

Tonje Houg

«Takk, bare bra ...?» Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem

Tonje Houg

«Takk, bare bra ...?»

Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem

© Forskningsstiftelsen Fafo 1996
ISBN 82-7422-160-5

Omslag: Jon S. Lahlum
Omslagsfoto: Henning Guldbrandsen
Trykk: Falch Hurtigtrykk

Innhold

Forord	5
---------------------	----------

Kapittel 1

Ulike framstillinger av omsorg	7
1.1 Innledning og problemstilling	7
1.2 Bakgrunn	8
1.3 Andre undersøkelser	9
1.4 Oppbygning av rapporten	10

Kapittel 2

Eldreomsorg og politiske utfordringer	11
2.1 Eldreomsorgens organisering	11
2.2 Dagens situasjon	12
2.3 Eldrepolitiske utfordringer	13

Kapittel 3

Teoretisk rammeverk	15
3.1 Pasientene i hovedrollen	15
3.2 Moralsk karriere i den totale institusjonen	17
3.3 Identitet som prosess	18
3.4 Skapt avhengighet	19
3.5 Hva innebærer omsorg?	20
3.6 Forskjell på by og land	21

Kapittel 4

Undersøkellesopplegget	22
4.1 Valg av metode	22
4.2 Utvalgte informanter	22
4.3 Portvakter og intervjuguide	23
4.4 Generalisering og validitet	24
4.5 Troverdighet	24

Kapittel 5	
Fra hjem til institusjon	26
5.1 Vanskelig valg	26
5.2 Utløsende mekanismer	27
5.3 Opplevelsen av flyttingen	29
5.4 Tilpasning	33
5.5 Oppsummering	36
 Kapittel 6	
På sykehjemmet	39
6.1 Syn på omsorg	39
6.2 Selvråderett og avhengighet	41
6.3 Kampen om identiteten	46
6.4 Pasientenes generelle livskvalitet	52
6.5 Helse og livskvalitet	57
6.6 Trivsel på og tilfredshet med sykehjemmet	59
6.7 Oppsummering	62
 Kapittel 7	
Sammendrag og diskusjon	65
7.1 Overgang til sykehjem	65
7.2 Velferd på sykehjemmet	66
7.3 Forskjell på by og land	70
7.4 Politiske implikasjoner	71
7.6 Forskningsmessig implikasjon	73
 Litteraturliste	75
Intervjuguide	78

Forord

Temaet for denne undersøkelsen er hvordan eldre har det før og etter at de kommer på sykehjem. Initiativtaker er Norsk pensjonistforbund, og undersøkelsen er i all hovedsak finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Pensjonistforbundets initiativ resulterte i to rapporter. Den første ser på eldre hjemmeboendes levekår og livskvalitet, basert på resultatene av en kvantitativ spørreundersøkelse (Dahl og Vogt 1996). Denne rapporten, er den andre, og er basert på kvalitative intervjuer om eldres bevegelse fra hjem til sykehjem, og om hvordan de opplever livet på institusjon.

Jeg vil rette en stor takk til prosjektleder Espen Dahl, Ivar Lødemel og Tone Fløtten ved Fafo, samt Kirsten Danielsen ved Universitetet i Oslo, for konstruktive innspill. Jeg vil også takke referansegruppa for et fruktbart samarbeid. Denne har bestått av Einar Strand, Arild Daleng, Per Wiedswang og Anne Hanshus fra Norsk Pensjonistforbund, Fredrik Mellbye, Gustav Vig, Egil Willumsen fra Pensjonistforbundets sentrale helseutvalg, Ottar Grønvik, leder av organisasjonen Ung i dag - Gammel i morgen, og Eli Johanne Lundemo og Helle Gran fra Sosial- og helsedepartementet. Takk også til publikasjonsavdelingen for rask ferdigstilling av rapporten.

Jeg ønsker spesielt å takke sykehjemsbeboerne som har stilt opp og delt sine synspunkter på tilværelsen med meg, og dessuten avdelingssykepleier Anne-Berit Hauge og Anne Grete Wagner, som leste og kommenterte mitt første arbeidsutkast til rapporten.

Fafo, august 1996

Tonje Houg

Kapittel 1

Ulike framstillinger av omsorg

1.1 Innledning og problemstilling

Vi presenteres ofte for bilder av eldreomsorgen. Medienes tilnærming er svært direkte og beskriver ofte en brutal virkelighet. Aftenposten bruker titler som «Eldre dopes før stell» (13. desember 1993), «Sykehjem uten kontroll» (6. mai 1996) og «Stadig uverdigg for de eldre» (10. mai 1996). I tillegg danner mange seg egne oppfatninger av sykehjemstilværelsen gjennom besøk hos familie eller venner. Endelig vil de som har vært eller er ansatt på sykehjem, ha sine meninger om forholdene der. Disse ulike ståstedene gir ikke noe helhetlig eller balansert bilde av forholdene i eldreomsorgen. Samtidig er forskningsbasert kunnskap om sykehjemsbefolkningen mangelfull. Denne rapporten er ett bidrag for å rette på denne skjevheten, og for å sikre mer systematisk kunnskap om de eldres situasjon.

