagen deres. Schibbye (2009) sier at et individ kan ikke forstås uten å se relasjonen det har til andre. Vi kan ikke ta oss selv ut av dette regnestykket fordi vi også har en relasjon til individet og dermed er en del av det samme regnestykket. Som terapeut skaper vi forutsetninger for en klients opplevelse og handlinger. Dersom vi ikke kan se forutsetningen, vi som terapeuter, skaper hos klienten er det umulig å se klienten. To subjekter som handler sammen har felles opplevelser, men de er samtidig forskjellige (Schibbye 2009). Vi er svært maktfulle mennesker selv om vi jobber i helsevesenet og har et yrke som ofte opplever mangel på respekt og anerkjennelse. I programmet Forbrukerinspektørene (FBI) som gikk på NRK1 28.03.12 ble sykehjem svartmalt. De viste der til en undersøkelse gjort av FBI i samarbeid med Fagforbundet og andre saker som har vært i media i den senere tid. Her kommer det frem mange eksempler på helsepersonell som bruker sin makt i relasjonen med pasienter på en slik måte at pasienten blir redusert til et objekt uten meninger, følelser eller evne til å tenke selv. Disse historiene som kommer frem i programmet FBI får meg, som sykepleier og menneske, til å gråte. Jeg kan ikke forstå hvordan noen kan jobbe i eldreomsorgen og ha så liten respekt for et annet menneske. Jeg kan heller ikke forstå hvordan

noen kan utnytte sin makt og posisjon i en hjelperelasjon til å nedverdige et annet menneske på den måten det blir fremstilt her.

Heap (2002) sier at det er så store rom for feilgrep ved det å gi og å ta imot hjelp at begge parter i situasjonen kan oppleve å bli både såret og frustrert. Faglig hjelp skal gis på en slik måte at mottakers resurser blir utnyttet maksimalt. Selv om det er et behov for hjelp som bringer personen til hjelpeapparatet er det viktig at hun/han ikke opplever avhengighet eller ikke å strekke til. Hjelper skal her ha opplevelsen av glede ved å gjøre en god og meningsfull jobb men unngå selvtilfredshet fordi man opplever seg selv som snill, sjenerøs eller oppofrende. Disse spenningene finnes i alle hjelperelasjoner og helsepersonell må hele tiden jobbe mot den beste løsningen. Fundamentalt i disse situasjonene er da prinsippet om likeverdig samarbeid (Heap 2002). Da tenker jeg også at pasient og pleier må samarbeide om alle aspekter. De må kunne samhandle på et nivå hvor begge parter opplever tilfredsstillende rundt de oppgavene de skal utføre sammen. Dette er da også grunnelementet for en god relasjon mellom pasient og pleier som gjennom godt samarbeid kan styrkes gjennom systematisk livshistoriearbeid.

I mine funn vises det også til hendelser hvor pleiere kun ser oppgaven som skal utføres. Dermed blir ofte pasienten sett på som en gjenstand uten følelser og egne tanker. Når pasientene opplever å bli møtt med harde fakta og brå oppførsel gjør dette at deres grenser krenkes, de blir en ting og de blir fortvilet. Deres opplevelse av personalets oppførsel påvirker opplevelsen av tilværelsen og i disse tilfellene blir deres livsverden preget av meningsløshet og følelsen av å være "null og niks". Pleien og omsorgen blir bare en jobb for personalet og dette opplever pasientene som en meningsløs tilværelse. Noe så enkelt som å gå innom rommet og si ha det eller god natt før pleierne går av vakt gir pasienten en følelse av at de bryr seg (Hovdenes 2002).

"They don't know the meaning of me" (Heliker 2006:38)

Heldigvis finnes det gode historier også. Som vist til slutt i FBI programmet finnes det sykehjem som tar vare på sine pasienter og vet hvem de er. Dette er også en del av min erfaring. Selvsagt er det dårlige dager og tider, men uansett motgang gjør personalet sitt for at pasientene skal oppleve mening og tilfredshet i hverdagen. Dette kan de gjøre fordi de kjenner

sine pasienter. De har gjort et arbeid for å bli kjent med denne personen de skal yte omsorg til og de verdsetter mennesket som et individ med en egen fortid til å prege nåtiden og fremtiden.

