



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Medbestemmelse og livskvalitet for eldre mennesker
bosatt på sykehjem**

**Co-determination and quality of life for elderly people
living in nursing homes**

Monica Wuttudal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 24.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• 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: 15

Veileder: Lisbeth Sørensen

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: 24.05.2017

Antall ord: 10 233

Forord

Ein gong heldt du meg fast i handa

då eg tok mine første steg.

No støttar eg deg der me går over golvet.

Eg kjennar

at du har gått langt.

Ukjent dikter.

Jeg ønsker å takke familie og alle rundt meg som tålmodig har stilt opp og kommet med tips og råd til en student i en hektisk periode, dere motiverte meg til å stå på og til å gjøre en ærlig innsats i siste del av skriveperioden, uten dere hadde det ikke blitt et ferdig produkt. Jeg ønsker også å takke bestemor som har spurt meg hver dag om jeg har skrevet nok på oppgaven denne dagen, du er et stort forbilde for meg. Jeg vil også få takke min flinke veileder Lisbeth Sørensen som velvillig har stilt opp og svart på utallige spørsmål til alle døgnets tider, din iver og positivitet under veiledning har vært verdifull og ført til at jeg har utviklet meg gjennom skriveprosessen.

Molde, 23.05.2017.

Sammendrag

Tema

Medbestemmelse og livskvalitet for eldre bosatt på sykehjem.

Problemstilling

Hvordan kan helsepersonell legge til rette for medbestemmelse og god livskvalitet for eldre bosatt i sykehjem

Metode

Oppgaven er et litteraturstudie, og ved hjelp av eksisterende litteratur i form av fagbøker, artikler, statistikk og forskning ønsker jeg å tilegne meg kunnskap som kan belyse problemstillingen.

Hovedmomenter i konklusjonen

-Menneskesyn og ideolog har betydning for hvordan helsepersonell legger til rette for medbestemmelse og livskvalitet.

-Gapet mellom målene for eldreomsorgen som er satt i offentlige dokument, og den reelle situasjonen er for stort.

-Mangel på ressurser og begrensninger i økonomi kan være hemmende for helsepersonell når det skal legges til rette for medbestemmelse og god livskvalitet for eldre bosatt i sykehjem.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Samfunnsdebatt	1
1.2	Presentasjon og bakgrunn for valg tema	1
1.3	Min forforståelse	2
1.4	Vernepleierens relevans i forhold til tema.....	3
1.5	Oppgavens disposisjon	4
2.0	Problemstilling	5
2.1	Begrunnelse for avgrensninger	5
2.2	Begrepsdefinisjon	6
3.0	Metode	9
3.1	Litteratursøk	9
3.2	Kildekritikk, validitet og reliabilitet.	11
3.3	Feilkilder	12
4.0	Teoridel	13
4.1	Institusjonshistorie.....	13
4.2	Utviklingen av eldreomsorgen	14
4.3	Aldringsteori.....	15
4.3.1	Eriksons utviklingsteori	15
4.3.2	Tilbaketrekningsteorien.....	16
4.3.3	Aktivitetsteorien.....	16
4.4	Medbestemmelse	17
4.5	Livskvalitet.....	18
4.6	Kommunikasjon	19
4.7	Opplevelsen av å bo på sykehjem	19
4.7.1	Trygghet i hverdagen	21
4.7.2	Stiftelsen Livsglede for eldre	22
4.8	Offentlige dokumenter om eldreomsorg	23
4.8.1	Forskrift om verdig eldreomsorg	23
4.8.2	Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.....	23
4.8.3	Åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste	24
4.8.4	Stortingsmelding nr. 29 Morgendagens omsorg	24
4.8.5	Stortingsmelding nr. 19 Folkehelsemeldingen.....	25
5.0	Drøfting	26
5.1	Institusjonshistorie og utvikling av eldreomsorgen.....	26
5.2	Medbestemmelse og livskvalitet	26
5.3	Kommunikasjon	27
5.4	Aktivitet og deltagelse.....	28
5.5	Stiftelsen Livsglede for eldre.....	29
6.0	Avslutning	31
6.1	Oppsummering	31
6.2	Konklusjon	31
6.3	Refleksjon.....	32
	Litteraturliste.....	33

1.0 Innledning

1.1 Samfunnsdebatt

I flere offentlige publikasjoner og i media for øvrig hører vi ofte om den ventede eldrebølgen. Det kommer også frem i Stortingsmelding nr. 29 *Morgendagens omsorg* hvor det nevnes at det i fremtiden kommer til å bli flere og flere eldre med et mer sammensatt hjelpebehov. Det nevnes også at det å rekruttere ansatte til helseyrkene kan bli en utfordring. Det har i de siste årene blitt satt mer fokus på medbestemmelse blant eldre, noe som også kommer frem i meldingen (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Helse og omsorgsdepartementet har kommet med flere reformer som omhandler eldreomsorgen og noen av disse trekker jeg frem i denne oppgaven.

Det har også blitt et stadig større fokus på betydningen av en aktiv og verdig alderdom, dette gjenspeiler seg også i ulike offentlige dokumenter og publikasjoner som for eksempel Stortingsmelding nr. 19 *Folkehelsemeldingen-mestring og muligheter* (Meld. St. 19(2014-2015)).

I oppgaven nevner jeg stiftelsen «livsglede for eldre» som har som formål å øke bevisstheten rundt verdighet og livsglede.

1.2 Presentasjon og bakgrunn for valg tema

Jeg har valgt å skrive om medbestemmelse og livskvalitet blant eldre mennesker bosatt på sykehjem. For å skrive denne teksten benytter jeg meg av tilgjengelig faglitteratur, artikler og forskning.

Jeg starter teoridelen med å redegjøre kort for hvordan helsetjenestene har vært og hvordan de har utviklet seg. Jeg nevner også ulike aldringsteorier som er kunnskap jeg mener må ligge til grunn for yrkesutøvelsen i arbeidet med eldre mennesker.

Jeg velger å se på medbestemmelse i et historisk perspektiv og knytter dette opp imot menneskesyn og ideologi. Jeg undersøker dette ved å finne litteratur, artikler og eksempler som understreker viktigheten av medbestemmelse. Videre ser jeg på hvilke holdninger, menneskesyn og ideologier som har rådet innen helse- og omsorgstjenestene opp igjennom årene.

I arbeidet med å tilegne meg kunnskap på området har jeg blitt bevisst på at eldre som bor på sykehjem ofte blir omtalt med ulike benevnelser, som for eksempel bruker, pasient beboer eller tjenestemottaker. Jeg velger å bruke benevnelsen beboer da dette er et faglig godt begrep, begrepet brukes også i Meld. St. 29. Det er viktig å være bevisst på hvordan en bruker begreper, det handler om å bruke dem på en positiv måte og i riktig kontekst.

1.3 Min forforståelse

Forforståelsen tar utgangspunkt i det en har opplevd og sett tidligere (Aadland 2013). Jeg har en grunnleggende forforståelse om at eldre bosatt på sykehjem kan være ensomme og har liten innsikt i egen behandling og liten påvirkning på eget liv. Jeg er også av den oppfatning at hverdagen på et sykehjem er fastsatt. Det vil si at det er faste tider for måltid, faste dager for dusjing og stort sett fastsatte dager for aktiviteter, med lite rom for individuell tilpasning. Jeg har likevel erfaring med at enkelte sykehjem har bedre ressurser og er flinkere til å ta vare på enkeltindividene enn andre. Det er som oftest de negative historiene som kommer frem og det er viktig å være klar over at det finnes mange solskinnshistorier fra sykehjem også. Jeg mener likevel at en negativ historie fra et sykehjem er en for mye.

Jeg har en bestemor som nylig har flyttet på sykehjem. Sist gang jeg var på besøk på dette sykehjemmet skulle jeg steke vafler for beboerne på avdelingen. Da alt var klart spurte jeg de som satt på stuen hva de kunne tenke seg å ha på vaflene. En beboer svarte at hun hadde svært lyst på vafler med brunost, jeg gikk da til en ansatt og spurte hvor brunosten var. Svaret jeg fikk var at «hun kunne da spise syltetøy hun også, som alle oss andre». Jeg ble meget satt ut og uten å reagere gikk jeg stille bort til beboeren og spurte om hun hadde lyst på syltetøy. En annen situasjon har jeg fra praksisfeltet som jeg vil betrakte som noe mer alvorlig, selv om den forrige situasjonen er alvorlig nok. En nattevakt valgte å hindre beboer tilgang til alarmsnoren en periode iløpet av natten, dette var for å eliminere antall ganger beboer ringte på alarmen. Det skal sies at denne situasjonen ble tatt ganske kraftig tak i av ledelsen. Disse situasjonene er ikke unike og jeg tror at slike situasjoner forekommer oftere enn vi tror. Jeg håper at vi kan øke bevisstheten rundt medbestemmelse slik at situasjoner som dette kan unngås. Jeg tror at ansatte på sykehjem må gjøres bevisste på at beboerne fortsatt ønsker å ta egne valg og at de skal få mulighet til dette. Jeg håper denne oppgaven gir meg ny innsikt og kunnskap om temaet, og formålet er at den kan

leses av både helsepersonell og andre for å fremme motivasjon og glede til å yte det lille ekstra i yrkesutøvelsen.

Aadland (2013) påpeker at det er viktig å være klar over hva forforståelsen har å si for hvordan du skriver oppgaven din. Det er forforståelsen som danner grunnlaget for en oppgave og det er viktig å være klar over at den kan farge hele arbeidet som er gjort. Jeg har forsøkt å være klar over dette i arbeidet med min oppgave, og har trukket inn relevant teori, artikler og forskning som skal belyse min problemstilling.

