



Betanien diakonale høgskole

# **Eldres mulighet for autonomi og privatliv i sykehjem**

**En strukturert intervju/spørreskjema  
undersøkelse blant 83 beboere og 109 ansatte  
ved 6 sykehjem i Bergen kommune 1996/1997**

**Kjellaug Tvedt Nautvik**

**Skriftserien. 1-2008**

©Betanien diakonale høgskole 2008-08-21

ISBN 978-82-997893-0-1

Trykk: Betanien diakonale høgskole

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Betanien diakonale høgskole  
Vestlundveien 19  
5147 Fyllingsdalen

Telefon: 55 50 73 00

Telefaks: 55 50 73 01

Nettadresse: <http://www.betaniensykepleierhogskole.no/>

# ELDRES MULIGHET FOR AUTONOMI OG PRIVATLIV I SYKEHJEM

En strukturert intervju/spørreskjema undersøkelse blant 83 beboere og 109 personale ved 6 sykehjem i Bergen kommune

Kjellaug Tvedt Nautvik, høyskolelektor, cand.pilot

Grunnutdanning i sykepleie, Betanien Sykepleierhøgskole

## INNHold

1. Artikkel om eldre's opplevelse av privatliv i sykehjem  
v/ høskolelektor Kjellaug Tvedt Nautvik

Artikkelen tar sikte på å belyse hvordan eldre ser på sin mulighet for å ha privatliv på institusjon. Opplever de at dette er hjemmet deres ? Og i hvilken grad opplever de å ha innflytelse og styring av egen hverdag.

Deres opplevelse av selvbestemmelse belyses i artikkelen.

Artikkelen ble påbegynt i 1999 og slutført i 2008

2. Artikkel om beboere og personalets vurdering av beboeres privatliv og valg i hverdagen. En sammenligning.

v/ høskolelektor Kjellaug Tvedt Nautvik

Artikkelen tar for seg beboeres og personalets oppfatning av eldre beboeres mulighet til privatliv og selvbestemmelse. Har de en felles forståelse for hvordan hverdagen i sykehjemmet arter seg for beboerne. ?

Artikkelen ble påbegynt i 1999 og slutført i 2008

Vedlegg:

A. Spørreskjema til beboere vedrørende privatliv, autonomi og valgmuligheter på sykehjem

Skjemaet er utarbeidet av høyskolelektorene Kjellaug Tvedt Nautvik og Britt Sætre Tingvatn i samarbeid med Knut Erik Tranøy UiO

B. Spørreskjema til personalet om deres tanker vedrørende beboeres rett til selvbestemmelse, valgmuligheter og privatliv.

Skjemaet er utarbeidet av høyskolelektorene Kjellaug Tvedt Nautvik og Britt Sætre Tingvatn i samarbeid med Knut Erik Tranøy UiO

C. Samtykkeerklæring og infoskriv

PROSJEKTET ELDRES SELVBESTEMMELSE OG PRIVATLIV PÅ

INSTITUSJON ble planlagt og gjennomført av høyskolelektorene Kjellaug Tvedt Nautvik og Britt Sætre Tingvatn i 1996/1997

# PRIVATLIV FOR ELDRE I SYKEHJEM

En strukturert intervju undersøkelse blant 83 beboere ved 6  
sykehjem i  
Bergen kommune

Kjellaug Tvedt Nautvik, høyskolelektor, cand.pilot

Grunnutdanning i sykepleie, Betanien Sykepleierhøgskole

Artikkelen ble påbegynt i 1999 og slutført i 2008

## INNLEDNING

For de fleste mennesker er privatliv forbundet med å ha et sted å være for seg selv, ha frihet til å gjøre som en vil og bestemme selv. For de aller fleste er også privatliv knyttet til opplevelse av trygghet. Formålet med denne artikkelen er å beskrive beboere på sykehjem sin opplevelse av privatliv og mulighet til selvbestemmelse. Å ta egne valg forbinder de fleste av oss som en viktig del av privatlivet.

Å være på institusjon betyr for mange eldre betyr først og fremst trygghet i hverdagen, og vite at noen ser til dem, og tar vare på dem om noe skulle skje. En interessant vinkling på trygghetsbehovet finner vi omtalt i Heyters (1981) bruk av territorialteorien.

Dyreartenes bruk av territorium har lenge vært kjent, de markerer sitt spesielle område og forsvarer dette mot invasjon fra andre. I den senere tid er det også blitt observert og erkjent at menneskene utviser slik adferd, og at dette behovet for eget territorium synes å være universelt (Heyter,1981).

Territorialitet er brukt for å beskrive den tilstanden som er karakterisert av eierforhold, kontroll og autoritet over et fysisk område eller rom. For at behovet for territorialitet skal bli fullstendig tilfredsstillt, må personen ha kontroll over et visst område, og være i stand til å lage regler for området og forsvare seg mot invasjon eller misbruk fra andre personer. Hans eller hennes rett til å gjøre dette må godtaes av andre personer (Heyter,1981).

Menneskets behov for, og bruk av eget område skiller seg fra dyrenes på ulike måter. Menneskene er sosialisert til ikke å bruke åpenlys aggressiv adferd ved invasjon av eget territorium, og det fremkaller mer subtile responser enn dyr. Mennesket etablerer ofte flere områder innen den private sfære, og de bruker disse områdene på flere ulike måter. Noen trekker andre inn i sitt område, mens andre benytter det til å trekke seg tilbake for å være for seg selv.

I følge territorialteorien tjener et territorium fire funksjoner. Det sørger for 1) sikkerhet og trygghet, 2) privatliv, 3) uavhengighet og autonomi og 4) selvidentitet.

Dette innebærer at en person som er på et sted som han kontrollerer, føler seg tryggere, mindre truet og engstelig. I tillegg har personen gjerne utstyrt territoriet til sine spesielle behov og ønsker, og er også i bedre stand til å fungere der enn andre steder (Heyter,1981). I alderdommen er det å

bevare eget hjem et uttrykk for tilhørighet, kontroll, mestring, selvstendighet og til sist uavhengighet. (Thorsen, 1990)

Eldre personer har et sterkt behov for et område eller et rom for seg selv. Det hevdes at gamle mennesker er mer avhengig av eiendom enn det en tror de er, og at dette henger sammen med behov for kontroll og trygghet (Bjelland, 1983). Anne Karin Bjelland har foretatt flere undersøkelser basert på livet i aldershjem. Hun finner at rammene omkring hverdagen har betydning for de eldres sosiale liv og det livsmiljøet som etableres, dernest for beboernes identitetshåndtering. Beboernes daglige tilpasningsmønstre og slik de opplever hverandre, synes Bjelland (1983) å mene at dette må kunne tolkes som strategier for identitetshåndtering. I sin første studie fra aldershjemmet som baserer seg på feltarbeid fra 1980 – 82 finner hun at *"organiseringen i institusjonen og beboernes sosiale adferds og relasjonsmønstre og de kategoriseringer av seg selv og andre, tolkes som strategier for ivaretagelse av aspekter ved egen identitet og selvrespekt"* (Bjelland, 1983, s. 22)

Spesielt knyttes karakteristikken til kjønnsdimensjonen, der "fruer," "damer," "herrer" og "mannfolk" har ulike posisjoner i institusjonen. Bjelland (1983) har også kategoriene "sengeliggende," "senile," "ordentlige mannfolk" og "kjerringer" med i benevnelsene, med "senile" og "sengeliggende" som de som er lavest rangert, noe som blant annet kan relateres til at de ikke lenger kan kontrollere sin egen bruk av territorium. De har altså mistet evnen og muligheten til å forvalte sitt territorium på en måte som gir dem en klar identitet knyttet til kjønn og omtales dermed mer kjønnsnøytralt. Ved at de ulike gruppene oppholder seg på bestemte

tilholdssteder som salong, korridor og på rommene sine i bestemte tidsrom, får de en slags hevd på stedet som "sitt" territorium. I takt med institusjonaliseringen og etterhvert som de strippest for sine tidligere identiteter, blir det desto viktigere at de opprettholder en "posisjon" i miljøet. Ved å ivareta de ulike posisjonene opprettholdes identitet og selvrespekt (ibid.). Gjennom en ny form for kulturell kreativitet skaper de eldre altså sosiale identiteter på tross av personalets strategier og på tross av faktorer som skulle gjort dem mer sosialt reduserte og dermed homogene.

Livet på sykehjemmet er også beskrevet av Solveig Hauge (2004) der hun finner at organiseringen og det sosiale fellesskap i institusjonen skaper utfordringer og store endringer for beboerne.