”Det er godt å snakke ut, at noen hører på uten å bedømme det jeg sier som rett og galt” (Hovdenes 2002:23).

Funnene viser her at det å bruke livshistoriearbeid gir personale en dypere innsikt i både pasientens liv og sitt eget. Det kommer frem at personale som har benyttet seg av livshistoriearbeid har fått et helt annet syn på sitt arbeid og tenker ofte på pasienters historier når de er utenfor arbeidsplassen (Bakken, Lerdal og Harding 2009). Hvordan kan man møte et menneske, få høre dets historier og ikke tenke på dem? Jeg vet av erfaring at mange pleiere tar med seg sine opplevelser med pasienter videre som et læringsutbytte. Jeg har selv gjort dette. Å kunne sitte ned og tenke på hva en pasient har fortalt meg og hvilke inntrykk den har gjort på meg er en erfaring av enorm verdi. Det er mennesker som har opplevd krig, sult og hjemløshet som også har funnet kjærlighet, vennskap og lykke. De er en uvurderlig resurs og selv om mange av de eldre ikke vet det så er de med på å skape de pleierne som jobber i eldreomsorgen. En dag i fremtiden vil en pleier gjøre en handling som vil være basert på erfaring. Pleieren vil ha kommet frem til nettopp denne handlingen gjennom kunnskap, håndlag, sinnelag og historien til pasienten hun/han ble kjent med for mange år siden.

Livshistorier er en resurs for både pasient, pårørende og pleier. Når man summerer opp livshistorien sin lager man orden i kaos og tilfeldigheter, man får en oversikt over hendelser og fenomener og utelater de som er mindre viktige (Fossland og Thorsen 2010). Det er mange metoder og former for livshistoriearbeid. Noen er omtalt i kapittel 2.2.2. Når en ny pasient kommer til sykehjemmet er denne i en fase av livet som er preget av nederlag. For mange kan det da være en legende prosess å gå igjennom hva som har gjort den til den er i dag. Andre kan oppleve livshistoriearbeid som en påminnelse om alt de har tapt og virke opprørende. Det er derfor viktig å tenke igjennom hvem man presenterer denne metoden for. Pårørende vil kunne være en sterk resurs i forhold til denne vurderingen og de kan være til stor hjelp ved igangsettingen av slike prosjekt.

Det å minnes og å ville fortelle er noe som øker med alderen sier Ken Heap (2000). Personalet ved sykehjem er ofte den som er tilgjengelig når den eldre minnes gamle stunder. De får høre historier om de har tid eller ikke. Å sette ord på det de tenker på er ofte en måte for eldre å vise til hvem de er. For den eldre som sitter der krokboyd i stolen kan det være viktig å

fortelle om hvor mange ganger de sprang på seteren for dag eller alle jaktturene ute i skogen. Bare for å stadfeste at de er noe mer enn denne gamle og slitne kroppen som sitter der og trenger hjelp til det meste. Hummelvoll (2004) beskriver hvordan dette stammer ut fra opplevelsen av selvets ankerfeste nemlig, *det fysiske selv*. Oppfattelsen av det fysiske selv dannes ut fra personens egne bevisste og ubevisste holdninger til sin egen kropp og er under stadig forandring som følge av utvikling fra barndom til alderdom på grunn av nye sansefornemmelser og erfaringer. Kroppen er den delen av selvet som er mest håndgripelig. Ideal selvet, derimot, er den delen av selvbildet som har størst betydning for individet. Her ligger påvirkningen om ønskelig og attråverdig atferd som individet har mottatt gjennom betydningsfulle andre. Det vil som regel være en distanse mellom det aktuelle selvbildet og ideal- selvet. Noen kan oppleve dette som problematisk (Hummelvoll 2004). Eldre mennesker opplever over en lang periode at handlinger de utførte uten å tenke blir vanskeligere og kanskje umulige. Dermed får selvbildet deres lett blåmerker og skrubbsår. Derfor er det mange eldre som må fortelle om hva de har gjort for å kunne styrke sin egen opplevelse av seg selv. Dette skaper et behov for rom til å minnes, aktiviteter som gjør det mulig å styrke deres selvbylde og å gi dem opplevelsen av verdighet i sykehjemshverdagen.