1.4 Vernepleierens relevans i forhold til tema

Som vernepleier skal du ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og legge til rette for utvikling, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet (FO 2008). Gjennom vår utdanning blir vi lært opp i å se det enkelte og hele menneske og å fokusere på medbestemmelse. Som vernepleier må du ha ferdigheter som gjør deg i stand til å yte en innsats for andre mennesker. Brask, Østby og Ødegård (2016) omtaler vernepleierens dobbeltkompetanse, denne kompetansen innebærer kombinasjonen mellom medisinsk/somatisk kunnskap og målrettet miljøarbeid. Nordlund, Thronsen og Linde (2011) påpeker at vernepleiere er pr definisjon helsepersonell på lik linje med sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Vernepleiere er dermed helsepersonell med medisinsk kompetanse, men de har også en bred grunnleggende sosialfaglig kompetanse. Denne kompetansen kan vernepleiere ta med seg i yrkesutøvelsen og samhandlingen med eldre mennesker. Med bakgrunn i dette tenker jeg at temaet er viktig og relevant for alt helsepersonell, og da også vernepleiere.

Gjennom mine tre år på vernepleierstudiet har jeg blitt bevisst en positiv forandring når det kommer til ansettelse av vernepleiere på sykehjem. Denne bevisstheten ble også forsterket da jeg hadde praksis ved et sykehjem. Ledelsen ved sykehjemmet uttalte at de hadde fokus på å ansette vernepleiere i tillegg til sykepleiere, og at disse to profesjonene utfylte hverandre godt faglig. Sammen med andre yrkesgrupper kan de utgjøre et godt faglig miljø som kommer beboerne til gode. Jeg håper det blir ansatt flere vernepleiere ved sykehjem og ser positivt på denne økningen.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med et dikt av en ukjent forfatter. Slik jeg tolker diktet sier det noe om menneskesyn og hvordan vi bør møte mennesker i siste fasen av livet. Det sier også noe om sårheten og opplevelsen av å bli gammel.

Oppgaven starter med innledning hvor jeg sier noe om den pågående samfunnsdebatten rundt eldreomsorgen. Jeg sier videre noe om bakgrunnen for valg av temaet, min forforståelse og om vernepleierens relevans i forhold til temaet. Videre presenterer jeg problemstillingen min med begrunnelse for avgrensninger og begrepsdefinisjoner.

Kapittel 3 omhandler valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. I neste kapittel kommer teoridelen, hvor jeg presenterer teorien jeg mener er aktuell for å kunne svare på problemstillingen. I kapittel 5 drøfter jeg teorien jeg har innhentet, før jeg avslutter med konklusjon og refleksjon i kapittel 6.

2.0 Problemstilling

Eldre bosatt på sykehjem er mennesker som har helsemessige utfordringer og de trenger ofte bistand til dagliglivets gjøremål (Garsjø 2008). I løpet av de siste 30 årene er andelen eldre som bor på alders- og sykehjem redusert og beboerne er mer omsorgstrengende enn før (Statistisk sentralbyrå 2013). Et menneske som bor i institusjon kan ha følelsen av å bo på andre mennesker sin arbeidsplass. De kan kjenne på å ha mistet sitt hjem, falt ut av samfunnet og kan føle seg satt til side. Noen kan også føle på en ensomhet over tilværelsen. Det er viktig å få med at mange av beboerne er lykkelige over å få komme på sykehjem og de føler en trygghet over å ha mennesker rundt seg hele tiden, og over å få den pleien de trenger (Klopstad Wahl og Rokne 2011). Felles for alle, uavhengig av hvordan de synes tilværelsen er, er at de har krav på å få medvirke i sitt eget liv. For å kunne gjøre dette kreves det tilrettelegging og god kunnskap fra de ansatte. Med bakgrunn i dette har jeg utformet følgende problemstilling:

Hvordan kan helsepersonell legge til rette for medbestemmelse og god livskvalitet for eldre bosatt på sykehjem

Denne problemstillingen har dannet grunnlaget for innhenting av teori og drøfting videre i oppgaven

2.1 Begrunnelse for avgrensninger

I starten av oppgaven sier jeg noe om institusjonshistorien i Norge gjennom tidene, her tar jeg i grove trekk for meg utviklingen av institusjonene generelt, før jeg går videre med å si noe om institusjonshistorien knyttet opp til eldreomsorgen. Jeg nevner utviklingen institusjonene hadde fra å ha fokus på oppbevaring til å få en behandlingsfunksjon som hovedfokus. Siden problemstillingen tar sikte på å forstå hvordan helsepersonell kan legge til rette for medbestemmelse og livskvalitet i sykehjem fokuserer jeg mest på dette uten å si så mye mer om institusjoner generelt. Jeg er klar over at det fremdeles finnes institusjoner som har som hovedfokus å skjerme og å oppbevare, men siden dette ikke er det som etterspørres i problemstillingen velger jeg ikke å si noe om institusjoner på et generelt grunnlag, annet enn det som kommer frem i starten av oppgaven.

Jeg sier noe om aldringsteorier i teoridelen min, dette fordi det er relevant for helsepersonell og forstå hva som skjer i aldringsprosessen, og hvilke følger dette kan ha for det enkelte menneske.

Jeg har også valgt å bruke begrepet medbestemmelse i problemstillingen. Dette er nært knyttet opp til selvbestemmelse, men siden det kan være utfordrende å legge til rette for full selvbestemmelse for eldre bosatt på sykehjem har jeg fokusert på medbestemmelse. Jeg har også sett på medbestemmelse i et historisk perspektiv, selv om dette ikke direkte gir svar på problemstillingen min. Jeg mener likevel at dette er relevant for å kunne forstå hvordan begrepet oppfattes i dag. Jeg definerer disse begrepene senere i oppgaven. Jeg skriver oppgaven med utgangspunkt i eldre mennesker uten kognitiv svikt, jeg har derfor ikke tatt med teori om demens og utfordringer knyttet til dette. Med dette innebærer det også at jeg skriver oppgaven med bakgrunn i at de eldre har samtykkekompetanse.

2.2 Begrepsdefinisjon

I problemstillingen dukker det opp flere begrep det er hensiktsmessig å definere før jeg går videre. Jeg ønsker også å definere forskjellen på medbestemmelse og selvbestemmelse, og forskjellen på aldershjem og sykehjem.

Helsepersonell

I Helsepersonelloven §3 står det at med helsepersonell menes det i denne lov

- Personell med autorisasjon etter §48 a eller lisens etter §49.
- Personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd
- Elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.

I Helsepersonelloven §3 tredje ledd står det at

med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)

Medbestemmelse og selvbestemmelse

Dette er to begrep som er nært knyttet opp til hverandre og det var utfordrende å skulle finne forskjell.

Medbestemmelse handler om å få delta i avgjørelse som handler om ens egen situasjon. Dette er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 §3-1. I samme lov står det også at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med mottaker (LOV-1999-07-02-63). Medbestemmelse i sykehjem kan vi si handler om at all diagnostikk, behandling og rehabilitering forutsetter at pasienten er informert og samtykker.

Laila Luteberget (2010) henviser til Ellingsen (2005) som skriver at selvbestemmelse innebærer å ha kontroll over beslutninger og valg som er av betydning i livet. Det er viktig å påpeke at dette ikke innebærer en fullstendig kontroll over beslutninger, men muligheten til å være den som forårsaker valg og beslutninger.

Slik jeg ser det innebærer begge begrepene å få muligheten til å delta i avgjørelser som omhandler en selv. Det kan være utfordrende å skulle legge til rette for full selvbestemmelse for eldre bosatt på sykehjem. Målet må være å legge til rette for mest mulig grad av medbestemmelse i valg som omhandler sin egen hverdag.

Livskvalitet

Eknes og Løkke (2009) definerer begrepet livskvalitet som et bredt begrep som omhandler en persons fysiske og psykologiske helse, sosiale relasjoner, individuell tro, tilgang på tilfredsstillende, grad av selvstendighet og muligheten til å innvirke på sine omgivelser. De påpeker også at det er flere faktorer som spiller inn i begrepet livskvalitet. En av disse er graden av medbestemmelse.

Eldre

Det har vært utfordrende å skulle finne en definisjon på hvem som betraktes som eldre og ikke. Bondevik (2000) henviser til verdens helseorganisasjon (WHO) som deler alderdommen skjematisk inn i tre faser: Ung-gammel fra 65-80 år, gammel-gammel fra 80-90 år og de over 90 år defineres som meget gammel. Denne definisjonen betrakter eldre over 65 år som eldre.

Sykehjem og aldershjem

Forskjellen på sykehjem og aldershjem kan være litt flytende og nå brukes begrepene litt om hverandre. Tidligere gikk skillet i hovedsak i forskjellen i hvor pleietrengende beboerne var. Både sykehjem og aldershjem er lovregulerte boformer og kan eies av en kommune, stiftelse eller en organisasjon. I praksis bygges det ikke aldershjem mer. (Husbanken 2011).

Oppgaven tar utgangspunkt i sykehjem. I forskrift FOR-1988-11-14-932 defineres sykehjem som en boform som skal gi heldøgns omsorg. Det nevnes også vilkår som må være tilstede for at driften skal være forsvarlig. Blant annet skal sykehjemmet være tilknyttet en organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste. Det står også at sykehjemmet skal ha en administrativ leder, en ansvarlig lege som har ansvaret for den medisinske behandlingen og en offentlig godkjent sykepleier som har ansvaret for sykepleien. Det står også at sykehjemmet skal ha det antallet personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig bistand og omsorg (FOR-1988-11-14-932)

3.0 Metode

Dalland (2012) henviser til sosiologen Vilhelm Aubert som formulerer metode slik

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. (Dalland 2012:111).