Institusjonen skal fungere som et hjem for beboerne, men her finns store begrensninger i mangel på områder en kan være for seg selv. Også symbolene en omgir seg med i institusjonen betyr mye for en



hjemlig atmosfære og opplevelse av hjem. I Hauges (ibid.) studie synes det som dagligstuen oppleves mer offentlig enn privat fordi der ikke er symboler som knyttes til personlige og private effekter, og dermed blir de eldre territorie preget av en slags "offentlighet". Denne offentligheten blir en liksom-offentlighet, siden fellesskapet på dagligstuen ikke er selvvalgt, og beboere som er i stand til det, synes stort sett å ville trekke seg tilbake til sine egne "private" rom. Når beboeren oppholder seg på rommet sitt preges interiøret der av en seng sentralt plassert i rommet og som dermed minner den gamle om sykehus og behandlingsarena. Også korridorer og oppholdsrom forøvrig er preget av symboler som preger offentlige rom mer enn den privates sfære, og "støy" som preger fellesskapet kan oppleves som truende for den enkelte. I hennes studie synes det som vanskeleg for beboerne å ha noen kontroll over aktivitetene i avdelingen, over hvem som styrte TV og hvem som kom og gikk i avdelingen. I vårt private liv ønsker vi selv å ha kontroll over hva som skjer i eget territorium. Dermed blir alle disse oppholdsrommene uklare rom som på en måte er vanlig offentlige rom, men som likevel ikke helt og fullt er det, da de på en måte signaliserer intimitet, hjemlighet og "koselighet", men samtidig har karakteristika fra typiske helseinstitusjoner. For eksempel har dagligstuen for mange og for store møbler, ikke minst bord. I tillegg har de ofte "tretten på dusinet" bilder på veggene med standardisert avstand imellom. Skal de eldre forvalte sin egen territorialitet basert på tidligere liv og livserfaring, må de altså skape noe sosialt helt nytt som institusjonen og personalet ikke legger opp til. Skal de skape rom av ulik betydning, slik som påpekt tidligere som en viktig menneskelig aktivitet, må de altså ofte gjøre dette på tross av og ikke primært gjennom slik institusjoner for eldre er laget. For eldre på aldershjem er muligheten for dette en del større enn på sykehjem, hvor de fleste beboerne er sykere og har et lavere funksjonsnivå enn på aldershjem og dermed ofte besitter mindre ressurser for territorie- og identitetsforvaltning.

Allerede i 1976 uttalte Statens eldreråd at *"det må være en menneskerett at man i en situasjon for langvarig opphold skal kunne ha sitt eget rom. Det kan ikke godtaes at mennesker i dag mot sin vilje plasseres på rom sammen med fremmede for en lengre periode"* (Statens eldreråd, 1-0841-B).

For å flytte på sykehjem må du ifølge kriteriene være så hjelpetrengende at du ikke kan bo i eget hjem uten å motta omfattende hjelp fra det offentlige. Sykehjemsbeboere er derfor vesentlig eldre mennesker med alvorlige helsemessige og funksjonsmessige problemer.

For mange som er avhengig av heldøgns omsorg og pleie, blir institusjonen deres hjem for resten av livet. Fra de ulike hold så en derfor med bekymring på hvordan sykehjemmene utover i 80 årene utviklet seg på samme måte som sykehusstrukturen. Denne strukturen rommet i liten grad tanke for

privatliv i bofunksjonen. En vektlegging av bosituasjonen antas å ha positiv effekt på beboerens egen oppfattelse av privatliv og respekten for den enkeltes private sfære.

Dette handler om respekt og verdighet overfor enkeltpersoners tro, vaner og livsstil, og den enkeltes beboers selvbestemmelse i institusjon. Det er en selvfølge for alle andre at det vises respekt for enkeltindividets selvbestemmelse og integritet, og det burde være en selvfølge også for institusjonsbeboere.

Mange av kjennetegnene som preger institusjonen i dag er beskrevet i litteraturen flere tiår tilbake (Goffman,1967). Sentralt i disse beskrivelsene finner vi forskjellen mellom livet slik det arter seg "før og etter" institusjonsinnleggelse. Fra å ha en fri og uavhengig rolle der ens egen integritet blir ivaretatt, blir en gjenstand for kontroll, umyndiggjørelse og avhengighet. Rollene blir markert endret, og en blir prisgitt de personer som til enhver tid har ansvar for avdelingen (Goffman,1967).

Slik som en del sykehjem er konstruert og administrert, fungerer de i hovedsak som institusjoner for syke og pleietrengende og i mindre grad som hjem. Sykehjemmet har fellestrekk med det Goffmann (1967) identifiserte som "den totale institusjon", et oppholds- og arbeidssted, hvor et større antall likesinnete individer sammen fører en innelukket og formelt administrert tilværelse. Beboer avskjæres fra samfunnet utenfor, og deres tilværelse erstattes med en spesiell verden som avkrever dem tid og interesser. I følge Goffmann (ibid) er et av de mest sentrale kjennetegn ved totale institusjoner at skillet mellom de ulike arenaer vi forholder oss til livet på blir brutt ned. Alle livets gjøremål og ivaretagelse av alle behov foregår i institusjonen, her: sykehjemmet. I en slik organisasjonsstruktur vil beboernes hverdag til dels kjennetegnes ved begrenset privatliv, manglende selvbestemmelsesrett og isolasjon. Skillene mellom hvor en sover, spiser, arbeider og tilbringer fritiden på brytes ned ved at en ikke har territoriale skiller mellom de ulike aktiviteter og gjøremål. Andre har myndighet og til en viss grad "råderett" over hverdagen som inngår i en rasjonell struktur på institusjonen. Disse faktorene gjør det vanskelig å verne om sitt personlige territorium mot inngripen utenfra, spesielt fordi en er henvist til å dele "alt" med noen andre. Dette gjelder rommet en sover på, toalett/dusj, stue eller andre oppholdsrom. Institusjonsbeboerne blir på en måte frarøvet personlige eiendeler som gir dem identitet /identitetsutstyr (Goffmann,1967 s.23) og som bidrar til å ivareta det Goffmann kaller personlig fasade. Å opprettholde fasaden synes ifølge Goffmann (1967) å være nødvendig for å beholde identitet og opprettholde selvbildet.

Eriksson (1995) hevder at vårt virkelighetsbilde i pleien fortsatt er preget av en reduksjonistisk og sykdomsrelatert betraktningmåte, og der individet i stor grad fratras valg og påvirkningsmuligheter.

Spesielt merkes dette godt i forhold til rutiner. Det blir lite rom for individuelle hensyn, fordi det er mange som trenger tid og pleie og personalet har lite tid til hver enkelt. Alle beboere vet det meste om hverandre, og alle blir behandlet på samme måte av personalet. De rollene som de hadde før blir fratatt dem og delvis overført til andre, til personalet. Det medfører igjen at de mister sin integritet, som i neste omgang har betydning for personlighet. På den måten kan personligheten for mange endres ved institusjonsinnleggelse (Daatland, 1997) Beboeren føler seg hjelpeløs overfor systemet, og mange beboere opplever at de reduseres betraktelig som personer. Utsagn som mindreverdig, svake og underdanige er velkjent for mange institusjonsbeboere. Å bevare sin verdighet og selvspekt vil for de fleste være mest sentralt i rollen som institusjonsbeboer.

Respekt for beboerne vises på ulike måter i det daglige livet på institusjonen. Studier fra USA foretatt med pårørende til beboere på sykehjem viser at respekt og grad av hjemlighet hang proposjonalt sammen med opplevelse av privatliv, og at også størrelsen på institusjonen var til en viss grad avgjørende. Små institusjoner bevarte privatlivet og atmosfæren av hjemlighet best, mens større institusjoner synes å ikke makte dette i samme grad. (Applegate&Morse,1994) Det samme resultat synes være gjeldende her i Norge. Små sykehjem blir vurderte som langt mer "hjemlige" enn de store sykehjemmene (Gjerberg,1995). Dette er også et viktig funn hos Britt Slagsvold (1986 ) fra hennes sammenlignende studium av 9 sykehjem i Norge. Studien viser at trivsel og hjemlig atmosfære er størst i små sykehjem, og at det også er de små institusjonene som i størst grad klarer å ivareta beboernes privatliv. I tillegg viser studien at personaltrivselen er størst i de små hjemlige institusjonene.

*"Institusjonen og idéen om at man først og fremst er pasienter og deretter personer, sitter ikke bare i veggene, men også i hodene."* Daatland (1997). Her er det like stort behov for "ombygging" av "hodene" som det er behov for fysisk oppgradering av sykehjemmene. Rø (1983) viser til at eldre er redd for avhengighet og har behov for en privat sfære som de selv har kontroll over. Vi er alle omgitt av en urørlighetsone hvor vi vegrer oss mot inntrengning av andre. Begrepet urørlighetsone kommer fra dansk litteratur der Løgstrup (2000) beskriver dette som vårt private område der ingen skal trå innenfor eller krenke uten tillatelse. Dette kan være knyttet til rom, sted eller kropp. Goffmann (1967) ser også en sammenheng mellom krenkelser utøvet i ens personlige rom og hvordan dette påvirker egen oppfatning av selvbestemmelse. Når det personlige rom stadig krenkes

hos voksne fremstår de etterhvert som mindre autonome og som mer legitime å bestemme over og ta avgjørelser på vegne av. Her sees tydelig sammenheng mellom rom, romlighet og sosial posisjon (Jacobsen, 2005). I følge Heyter (1981) har hvert menneske behov for en viss sikkerhet, trygghet, privatliv, uavhengighet/autonomi og selvidentitet, En person som har et territorium som han kontrollerer, føler seg mindre truet og engstelig. Bjelland (1992) gjennomførte en ny undersøkelse blant beboere på en annen type aldershjem med yrkesspesifikk rekruttering i Bergen i tidsrommet 89- mars 92. Hun viser i studien sin til at flere homogene grupper fant styrke i hverandres selskap. Blant beboerne i hennes studie var det mange tidligere sjømenn og sykepleiere. Undersøkelsen viste at felles bakgrunn og interesse bidro til identitetsbevaring og ga grobunn for et mer engasjert og aktivt sosialt liv enn blant andre grupper.