Et dikt som vekker ettertanke er: *Hva ser du søster?* av en ukjent forfatter. Jeg vil fremheve et utdrag av dette diktet.

*Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
ustø på bena, pjusket og egen,
kjefter på alle, maser på legen.
Hun snakker høyt, men hun ser deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
Men klager og syter, har dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE – det er mer!*

...

*Hva ser du søster? – En tung og senil
Og trett gammel skrott? – Nei.
Prøv en gang til!
Se bedre etter, se om du kan finne;
et barn, en brud, en mor, en kvinne!*

*Se meg som sitter der innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se – og finne (Kirkevold 2010:27-28).*

Dette diktet fremhever betydningen av å bli anerkjent og bekreftet av pleiere som den unike personen man er (Kirkevold 2010). Vi sier gjerne at vi kjenner pasientene våre, men gjør vi det? Kjenner vi dem godt nok til å vite hvem de er og hvorfor de er slik som de er? Funnene viste at steder der det ikke var systematisk bruk av livshistorier var pasientene usikre på hvor mye personale egentlig visste om dem. Dette er personer som skal ivareta deres behov og tale deres sak. Hvordan kan helsepersonell gjøre dette uten kjennskap til pasientens bakgrunn? Funnene viste også at pasienter og personale blir mer levende for hverandre og relasjonen ble styrket på grunn av bedre forståelse ved bruk av livshistoriearbeid (Heliker 2009).

”My whole relationship with the residents has changed because of the story sharing... the more you get to know them, the better you can treat them” (Heliker 2009:47).

4.3 Iniativ og kreativitet på sykehjemmet.

Hverdagen på sykehjem er gjerne travel og hektisk. Tidsskjemaet og antall oppgaver harmoniserer ikke og dermed er det svært lite tid til den lille samtalen eller kosestunden sammen med pasientene. Når hverdagen er slik opplever pleierne mangel på tid og stresser gjerne for å få alt gjort. Samtidig sitter pasientene der og ser på pleierne som løper bena av seg og ikke har øynene på dem mens de gir dem medisiner. Samtalene går gjerne over hodet på pasientene og de må gjenta det de spør om, hvis de klarer å formulere ordene før pleier løper videre. Ofte går pleiere hjem etter slike dager og lurer på om de egentlig har gjort en god jobb fordi de kan ikke si de har hatt tid til pasienten. Relasjonen til pasienten er ikke blitt ivaretatt eller viderebygget selv om personale har brukt mye tid sammen med dem. Den personlige kontakten mangler. Kontakten som skaper samarbeid og tilhørighet samtidig som den bygger opp relasjonen mellom pasient og pleier. Den kontakten som gir pasienten opplevelsen av å være et individ blant mange fremmede. Det lille som gir eldre på sykehjem opplevelsen av tilhørighet og verdi.

Eldre ønsker gjerne å komme på sykehjem fordi de er engstelige for å være alene store deler av døgnet og følelsen av trygghet ved at det alltid er personale tilstede. For at pasientene skal oppleve trygghet, trivsel og tilhørighet er det også viktig med en hjemlig atmosfære og at

personalet blir kjent med pasientene og ser dem som personer (Hauge 2010). En pasient skal ha gitt uttrykk for at det ikke var noe galt med sykehjemmet, men heldigvis var hun ikke avhengig av selskap, fordi det ikke var noe der (Slettebø 2008). Derfor er det veldig godt å vite at dagene ikke er like og heller ikke sykehjemmene. Noen dager er roligere og da har personalet mer tid til å sitte ned for en liten prat.