Metoden er redskapet vårt og noe som hjelper oss å samle inn data og informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Det finnes både kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene sikter på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2013). Jeg har benyttet meg av litteratur som bygger på kvalitative data og analyser.

En litteraturstudie skal ta utgangspunkt i allerede eksisterende litteratur. Den hermeneutiske spiral bygger på en tolkningsprosess som innebærer at fenomener må fortolkes for å kunne forstås og ved å veksle på ulike perspektiver kan vi danne oss en hypotese gjennom det andre har tolket før oss (Dalland 2012).

Jeg har benyttet meg av aktuell litteratur som forskningsartikler, fagbøker, tidsskrifter og statistikk for å belyse problemstillingen. De kvalitative metodene søker å finne forståelse for fenomener, de går i dybden og bygger på en hermeneutisk tilnærming og subjektiv kunnskap, det vil si hvordan hvert enkelt menneske forstår sin situasjon (Aadland 2013).

3.1 Litteratursøk

For å finne frem til litteratur startet jeg med et enkelt søk på Google. Begrepene jeg søkte på var *medbestemmelse*, *livskvalitet* og *eldre*. Etter hvert la jeg til søkeordet *sykehjem*.

Dette ga meg et lite innblikk i hvilken litteratur som fantes om temaet.

Etter hvert gikk jeg grundigere til verks og søkte i søkemotorer som Idunn og SveMed+ jeg søkte på de samme begrepene.

Jeg har også gått inn på nettsidene til Regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet og søkt i offentlige dokumenter. Søkordene jeg brukte var *reform*, *medbestemmelse*, *livskvalitet* og *eldre*.

Jeg brukte bibliotekets søkebase Oria aktivt, der jeg søkte på *eldre, livskvalitet* og *medbestemmelse*. Jeg brukte også mye tid på biblioteket ved Høgskolen i Molde, hvor jeg lette etter relevant litteratur i bokhyllene.

Etter hvert fikk jeg en del teori å lese på og jeg gikk da noe systematisk til verks og fant relevant litteratur i ulike referanselister. Her måtte jeg foreta en rask sjekk av de referansene som virket relevante. I arbeidet med å finne relevant litteratur kom jeg over flere forskningsartikler om eldre og livskvalitet og noen av disse har jeg forsøkt å integrere i oppgaven.

Jeg har også funnet avisartikler som omhandler eldre bosatt i sykehjem og disse har jeg trukket inn i oppgaven for å eksemplifisere temaet.

Jeg har i stor grad forsøkt å finne litteratur av nyere tid.

Faglitteratur

Jeg har brukt Kirkevold, Brodtkorb og Hylén Ranhoff (2008) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* en del i denne oppgaven, selv om den er snart 10 år er den fremdeles svært aktuell og relevant. Jeg har forsøkt å støtte opp under den teorien som kommer frem med nyere litteratur og offentlige dokumenter.

Jeg har også brukt andre fagbøker som er relevante for min problemstilling.

Offentlige dokumenter og lovverk

Jeg har forsøkt å få med ulike forskrifter som omhandler eldreomsorgen og kvaliteten i pleie og omsorgstjenesten. Disse forskriftene gir klare føringer på hvordan eldreomsorgen skal fremstå, og hva som er nødvendig for å skulle gi et best mulig tjenestetilbud. Meld. St 29 sier også noe om hva som forventes av helsepersonellet som jobber i eldreomsorgen og dette kan jeg knytte direkte opp imot min problemstilling.

Jeg har også støttet opp under det jeg har skrevet med aktuelt og relevant lovverk.

Artikler

Jeg har funnet avisartikler som jeg velger å ta med for å belyse problemstillingen.

Avisartikkelen fra Dagbladet om sykepleier Mohsen Jamei er en typisk gladsak og en direkte konsekvens av en et helsepersonell med handlekraft. Artikkelen tar jeg med som et eksempel på hvilke følger en forholdsvis liten forandring kan få for beboerne i et kollektiv for eldre.

Forskning

Jeg har benyttet meg av flere forskningsartikler. En av disse er en rapport utgitt av Sintef Helse, forfattet av Hofstad og Norvoll (2003). I denne rapporten kommer det blant annet frem ulike sider ved å bo på et sykehjem. Jeg har også tatt med en forskningsartikkel forfattet av Bergland (2012) som henviser til andre forfattere og presenterer en trivselsteori. Denne er relevant for å kunne svare på problemstillingen. Jeg har benyttet meg av en rapport utgitt av Norsk Senter for menneskerettigheter (2014) som blant annet belyser ulike utfordringer som kan oppstå på sykehjem.

3.2 Kildekritikk, validitet og reliabilitet.

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland 2012).

Noen av de kildene jeg har funnet er forholdsvis gamle, det vil si eldre enn 10 år. Jeg har forsøkt å være konsekvent på litteratur av eldre årgang, og har vurdert de nøye med tanke på validitet. For å sikre reliabiliteten i kildene av eldre årgang har jeg forsøkt å bruke artikler og offentlige dokumenter av nyere dato som et supplement for å belyse problemstillingen.

Jeg har stort sett brukt norsk litteratur, men jeg har valgt å ta med en artikkel fra Danmark. I flere offentlige dokument om eldreomsorg vises det til Danmark og deres syn og prinsipper for en god og verdig eldreomsorg. Senest i november 2016 ble det publisert en artikkel i Nettavisen der statsminister Erna Solberg uttaler at hun er imponert over dansk eldreomsorg (Nettavisen 2016).

Jeg har lest flere artikler hvor det refereres til andre forfattere eller forskere på området. Gjennom hele oppgaven har jeg forsøkt å gjøre rede for hvilke kilder jeg har brukt. Jeg har stort sett forsøkt å gå direkte til den kilden det henvises til, men i noen tilfeller kom jeg til artikler som måtte kjøpes. Jeg har også vært bevisst på å få frem at det henvises til sekundærkilder, det vil si kilder jeg ikke har lest selv, men der jeg har lest en annen forfatters tolkning.

3.3 Feilkilder

Den største feilkilden i arbeidet med denne oppgaven er at jeg ikke skriver objektivt nok, jeg har en forforståelse av hvordan livet på sykehjem kan være og det kan være vanskelig å skulle legge fra seg denne forforståelsen i arbeidet med oppgaven. Denne forforståelsen kan også farge min innhenting av teori (Dalland 2012).

Andre feilkilder har jeg nevnt så vidt tidligere i oppgaven. Teori som er eldre enn 10 år kan ha mistet noe av sin relevans og om jeg leser andre forfattere sin tolkning av kilder kan dette føre til at noe av essensen i det jeg leser viskes vekk (Dalland 2012).

4.0 Teoridel

Denne delen er oppgavens hoveddel. Jeg starter med å redegjøre for institusjonshistorien og sier noe om hvordan helsetjenestene har utviklet seg gjennom tidene. Jeg sier også noe om menneskesynet og ideologien i helse- og omsorgstjenestene. Dette for å belyse problemstillingen. Videre nevner jeg ulike aldringsteorier før jeg går over på medbestemmelsesbegrepet og livskvalitet. Jeg forsøker å synliggjøre disse begrepene gjennom eksempler fra det virkelige liv.

4.1 Institusjonshistorie

Institusjonshistorien har utviklet seg gjennom flere tidsepoker. I middelalderen var det først og fremst kirken som tok seg av de fattige og pleietrengende. Utover 1500 tallet overtok lokalsamfunnet mer enn tidligere og det ble blant annet opprettet fattigdomskommisjoner som skulle gi hjelp til de pleietrengende. Det ble bygd asyler, hospitaler og aldershjem hvor de som trengte det fikk pleie, mat og stell (Garsjø 2008). Omsorgen for syke var i stor grad privat i starten på 1700 tallet, før ordningen om legd og auksjonering av syke og omsorgstrengende trådte i kraft. På midten av 1700 tallet kom industrialiseringen og den økonomiske og sosiale utviklingen i samfunnet førte til at det ble opprettet institusjoner. Bondesamfunnet gikk i oppløsning til fordel for en voksende industrialisering i byene og dette førte til at det ble en opphopning av mennesker med ulike omsorgsbehov. Da ble det opprettet fattighus og tukthus som skulle ta vare på de som ikke kunne forsørge seg selv. De første institusjonene vi kjenner til oppsto som nevnt på 1500 tallet, men hospitaler og asyler ble ikke vanlig før på 1800 tallet hvor formålet i hovedsak var oppbevaring av spedalske. Frem til 1900 tallet var det fokus på oppbevaring, kontroll og straff og fokuset på behandling og omsorg kom gradvis mer inn etter hvert. Institusjonene gikk fra å være såkalte fattighus og anstalter med oppbevaring og isolasjon som formål, til å bli en del av en spesialisert helse- og sosialtjeneste (Garsjø 2008).

4.2 Utviklingen av eldreomsorgen

Eldreomsorgen har også vært i stadig utvikling. De første norske institusjonene som var beregnet bare på eldre ble bygd etter 1850 og ble kalt pleiehjem. Dette var et bo- og omsorgstilbud til eldre som hadde utfordringer med å skulle klare seg i hverdagen. Institusjonene ble i stor grad drevet av veldedige organisasjoner eller kommuner, og de som bodde der ble omtalt som pensjonærer. Her skulle de få hjelp og ro til å kunne slappe av (Hauge 2008).