Det finnes få studier vedrørende beboernes holdninger til og opplevelse av privatliv og selvbestemmelse i sykehjem. Pedersen og Jensen (1995) fant en viss misnøye ved brukernes vurdering av sykehjem som "hjem" og at forholdene ikke var godt tilrettelagt for et aktivt og selvstendig liv. Gjerberg (1995) har foretatt en undersøkelse hvor hun spurte avdelingssykepleiere ved 212 sykehjemsavdelinger om kvalitet i virksomheten. Ved 30 % av avdelingene har beboerne stor grad av selvbestemmelse, mens ca. 14 % hadde i liten grad mulighet til å velge når de skal stå opp, legge seg, dusje, spise etc.

De senere årene har spørsmål om kvalitet på tjenestene i sykehjem fått ny aktualitet. Kommunene har ansvaret for å sikre brukere et forsvarlig og kvalitativt godt tilbud av pleie- og omsorgstjenester. Gjennom rundskrivet kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (1997) setter sosial og helsedepartementet krav til tjenestene. Bl.a. skal den enkelte bruker gis medbestemmelse både i planlegging av tjenestene og i forhold til daglig utførelse. *"Tjenestene bør være så fleksible at det i rimelig grad kan tas hensyn til at behov og ønsker kan variere fra dag til dag"* (Rundskriv 1-13/97 s.14). Dette innebærer fleksibilitet i forhold til måltider, leggetider og andre forhold som er av betydning for styring av eget dagligliv. Det må gis rom for ulik livsførsel også for beboere i institusjon.

Forskrift for sykehjem (1988) vektlegger beboernes rettigheter og privatliv. Hovedregelen i forskriften er at alle bør ha enerom. Tosengs rom kan innredes for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Det skal være WC i tilknytning til hvert sengerom og beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold. I forskriften forutsettes det at en skal

ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med hensynet til andre beboere, medisinsk behandling og drift av boformen.

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* er det nedfelt en målsetning om å skape trygghet for alle brukere av helsetjenester og at disse så langt mulig skal utformes og tilpasses den enkelte brukers ønsker og individuelle behov. Dette innebærer frihet, mangfold, brukerinnflytelse og uavhengighet. Meldingen synes å si farvel til «stoppeklokkeomsorg» og ferdige pakkeløsninger, og mener at rigide og detaljerte tidsskjemaer og instruksjoner er uforenlig med en utvikling mot at brukeren skal være i sentrum.

Antall personer i institusjoner for eldre har fra 1992 til 2005 vist en liten nedgang (ibid).

Boforholdene i dagens sykehjem er blitt bedre og gir i dag større rom for privatliv. Det hevdes at ca 95 prosent av rommene i dagens alders- og sykehjem er i dag enerom (ibid). Imidlertid er ikke antall omsorgshender i institusjonene økt nevneverdig, og det synes fortsatt å være et stort behov for flere hender i omsorg og pleiesektoren.

## **METODE:**

Studien er gjennomført som et strukturert intervju som kartlegger sykehjemsbeboere sin opplevelse privatliv og selvbestemmelse i hverdagen. Kartleggingen er gjort gjennom strukturerte intervjuer med 83 respondenter ved 6 sykehjem i Bergen.

Det fantes lite systematisk kunnskap og få instrument som fanger opp sykehjemsbeboeres opplevelse av hverdagsliv i institusjon. Det ble derfor i samarbeid med professor Knut Erik Tranøy ved UiO utviklet 1 strukturert spørreskjema til denne studien. Spørreskjemaet omhandler bl.a. opplevelser knyttet til tilhørighet, privatliv, autonomi, medbestemmelse og informasjon. Skjemaet har 66 variabler og har i hovedsak 4 graderte svaralternativ for hvert spørsmål, fra "i stor grad" (1) "i noen grad" (2), "i liten grad" (3) til "ikke i det hele tatt/aldri" (4). (vedlegg A)

Å utvikle egne spørreskjema reiser spørsmål omkring validitet og reliabilitet. For å styrke prosjektets validitet ble det gjennomført en pilotundersøkelse med 2 beboere. Spørsmålenes relevans ble vurdert og noen av spørsmålene ble forandret på bakgrunn av tilbakemelding. Spørreskjemaet til beboerne inneholdt også noen åpne spørsmål der de med egne ord hadde mulighet for å gi uttrykk

for tanker og holdninger. En del benyttet seg av dette og bidro gjennom det med nyttig bakgrunnsinformasjon for vår analyse og tolkning av spørreskjemaet.

### **Kriterier for deltakelse**

Kriteriet for deltakelse blant beboere var at de var permanent bosatt i institusjonen, mentalt klar og kunne gjøre rede for seg. Beboerne fikk skriftlig informasjon om bakgrunn og formål med undersøkelsen samt forespørsel om å delta. Det ble presisert at deltagelse var frivillig og at beboerne hadde rett til å trekke seg underveis. Vi innhentet også skriftlig samtykkeerklæring fra beboerne. Beboerne ble informert og spurt om å delta via avdelingsleder eller kontaktsykepleier på de ulike avdelingene. (vedlegg C)

### **Utvalg**

Utvalget har bestått av beboere fordelt på 6 ulike sykehjem i Bergen kommune. Totalt beboergrunnlag var 635. Institusjonene regnet ca 70%, dvs. 445 av beboerne, som demente eller uklare. Av de 190 beboere som fylte kriteriene for deltagelse, hadde vi direkte kontakt med 85 brukere (44,7%). Intervju med 2 av de 85 respondentene ble avbrutt pga manglende konsistens i svarene. Data fra beboerne er fremkommet ved personlig intervju. For at beboerne skulle føle seg mest mulig fri til å svare foretok undertegnede sammen med en kollega alle intervjuene, og intervjuene hadde en varighet på ca. 1 time per person.

### **Praktisk gjennomføring**

Prosjektet ble godkjent i etisk komité, helseregion III, januar 1996. Sjefssykepleier/styrer ved de aktuelle institusjoner ble kontaktet og informert om prosjektet. Medisinsk ansvarlig ble tilskrevet og forespurt om tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen. Deretter hadde vi møter med avdelingssykepleiere ved de ulike institusjoner.

### **Statistisk bearbeiding**

Data er statistisk bearbeidet i statistikkprogrammet NSD- stat. En del resultat er deskriptive og det er brukt t-test for analyse av gjennomsnittlige forskjeller mellom gruppene.

## RESULTAT

Bakgrunnsinformasjon:

Materialet består av 83 beboere, 59 (72 %) kvinner og 23 (28%) menn. For en person var kjønn ikke kommet med i statistikkgrunnlaget. Gjennomsnittsalder var 85 år. Den yngste var 65 år og den eldste 99 år. Gjennomsnittlig botid i institusjonen var 2 år og 8 måneder og varierte fra 2 måneder til 11 år.

**Tabell 1:** Beboernes sivilstatus etter kjønn. (n=80)

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
Gift	11	13,75	3	5,17	8	36,36
Ugift	15	18,75	12	20,69	3	13,64
Skilt	7	8,75	6	10,34	1	4,55
Enke-/enkemann	47	58,75	37	63,79	10	45,45
Totalt	80	100,00	58	100,00	22	100,00
Sivilstand ikke angitt i statistikkgrunnlaget	2		1		1	
Kjønn ikke angitt i statistikkgrunnlaget	1					
Deltakere totalt	83		59		23	

5 % kvinnelige og 36 % mannlige beboere var gift. 59 % var enker/enkemenn.

**Tabell 2:** Egenvurdert fysisk funksjonsevne (n=81)

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
Selvhjulpen, ivaretar egne behov	11	13,58	3	5,17	8	34,78
Klarer mye med hjelp og veildning	15	18,52	12	20,69	3	13,04
Trenger mye hjelp og veiledning	7	8,64	6	10,34	1	4,35
Trenger fullstendig hjelp	48	59,26	37	63,79	11	47,83
Total	81	100	58	100	23	100
Missing	2					
Deltakere totalt	83					

7 kvinner og ingen menn beskrev seg som fysisk selvhjulpne. 66 % menn rapporterte et stort hjelpebehov, mens andelen for kvinner var 53 %. Jo yngre beboerne var, desto dårligere vurderte de egen fysikk funksjonsevne ( $r=0,23$ .  $p<0,0$ ).

**Tabell 3:** Ønske om plass på sykehjem (n=82)

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
I stor grad	28	34,15	22	37,29	6	26,09
I noen grad	20	24,39	16	27,12	4	17,39
I liten grad	13	15,85	8	13,56	5	21,74
Ikke i det hele tatt	21	25,61	13	22,03	8	34,78
Total	82	100	59	100	23	100
Missing	1					
Deltakere totalt	83					

Det fremgår av tabell 3 at vel halvparten av beboerne ønsket i noen til stor grad å bo på sykehjem. Kvinner var noe mer positiv til å flytte på sykehjem enn menn.



I de åpne spørsmålen i intervjuene kom det frem at alvorlige helsemessige og funksjonsmessige problemer samt manglende mulighet til å klare seg i eget hjem var en hovedårsak til at de ønsket å bo på sykehjem.

**Tabell 4:** Bor du på det sykehjemmet du ønsker å bo på? (n=81)

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
Ja	38	46,91	29	50,00	9	39,13
Nei	35	43,21	23	39,66	12	52,17
Vet ikke	8	9,88	6	10,34	2	8,70
Total	81	100	58	100	23	100
Missing	2					
Deltakere totalt	83					

47 %, derav 29 (50%) kvinner og 9 (39%) menn hadde fått plass på ønsket sykehjem.

Jo eldre beboerne var jo mer tilfreds var de med å bo på aktuelt sykehjem ( $r=0,23$ ,  $p<0,05$ ).

Det er signifikant sammenheng mellom ønske om plass på sykehjem og om de bor på det hjemmet de ønsker ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ). På spørsmål om beboerne hadde andre muligheter enn å

flytte på sykehjem oppga 92 % at det hadde de ikke.