For pasienter er det også negative sider ved sykehjem fordi de der lever sammen med mennesker de i utgangspunktet ikke har noe til felles med. Det er også rutiner ved institusjonen og avhengighet av personale. Muligheten til privatliv er redusert og det tidligere livsmønsteret er vanskelig å opprettholde. I eget hjem har man sitt man er herre over og dette styrker identiteten. Dette blir redusert til minimum på sykehjemmet (Hauge 2010).

*"I did not have a luxury home by any means, but it's the way I like it...
It's my kingdom"* (Heliker 2006:38)

Det er spesielt viktig for personer med demens å ha kjente gjenstander rundt seg, som bilder og møbler fra hjemmet og andre husholdningsartikler som er gjenkjennbare. Tom Kitwood (1997) nevner bruk av slike gjenstander ved reminisens. Men han nevner også at det er ikke bare for å besøke fortiden og bekrefte hvem man er som disse gjenstandene kan hjelpe med. Minnene som gjenstandene bringer frem kan også være en resurs for personer med demens til å snakke om problemer den har i nåtid (Kitwood 1997). De fleste sykehjem i dag har innredet med både nyere møbler og gamle gjenstander. Det er da viktig å huske på hvilken verdi gamle og gjenkjennbare gjenstander har for de eldre som bor der.

Det er like viktig å ta vare på pårørende som pasienter i og med at de også opplever en omstilling når andre skal ha omsorg for deres kjære. I Norsk sykepleierforbunds *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* kapittel 3 heter det:

3.1 Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.

3.3 Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet.

Pårørende er til stor hjelp når det gjelder å samle inn livshistoriene til eldre. De setter pris på tiden de får tilbringe sammen med pasienten og pårørende (Clarke, Hanson og Ross 2003). Å velge riktig metode innenfor livshistoriearbeidet er noe pårørende kan delta på. De kjenner som regel pasienten på en slik måte at de vet hva som gir størst mening.

“Its a more friendly atmosphere when you can sit down with someone and talk to them, patient and family” (Clarke, Hanson og Ross 2003:703).

Det kan være at en eldre dame ønsker bilder fra sine mest verdsatte øyeblikk eller en eldre mann som ønsker å ha lommekniven, han alltid hadde med seg på skogen, på nattbordet. Det handler om hvilken type minner som har størst betydning og verdi for den enkelte. Et album, eller en bildemontasje er en måte å frembringe minner. Andre kan bruke bokser, som blir tilpasset den enkelte, og fylle dem med saker og ting som gir både visuell og taktil stimuli. Mulighetene er mange og det er viktig å finne riktig metode for at det skal ha ønsket effekt. Se kap. 2.2.2 for flere metoder.

Det er derimot ikke alle som ønsker å dele sine minner og historier, spesielt de som er reservert av natur. Det er da viktig å ta hensyn til dette (Clarke, Hanson og Ross 2003). Derfor er det veldig viktig å benytte pårørende som en veileder samt egen kunnskap og erfaring når det skal kartlegges i forhold til livshistoriearbeid.

Each person`s experience is unique (Kitwood 1997:71).

Ikke alt trenger å dreie seg om individuelle minner. Noe så enkelt som å steke vafler kan være noe som får sving på minnene og samtidig skaper det felleskap rundt en hendelse. Tom Kitwood (1997) beskriver nyere reminisens metoder som inneholder menneskelig kontakt og god stimuli gjennom sansene ved bruk av lys, lyd, og aromaer (Kitwood 1997). Ved å samle noen eldre rundt et bord, sette på kaffe og så steke noen vafler så skaper man stimuli som kan fremme minner og også felleskap i øyeblikket til dem som er tilstede.

En gruppe kan også dannes for å reminisere. Det er ikke spesielt enkelt på dagens sykehjem, men det er mulig. Det er da viktig spørre og være åpen om hva det gjelder. Eldre vil gjerne dele sine tidligere erfaringer og minner (Hanssen 2010). I slike grupper kan man for eksempel vise et bilde og fortelle noe om historien bak, fortelle en spesiell historie som gjorde dem glade. Å dele i grupper kan fremme forståelse for hvordan man skal håndtere aldersrelaterte problemer. Men det er noen kriterier for å arbeide i grupper på denne måten. Tillit og trygghet er viktig. Det har mye å si for hva de eldre deler om de føler seg trygge på hverandre og har tillit til dem (Hirst og Raffin 2001).