Utover på 1900 tallet ble det reist en del kritiske spørsmål mot disse pleiehjemmene, en gikk fra å tenke på pleiehjem som en oppbevaringsplass til å få en behandlingsoptimisme som førte til en framvekst av andre typer institusjoner, som trygdeboliger, sykehjem og aldershjem. Vi ser også her at forandring i ideologi og menneskesyn har hatt stor betydning for hvilken helse- og omsorgstjeneste som ytes. I følge Garsjø (2008) er det de rådende ideologiene i samfunnet som bestemmer hvordan institusjonene blir bygd opp. Henriksen og Vetlesen (2006) mener at måten vi forstår mennesker på har en direkte sammenheng med hva slags etiske vurderinger vi gjør. Vårt syn på mennesker er bestemt av de tradisjonene og det livssynet vi har med oss.

Askheim (2003) presenterer begrepet *empowerment*, som handler om overføring av makt og at den avmektige skal ta tilbake makten i sitt eget liv. Til grunn for dette begrepet ligger en tankegang og et menneskesyn om at mennesket er et subjekt som har rett til å medvirke i eget liv.

Som nevnt tidligere er det ideologien og menneskesynet vårt som ligger til grunn for de valg vi foretar oss. En fagideologi er summen av det vi vil oppnå med arbeidet i den faglige sammenhengen. Det er ikke bare institusjonens ideologi og menneskesyn som er av betydning for de tjenestene som ytes. Hvert enkelt menneske tar med seg sin ideologi inn i yrkesutøvelsen og dette farger de handlingene vi utfører (Garsjø 2008). Ideologien avspeiler menneskesyn og verdier og kan være verktøy for måldefinering og problemdefinering. Garsjø (2008) sier at uklarhet i institusjonens ideologi kan skape frustrasjon og konflikter i samspillet på en institusjon. Hvilken ideologi en institusjon har og hvordan den er organisert er avgjørende for resultatet av behandlingen (Garsjø 2008). Samfunnets ideologi og syn på eldre har også utviklet seg gjennom tidene, i dagens samfunn kan det virke som at det å være ung er mer verdifullt enn det å være gammel. Dette kan vi se i forbindelse med ulike aldersgrenser, for eksempel grensen for når du ikke

får jobbe mer. Det synes å være en antagelse om at eldre er en byrde for samfunnet (Garsjø 2008).

4.3 Aldringsteori

For å kunne se på medbestemmelse og livskvalitet blant eldre kan det være relevant å se på noen grunnleggende aldringsteorier. Hva er det som skjer i menneskets liv når vi blir eldre? Ved å undersøke dette søker jeg å finne ut hvordan vi kan forstå begrepet aldring og hvordan dette kan sees i sammenheng med medbestemmelse og livskvalitet. Sletvold (2016) ser på aldring i et evolusjonsperspektiv og hevder at det ikke er en rasjonell grunn til at vi eldes. De teoriene jeg presenterer i dette kapittelet ser bare på delelementer i aldringen og sier ikke noe om hvordan aldring oppsto som fenomen.

Thorsen (2008) skriver at menneskekroppen eldes gjennom hele vårt voksne liv, dette kalles biologisk aldring og er felles for alle levende organismer, og en innebygd egenskap i kroppens celler. Denne typen aldring påvirker alle kroppens organer blant annet hud, muskler, skjelett, hjerte, lunger, hjerne og så videre. Dette påvirker også kroppens reguleringsmekanismer som blodtrykk og temperaturregulering.

Videre nevnes også begrepet psykologisk aldring, med dette menes evnen til å lære og til å løse problemer og endringer i hukommelse og intelligens (Thorsen 2008).

Det kan også skje forandringer i forhold til selvfølelse med alderen. Den sosiale aldringen innebærer endring i sosialt liv, for eksempel endring i sosiale roller (Romøren 2008).

4.3.1 Eriksons utviklingsteori

Thorsen (2008) redegjør for sentrale teorier om psykologisk aldring og nevner Eriksons utviklingsteori. Erikson var en tysk-amerikansk psykolog som i 1960 årene presenterte en dynamisk teori om personlig utvikling gjennom hele livsløpet. Han opererte med 8 utviklingsstadier, der hvert stadium hadde en utviklingsoppgave som burde mestres for å kunne gå videre til det neste stadiet. Hvordan personen mestret oppgaven la føringer for hvordan utviklingen foregikk på senere stadier. Eriksons utviklingsteori ble epokegjørende blant annet fordi den trakk inn alderdommen som et eget stadium i utviklingen.

Det siste stadiet i Eriksons utviklingsteori kalte han for moden alder. Utviklingsoppgaven på dette stadiet er egointegritet, det vil si det å akseptere sitt eget liv slik utfallet ble. Det handler også om å bli mindre selvsentrert og å akseptere døden uten frykt. Fortvilelse er

motsatsen som oppstår når personen ikke aksepterer livet sitt og frykter døden (Thorsen 2008).

4.3.2 Tilbaketrekningsteorien

En annen teori som Thorsen (2008) nevner er tilbaketrekningsteorien. Denne teorien ble det første generelle teoretiske fundamentet i forbindelse med gerontologi¹. Teorien ble lansert i 1961 som en grunnleggende teori i sosialgerontologien² av sosiologen Elaine Cumming og psykologen William Henry. I følge denne teorien er det to elementer som virker i samme retning

- Alderdommens naturlige tilbøyelighet til tilbaketrekning
- Samfunnsforhold som skyver gamle ut

Den enkelte person opplever som oftest en biologisk drift i retning av å trekke seg tilbake fra samfunnet, det blir naturlig å trekke seg tilbake fra sosiale roller og nettverk og personen kan bli mindre utadvendt og mer innadvendt. Samfunnet legger også til rette for tilbaketrekking blant eldre med blant annet pensjonering, aldersgrenser og barrierer mot samfunnsmessig deltagelse (Thorsen 2008). Denne teorien synes å være særlig tilpasset samfunn som med aldersgrenser og aldersdiskriminering begrenser de eldre sin deltagelse i samfunnet. Teorien hevder at det at gamle trekker seg tilbake er en universell prosess som gjelder overalt og teorien mener at aktivisering virker «mot naturen» og forhindrer den naturlige aldringsprosessen. Det finnes ingen teoretiske holdepunkter for at aktivisering og rehabilitering er gunstig i denne teorien (Thorsen 2008).

4.3.3 Aktivitetsteorien

En annen teori som nevnes i forbindelse med aldring er aktivitetsteorien. Dette er ikke en ferdig utarbeidet teori, men mer et verdistandpunkt og en måte å tenke på. Thorsen (2008) viser til Havighurst, Neugarten og Tobin (1968) som hevder at aktivitet er gunstig i alderdommen, de mener at det må oppmuntres til aktivitet og ikke hindres og at aktivitet er en kilde til god livskvalitet (Thorsen 2008).

¹ Læren om alderdommen (Thorsen 2008).

² Læren om menneskelig aldring i samfunnet (Thorsen 2008).

4.3.3.1 Konklusjon

Disse to teoriene illustrerer hvordan samme empiriske data kan gi ulike fortolkninger som igjen leder til motsatte holdninger og handlinger.

Daatland og Solem (2011) skriver at tilbaketrekningsteorien anbefaler ro, tilbaketrekking og ettertanke, mens aktivitetsteorien anbefaler aktivitet og deltagelse. Begge teoriene er endimensjonale og ensidige og hevder at aldri er noe som skjer med folk. Disse teoriene tar også utgangspunkt i at eldre ikke er ulike, at de ikke er aktører i sitt eget liv og at de ikke tar egne valg. Begge disse teoriene overser samspillet mellom individet og omgivelsene. Slikt sett står disse teoriene i en kontrast til tanken om at mennesket har en særskilt verdi fordi det har evne til kritisk refleksjon og fornuft. Denne tanken og spørsmålet om pasientens rett til medbestemmelse ble ikke sentral i helse- og omsorgstjenestene før på 1950 tallet (Nordtvedt 2012).

4.4 Medbestemmelse

En av de mest sentrale problemstillingene i den medisinske etikken er spørsmålet om pasientens rett til medbestemmelse. Det at et menneske skal ha en rett til å bestemme over sin egen behandling og pleie er i dag en av de mest grunnleggende verdiene i helseomsorgen. I den greske antikken var det bare noen av samfunnets borgere som ble ansett og respektert som fullverdige representanter for samfunnet. I sykepleien og i medisins praksis var pasienten mer å anse som et barn som skulle skånes for å ta egne valg og konsekvensene av disse (Nordtvedt 2012). Tanken om autonomi var også sentralt hos opplysningstidens tenkere, Immanuel Kant hadde tanken om respekt for individet som en verdi gjennom den såkalte humanitetsformuleringen som sier:

Du skal alltid handle slik at du betrakter menneskeheten i din person så vel som hos enhver annen person som et formål i seg selv, og ikke bare som et middel.
(Nordtvedt 2011:81).

Bak denne formuleringen ligger det en ide om at hvert enkelt menneske er ukrenkelig og uerstattelig.

Denne verdien ble som nevnt ikke sentral i helse- og omsorgstjenestene før på 1950 tallet (Nordtvedt 2012).

Det er to sentrale momenter i verdien autonomi som er viktig. Det ene er at selvbestemmelse forutsetter bestemte egenskaper hos menneskene, som fører til at de kan ta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne. Det andre er, at via evnen til fornuft får mennesket en status som innehaver av rettigheter, og retten til selvbestemmelse for det enkelte individ blir en viktig etisk verdi (Nordtvedt 2012). Jeg nevner begrepet autonomi mer under punkt 4.5.