28 beboere utgjorde 35 % av utvalget som bodde på flersensrom. Av dem svarte 14 %, 2 kvinner og 2 menn at de hadde fått mulighet til å velge hvem de ville dele rom med. Alle var gift og bodde sammen med ektefeller. Av de som ikke fikk velge var 1 gift, 3 skilt, 1 ugift og 19 enker/enkemenn.

**Tabell 5:** Gis du mulighet til å bestemme over egen hverdag. (n=82)

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
I stor grad	10	22	13	22	5	22
I noen grad	28	34	21	36	7	30
I liten grad	17	21	12	20	5	22
Ikke i det hele tatt	19	23	13	22	6	26
Total	82	100	59	100	23	100

Vel halvparten av beboerne opplevde i noen til i stor grad at de kunne bestemme over egen hverdag.

Det synes som om noen flere menn enn kvinner var misfornøyd med mulighet til å bestemme over egen hverdag, men forskjellen var ikke statistisk signifikant.

**Tabell 6:** Beboernes valgmuligheter i dagliglivet

Kan du selv velge:

	Alltid		Ofte		Noen ganger		Aldri		n=	Missing N
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Når du vil stå opp	31	37,80	16	19,51	13	15,85	22	26,83	82	1
Når du vil legge deg for natten	49	61,25	10	12,50	12	15,00	9	11,25	80	3
Når du vil dusje	4	4,88	2	2,44	11	13,41	65	79,27	82	1
Hvilke klær du vil ha på	77	93,90	2	2,44	2	2,44	1	1,22	82	1
Hvilke aktiviteter du vil delta på	69	85,19	2	2,47	7	8,64	3	3,70	81	2
Om du vil værealene på rommet beller sammen med andre	52	63,41	8	9,76	7	8,54	15	18,29	82	1
Hvem du vil spise sammen med	22	28,95	3	3,95	6	7,89	45	59,21	76	7

På spørsmål om beboerne kunne velge mellom alternative middagsretter svarte 2 % av beboerne ja. Flertallet av beboerne rapporterer valgmuligheter i forhold til de fleste indikatorer som tidspunkt for å legge seg, klesvalg, deltagelse i aktiviteter og mulighet til å være alene. Vel halvparten velger selv når de kan stå opp. Flertallet velger ikke hvem de inntar måltidet med, og nesten ingen får dusje når de måtte ønske det.

**Tabell 7:** Sammenheng mellom beboernes opplevelse av mulighet til å bestemme over egen hverdag

og:

• Kjønn	ns
• Alder	ns
• Sivilstatus	ns
• Egenvurdert fysisk funksjonsevne	( $r=0,26$ $p<0,05$ )
• Ønske om plass på sykehjem	ns
• Om de bor på det sykehjemmet de ønsker	ns
• Beboernes mulighet til å velge hvem de vil bo med	( $r=0,42$ $p<0,05$ )
• Om de kan velge når en vil stå opp	( $r=0,24$ $p<0,05$ )
• Om de kan velge når en vil legge seg	( $r=0,38$ $p<0,001$ )
• Om de kan velge når du vil dusje	ns
• Om de kan velge hvilke klær du vil ha på	ns
• Om de kan velge hvilke aktiviteter de vil delta i	( $r=0,27$ $p<0,05$ )
• Om de kan velge å spise alene på rommet eller med andre Selv hvis de ønsker det	( $r=0,42$ $p<0,001$ )
• De kan velge hvem de vil spise sammen med	( $r=0,33$ $p<0,01$ )

Kjønn, alder og sivilstatus har ingen signifikant sammenheng med opplevelse av å kunne bestemme over egen hverdag. Heller ikke valgmuligheter vedrørende om de bor på ønsket sykehjem. Det var signifikant sammenheng med opplevd selvbestemmelse og om de fikk påvirke hvem de skulle bo på rom med, samt mulighet til valg av tidspunkt for dusjing og valg av klær.

Vi fant støtte for at valgmuligheter med hensyn til ramme rundt måltider, å velge tidspunkt for å stå opp eller legge seg, valg av aktiviteter og valg av hvem de ville dele rom med har signifikant sammenheng med opplevelse av selvbestemmelse.

Menn velger i større grad deltakelse i aktiviteter enn kvinner ( $r=0,23$   $p<0,05$ ). Jo bedre funksjonsevne beboeren har, til større valgmulighet har en til å legge seg når de ønsker ( $r=0,27$   $p<0,05$ )

I forhold til beboernes syn på eget privatliv betraktet flertallet av beboerne i liten grad institusjonen som sitt hjem til tross for at 65 % har enerom.

Når det gjelder kontakt med andre rapporterte 77 % at de hadde sine fortrolige kontakter utenfor sykehjemmet. Tallene viser også at mennene viste til at de hadde flere de kunne snakke fortrolig med enn kvinnene, og at kvinnene var mer ensomme. Her viste altså undersøkelsen forskjeller mellom kjønnene. 80 % av kvinnene hadde med seg personlige eiendeler til institusjonen, mens bare 64 % av mennene hadde med seg personlige eiendeler.

På spørsmål om beboerne tør si ifra hvis de vil ha fred og være alene rapporterer alle beboerne at de sier ifra. Vedrørende mulighet for beboere til å ha et intimt forhold på institusjonen svares at det er det sjelden og aldri. Beboerne tør bare til en viss grad si ifra om de får for lite informasjon.

Beboere synes at de til en viss grad har mulighet for å bestemme over egen hverdag.

Som oftest kan de velge når de vil stå opp. Når det gjelder dagligdagse ting som å velge tidspunkt for å legge seg, bestemme hvilke klær en ønsker å ha på og hvilke aktiviteter de ønsker å delta i på sykehjemmet sier beboerne de ofte kan velge det selv. Beboerne sier derimot at de nesten aldri får dusje når de har behov for det.

## **DISKUSJON:**

For en del eldre betyr institusjonen først og fremst trygghet. Dette gjelder spesielt de som er helt avhengige av mye hjelp, og de som har liten eller ingen familie. For disse gruppene representerer institusjonen trygghet og ivaretagelse. Studiet viser likevel at beboere selv synes de har mindre muligheter til privatliv og selvbestemmelse i institusjon.

I forhold til privatliv var det flere som uttrykte at institusjonen kunne aldri bli hjemmet deres fordi de ikke bestemte noe selv. Dette er i tråd med teorier om at forutsigbarhet og kontroll over eget område er viktig i forhold til hvordan de ser på seg selv. To utsagn fra beboere viser dette. *"Nei, jeg tenker på fortiden som hjemmet mitt"* og *"nei, for personalet vil at vi skal finns i alt."* Noen sier også: *"jeg må ta det jeg får, de flytter meg rundt, nå har jeg flyttet tre ganger på et år."*

Ser vi på Hayter`s (1981) teori som omhandler eierforhold, kontroll og autoritet over et fysisk område eller rom, kan det synes som beboeren ikke opplever seg ivaretatt på disse områdene. I beboerens utsagn kan en ane en viss resignasjon fordi vedkommende er ute av stand til å lage regler for

området og forsvare seg mot invasjon eller misbruk fra andre personer. I eget hjem kan man lukke døren og stenge alt en ikke ønsker ute. Beboerne har mer følelser knyttet til deres egentlige hjem, og selv om de vet at de bor permanent på institusjonen, kan rutine og mangelen på plass og mulighet til privatliv påvirke følelsen av hjemlighet. Hauge`s (2004) studie synes å sammenfalle med våre resultater angående opplevelse av sykehjemmet som hjem.

De fleste informantene ønsket eget rom, og de fleste som delte rom ga klart uttrykk for at de håpet på mulighet for å få et eget rom. Det er av stor betydning å ha et sted hvor en kan trekke seg tilbake og et sted hvor en kan ta imot besøkende. Beboerne ønsket ikke å bli flyttet på til andre rom. En informant hadde, som utsagnet viser, flyttet tre ganger på et år, og en annen informant hadde blitt flyttet 9 ganger på 10 år, og hver gang måtte hun venne seg til rommet på ny. De fleste rommene var veldig små, noe som innvirker på livskvaliteten. Flere sa at rommet var så lite at det var ikke plass til personlige eiendeler og at de derfor hadde måttet kvitte seg med nesten alt, bortsett fra en kommode, en stol og noen bilder. Noen få beboere var sterkt misfornøyd med forvirrede folk som kom inn på rommet, noe som var en kilde til ergrelse.

Ca. en tredjedel av beboerne delte rom. Flere ga uttrykk for at det var en påkjenning stadig å få nye, fremmede mennesker inn på rommet. Det opplevdes trist når "romkameraten" døde, og det tok tid å venne seg til den nye som flyttet inn. Noen få menn ga uttrykk for at det gikk greit å dele rom, men de fleste av begge kjønn ønsket egne rom.

Selv om personalet som oftest banker på døren til beboerne kan en ikke låse døren bak seg, og har derfor liten mulighet til å bestemme hvem som kommer inn. Beboerne opplever at personalet noen ganger ikke spør om tillatelse til å se i skap og nattbord der de har sine personlige eiendeler. Noen beboere er så hjelpetrengende at de ikke har mulighet for selv å finne frem saker som oppbevares privat.