Det hele bygger dermed på kunnskap som personalet ved sykehjemmene må innhente. Fra den dagen de kommer til sykehjemmet må pleiere sørge for å innhente informasjon fra pårørende og pasienten selv så langt det er mulig. Deretter må det bygges opp tillit mellom pasient og pleier slik at de kan samarbeide om å bevare identiteten når de legger ut på livets siste reise.

*Sandkorn blir til fjell, minutter til år, flyktige tanker til evige gjerninger,
ingenting er smått.*

Theodor Gottlieb von Hippel.

5.0 Konklusjon.

Tiden er kommet for å runde av denne historien. For denne studien er et kapittel i min historie. Gammel og ny kunnskap er knyttet sammen til et opplysende og spennende produkt. Det er tydelig at interessen for Eldres livshistorier har økt med årene. Dagens eldreomsorg i Norge er ikke spesielt godt tilrettelagt for systematisk bruk av Eldres livshistorier viser funnene. Tidstrøbbel og mange diagnoser krever helt annen oppmerksomhet fra personale enn tilbakeblikk over livet som har vært. Det er derimot en styrke å kjenne sine pasienters tidligere liv. Relasjonen mellom pasient og pleier blir styrket gjennom livshistoriearbeid og samarbeidet blir sterkere ved opplevelsen av å bli sett på som et individ. Det gjør det lettere å se individet bak diagnosene. Det gir større forståelse for hvordan de er blitt til den de er i dag. Spesielt viktig er dette i forhold til eldre personer med demens da de ofte har vanskelig for å gi uttrykk for det de opplever. Vet vi noe om hva de har opplevd gjennom sitt lange liv kan vi lettere tolke oppførsel og innrette oss etter det pasienten opplever. Det er viktig for helsepersonell på sykehjem å benytte hver eneste lille stund til å snakke med pasientene, la dem oppleve å være et individ og ikke bare en ting som skal stelles og mates. Like viktig er det for oss som jobber på sykehjemmet at pasienten ser oss som et individ og ikke enda en hvit frakk. En relasjon bygget på gjensidighet, empati og forståelse er fundamentet for livshistoriearbeid. Metodene innenfor livshistoriearbeid må tilpasses den enkelte pasient og dermed må vi kjenne våre pasienter for å finne den metoden som vil styrke pasientens selvbilde, integritet og autonomi på best mulig måte. Når pasientene opplever at deres fortid er like viktig som nåtiden er dette med på å styrke deres selvbilde og de vil oppleve mening i hverdagen på sykehjemmet.

Litteraturliste

Bakken, Linda, Annars Lerdal og Thomas Harding. 2009. Norwegian healthcare workers' experience with implementing life story work in a nursing home. *Klinisk Sygepleje* 2009;3 (23) 12-18.

Clarke, Amanda, Elizabeth Jane Hanson og Helen Ross. 2003. Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing* 2003;12: 697-706.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem. 2000. *Aldring og samfunn – En innføring i sosialgerontologi*. Oslo. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, Olav. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2.utg. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal og Advanced Nursing* 2:2002-2003: 22-26

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Fossland, Trine og Kirsten Thorsen. 2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

From, Ingrid, Janeth Leksell, Marika Marusz, Kjell Røll, Raija Sairanen, Margit Schrøder, Grete Vabo og Olle Søderhamn. 2009. Good nursing care for older nursing home clients in a Nordic context. *Vård I Norden* 4:2009:35-37

Hanssen, Ingrid. 2010. Etniske minoriteter. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. red. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, 38-50. Gyldendal Norsk forlag AS.

Hauge, Solveig. 2010. Sykepleie i sykehjem. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. red. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, 38-50. Gyldendal Norsk forlag AS.

Heap, Ken. 2000. *Snakk med meg! Å samtale med eldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Heap, Ken. 2002. *Samtalen i eldreomsorgen kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. 3.utgave. Oslo: Kommuneforlaget.