Institusjonene har stor makt og innflytelse over mennesker. De fleste avgjørelses som tas om en beboer blir tatt av personalet og et kjennetegn ved beboerrollen er at friheten til å velge selv og til å bestemme i eget liv er i personalets hender (Garsjø 2008). Retten til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og i utformingen av tjenestetilbud er omtalt i flere forskrifter og nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 (LOV-1999-07-02-63).

4.5 Livskvalitet

God livskvalitet er et subjektivt fenomen og kan være vanskelig å måle (Moum og Mastekaasa 2011). Det finnes likevel ulike definisjoner på hva livskvalitet er.

Næss (2011) definerer livskvalitet som en tilstand av psykisk velvære og som en opplevelse av å ha det godt. Hun presiserer også at begrepet livskvalitet er knyttet til enkeltindivider og ikke samfunn. Eknes og Løkke (2009) påpeker at livskvalitet er et bredt begrep, og at det omhandler et menneskes fysiske, psykiske og sosiale helse, og herunder grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, tilgang på tilfredsstillende og muligheten til å påvirke på sine omgivelser.

Begrepet livskvalitet er et subjektivt fenomen, det er det enkelte menneske som kan definere hva som er god livskvalitet for seg selv, men som nevnt ovenfor er det noen punkter som går igjen når begrepet skal beskrives. Graden av selvstendighet og muligheten til å innvirke på sitt eget liv er noen av disse. Nordtvedt (2012) skriver om begrepet autonomi som betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende. Han mener dette er en av de viktigste formuleringen innenfor moderne pliktetik og at dette danner grunnlaget for moderne tenking om menneskeverd og respekt for autonomi (Nordtvedt 2012).

Det å fokusere på livskvalitet kan ifølge Klopstad Wahl og Rokne (2011) komme pasienten til gode ved forbedret praksis og ved at det settes søkelys på uidentifiserte helseproblemer som kan gi gevinster sett fra pasientenes ståsted. Med dette innebærer det å ha brukerperspektivet i fokus (Klopstad Wahl og Rokne 2011).

Det kan være utfordrende for helsepersonell å skulle rette fokus på livskvalitet, men ved å gjøre dette kan den subjektive forståelsen hos beboerne komme frem og bli tatt hensyn til, dette kan føre til at mange opplever å bli møtt med respekt og verdighet (Klopstad Wahl og Rokne 2011).

Hansen og Slagsvold (2011) hevder at det er en vanlig antagelse at livskvaliteten reduseres med høyere alder, dette er også en antagelse blant eldre selv. Mye kan forandre seg i de Eldres liv, de kan oppleve å miste eller å få endret sine roller, sansene og ferdighetene svekkes og man orker mindre. De påpeker også at aldringen har både fordeler og ulemper og henviser til Diener (1999) som sier at forskning har vist at eldre lettere tilpasser seg ytre forhold og at de generelt er flinkere til å justere mål og forventninger enn yngre mennesker. De henviser også til Neugarten (1996) som sier at eldre rapporterer sjeldnere konflikter og er mindre opptatt av andres anerkjennelse.

4.6 Kommunikasjon

I alt arbeid hvor det foregår samhandling mellom mennesker er kommunikasjon sentralt. Eide og Eide (2010) skriver at begrepet kommunikasjon er nært knyttet opp til relasjon. De påpeker også at det er forskjell på kommunikasjon i dagliglivet og profesjonell kommunikasjon. Som helsepersonell kommuniserer vi med andre mennesker som trenger vår hjelp og støtte, eller kollegaer og andre profesjoner vi samarbeider med for å kunne gi et godt tjenestetilbud. De fremhever betydningen av å møte beboer med verdighet, respekt og det å la beboer beholde så stor innflytelse i egen situasjon som mulig. I faglitteraturen kalles dette empowerment.

Askheim (2003) trekker frem begrepet og sier det innebærer at pasienten skal få mest mulig makt og kontroll, og å delta i beslutningsprosesser der dette er mulig og naturlig.

4.7 Opplevelsen av å bo på sykehjem

I 2015 var det 33 547 mennesker som hadde langtidsopphold i institusjon, det var en prosentvis nedgang på 1% fra året før (Statistisk sentralbyrå 2016).

Eldre bosatt på sykehjem kan ha en følelse av avmakt og føle at deres personlige rom krenkes. Å gå fra å være hjemmeboende med en fri vilje og mulighet til å bestemme over

eget liv til å komme på sykehjem med fastsatte rammer og nye rutiner. Når de kommer på institusjon forventes det at de skal passe inn i den malen som gjelder for den aktuelle institusjonen. De skal stå opp til en viss tid, de skal ha faste måltider og de skal legge seg innenfor et gitt tidsrom.

Det er ikke alle som passer inn i denne malen og mange kan oppleve det som tap av integritet og mangel på respekt. (Hauge 2008).

Det å skulle flytte på sykehjem kan være en stor overgang for den enkelte. Fra å bo i sitt eget hjem med kjente omgivelser skal de nå flytte til et ukjent sted, gjerne mye mindre enn det de er vant til, med begrenset plass til egne møbler. Den eldre må bli kjent med nye mennesker, både helsepersonell og andre beboere. De må også tilpasse seg nye rutiner og gjerne en ny døgnrytme. Disse overgangene oppleves og takles på ulike måter (Hauge 2008).

Det finnes både positive og negative sider ved det å bo i sykehjem, og hvordan det oppleves er subjektivt. I en forskningsrapport gitt ut av Sintef, forfattet av Hofstad og Norvoll (2003) kommer det frem flere ulike sider ved det å bo i sykehjem. Noen av de positive sidene er tryggheten og vissheten om at det alltid er hjelpere i nærheten hvis det trengs.

Ådel Bergland (2012) presenterer en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. Hun presenterer også en definisjon på begrepet trivsel og sier at trivsel referer til en persons subjektive opplevelse av sin egen situasjon (Bergland, 2012). Hun henviser til Haight, Barba, Tesh og Courts som i 2002 introduserte en trivselsteori *Theory of thriving*. De trekker frem tre sentrale faktorer i trivselsteorien: personen selv, relasjonen til menneskene han/hun omgir seg med (human-environment) og det fysiske miljøet (non-human-environment). Alle disse tre faktorene endrer seg og påvirker hverandre gjennom et kontinuerlig samspill gjennom hele livsløpet og avhengig av hvordan dette samspillet er, blir resultatet en person som trives eller mistrives i større eller mindre grad (Bergland 2012).

Hvordan en person opplever og håndterer sin livssituasjon kan ha betydning for trivselen. Hauge (2008) henviser til Wilson (1997) og Helliker og Scholler-Jaquish (2006) som har utført to sentrale studier av beboerens reaksjon på å flytte på sykehjem. Selv om det er nesten 10 års mellomrom mellom disse studiene er beskrivelsene av hver fase tilnærmet

like. Wilsons studie har fasene overveldelse, tilpasning og akseptasjon, mens Helliker og Scholler-Jaquish sin studie bruker beskrivelsene å bli hjemløs, å finne seg til rette og lære seg reglene og å skape seg et nytt sted. (Hauge 2008).

4.7.1 Trygghet i hverdagen

Dansk sygeplejeråd har gitt ut en artikkel forfattet av Harder og Friis (2010) som beskriver funnene i seks kvalitative forskningsartikler som omhandler sykehjemsbeboere i Danmark sin opplevelse av å bo på sykehjem. De presenterer også en modell som kan brukes som guide for å legge til rette for å forbedre beboernes innflytelse i egen hverdag. De skriver blant annet at det har vært lite fokus på beboernes opplevelse av hvordan det er å bo på sykehjem. Artikkelen konkluderer med at fysisk pleie og sosiale relasjoner skal likestilles, og at det må være personalressurser til å klare begge deler. Videre i artikkelen kom det frem at flere av de eldre oppfattet hverdagen sin som trygg, til tross for at flere hadde en manglende følelse av egen kontroll. Denne tryggheten baserer seg på at de eldre ikke er alene om hverdagens gjøremål lengre, de er også trygge på at de får hjelp raskt, om behovet skulle oppstå. Det kommer frem i artikkelen at denne opplevelsen av trygghet er forbundet med livskvalitet og trivsel (Harder og Friis 2010).

I 2014 kom det en rapport som konkluderte med at det forekommer en praksis på norske sykehjem som kan utgjøre brudd på menneskerettighetene. Rapporten påpeker at mennesker som bor i sykehjem er underlagt de samme menneskerettighetene som andre og retten til forsvarlig helse- og omsorgstjenester, retten til å kontrollere egen kropp og helse og retten til beskyttelse mot mishandling og nedverdiggende behandling står sentralt (Norsk senter for menneskerettigheter 2014).

Endring med positive ringvirkninger

Avisen Dagbladet skriver i en artikkel publisert i 2015 om sykepleieren Mohsen Jamei som har jobbet i et bokollektiv for eldre i 9 år. Han reagerte på at flere av de eldre var undervektige. Han så på rutineene i forbindelse med middagservering og gikk inn for å servere middag to timer senere enn hva de brukte i dette kollektivet. Resultatene lot ikke vente på seg, og flere av de eldre gikk oppi vekt. «Det ble også en helt annen ro på avdelingen» sier Jamei. De eldre fikk bedre tid under hvert måltid og dette har ført til at de sover bedre på natta (Doksheim 2015).