Beboerne opplever at det er liten og ingen mulighet til å ha et intimt forhold på institusjonen. Intimitet – som uttrykk for emosjonell nærhet mellom to personer – er et grunnleggende behov. En av de hindringer som institusjonaliserte personer møter er holdningene til pleiepersonalet som handler om at intimitet verken er forventet eller passende for syke og hjelpetrengende gamle. De har ingen nøkkel til døren og ser ingen mulighet for å være private. En beboer i forholdsvis ung alder hadde ektefelle som daglig kom på besøk, men kunne ikke tenke seg muligheten for privatliv fordi "en kan aldri være trygg," som han sa. Noen beboere ga uttrykk for at "dette interesserer oss ikke."

At beboerne i liten grad tør si ifra hvis de får for lite informasjon ble av mange beboere begrunnet med at vi spør ikke om noe hvis det ikke er helt nødvendig. Vi vil ikke være til bry. Personalet er flinke til å fortelle hvor travelt de har det, og en del beboere tar stresset innover seg. En annen grunn til at en i liten grad tør si ifra er angsten for å bli opplevd som brysom. Å kritisere et personale som en er helt avhengig av hjelp og støtte fra, kan være vanskelig.

Tidspunkt for å stå opp, legge seg, dusje og spise følger for en stor del faste rutiner i sykehjemmene. Institusjonstilværelsens manglende fleksibilitet og store kontrollpotensiale kan oppfattes som en trussel mot beboernes selvstendighet. At noen beboere i stor grad opplever å ha valgmuligheter i dette systemet betyr kanskje at rutiner også gir trygghet og forutsigbarhet. Som Eriksson (1995) hevder, preges pleien fortsatt i stor grad av en reduksjonistisk og sykdomsrelatert betraktningssmåte. Fordi institusjonen preges av mange rutiner, blir det lite rom for individuelle hensyn. Det er alltid flere som venter og som trenger hjelp og pleie. Siden bemanningen er preget av knapphet får personalet lite tid til hver enkelt beboer.

Slagsvold (1986) sine studier viser at størrelsen på institusjonen har betydning for hvordan beboerne opplever institusjonen. De små institusjonene opplevdes av beboerne som best å være på der trivselen var høy og den hjemlige atmosfæren er størst. Det var også er de små institusjonene som i størst grad klarte å ivareta beboernes privatliv, samt at personaltrivselen var størst i de små hjemlige institusjonene. Det synes her å være et samsvar mellom beboernes og personalets opplevelse av trivsel og engasjement. Tildels kan dette skyldes bedre dialog mellom partene, noe som forsterkes ved gjensidig positiv påvirkning. En annen grunn kan også være mer åpenhet og større personlig involvering i den enkelte, noe som styrker identitet og syn på egen person / selvbilde.

Beboerne har som oftest tilbud om å dusje en fast dag i uken. Noen institusjoner hadde kun kapasitet til å tilby dusj annenhver uke. Det tas gjerne hensyn til beboere som vil ligge noe lengre om morgenen, men bare i den grad at noen andre vil hjelpes før. Beboerne rapporterer derfor at de bare noen ganger kan velge å ligge. De opplever derimot oftere at de kan velge når de vil legge seg. Å kunne velge å ligge lengre om morgenen når en føler for det, og selv bestemme når en vil stå opp og legge seg, bør være en menneskerett for alle mennesker.

I følge Kvalitetsreformen burde dette være en selvfølge for eldre på institusjon, men fordi det ikke fungerer slik mister mange eldre sin verdighet og integritet, som i neste omgang har betydning for personlighet. (Daatland, 1997) Beboeren føler seg hjelpeløs overfor systemet, og mange beboere opplever at de reduseres betraktelig som personer. Å bevare eldres verdighet og selvrespekt burde være en sentral oppgave for alt personale i eldreinstitusjoner.

Bakgrunnen for vår undersøkelse fra sykehjemmene var et ønske om å se "bak" våre oppfatninger om hvordan pasientene opplevde seg ivaretatt med hensyn til autonomi og privatliv.

Slik vi opplever tilbakemeldingene fra beboerne legger sykehjemstilværelsen ulike begrensninger på beboernes hverdag og hvor stor mulighet de selv har til å bestemme over eget hverdagsliv, ikke bare i forhold til de ulike territoriene som beboerne tar i bruk, men også i forhold til forvaltning av personlige rom, knyttet til autonomi og kontroll over egen kropp. Kroppens og personens usynlige grenser berøres, og behovet for å beskytte egen urørlighetszone er relevant.

Mange trekk fra sykehjemmene og livet på institusjon kan sammenlignes med Goffmanns (1967) totale institusjon, der hver enkelt styres av rammer utenfra som en selv har liten eller ingen påvirkning på, og der rom for ulike daglige aktiviteter ikke holdes atskilt slik som i samfunnet for øvrig, men der informasjon om pasientene flyter fritt fra rom til rom og fra aktivitet til aktivitet. En beboers utsagn forteller noe om egen opplevelse, " *alle vet jo alt før jeg har fortalt noe,*" og speiler samtidig institusjonens grenseoppgang til "privatlivets fred." Behovet for å ha et eget område der en kan lukke seg inne og være for seg selv synes å være et universelt behov for alle, og Høyters (1981) tanker om eget territorium korresponderer med Goffmann (ibid) og hans tanker om bevaring av identitet og selvbilde. Utfra undersøkelsen synes det som beboerne ikke har en opplevelse av at institusjonen er hjemmet deres. Flertallet av beboerne synes de ikke hadde stor mulighet til å ha privatliv på institusjonen, de fleste fordi de følte seg "invadert" og styrt av andre. Noen få opplevde de kunne ha en viss innflytelse på egen hverdag, mens langt de fleste deltok i rutinene institusjonen hadde lagt opp til uten å tilkjenne egne ønsker og behov. En av grunnene til dette var at de ønsket ikke å være til bry eller at personalet skulle oppfatte dem som "vanskelige" å ha med å gjøre. Dette gjenspeiler holdninger og handlinger som i dagens institusjonsliv burde blitt gjenstand for en større fokusering.

## **KONKLUSJON**

Å lære andre mennesker å kjenne tar tid. Når beboere flytter til institusjonen må man sette seg inn i beboers historie og hva det å ha et privatliv og selvbestemmelse innebærer for hver enkelt.

Personalet må ha nok tid for å ivareta den enkelte, og dette krever for sykehjemmene også høyere bemanning. Relasjonen mellom beboer og personalet må gis større oppmerksomhet. Mangel på tid til samtale fører ofte til feil oppfatning av andres behov og tanker. Å tolke andre ut fra egne tankemønstre fører gjerne til feile konklusjoner, noe materialet fra denne undersøkelsen synes å tyde på. Hvert menneske har ulike følelser, behov og oppfatninger av hvordan en ønsker tilværelsen. Dette gjelder i høy grad også pleietrengende eldre på institusjon som er i en helsemessig vanskelig

livsfase. Privatliv og selvbestemmelse omhandler psykososiale verdier av stor betydning for dagliglivet. Denne dimensjonen på tilværelsen er like viktig som at beboerne får god fysisk pleie. Også eldre mennesker på sykehjem bør ha mulighet til innflytelse på sin egen situasjon, og de har rett på å oppleve respekt for personlig integritet. De bør derfor selv sette premissene for hvordan dagliglivet skal fungere og eget liv skal leves. For at kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (1997) der *"Tjenestene bør være så fleksible at det i rimelig grad kan tas hensyn til at behov og ønsker kan variere fra dag til dag"* (Rundskriv 1-13/97) må den enkelte bruker gis medbestemmelse både i planlegging av tjenestene og i forhold til daglig utførelse. Dette innebærer fleksibilitet i forhold til måltider, leggetider og andre forhold som er av betydning for styring av eget dagligliv. Det må gis rom for ulik livsførsel også for beboere i institusjon. I Forskrift for sykehjem (1988) vektlegges beboernes rettigheter og privatliv. Hovedregelen her er enerom, men tosengs rom bør innredes for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. For å tilrettelegge for større grad av privatliv bør også rutinene bli mer fleksible for å ivareta beboernes rett til individuell behandling.

Omsorg blir til i møtet mellom den ansatte og den enkelte bruker, og vi må sikre den ansattes mulighet både til å møte brukerens uttrykte ønsker og utøve faglig skjønn. (Stortingsmelding 25, p.2.2 2005-2006) Dette forutsetter at den eldre får ta sine egne valg og påvirke egen hverdag etter egne ønsker og behov.



## LITTERATUR

Applegate, Mary & Morse, Janice (1994) Personal privacy and interactional patterns in a nursing home. *Journal of Aging studies*. Vol 8, number 4, p 413-434. JAI press 1994

Bjelland, Anne Karin (1992) *Livsløp og livshistorier* NGI rapport 4:92 Oslo

Bjelland, Anne Karin (1983) *Aldring og institusjonsomsorg*. Upublisert artikkelserie, forelesninger ved Nordiska Halsovårdhøgskolan, Gøteborg.

Daatland, Svein Olav (1997) *De siste årene*. NOVA rapport 22:1997 Oslo

Eriksson, Katie (1995) *Det lidende menneske*, Tano forlag

Gjerberg, Einar (1995) *Kvalitet i sykehjem?* En analyse av virksomheten, slik avdelingssykepleierne ser det. Arbeidsrapport nr. 2/1995

Goffman, Erving (1967), *Anstalt og menneske: den totale institusjon sosialt set*. København: Paludan Forlag

Hauge, Solveig (2004) *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?* - en feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Faculty of Medicine. University of Oslo.

Helse og omsorgsdepartementet: Stortingsmelding 25: (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*

Heyter, J. (1981) *Territoriality as a universal need*. *Journal of advanced Nursing*. 6. 79-85

Jacobsen, Frode F. (2005). *Cultural discontinuity as an organizational resource: Nursing in a Norwegian nursing home*. Bergen: NLA-Forlaget.