Heliker, Diane, 2006. Transition of new residents. Basing practice on resident`s perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 32 NO 9: 34-42

Heliker, Diane. 2009. Enhancing relationships in long-term care through story sharing. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 35, NO 6.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt- ikke stykkvis og delt*. 6. Utg. Oslo. Gyldendal Norsk forlag AS.

Jacobsen, Dag Ivar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Høyskoleforlaget

Kirkevold, Marit. 2010. Gammel og syk. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. red. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, 23-28. Gyldendal Norsk forlag AS.

*Kristoffersen, Nina Jahren. 1996. Verdier og verdigrunnlag i sykepleie. I *Generell sykepleie, bind 1*. Kristoffersen, Nina Jahren(red), 239-300. Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, Nina Jahren. 1996. Teoretiske modeller i sykepleie. I *Generell sykepleie, bind 1*. Kristoffersen, Nina Jahren(red), 361-456. Universitetsforlaget AS.

Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*.

Russel, Catherine og Stephen Timmons. 2009. Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing older people*. Vol.21. No.4.

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2009. *Relasjoner – Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Slettebø, Åshild. 2008. Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. Publ.No 87 Vol. 28: 22-25.

Sørbye, Liv Wergeland, Else Wengenes Grue og Olaug Vibe. 2011. Trives på sykehjem. *Sykepleien*. 99(08): 68-71

Thorsen, Kirsten. 2005. *Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemning*. 1. utgave. Tønsberg. Aldring og Helse.

Travelbee, Joyce. 2001. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.

Internett sider:

http://snl.no/.sml_artikkel/eldreomsorg (27.03.2012)

http://www.kommunal-rapport.no/artikkel/darlig_tilbud_til_demente_pa_sykehjem
(08.05.2012)

Vedlegg 1.

Pico Skjema.

	P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Norske søkeord	Sykehjem Aldershjem Omsorgshjem Omsorgsbolig	Livshistoriearbeid Reminisens Erindring Historie Fortelling Hukommelse		Relasjon Selvforståelse Selvoppfatning Selvbilde Trivsel
Engelske søkeord	Nursing home Home for the aged Retirement home	Reminiscence Story/ stories Memory/ memories Narration/ Narrative		Relation Self- understanding Self- concept Self- esteem

Vedlegg 2.

Oversiktstabell ved litteratursøk.

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
07.02.2011 (Prøvesøk)	Ovid Sp	Life story work	89	0	0	0
		And Nursing	57	0	0	0
		And Nursing home	4	2	2	(1)
19.10.2011	Norart	Nursing Home or homes for the aged or retirement homes	16	4	3	3
19.10.2011	Norart	(Sykehjem? or aldershjem? or omsorgs?)	1795	0	0	0
		() And Livshistorie?or remini?	2	1	1	1
19.10.2011	Proquest	1 Nursing home* or Homes for the Aged or Retirement home*	115869	0	0	0
		2 Reminis* or stor* or memor* or narrat*	3060262	0	0	0
19.10.2011	Proquest	1 And 2 And Relation* or Self* (Vitenskapelige tidsskrifter)	515	0	0	0
			178	5	3	2

19.10.2011	Ovid Sp	1 Nursing home/or Nursing home*.mp. or Homes for the aged/	98196	0	0	0
		2 Homes for the aged.mp. or homes for the aged/	13355	0	0	0
		3 Retirement home	812	0	0	0
		4 1or 2 or 3	99723	0	0	0
		5 memory/ or reminiscence*.mp.	59367	0	0	0
		6 story.mp.	90746	0	0	0
		7 Narration/ or stories*.mp.	53602	0	0	0
		8 Narrative*.mp.	51286	0	0	0
		9 8 or 5 or 6 or 7	218738	0	0	0
		10 4 And 9	4893	0	0	0
		11 relation*.mp.	1998739	0	0	0
		12 Self*.mp.	519401	0	0	0
		13 11 or 12	2382885	0	0	0
		14 4 And 9 And 13	645	0	0	0
		15 14 and 2002:2011.	450	6	4	4(2 funnet ved tidligere søk)

Vedlegg 3.