I følge Brodtkorb (2008) kan eldre være utsatt for under- eller feilernæring og mangel på næring kan resultere i utfordringer knyttet til helse. Det kan også være utfordrende å fremme matlysten til eldre som ofte blir sittende alene å spise uten selskap. Sortland (2011) skriver at mat kan oppfylle både en behandlingsfunksjon og en omsorgsfunksjon. En trygg og hyggelig atmosfære rundt måltidet kan være avgjørende for en positiv opplevelse, dette kan føre til velvære for den enkelte og kan fremme appetitt og god livskvalitet. Videre påpeker hun at de eldre i mest mulig grad må få velge sin egen mat, og at de som greier det må få muligheten til å smøre sin egen mat under brødmåltid. Hun sier også at ro under måltidet og et godt spisemiljø fremmer appetitt og bidrar til et godt måltid.

4.7.2 Stiftelsen Livsglede for eldre

1 mars 2005 opprettet to sykepleiestudenter i Kristiansand en lokalgruppe de kalte «livsglede for eldre». Hovedmålet var å skape ulike fellesarrangementer for eldre, basert på frivillighet og støtte fra næringslivet. Etter hvert ble flere og flere lokallag opprettet og nå er det en landsomfattende organisasjon med 98 livsgledehjem, 159 livsgledeskoler og 212 livsgledebarnehager. Som livsgledehjem må du sette brukerens sosiale og kulturelle behov i sentrum, dette er i tråd med nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet. (Meld. St. nr. 29)

Orkdal helsetun i Sør Trøndelag har nå sertifisert seg som livsgledehjem, for å nå dette målet arrangerte de flere aktiviteter som skulle fremme livsglede hos eldre. De hadde et samarbeid med barnehager og skoler i nærheten, og de satte beboernes interesser og ønsker i fokus. Nå settes det nye mål for kommunen, de ønsker å bli landets første livsgledekommune. Dette er et nytt begrep som stiftelsen «livsglede for eldre» ser med stor positivitet på (Morken 2016).

4.8 Offentlige dokumenter om eldreomsorg

Det finnes flere offentlige dokumenter og publikasjoner som omhandler eldreomsorgen. Jeg har valgt å ta med noen av disse siden de sier noe om hvordan eldreomsorgen skal være oppbygd i Norge.

4.8.1 Forskrift om verdig eldreomsorg

Forskrift om verdig eldreomsorg trådte i kraft i 2011 og sikter på å tilrettelegge eldreomsorgen på en måte som fører til at de eldre får en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I forskriftens §2 står det at det skal tas hensyn til individuelle behov i arbeidet med å sikre en meningsfull alderdom. I §3 står det at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, verdighet og livsførsel (FOR-2010-11-12-1426).

4.8.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten FOR-2003-06-27-792 ble iverksatt i 2003 og har som formål å sikre at alle som mottar pleie og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov, med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. I §3 står det blant annet at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som skal sikre at brukere av pleie og omsorgstjenester og eventuelt pårørende skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Det står også at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Forskriften sier at kommunene plikter å opprette prosedyrer som skal sikre at brukerne av helse- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov, som blant annet:

- *Selvstendighet og styring av eget liv.*
- *Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, aktivitet og fellesskap.*
- *Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.*
- *Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. (FOR-2003-06-27-792)*

4.8.3 Åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste

I 2012 ble det lagt frem *åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste* utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Kirkens bymisjon, Pensjonistforbundet, KS, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet og Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Disse prinsippene sier at omsorgstjenesten skal bygge på et helhetlig menneskesyn. De sier også at omsorgstjenesten skal være basert på medbestemmelse, respekt og verdighet og at den skal være tilpasset brukernes individuelle behov (Meld. St 29(2012-2013)).

Norsk sykepleierforbund sier at gode omsorgstjenester skapes i møtene mellom bruker og ansatt. De påpeker også at kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess, som krever møteplasser og verktøy for refleksjon, i tillegg til mot og engasjement fra ledere og ansatte (Norsk sykepleierforbund 2013). Disse åtte prinsippene legges til grunn for Stortingsmelding nr. 29.

4.8.4 Stortingsmelding nr. 29 Morgendagens omsorg

I 2013 kom stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg*. Denne meldingen var ment å være en mulighetsmelding som skulle gi brukerne av helse og omsorgstjenestene nye og bedre muligheter til å skulle klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom, funksjonsnedsettelse eller andre utfordringer (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Meldingen nevner også begrepet eldrebølgen. Veksten i antall eldre kommer til å øke i årene fremover. Samtidig kommer flere eldre til å kunne møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere. De har ofte mer kunnskap om teknologi, bedre økonomi, bedre helse og flere ønsker medbestemmelse. Meldingen fokuserer på livskvalitet og helse og at en meningsfull tilværelse vil stå sentralt i omsorgstjenestene hvor mennesker oppholder seg hele døgnet. Det er forskjell på å få tjenester for å overleve, og tjenester for å skulle leve et meningsfylt liv. Det å arbeide innenfor helsesektoren innebærer at helsepersonell må kunne møte alle utfordringer som måtte komme, de må kunne være i stand til å lage rammer som møter alle livets sider, både de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle eller eksistensielle sidene. (Meld. St. 29. (2012-2013))

4.8.5 Stortingsmelding nr. 19 Folkehelsemeldingen

Denne meldingen har som tittel *Folkehelsemeldingen-mestring og muligheter* og tar sikte på å fremme en folkehelsepolitikk som skaper muligheter. Allerede i tittelen legges det en ideologi om at mennesket er en ressurs med mange muligheter til grunn. Regjeringen ønsker å styrke det forebyggende helsearbeidet og blant annet utvikle en ny og moderne eldrepolitikk som skal fokusere på betydningen av aktiv aldring. Regjeringen ønsker et samfunn som forebygger ensomhet og påpeker viktigheten av å rette innsatsen mot barn, unge og eldre. Meldingen sier mye om viktigheten av at eldre får være aktive i arbeidslivet lengst mulig, men den nevner også at det er et mål å legge til rette for aktivitet og deltagelse for eldre som er utenfor arbeidslivet. Regjeringen har også et mål om at flere eldre skal få bo lengre i hjemmet sitt og nevner noen forutsetninger for at eldre skal kunne bo hjemme i trygge og gode rammer lengst mulig. Noen av disse er universell utforming, tiltak for å forebygge ulykker å for å få hjemmet så trygt som mulig og økt tilrettelegging for tilpassede tjenester (Meld.St.19 (2014-2015)).

5.0 Drøfting

5.1 Institusjonshistorie og utvikling av eldreomsorgen

Det er av betydning at helsepersonell har en grunnleggende kunnskap om utviklingen av eldreomsorgen og hvilken betydning ideologi og menneskesyn har for yrkesutøvelsen. Garsjø (2008) nevner at det er de rådende ideologiene i samfunnet som bestemmer hvordan institusjonene blir bygd opp. På 1500 tallet hadde man et menneskesyn som innebar at mennesker med nedsatt funksjonsevne skulle settes bort, de ble gjerne sett på som ekstra arbeidskraft og måtte gå på legd. Utover på 1800 tallet skjedde det en endring i menneskesynet og man så på eldre og pleietrengende med nye øyne. Det oppsto en behandlingsoptimisme og tanken om at mennesket er et subjekt som har rett til å medvirke i eget liv oppsto (Garsjø 2008).

Som nevnt under punkt 4.2 har måten vi forstår mennesker på en direkte betydning med hva slags etiske vurderinger vi gjør (Henriksen og Vetlesen 2006).

Aldringsteoriene jeg nevner under punkt 4.3 tar utgangspunkt i at eldre mennesker ikke er aktører i eget liv, dette står i kontrast til dagens rådende ideologi innenfor eldreomsorgen. Aktivitet, medbestemmelse og det å fokusere på individuelle behov er momenter som går igjen i flere forskrifter og Stortingsmeldinger, og da spesielt Meld. St 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen* hvor fokuset på aktivitet og deltagelse er stort. Som helsepersonell bør du være klar over betydningen av aktivitet og hvordan dette spiller inn i den daglige tilværelsen for de eldre. Helsepersonell bør holde seg oppdatert på hva som er gjeldende ideologi i eldreomsorgen generelt, men også for arbeidsplassen spesielt.

5.2 Medbestemmelse og livskvalitet

Problemstillingen tar sikte på å forstå hvordan helsepersonell kan legge til rette for medbestemmelse og god livskvalitet for mennesker bosatt på sykehjem. For å kunne forstå hvordan dette kan gjøres, bør det ligge en grunnleggende faglig forståelse for hvordan eldre mennesker kan oppleve det å flytte på sykehjem. Det bør også være en forståelse for hvordan aldring foregår. Thorsen (2008) nevner Eriksons utviklingsteori hvor utviklingsoppgaven var egointegritet, det vil si å akseptere sitt liv slik utfallet ble. Han nevner også at motsatsen til denne oppgaven er fortvilelse. Hauge (2008) påpeker at overgangen fra å bo hjemme til å flytte på sykehjem er stor og disse overgangene kan takles på forskjellige måter. Som helsepersonell er det viktig å være klar over de

utfordringene de eldre kan møte når de flytter inn på sykehjem. Hvordan et menneske opplever sin livssituasjon kan ha stor betydning for trivselen.

Thorsen (2008) nevner tilbaketrekningsteorien som består av to elementer som styrer i samme retning. Den ene er alderdommens naturlige tilbøyelighet til tilbaketrekning og den andre er samfunnsforhold som skyver den gamle ut. Han nevner også aktivitetsteorien som er et verdistandpunkt som hevder at aktivitet er gunstig i alderdommen. Disse aldringsteoriene tar utgangspunkt i at eldre ikke er ulike. Sletvold (2016) påpeker at aldringsprosessen er langt fra uniform og opplevelsen er forskjellig fra menneske til menneske.