Løgstrup, Knud E. (2000) *Den etiske fordring*. Oslo. Cappelen

Pedersen, B, Jensen, T.Ø (1995) "Vi skal ikke vente noe ekstra heller, når vi er så gamle". Notat 110, Bergen, Senter for samfunnsforskning.

Rø, Otto Cristian (1983) *Hjemmeboende gamles liv*, Oslo Gruppe for helsetjenesteforskning Rapport nr. 5

Slagsvold, B (1986a) *Sykehjemmet – et sosialt system*. Oslo. Norsk Gerontologisk institutt

Sosial og helsedepartementet. (1988) *Forskrift for sykehjem*. 14/11-88 Nr. 932.

Sosial og helsedepartementet, 1997 *Rundskriv om kvalitet i helse og sosialtjenesten*. Sosial og helsedepartementet, 1-13/97.

Thorsen, Kirsten (1990) *Hva skiller et hjem fra en institusjon*. Ger Art nr. 3-90. Norsk gerontologisk institutt. Oslo

# BEBOERE OG PERSONALET'S VURDERING AV PRIVATLIV FOR ELDRE I SYKEHJEM

En strukturert intervju/spørreksjema undersøkelse blant 83  
beboere og 109 personale ved 6 sykehjem i Bergen kommune

Kjellaug Tvedt Nautvik, høyskolelektor, cand.pilot

Grunnutdanning i sykepleie, Betanien Sykepleierhøgskole

Artikkelen ble påbegynt i 1999 og slutført i 2008

## INNLEDNING

Personalets og beboeres livsverden er forskjellig. Selv om de er i daglig kontakt med hverandre og er gjensidig avhengig av hverandre opplever de ulike virkeligheter, de har ulike behov, og de møter også ulike utfordringer og krav. Gruppene representerer ulikheter på forskjellige områder, og avstand i generasjon og alder kan representere ulike meninger og kulturelle forskjeller. På samme måte er det forskjeller i maktforhold. Det er derfor ikke nødvendigvis entydig sammenlignbart å se på deres utsagn, men det vil likevel gi en pekepinn på hvordan de ulike gruppene oppfatter hverandre og forholder seg til hverandre på. For de fleste mennesker er privatliv også knyttet til opplevelse av trygghet, et sted en kan være seg selv og bestemme over egen tid og eget liv. Formålet med denne artikkelen er å vurdere om beboere og personale i sykehjem har samme oppfatning om beboernes mulighet til privatliv i sykehjem.

Gjennom rundskrivet "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene" (1997) setter sosial og helsedepartementet krav til tjenestene. Bl.a. skal den enkelte bruker gis medbestemmelse både i planlegging av tjenestene og i forhold til daglig utførelse. *"Tjenestene bør være så fleksible at det i rimelig grad kan tas hensyn til at behov og ønsker kan variere fra dag til dag"* (Rundskriv 1-13/97 s.14). Dette innebærer fleksibilitet i forhold til måltider, leggetider og andre forhold som er av betydning for styring av eget dagligliv. Det må gis rom for ulik livsførsel også for beboere i institusjon.

Territorialitet og det å kunne bestemme over eget liv er sentralt for alle menneskers opplevelse av å ha privatliv. Kjernen i teorien er enhver individs behov for å ha kontroll over et område, og kunne ha regler som beskytter dem for invasjon eller misbruk fra andre personer. Men det er like viktig at andre anerkjenner deres rett til å ha denne kontrollen (Heyter, 1981).

Eldre personer har et sterkt behov for et område eller et rom for seg selv. Området er oftest utstyrt med egne ting som gjør at en føler seg tryggere, mindre truet og engstelig. Det hevdes at gamle mennesker er mer avhengig av eiendom enn det en tror de er, og at dette henger sammen med behov for kontroll og trygghet (Bjelland, 1992). I lys av dette er det viktig å se på de ulike gruppers syn på hva privatliv innenfor institusjonen innebærer. Goffmann (1967) beskriver forholdet mellom klientene og de ansatte som to grupper som er til for hverandre, men der det utvikles to forskjellige sosiale og kulturelle verdener innen institusjonen. Gruppene betegnes som gjensidig avhengige av hverandre, men det eksisterer en kløft mellom dem som igjen påvirker samhandlingen. Deres posisjoner er totalt ulike, og de har ulik forståelse og oppfatning av hverandre. Goffmann (ibid) betegner utøvelsen av handlinger fra personalets side som en krenkelse av personligheten, ikke fordi en ønsker noe negativt for den berørte, men mer det som formidles gjennom personalets oppgaver i avdelingen. Rutinearbeid og fast organisering der alt foregår etter faste mønstre og til faste tidspunkt

berøver den eldres mulighet for å opprettholde en personlig livsstil. Reglement og rutiner sees samtidig på som nødvendige fra personalets side for at hverdagen skal gå rundt og oppgavene utføres etter oppsatte planer.

Bjelland (1983) synes å mene at institusjonens påvirkning representerer en trussel mot den enkeltes selvrespekt, noe som gjerne gjenspeiles i eldres tanker om institusjonen før de selv kommer der. Deres ulike posjoner der den ene gruppen representerer makt og den andre underdanighet/underlegenhet, er også med og styrker forskjellene dem imellom, noe som i alle sammenhenger påvirker samhandling/samarbeid. Svært mange eldre synes å frykte å komme på institusjon. Dette oppleves i egenerfarte samtaler med eldre og i andre norske og skandinaviske studier (Slagsvold,1995,Sainio&Hansebo,2008 ). Mange eldre forbinder det å komme på institusjon som ensbetydende med tap av selvbestemmelse og tap av muligheter til å styre sitt eget liv. Tap av frihet og verdi er også en viktig faktor. Eldre mennesker lever stadig lengre, og terskelen for å komme på sykehjem er også svært høy. Det er i dag bare de dårligste som kommer på sykehjem, og terskelen stiger stadig. I tillegg regnes en svært høy andel av sykehjemsbeboere i kategorien senil demente, noe som også skremmer klare hjemmeboende i forhold til tanken på sykehjems plass. De fleste beboere er derfor sterkt fysisk og psykisk svekket og avhengig av hjelp for å kunne gjennomføre daglige gjøremål. Lav bemanning og streng håndheving av rutiner medvirker til å forsterke beboerens avhengighet (Townsend,1981).

For å forebygge følelsen av utilstrekkelighet og hjelpeløshet må sykehjemsbeboerne gis mulighet for å gjøre egne valg. Det kan kun gjøres dersom personalet gir dem mulighet for påvirkning og ta egne valg i institusjonen. Vitenskapsfilosofen Knut Erik Tranøy (1991) har arbeidet mye med etiske aspekter knyttet til institusjon. Han sier at autonomibegrepet i eldreomsorgen må innebære at de som mottar hjelp fra helsevesenet bør i størst mulig grad få bestemme selv, hvor de skal bo, når de skal legg seg og når de vil på toalettet. Overtramp kan for den enkelte fort oppleves nedverdiggende og ydmykende. Å få bestemme over seg selv har sammenheng med integritet og vår menneskelige verdighet å gjøre. Å frata de eldre retten til å bestemme er krenkelse av den enkeltes integritet (Tranøy,1991).

Nyere forskning viser at selv om politisk vilje og gode intensjoner er tilstede finnes fortsatt skiller mellom hva beboerne selv og det offentlige / (personalet) definerer som privat. (Hauge, 2004) Hun finner i sin studie at de ulike rom og deres funksjon har spesielt stor betydning for hvordan beboere og personale opptrer (ibid). En fersk studie fra Danmark viser at oppdagelsen av at det ikke finnes noe alternativ til institusjonslivet gir beboerne en følelse av å ha mist kontrollen over eget liv. (Sainio&Hansebo,2008)

## **METODE:**

Studien er gjennomført med 192 respondenter som kartlegger sykehjemsbeboere og personalets vurderinger av beboernes privatliv og selvbestemmelse i hverdagen. Kartleggingen er gjort gjennom strukturerte intervju med 83 respondenter fra beboergruppen og egenrapportering på spørreskjema av 109 respondenter fra personalgruppen ved 6 sykehjem i Bergen.

Det fantes lite systematisk kunnskap og få instrument som fanger opp sykehjemsbeboeres opplevelse av hverdagsliv i institusjon. Det ble derfor, i samarbeid med professor Knut Erik Tranøy ved UiO, utviklet 2 strukturerte spørreskjema, et til beboere og et til personale. Spørreskjemaene omhandler bl.a. opplevelser om tilhørighet, privatliv, autonomi, medbestemmelse og informasjon. Skjema til beboer har 66 variabler og personalskjema har 56 variabler. Skjemaene har i hovedsak 4 graderte svaralternativ for hvert spørsmål fra "I stor grad" (1) "i noen grad" (2), "i liten grad" (3) til "ikke i det hele tatt" (4). (vedlegg A&B)

Å utvikle egne spørreskjema reiser spørsmål ved validitet og reliabilitet. For å styrke prosjektets validitet ble det gjennomført en pilotundersøkelse med 6 respondenter, 4 personale og 2 beboere. Spørsmålenes relevans ble vurdert og noen av spørsmålene ble forandret på bakgrunn av tilbakemelding. Spørreskjemaet til beboerne inneholdt også noen åpne spørsmål der de med egne ord hadde mulighet for å gi uttrykk for tanker og holdninger. En del benyttet seg av dette og bidro på den måten med nyttig bakgrunnsinformasjon for vår analyse og tolkning av spørreskjemaene.