OVERSIKTSTABELL I FORHOLD TIL INNHOLD OG KVALITET

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Diane Heliker, PhD, RN 2009 USA Journl of Gerontological Nursing	Enhancing Relationships in Long-Term Care Through Story Sharing.	Utforske sykepleie assistenters oppfatning av erfaring ved deltakelse i en historie delings intervensjon og Sykepleiere og pasienters oppfatning av å bli kjent med og ha kontakt med hverandre.	Fortolkende fenomenologisk	54 Sykehjems beboere, 84 Sykepleie assistenter. 20 sykehjems beboere klarte ikke å gjennomføre dybdeintervjuer.	Kvaliteten på pleier-pasient relasjonen er grunnleggende for å gi best pleie i langtid pleie situasjoner.	God*
Ingrid From, Janeth Leksell, Maruka Marusarz, Kjell Røll, Raija Sairanen, Margit Schrøder, Grete Vabo og Olle Söderhamn, 2009 Norge, Sverige, Danmark, Finland Vård I Norden	Good nursing care for older nursing home clients in a nordic context.	Belyse og tolke hvordan god sykepleie til eldre sykehjemsbeboere kan bli fortalt av sykepleiere i en nordisk kontekst.	Intervju Kvalitativ analyse	9 sykepleiere fra Norge, Danmark, Finland og Sverige.	<i>Kommunikasjon:</i> Sykepleierne lyttet til pasienten og deres pårørende og møtte dem på et individuelt nivå for å kunne gi best pleie. Pasientens. opplevelse og følelser var i fokus og personlige fortellinger, minner og interesser ble brukt for at sykepleierne skulle komme nærmere pasienten. <i>Kreativitet:</i> Sykepleierne krysset grenser for å for å	God*

					være nær pasient og pårørende. <i>Miljø:</i> De hadde en åpen tilnærming på avdelingen.	
Linda Bakken, Anners Lerdal og Thomas Harding 2009 Norge Klinisk Sygepleje.	Norwegian Healthcare workers' experience with implementing life story work in a nursing home	Å beskrive erfaringen til en gruppe helsepersonell ved å bruke livshistorie arbeid i sykepleiepraksis.	Hermeneutisk studie	10 Helsepersonell fullførte studien.	Livshistoriearbeid var ikke tidkrevende. Deltakerne ga uttrykk for ny innsikt og økt engasjement med deres pasienter og en styrket relasjon som førte til nye omsorgs intervensjoner.	God*
Amanda Clarke, Elizabeth Jane Hansson og Helen Ross 2003 United Kingdom Journal of Clinical Nursing	Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach	Utforske om en biografisk tilnærming, i form av historie deling, kunne brukes for å oppmuntre til person sentrert praksis	Fokusgruppe intervjuer	8 pasienter med familiemedlemmer og 6 hjelpearbeidere.	Livshistoriene hjalp personale å se pasienten som en person, å forstå dem som individer og å danne bedre relasjoner med familiene til pasientene.	God*
Liv Wegeland Sørbye, Else vengenes Grue og Olaug Vibe. 2011 Norge Sykepleien	Trives på sykehjem	Hensikten med prosjektet var å la sykehjemsbeboerens "stemme" bli hørt.	Selvrapporterings Skjema utviklet av InterRAI. Skjemaet ble oversatt fra Engelsk til Norsk.	20 Ikke-Demente pasienter. 16 av dem var kvinner.	Privatliv: Beboerne var svært fornøyd med forhold som angikk privatliv. <i>Måltider:</i> Mat og måltider var et sentralt tema for trivsel blant beboerne. <i>Trygghet:</i> Beboerne var tilfredse med sikkerhet og trygghetsforholdene. <i>Trivsel:</i> Beboerne ga uttrykk for å trives.	Bra*