Bergland (2012) presenterer trivselsteorien og trekker frem de tre faktorene som har betydning for trivsel. En av disse faktorene er relasjonen til de menneskene beboer omgir seg med. De andre faktorene er personen selv og det fysiske miljøet. Som helsepersonell er det viktig å være klar over at disse faktorene endrer seg kontinuerlig og at de påvirker hvordan trivselen blir. Trivsel kan igjen knyttes nært opp til begrepet livskvalitet (Næss 2011), dette understøttes også av forskningsartikkelen av Harder og Friis (2010).

5.3 Kommunikasjon

Helsepersonell som har sitt daglige virke i samhandling med andre mennesker må ha god kunnskap om kommunikasjon og samarbeid. De må ha god omsorg for den enkelte og de bør være løsningsorienterte. Det er viktig å legge best mulig til rette for medbestemmelse og god livskvalitet og for å kunne gjøre dette må helsepersonell sette seg inn i det enkelte menneskets situasjon (Eide og Eide 2010).

Ansatte i eldreomsorgen bør besitte en god kommunikativ kunnskap. Som nevnt tidligere i oppgaven skjer det flere forandringer når vi eldes. (Pihl 2008) skriver at mange eldre har nedsatt hørsel og syn og at dette kan skape utfordringer knyttet til samhandlingen med andre mennesker. Helsepersonell som arbeider i samhandling med eldre bør ha kunnskap om hvordan en snakker med mennesker med svekket syn og hørsel. Helsepersonell bør også ha kunnskap om hjelpemidler som kan bidra til en bedre hverdag for eldre med ulike utfordringer knyttet til syn og hørsel. Dette krever utdanning, trening og tid (Romøren 2008).

Meld. St 29 *Morgendagens omsorg* ønsker en faglig omstilling i omsorgstjenesten og har som en målsetning å heve det faglige fokuset i helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har også en målsetning om å skape en større faglig bredde med flere faggrupper og økt

vekt på tverrfaglighet. Dette kan føre til en bedre forståelse blant helsepersonell ansatt i eldreomsorgen som igjen kan føre til et bedre tjenestetilbud for beboerne. Norsk sykepleieforbund påpeker at gode omsorgstjenester skapes i møtene mellom bruker og ansatt (Norsk sykepleieforbund 2013). Som helsepersonell må du være bevisst på betydningen av en god relasjon og hva dette innebærer for beboer. Røkenes og Hanssen (2012) skriver at vår væremåte, evne til empati og anerkjennelse er forhold som er av betydning for relasjonen. En god relasjon kan resultere i gode opplevelser for beboerne og dermed økt livskvalitet.

5.4 Aktivitet og deltagelse

Aktivitet er også noe som fremmes og settes høyt i ulike offentlige dokument om eldreomsorgen. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792) står det at kommunene plikter å opprette prosedyrer som skal sikre at brukerne av tjenestene får tilfredsstillende sine grunnleggende behov. Et av de grunnleggende behovene som nevnes er tilbudet om varierte og tilpassede aktiviteter. Et annet behov er selvstendighet og styring av eget liv. Dette er behov som kan virke så selvsagte at vi ikke tenker over det i det daglige, men som helsepersonell er det viktig å være bevisst dette i yrkesutøvelsen. I de siste årene har det blitt mer fokus på medbestemmelse og det å ha et helhetlig menneskesyn. I 2012 ble det utarbeidet åtte prinsipper for en god omsorgstjeneste som sier at omsorgstjenesten skal være basert på medbestemmelse, respekt og verdighet (Meld. St 29 (2012-2013)) Som helsepersonell må du arbeide med respekt og verdighet og omsorg må være en grunnleggende verdi i yrkesutøvelsen. Eide og Eide (2010) sier at begrepet omsorg kan forstås som omtenksomhet. De skriver også at det er et hårfint skille mellom det å ta ansvar for, og ta ansvar fra en person. De presenterer begrepet omsorgsprofesjonalitet som kan karakteriseres ved tre stikkord: empati, fagkunnskap og målorientering. Som helsepersonell er det viktig å ha evnen til å sette seg inn i et annet menneskes situasjon. Det er også viktig med en god grunnleggende fagkunnskap. Som ansatt i eldreomsorgen kan kunnskap om sorgreaksjoner og fysiologiske og psykologiske aspekter ved dette være til god hjelp i arbeidet med å fremme god livskvalitet.

Helsepersonell må være klar over at livskvalitet er et subjektivt begrep og at ingen andre enn personen selv kan bestemme hva som er god livskvalitet for seg selv. Askheim (2003) henviser til Bank-Mikkelsen (1989) som sier at det å bruke livskvalitet som målebegrep

kan innebære en fare for formynderi, ved at det er profesjonelle som definerer hva som er god livskvalitet. Helsepersonell kan ikke definere hva som er god livskvalitet for den enkelte.

5.5 Stiftelsen Livsglede for eldre

Poulsen (2005) hevder at det er en grunnleggende forestilling om at det ikke er noe å foreta seg på sykehjem og at de eldre kjeder seg. Sertifiseringsordningen for livsgledesykehjem er en ordning i regi av stiftelsen «Livsglede for eldre» og målet er å styrke den aktive omsorgen og å sette beboerens sosiale og kulturelle behov i sentrum. Gjennom å bli sertifisert som et livsgledehjem kan et sykehjem bli mer opptatt av beboerne og deres behov. Et livsgledehjem skal ha livsglede som en grunnleggende verdi og for å nå målet om en meningsfull hverdag for de eldre må den enkelte beboer bli hørt. På den måten får beboerne innsikt og medbestemmelse i egen hverdag og muligens økt livskvalitet. Her nevner jeg også faren ved at profesjonelle skal definere hva som er god livskvalitet for den enkelte. Som nevnt tidligere er det viktig at helsepersonell gir beboerne mulighet til å få medvirke i utarbeidelsen av et livsgledehjem og hva det skal innebære.

Tidligere i oppgaven nevnte jeg Orkdal kommune som etter to år endelig har blitt sertifisert som livsgledehjem, de har arrangert ulike aktiviteter blant annet kalvemønstring. Det å bruke dyr i denne sammenhengen kan virke positivt for livskvaliteten hos de eldre. Ifølge Lunde (2012) synes samvær med dyr å ha en helsebringende effekt på mange. Det er likevel viktig å være klar over at samvær med dyr ikke erstatter samvær med mennesker.

Eldre bosatt på sykehjem kan ofte kjenne på følelsen av ensomhet og tristhet, de kan også ha en følelse av avmakt og at deres personlige rom krenkes. Når eldre flytter på sykehjem forventes det at de skal passe inn i malen som er gjeldende på det aktuelle sykehjemmet (Hauge 2008). Institusjoner har som regel faste tider for måltid og som nevnt tidligere kan det være vanskelig å skulle fremme matlyst til eldre som ofte sitter alene. Underernæring kan ofte forekomme på sykehjem (Sortland 2011) og for å forhindre dette er det flere tiltak helsepersonell kan sette inn. Endring i tidspunkt for måltider, bedre tid og flere aktiviteter er tiltak som kan fremme livsglede og føre til økt livskvalitet. Det er også viktig at helsepersonell gir beboerne mulighet til medbestemmelse og en følelse av å være tilstede i eget liv. Dette er i tråd med hva sykepleier Mohsen Jamei gjennomførte i et bokollektiv for eldre. Han endret tidspunktet for middag, og resultatet var positivt i form av bedre tid til å

spise. Dette er et glimrende eksempel på at selv små forandringer kan utgjøre en stor forskjell.

Selv om de fleste offentlige publikasjoner og faglitteratur er enige om at aktivitet og medbestemmelse er gode kilder som kan føre til god livskvalitet er det ikke alltid slik i virkeligheten. Gapet mellom det som står i ulike reformer og den grunnleggende antagelsen om hva som fører til en verdig alderdom er ofte større enn ventet. Hva som fører til dette er usikkert.

Forskrift om verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426) tar utgangspunkt i at eldreomsorgen skal gi de eldre en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Poulsen (2005) sier at sykehjem har ulike verdigrunnlag, der noen institusjoner prøver å oppfylle beboernes ønsker om hva som skal være et hjem for han eller henne og der hvor medarbeiderne setter seg inn i hva den enkelte ønsker, og hvilke rammer de vil ha. Andre sykehjem fungerer fortsatt på den tradisjonelle måten med faste institusjonsrutiner for hverdagen (Poulsen 2005).

I rapporten utgitt av Norsk senter for menneskerettigheter ser vi at det er et stort gap mellom de målene som er satt og den faktiske praksisen som skjer i norske sykehjem. Rapporten trekker frem det å styrke de ansattes kompetanse som et ledd i å kvalitetssikre tjenesten (Norsk Senter for menneskerettigheter).

Mitt eksempel under punkt 1.2 *min forforståelse* kommer under retten til forsvarlig helse- og omsorgstjenester, det å ta vekk muligheten til å søke hjelp kan være et brudd på menneskerettigheten og er da ulovlig.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Ut i fra drøftingen kommer det frem at helsepersonell må ha en grunnleggende kunnskap og en faglig forståelse om at alle mennesker skal ha rett til å medvirke i eget liv.

Helsepersonell som arbeider i eldreomsorgen bør i tillegg ha faglig kunnskap og en forståelse for hvordan eldre mennesker kan oppleve det å flytte i sykehjem. Kunnskap om hvordan menneskesyn og ideologi kan ligge til grunn for tjenestetilbudet er også relevant. Helsepersonell bør i tillegg ha fokus på å opprette relasjon og fokus på aktivitet og deltagelse for eldre mennesker bosatt i sykehjem.