## **Utvalg:**

Utvalget har bestått av beboere og personale fordelt på 6 ulike sykehjem i Bergen kommune. Totalt beboergrunnlag var 635. Institusjonene regnet ca 70%, dvs. 445 av beboerne, som demente eller uklare. Av de 190 beboere som fylte kriteriene for deltagelse, hadde vi direkte kontakt med 85 brukere (44,7%). Intervju med 2 av de 85 respondentene ble avbrutt pga manglende konsistens i svarene. Data fra beboerne er fremkommet gjennom strukturerte intervju. For at beboerne skulle føle seg mest mulig fri til å svare foretok undertegnede sammen med en kollega alle intervjuene, og intervjuene hadde en varighet på ca. 1 time per person. Personalet fikk utdelt spørreskjema som de fylte ut selv, og 109 personale deltok i undersøkelsen. Skjemaene la de i lukket konvolutt i samlekasse i avdelingen.

### Kriterier for deltakelse:

Kriteriet for deltakelse blant beboere var at de var permanent bosatt i institusjonen, mentalt klar og kunne gjøre rede for seg. Kriteriet for deltakelse blant personalet var at de arbeidet i minimum 50 % stilling i institusjonen.

Både beboerne og personalet fikk skriftlig informasjon om bakgrunn og formål med undersøkelsen samt forespørsel om å delta. Det ble presisert at deltagelse var frivillig og at beboerne hadde rett til å trekke seg underveis. Vi innhentet også skriftlig samtykke erklæring fra beboerne. Beboerne ble informert og spurt om å delta via avdelingsleder eller kontaktsykepleier på de ulike avdelingene.(vedlegg C)

### Praktisk gjennomføring

Prosjektet ble godkjent i etisk komite, helseregion III, januar 1996 Sjefssykepleier/styrer ved de aktuelle institusjoner ble kontaktet og informert om prosjektet. Medisinsk ansvarlig ble tilskrevet og forespurt om tillatelse til gjennomføring av undersøkelsen. Deretter hadde vi møter med avdelingssykepleiere ved de ulike institusjoner. Ved enkelte institusjoner ble egne møter med pleiepersonalet holdt i tillegg.

### Statistisk bearbeiding

Data er statistisk bearbeidet i statistikkprogrammet NSD- stat. En del resultat er deskriptive og det er brukt t-test for analyse av gjennomsnittlige forskjeller mellom gruppene.

### RESULTATER:

**Tabell 1:** Personalgrunnlag

Yrkesgrupper	Antall	Prosent
Sykepleiere	28	25,93
Hjelpepleiere	75	69,44
Pleiemedhjelpere	5	4,63
Total	108	100,00
Missing	1	
Deltakere totalt	109	

Personalet utgjorde 109 personer. Den klart største gruppen var hjelpepleiere. Personalet hadde arbeidet gjennomsnittlig 9 år i aldersinstitusjon.

**Tabell 2:** Beboergrunnlag etter kjønn.

Kjønn	Antall	Prosent
Kvinner	59	71,95
Menn	23	28,05
Total	82	100,00
Missing	1	
Deltakere totalt	83	

Beboergrunnlaget var 83 personer. 73 % av disse var kvinner og gjennomsnittsalder var 85 år. Den yngste var 65 og den eldste 99 år. Gjennomsnittlig botid i institusjonen var 2,8 år og varierte fra 2 måneder til 11 år.

**Tabell 3:** Antall beboere som har enerom:

Kjønn	Antall	Prosent
Kvinner	40	67,80
Menn	13	56,52
Total	53	63,86

63 (64 %) av total antall pasientdeltakere i undersøkelsen hadde enerom.

**Tabell 4:** Sivilstatus – kjønn og prosent

	Total		Kvinner		Menn	
	N	%	N	%	N	%
Gift	11	13,75	3	5,17	8	36,36
Ugift	15	18,75	12	20,69	3	13,64
Skilt	7	8,75	6	10,34	1	4,55
Enke-/enkemann	47	58,75	37	63,79	10	45,45
Totalt	80	100,00	58	100,00	22	100,00
Sivilstand ikke angitt i statistikkgrunnlaget	2		1		1	
Kjønn ikke angitt i statistikkgrunnlaget	1					
Deltakere totalt	83		59		23	

5 % kvinnelige og 36 % mannlige beboere var gift. 59 % var enker og enkemann.

#### Å betrakte institusjonen som hjem.

Beboerne ble spurt om de tenkte på institusjonen som hjemmet deres. Flertallet av beboerne betraktet i liten grad institusjonen som sitt hjem. Personalet ble spurt om de tenkte på institusjonen som beboerens hjem, og mange synes å tenke på sykehjemmet som deres hjem. Det er signifikant forskjell mellom gruppene  $t=3,54$   $p<0,001$ ) Gjennomsnittet av beboerne opplever i liten grad institusjonen som sitt hjem, mens personalet tror at beboerne i større grad tenker på institusjonen som hjemmet deres. På spørsmål til beboerne om de tror personalet tenker på institusjonen som deres hjem synes undersøkelsen å bekrefte dette. Ved spørsmål til personalet om de trodde beboerne tenkte på institusjonen som hjemmet deres støttes dette ved signifikante forskjeller mellom gruppene.  $T=7,65$   $p<0,001$ . Personalet rapporterte at de i stor grad betraktet institusjonen som hjemmet deres, mens gjennomsnittet av beboerne mener personalet bare i noen grad tenker på sykehjemmet som deres hjem.



### **Tanker om privatliv.**

Generelt synes både beboere og personale at beboerne har liten grad av privatliv på sykehjemmet. Beboerne opplever likevel de har noe mer privatliv enn personalets opplevelse er.  $T=3,28$   $p<0,01$ . Personalet rapporterer at de betrakter rommet de som beboers private i større grad enn beboerne selv.  $T=2,95$   $p<0,01$ . På spørsmål om personalet spør om tillatelse til å se i private saker som nattbord og håndveske, er det signifikant forskjell på gruppenes syn på saken.  $T=3,16$   $p<0,01$ . Personalet sier oftere de spør om lov til å se i beboernes private saker enn det beboerne selv opplever.

På spørsmål om beboerne tør si ifra hvis de vil ha fred og være alene, rapporterer beboerne at de oftere sier ifra enn det personalet opplever.  $T= -3.92$   $p<0.01$ .

### **Intime forhold**

Vedrørende mulighet for beboere til å ha et intimt forhold på institusjonen er begge grupper enige om at det er det sjelden og aldri. Beboerne tør bare til en viss grad si ifra om de får for lite informasjon. Dette er også personalets opplevelse.

### **Banke på døren**

På spørsmål om de banket på døren var begge grupper enige om at personalet oftest banket på døren når de ville inn til beboer. Personalet rapporterer imidlertid oftere enn beboerne at de spør om lov til å se i private ting.

### **Respekt**

Brukerne synes selv at de ble behandlet med respekt av personalet, og personalet svarer også at de behandler beboerne med respekt.

### **Selvbestemmelse i hverdagen.**

Både beboere og personalet synes at beboerne til en viss grad har mulighet for å bestemme over egen hverdag. Begge gruppene er enige om at beboerne som oftest kan velge når de vil stå opp.

### **Valg i hverdagen**

Når det gjelder dagligdagse saker som å velge tidspunkt for å legge seg, bestemme hvilke klær en ønsker å ha på og hvilke aktiviteter som de ønsker å delta i på sykehjemmet, sier beboerne at de ofte kan velge det selv. På disse spørsmålene rapporterer beboerne noe mer positivt enn personalet. Signifikant forskjell mellom gruppene:  $P<0.001$ .

## Dusj

Beboerne sier derimot at de nesten aldri får dusje når de har behov for det. Personalet rapporterer at noen ganger kan de velge. Signifikant forskjell –  $t=6,92$   $p<0.001$ .

## Kontakt med lege

Det er signifikante forskjeller mellom beboeres og personalets oppfatning av hvor ofte beboerne har kontakt med legen. Personalet rapporterer at beboerne nesten ukentlig har kontakt med legen, mens beboerne sier at de snakker med legen sjeldnere enn en gang i måneden.

## DISKUSJON

Det fremkommer tildels store forskjeller i de ulike gruppene sine opplevelser av hvordan beboerne har det på sykehjemmet og hvordan de ser på institusjonen. Det er flere av personalet som tror beboerne opplever institusjonen som deres hjem, enn det beboerne selv rapporterer. Dette kan skyldes ulike ting, men et aspekt kan være at de eldre lett tilpasser seg og oppfører seg slik de tror de skal gjøre. De ønsker å bli oppfattet som snille og medgjørlige for å skape positive relasjoner til sine hjelpere. Som avhengige av hjelp blir de et lett bytte i maktforholdet personene imellom. (Slagsvold, 1995) Hun viser også til at takknemmelighet er et godt byttemiddel når en er avhengige av andre personer.

Flere sa også at *"vi spør ikke om noe hvis det ikke er helt nødvendig. Vi vil ikke være til bry."*

Personalet gir ofte uttrykk for hvor travelt de har det, og en del beboere vil ikke spørre av den grunn. De er redd for å gjøre dem enda mer stresset. En annen grunn til at en i liten grad tør si ifra er angsten for å bli opplevd som brysom. Å kritisere personalet, som en er helt avhengig av hjelp å støtte fra, kan være vanskelig. Uttalelsene varierer fra institusjon til institusjon.

Uttalelser som *"personalet springer livet av seg, de har alltid ørene to steder"* og *"personalet har tid, men de bryr deg ikke. Du er den eneste som virkelig har hatt tid,"* viser at opplevelsene er svært forskjellig.