Prosjektet tar sikte på å besvare to hovedspørsmål og et bispørsmål. For det første er det et mål å finne ut hvordan eldre oppfatter overgangen fra eget hjem til sykehjem. Hvordan er det å flytte fra eget hjem, hvor en i ulik grad har klart seg selv, og over på institusjon med heldøgns pleie og omsorg? Hvilke mekanismer, som fysisk og psykisk helse og pårørendes holdninger og handlinger, fører til flytting? Hvilke faktorer påvirker flytteopplevelsen i negativ eller positiv retning? Forandres de eldre når de flytter, og hvordan tilpasser de seg de nye forholdene?

For det andre spør jeg hvordan pasientene opplever hverdagen på sykehjem. Her sikter jeg blant annet til om de får ivaretatt sine omsorgsbehov. Fratar sykehjemmet pasientenes autonomi, for på den måten å skape sterkere avhengighet til institusjonen? I hvilken grad legges det til rette for at pasientene kan opprettholde sin identitet eller sitt selvbilde? Hva slags livskvalitet har pasientene, sett i sammenheng med aktivitetsnivå, deltakelse i sosiale relasjoner, selvfølelsen og en grunnleggende trygghetsfølelse? Avslutningsvis undersøker jeg hvor fornøyd de er med tilværelsen alt i alt.

Opplevelsene og erfaringene knyttet både til flytteprosessen og til dagliglivet på sykehjem, kan være kvalitativt forskjellige for eldre som bor på landet og for eldre som bor i byen. Mennesker som bor i små samfunn, er synlige for hverandre, samtidig som det eksisterer en gjensidig, varig og personifisert

avhengighet dem imellom (Christie 1982). I større samfunn, som i byen, er ikke individene like synlige for hverandre. Eldre som bor i små samfunn, vil antakelig ha bedre kjennskap til hva en slik flytteprosess innebærer, samtidig som de sannsynligvis kjenner flere av de ansatte og medpasientene på sykehjemmet, enn hva som er tilfelle for eldre bybeboere. Det tredje spørsmålet jeg stiller, er om eldre på landet opplever flytteprosessen som enklere og hverdagen på sykehjemmet som mer positiv, enn hva eldre i byen gjør.

1.2 Bakgrunn

Prosjektet om eldres levekår og livskvalitet har resultert i to rapporter. Disse rapportene utfyller hverandre, idet den første delrapporten tar for seg de hjemmeboendes velferd (Dahl og Vogt 1996), mens denne ser på sykehjemsbefolkningens situasjon. For å få et helhetlig bilde av eldres levekår og livskvalitet, er det viktig å inkludere nettopp denne gruppa. Pasienter i sykehjem utgjør et selektivt utvalg av de eldre. Her finner vi de eldste av de eldre, og bare de svakeste får plass: de som ikke kan klare seg hjemme, med privat og/eller offentlig hjelp.

Kommunene bruker nærmere 25 milliarder kroner på pleie- og omsorgstjenester for eldre og funksjonshemmede. På tross av denne innsatsen er ikke mottakerne garantert ivaretagelse av helt grunnleggende behov (Strengenhagenutvalget 1994). For øvrig er det blitt vanskeligere å få plass på sykehjem de siste ti åra. Som en følge av dette er sykehjemsbefolkningen blitt mer hjelpetrengende. Antallet demente¹ har steget, og likeså andelen pasienter med psykiske problemer (Egeland og Gjerberg 1995). I mange kommuner er det lange ventelister og lang ventetid.

Det er flere grunner til at det er viktig å få en mer systematisk oversikt over hvordan de eldre har det på institusjon. Pasientene slipper sjelden til i det offentlige ordskiftet. Brorparten, og da sikter jeg spesielt til de aldersdemente, kan sjelden gi ordentlig uttrykk for sine behov og interesser. I tillegg er institusjonsbeboerne i en situasjon hvor de er avhengig av de ansatte, og til en viss grad av deres velvilje, for å klare seg gjennom hverdagen. Det dreier seg om en svært svak gruppe i samfunnet. Et virkemiddel for å kunne nå Velferdsmeldingas (St. meld. nr. 35 1995) mål om bedre livskvalitet for hver
¹ Aldersdemens er ingen klart avgrenset diagnose. Kriteriene for å ta pasienter inn i skjermet enhet, er svært strenge. Først når atferden deres er forvirret og ukontrollerbar, eller til sterk sjenanse for andre pasienter, sier forskriftene at de skal plasseres på egnede avdelinger. I dag er det bare demente som er til fare for seg selv eller andre, og de som rømmer fra avdelingene, som får plass på skjermet avdeling (Sosialdepartementet 1990).

enkelt, er å skaffe seg bedre kunnskap om hvordan brukerne oppfatter velferdsstatens tilbud, i dette tilfellet sykehjemmene.