6.2 Konklusjon

Min problemstilling var

Hvordan kan helsepersonell legge til rette for medbestemmelse og økt livskvalitet for mennesker bosatt i sykehjem.

Gjennom denne litteraturstudien har jeg kommet frem til følgende konklusjoner:

Det er flere forhold som er av betydning for hvor gode helse- og omsorgstjenestene er. I min oppgave har jeg fokusert på hva helsepersonell kan gjøre for å sikre at eldre får en verdig alderdom i sykehjem, og hvordan helsepersonell kan legge til rette for medbestemmelse og god livskvalitet for eldre bosatt i sykehjem.

Det finnes flere ulike offentlige dokumenter som skal sikre at eldre bosatt på sykehjem får alderdom preget av verdighet og medbestemmelse, blant annet i forskriften om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426), i rapporten utgitt av Norsk senter for menneskerettigheter (2014) kom det likevel frem at norske sykehjem bryter menneskerettighetene. Hva det er som fører til dette gapet er ukjent, men mine tanker er knyttet opp imot personalressurser og økonomi. Det er også kommet frem at menneskesyn og de rådene institusjonsideologi er av betydning for hvilken helse- og omsorgstjeneste som ytes av den enkelte. Det er likevel naturlig å se på dette i et samfunnsperspektiv hvor samfunnets ideologier også kan legge føringer for hvordan eldreomsorgen blir.

6.3 Refleksjon

Oppgaven har sett på hvordan helsepersonell kan legge til rette for medbestemmelse og økt livskvalitet. I arbeidet med oppgaven har jeg kommet over flere rapporter og artikler som belyser eldreomsorgen og hvordan den er bygd opp. Artikkelen som rørte meg mest var rapporten om at norske sykehjem bryter menneskerettighetene. Jeg blir nysgjerrig på hva det er som fører til dette, og hvordan dette kan forhindres. Det som kunne vært interessant å sett på videre er hvordan samfunnet legger føringer for hvordan eldreomsorgen skal være. Som nevnt tidligere finnes det flere reformer og offentlige dokumenter som har klare føringer for hvordan eldreomsorgen skal bygges opp, og det stilles også store krav til helsepersonell i eldreomsorgen, men hvorfor er gapet mellom forventninger og den reelle eldreomsorgen så stor?

Det foregår nå en endring i ideologi og en avinstitusjonalisering i samfunnet. Meld. St 19 tar sikte på å legge til rette for at flere eldre skal få bo i hjemmene sine lengst mulig. Det synes å være en grunnleggende antagelse at eldre har det best om de får bo hjemme lengst mulig. Det kan være viktig å tenke tanken om dette er noe som gjelder alle eldre.

I skrivende stund holder regjeringen på å utforme en ny kvalitetsreform for eldre som skal hete «leve hele livet». Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Reformen tar grunnlag i mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Statsminister Erna Solberg uttaler seg og sier at det skal fokuseres på medbestemmelse og mestring for de eldre. Regjeringen tar sikte på å presentere reformen i en Stortingsmelding i 2018 (Helse og omsorgsdepartementet 2017).

Drøftingen viser at små forandringer kan gjøre en stor forskjell, hvordan helsepersonell møter de eldre og hvilket menneskesyn de har kan være av avgjørende betydning for beboerne på sykehjem. Det som kan være en utfordring er mangel på ressurser og begrensninger i økonomi. Her synes jeg det er naturlig å komme med en ny problemstilling som sier:

hvordan kan økonomiske føringer og samfunnet for øvrig legge begrensninger for medbestemmelse og god livskvalitet for eldre bosatt i sykehjem?

Litteraturliste

FAGBØKER

Aadland, Einar (2013) «*Og eg ser på deg*» *Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter (2003) *Fra normalisering til empowerment, ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bondevik, Margareth (2000) *De eldste eldre, erfaringer og refleksjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård (2016) *Vernepleierens kjerneroller-en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brodtkorb, Kari (2008) *Ernæring, mat og måltider* i Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Annette Hylene Ranhoff *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. S 254-266. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (2011) *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget

Eide, Hilde og Tom Eide (2010) *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eknes, Jarle og Jon Løkke (2009) *Utviklingshemming og habilitering: innspill til habiliteringsprosessen*. Universitetsforlaget.

Garsjø, Olav (2008) *Institusjonssosiologi-perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hansen, Thomas og Britt Slagsvold (2011) *Alder i Næss*, Siri, Torbjørn Moum og John Eriksen (red) Livskvalitet, forskning om det gode liv. S 137-154. Bergen: Fagbokforlaget

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hauge, Solveig (2008) *Sykepleie i sykehjem* i Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Annette Hysten Ranhoff Geriatrik sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. S 219-236. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Klopstad Wahl, Astrid og Berit Rokne (2011) *Sykepleie i Næss*, Siri, Torbjørn Moum og John Eriksen (red) Livskvalitet, forskning om det gode liv. S 191-198. Bergen: Fagbokforlaget

Lunde, Linn-Heidi (2012) *Alder ingen hindring, vekst og utvikling hele livet*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Luteberget, Laila (2010) *muligheter og dilemmaer i vernepleierfaglig arbeid*.

Moum, Torbjørn og Arne Mastekaasa (2011) *Kan livskvalitet studeres empirisk?* I Næss, Siri, Torbjørn Moum og John Eriksen (red) Livskvalitet, forskning om det gode liv. S 52-68. Bergen: Fagbokforlaget

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde (2011) *Innføring i vernepleie, Kunnskapsbasert praksis-grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordtvedt, Per (2012) *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Næss, Siri (2011) *Språkbruk, definisjoner* i Næss, Siri, Torbjørn Moum og John Eriksen (red) Livskvalitet, forskning om det gode liv. S 15-51. Bergen: Fagbokforlaget.

Pihl, Ellen (2008) *Sansesvikt i eldre år* i Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Annette Hylene Ranhoff Geriatrik sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. S 241-253. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Poulsen, Ingrid (2005) *Livsvilkår, pleie og omsorg* i Tunntland, Hanne (red) Aldring og livsvilkår. N.W.Damm & søn.

Romøren, Tor Inge (2008) *Eldre, helse og hjelpebehov* i Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Annette Hylene Ranhoff Geriatrik sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. S 29-37. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2012) *Bære eller breste, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sortland, Kjersti (2011) *Ernæring- mer enn mat og drikke*. 4.utgave Bergen: Fagbokforlaget

Sletvold, Olav (2016) *Aldring som normalforandring* i Lægdeheim Helbostad, Jorun, Randi Granbo og Håvard Østerås. Aldring og bevegelse, fysioterapi for eldre. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS

Thorsen, Kirsten *Aldringsteorier* (2008) i Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Annette Hylene Ranhoff. Geriatrik sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. S 57-68. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Internettkilder

Fellesorganisasjonen FO (2008) *Om vernepleieryrket*

https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf

Husbanken (2011) om sykehjem og omsorgsboliger-likheter og forskjeller.

<https://www.husbanken.no/omsorgsboliger/om-likheter-og-forskjeller/>

Norsk sykepleieforbund (2013) Prinsipper for gode omsorgstjenester

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2194464/561061/Prinsipper-for-gode-omsorgstjenester>

Statistisk sentralbyrå (2013) *eldres bruk av helse og omsorgstjenester*.

https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898

Statistisk Sentralbyrå (2016) Pleie og omsorgstjenester, 2015.

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

Forskningsartikler

Bergland, Ådel (2012) *Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem* i Geriatrisk sykepleie nr 1-2012. Landsgruppen av geriatrisk sykepleie NSF.

https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hvilke_faktorer_kan_bidra_til_trivsel_i_sykehjem.pdf

Harder, Ingegerd og Linda Kathrine Friis (2010) *Plekehjemsbeboeres opplevelse af livet på plejehjem*. Lest 15.04.17

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-11/plejehjemsbeboeres-oplevelse-af-livet-paa-plejehjem>

Avisartikler

Doksheim, Therese (2015) *Tidlig middag gjorde de eldre undervektige, så fikk sykepleier Mohsen en ide*. Dagbladet. Lest 17.04.2017.

<http://www.dagbladet.no/nyheter/tidlig-middag-gjorde-de-eldre-undervektige-sa-fikk-sykepleier-mohsen-en-id/60540493>

Morken, Catharina (2016) *Vil bli landets første*. Avisa Sør-Trøndelag. Lest 18.05.2017

<http://www.avisast.no/nyheter/2016/03/13/Vil-bli-landets-f%C3%B8rste-12274660.ece>

Nettavisen (2016) *Solberg inspirert av dansk eldreomsorg*.

<http://www.nettavisen.no/nyheter/solberg-inspirert-av-dansk-eldreomsorg/3423279086.html>

Offentlige dokumenter og rapporter

Helse og omsorgsdepartementet (2017) *Ny reform skal gi eldre bedre tjenester*. Sett 14.05.17

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-skal-gi-eldre-bedre-tjenester/id2541470/>

Hofstad, Gunn Edit og Reidunn Norvoll (2003) *Kommunehelsetjenesten-gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF Helse

Norsk senter for menneskerettigheter (2014) *Temarapport Menneskerettigheter i norske sykehjem*

http://www.nhri.no/getfile.php/13685/nim/Om%20NIM/NI/Temarapport_Menneskerettigheter_i_norske_sykehjem.pdf

Lovverk, stortingsmeldinger og forskrifter

LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient og brukerrettigheter

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Meld. St 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen-mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

FOR-1988-11-14-932. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*
Helse- og omsorgsdepartementet

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

FOR-2010-11-12-1426. Forskrift om verdig eldreomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

FOR-2003-06-27-792. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.* Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>