					<p><i>Autonomi:</i> Opplevelsen av valgmuligheter og autonomi var viktig. Helt ned til små hverdagslige gjøremål.</p> <p><i>Respekt:</i> Beboerne opplevde store forskjeller blant personale og noen følte seg oversett.</p> <p><i>Oppfølging fra personalet:</i> Det var store variasjoner i bebornes opplevelser av oppfølgingen. Men de fleste opplevde god oppfølging.</p> <p><i>Relasjoner til Personalet:</i> Pasientene var usikre på hvor mye personale visste om deres livshistorie. Noen pleiere viste større interesse enn andre og tok seg også tid til å sette seg ned og ta en liten prat.</p> <p><i>Aktivitetstilbud:</i> Beboerne ga uttrykk for å like de aktivitetstilbudene som var, mens helgene ofte ble kjedelige p.g.a. lite aktiviteter.</p> <p><i>Personlige relasjoner:</i> Beboerne hadde svært få opplevelser av å ha nære venner på sykehjemmet. Det var også svært få som opplevde å bli spurt om råd</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					eller hjelp.	
Gørill Haugan Hovdenes. 2002 Norge Vård i Norden.	Pleier-pasient- relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse	Hva gir en opplevelse av mening i livet når man bor i et norsk alders- og sykehjem?	Kvalitativ metode med dybdeintervju.	9 sykehjemspasienter. 2 menn og 7 kvinner.	<i>Virkeliggjørelsen:</i> Omfatter sykehjemspasientens livsbekreftende erfaringer. Det som gjør livet spennende og meningsfylt. <i>Tilintetgjørelsen:</i> Var å leve uten noen plass i virkeligheten. Å være “ingen”, ikke fremstå som en person, noe som opples menigsløst.	God*
Åshild Slettebø 2002 Norge Vård i Norden	Safe but lonely: Living in a nursing home.	Hensikten med studien var å beskrive erfaringene/ opplevelsene til en gruppe sykehjemspasienter	Kvalitativ hermeneutisk studie med innholdsanalyse av intervju.	14 pasienter fra 3 ulike sykehjem.	Feeling safe: Å komme på sykehjemmet gjorde at de følte seg trygge fordi de da hadde større mulighet for å få hjelp dersom noe skulle hende. <i>Feelings of loneliness and sadness:</i> Pasientene ga utrykk for at dagene var lange, kjedelige og tomme. Noen følte ikke at de fikk omsorg. De opplevde at personale ikke hadde tid til dem eller tok seg tid til dem. <i>Feelings of being respected:</i> Pasientene opplevde at sykepleierne møtte dem med respekt. Det var derimot noen språkbarrierer som gjorde det vanskelig å forstå og bli	God*

					forstått og dette ga pasientene en følelse av å ikke bli forstått og de fikk ikke diskutert problemene sine tilstrekkelig med sykepleierne. <i>Feeling a lack of reliability:</i> Flere pasienter opplevde at avtaler sykepleierne gjorde ikke ble fulgt opp. De mente at dersom avtaler ikke kunne holdes skulle sykepleierne gi dem beskjed om det.	
Catherine Russel og Stephen Timmons 2009 England Nursing Older People	Life Story Work and nursing home residents with dementia	Hensikten med studien var å lytte til historiene til sykehjemspasienter med demens for å få innsikt i deres forståelse av seg selv.	Narrativ forskningsmetode	5 sykehjemspasienter	Hver og en av pasientene fortalte fullstendig ulike historier med ulike fokus.	God*

Markere inkluderte artikler med * i rubrikken for kvalitet

Vedlegg 4.

Analyse – Liste over resultater inndelt etter fargekode, kapittel og underkapittel.

Blå: Gjensidighet.

Livshistoriearbeid og gjensidighet på sykehjemmet.

God Pleie baseres på gjensidighet.

1,1,1,2,3,3,3,4,4,4,4,5,5,6,6,7

Eldre mister seg selv når de flytter på sykehjem.

1,1,4,5,5,5,6,6,6,6,6,7,7,7

Rosa: Relasjonen.

Livshistorien styrker relasjonen.

Pasienten ble et individ – ikke et nummer.

1,2,3,3,4,4,4,4,5,5,7,7,8,8

En livshistorie – betydning for relasjonen.

1,1,2,3,3,4,4,5,5,6,8