Å ta egne valg i hverdagen er for de fleste mennesker en selvfølge. For beboere i institusjoner er det imidlertid ikke alltid like selvsagt. Noen er mer fornøyd med livet i institusjon, men her er store forskjeller i trivsel og opplevd livskvalitet. *"Det er nedverdige å bli plassert sammen med*

*fremmede som jeg ikke kjenner.*” Denne personen opplever å ha mistet kontrollen med eget liv, noe som påvirker selvrespekt og egenverd.

Som Tranøy (1991) påpeker er det viktig i eldreomsorgen at de som mottar hjelp fra helsevesenet i størst mulig grad får bestemme selv. Spesielt hverdagslige ting som angår alle, som å stå opp, å legge seg og gå på toalettet. Overtramp kan for den enkelte fort oppleves nedverdiggende og ydmykende. Å få bestemme over seg selv har sammenheng med integritet og vår menneskelige verdighet å gjøre. Å fra ta de eldre retten til å bestemme er dette krenkelse av den enkeltes integritet. I likhet med Goffmann (1967) og Bjellands (1983) syn på institusjonen representerer den en trussel overfor den enkelte beboers selvrespekt og selvbilde, spesielt fordi deres posisjoner og ”målsetning” er forskjellige.

For personalet er det viktig å gi hjelp på en måte som kan forebygge følelsen av utilstrekkelighet og hjelpeløshet som mange eldre opplever. Det kan gi selvrespekt og gi de eldre en mulighet for å oppleve seg autonome i hverdagen. Townsend (1981) hevder at lav bemanning og streng håndheving av rutiner ofte kan føre til en forsterkning av pasientens opplevelse av avhengighet. Spesielt måltidene opplevde mange som en utfordring. Her var det få som fikk velge hvor de ville spise, og hvordan de ønsket maten tilberedt. Gleden ved måltidet var ikke det samme som før, og få betegnet måltidet som en sosial glede eller positivt fellesskap.

Å gjøre måltidssituasjonen til en hyggelig sosial stund for beboerne burde vært mer vektlagt i institusjon. En positiv ramme rundt måltidet fører oftest til bedre trivsel og hygge, og har gjerne en bieffekt ved at flere spiser mer i hyggelig selskap. Ernærings situasjonen i institusjoner har vært lite gjenstand for studier, men Bjelland (1992) viser til at eldre som ikke trives, fort taper vekt ved innleggelse i institusjon. Mengde mat virker derfor inn på energinivå og krefter, som igjen påvirker fysisk og psykisk helse. Å skape en positiv opplevelse i forbindelse med måltidene er først og fremst personalets oppgave, og uten prioritering av tid og krefter til dette, vil en ikke oppnå synlige effekter på dette området. Her viser dagsaktuell mediadekning at underernæring fremdeles er en aktuell utfordring i dagens sykehjem. Nyere forskning fra Norge viser at pasienter fra sykehjem og hjemmesykepleie innlagt i sykehus viser mangelfull ernæringstilstand (Førde et al, 2006). Samme undersøkelse viser også at mangel på tid og ressurser fører til at kun basale behov prioriteres. Ved ressursknapphet kommer pleie og ernæring i annen rekke (ibid). Tilsvarende skandinaviske studier viser samme funn (Munch et al, 2006) Personalet må ha god kunnskap og praktiske ferdigheter for å ivareta nødvendig ernæringstilstand i eldreinstitusjoner. (Førde et al, 2006, Sellevold&Skulberg, 2005) Nasjonal helseplan har nylig fastslått at forekomsten av underernæring hos pasienter i sykehus, sykehjem og hos mottakere av hjemmesykepleie er høy og har nylig sendt ut utkast til nye Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring på høring. Retningslinjene gir

anbefalinger i forhold til individuelle og strukturelle tiltak for å ivareta pasienter i ernæringsmessig risiko. Målet med retningslinjene er å bidra til at underernærte pasienter og personer i ernæringsmessig risiko får en målrettet ernæringsbehandling.

Kontakt med lege er et av de områdene der vi fant signifikante forskjeller i svarene fra beboere og personale. En av årsakene kan være at legen kommer på visitt vanligvis en gang i uken og er tilgjengelig for beboere dersom de ønsker det. At beboer ikke ytrer et slikt ønske kan være fordi at de tenker at de ikke vil bry noen, at de ikke vet hva de skal spørre om eller at de føler seg oversett uansett. Utsagn fra beboere kan tyde på det siste. *"Legen snakker jo ikke til meg likevel, han bare vender seg til sykepleieren."* *"Jeg vil gjerne snakke med legen, men han sier jo adjø før jeg kommer til ordet."*

En beboer oppfattet dette som at de eldre ikke var verd å bruke tid på. Opplevelsen av å ikke bli sett var for noen tung å bære. Selvrespekten og egenverdi synker dersom ikke personen blir sett, hørt og tatt vare på (Slagsvold, 1995, Hauge 2004). Personalet på sin side tenkte ikke over de eldres opplevelse i forhold til dette, i og med at legen var i avdelingen syntes de vedkommende var tilgjengelig for de som ønsket å snakke med lege i avdelingen. Hva grunnen til de store forskjellene i synet på spørsmålet vites ikke. En av grunnene kan være at personale har nevnt beboer for legen og tror legen har vært innom rommet til beboer, eller legen kan ha vært innom beboer men ikke snakket med vedkommende. Kanskje beboer var ute, sov middag eller ikke var tilgjengelig for legen i det aktuelle øyeblikket. Bevisste holdninger og handlinger fra personalets side der de kunne si fra til legen ville kunne bidra til en endring på beboers kontakt med lege.

## **KONKLUSJON**

Ulike aspekter som angår medbestemmelse og privatliv er trukket frem i undersøkelsen, og her er delvis stor divergens mellom svarene beboerne og personalet gir i på de ulike områdene.

Ut fra utsagnene kommer det klart frem at her er språk mellom personalets oppfatning og hva beboerne selv sier om sin opplevelse av å være sykehjemspasient. Dette kan skyldes manglende bevissthet og liten innsikt omkring den eldres tanker og betydningen av å være autonom også på institusjonen. Bemanningssituasjonen og mangel på kvalifisert personale er en stor utfordring for en rekke sykehjem. Først og fremst trengs flere hender til å utføre arbeidet i institusjonene (Hauge 2004, Førde et al, 2006). De to gruppene ulike utsagn viser at de har ulik forståelse av hva som er privat sone og felles sone. Resultatet samsvarer med Hauge's (ibid) funn av hvordan gruppene oppfatter de ulike rommene i institusjonen. Å rette fokus mot en bedre forståelse av samhandling og kommunikasjon de to gruppene i mellom tror jeg ville være hensiktsmessig for å skape et felles fundament i samhandlingen mellom dem.

### **Implikasjoner for praksis.**

Et større fokus fra personalets side om hva som er viktig for beboeren burde vært gjenstand for bedre kartlegging og fått større betydning for den enkelte beboer enn hva tilfelle er i dag. For å oppnå et bedre resultat hva angår synet på beboeren tror jeg det i større grad er viktig med fokus på endring som en del av organiseringen. Større bevissthet om beboerens ønsker og behov må inn i "rutiner" som sikrer individuell tilpasning og integritet i institusjonen. Etter å ha gjennomført studien sitter vi igjen med erfaringer som tilsier at dette burde vært satset bevisst på for å ivareta integritet og god omsorg for de enkelte eldre på institusjon. Også nyere studier av Hauge (ibid) viser at kunnskapen burde økes i eldre institusjoner, og at en burde ansette mer skolert personale som hadde innsikt i eldre menneskers behov og livsstil. Sykepleiere med kunnskap om eldre som kan danne rammeverk for hverdagens oppgaver i institusjonen og håndtering av de eldre er sentrale for videreutvikling av omsorg i institusjonene.

## LITTERATURLISTE:

Bjelland, Anne Karen (1992) *Livsløp og livshistorier*. NGI Rapport 4:92 Norsk gerontologisk institutt. Oslo

Bjelland, Anne Karin (1983) Aldring og institusjonsomsorg. Upublisert artikkelserie forelest ved Nordiska Halsovårdhøgskolan, Gøteborg.

Førde, R. et al. (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskrift Norsk Lægeforening 15/2006 126:1913-6

Goffman, Erving (1967), *Anstalt og menneske: den totale institusjon socialt set*. København:

Paludan Forlag

Hauge, Solveig (2004) Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?- en feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Faculty of Medicine. University of Oslo.

Helse og omsorgsdepartementet: St.meld. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Oslo

Heyter, J. (1981) *Territoriality as a universal need*. Journal of advanced Nursing.6. 79-85

Nasjonal helseplan. Høringsutkast2008: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo. Helsedirektoratet .

Sellevold, G.S & Skulberg, V.B (2005) Nok mat, rett mat og trivelige måltider. Et kvalitetssikringsprosjekt.Oslo. Undervisningssykehjem. Rapport 1/05

Slagsvold, Britt (1995). *Mål eller mening*. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. NGI-rapport 1/95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.

Sosial og helsedepartementet, 1997 *Rundskriv om kvalitet i helse og sosialtjenesten*. Sosial og helsedepartementet, 1-13/97.

Townsend, Peter (1981). *The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century*. Ageing and Society, 1, 5 – 28.

Tranøy, Knut Erik (1991, revidert 1994): *Medisinsk etikk i vår tid*. Sigma forlag, Bergen

ISBN 978-82-997893-0-1