1.3 Andre undersøkelser

Helt fram til 1990-åra hadde vi liten systematisk kunnskap om sykehjemmene, men i løpet av de siste åra er flere undersøkelser gjennomført. Kvalitet og kvalitetssikring er viktige stikkord i denne sammenhengen. Kvalitet forklares ofte som helheten av de egenskapene ved tjenesten som berører evnen til å tilfredsstille brukernes behov.

Strengenhagenutvalget (1994), som ble nedsatt av Helse- og sosialdepartementet og Kommunenes sentralforbund i 1994, har kartlagt eldreomsorgen, og foreslått tiltak for å bedre den. Utvalget konkluderer blant annet med at ivaretagelse av eldre pleietrengendes grunnleggende behov² er en forutsetning for en verdig og god eldreomsorg. Folkehelsa har blant annet sett på hva ulike aktører i sykehjemstjenesten anser som viktig for å oppnå god kvalitet, og vist at de ansatte, de pårørende og brukerne ofte kan ha ulike syn på virksomheten (Gjerberg 1995). Videre har de, ved hjelp av en spørreundersøkelse til sykehjem i hele landet, kartlagt hvordan avdelingsledere vurderer kvalitet. Halvparten av avdelingslederne mente at kvaliteten alt i alt var svært god, mens den andre halvparten beskrev den som middels god (Egeland og Gjerberg 1995).

Slagsvold (1995) har studert problemer knyttet til det å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Hun finner at det er dårlig sammenheng mellom de mest brukte kvalitetsmålene, som antall ensengsrom og pleiedekning og observerbar kvalitet. Videre viser hun at ulike studier peker i forskjellige retninger, fordi de i stor grad nytter ulike kvalitetsmål. Arbeidsforskningsinstituttet har undersøkt hvordan pårørende, pasienter og ansatte ved sykehjem i Oslo ser på kvaliteten ved hjemmet (Sørensen 1994). Et hovedfunn var at de tre gruppene i stor grad var enige om hva som fungerte bra og hva som ikke fungerte bra på sykehjemmet. Senter for samfunnsforskning har innhentet brukererfaringer og -forventninger til bergenske sykehjem (Pedersen og Jensen 1995). Denne undersøkelsen viser blant annet at eldre har motstridende følelser knyttet til det å flytte på sykehjem, at informasjonen forut for flyttingen ofte svikter, og at sykehjemmet prioriterer teknisk/medisinsk omsorg på bekostning av mer psykososial omsorg.

Disse ulike tilnærmingene til pleie- og omsorgssektoren for eldre kan sammenliknes med brikker i et større puslespill. Fortsatt mangler det flere brikker.

² Se nærmere definisjon i kapittel 3.5.

På noen områder viser undersøkelsene sammenfallende resultater, mens de på andre frambringer til dels ulike konklusjoner. Derfor er det viktig å bedre sammenlikningsgrunnlaget. Fordi denne rapporten har som mål å gi mer kunnskap om eldres situasjon, er det her tatt utgangspunkt i pasientenes egne erfaringer. De ansattes og de pårørendes meninger, tanker og holdninger er holdt utenfor, og får ikke forstyrre eller moderere pasientenes oppfatninger. Selve flytteprosessen, som er lite fokusert i andre studier, er vektlagt her. Det samme er forhold i og ved sykehjemmet, belyst gjennom pasientenes subjektive vurderinger av egen livskvalitet, trivsel i institusjonen og tilfredshet med sykehjemmet.

1.4 Oppbygning av rapporten

Rapporten består av sju kapitler. I neste kapittel gis en kort presentasjon av dagens situasjon i eldreomsorgen, og noen eldrepolitiske utfordringer tas opp til diskusjon. I tredje kapittel skisserer jeg det teoretiske rammeverket jeg har brukt for å forstå sykehjemspasientenes handlingsmønster og meningsdannelse innenfor sykehjemmets struktur, og definerer begreper som brukes i de tre siste kapitlene. Fjerde kapittel viser den metodiske framgangsmåten, og grunngir hvorfor kvalitativ metode er best egnet til å belyse problemstillingen. I kapittel fem og seks slipper de eldre til med sine opplevelser. De eldre stilles overfor et vanskelig valg når de må avveie velferdstap og -gevinst ved å flytte fra hjemmet sitt og inn i institusjon. Her identifiseres faktorer som fører til flytting, og mekanismer som kan gjøre flyttingen lettere å takle. Et tema som daner en overgang til neste hovedspørsmål, er hvordan de eldre avpasser spenningen mellom hjemmesituasjonen og institusjonslivet ved hjelp av ulike mestringsstrategier.

Deretter, i kapittel seks, tar jeg for meg selve institusjonslivet. For det første fokuseres det på de pleie- og omsorgsbehovene som det er viktig for pasientene å få dekket. For det andre vurderes det i hvor stor grad sykehjemmet styrer deres hverdag, og om selvråderett er et viktig tema for pasientene. Det tredje temaet her er i hvilken grad sykehjemspasientenes selvbylde eller identitet påvirkes av krefter i og utenfor sykehjemmet. Sist i dette kapitlet blir søkelyset satt på ulike faktorer som kan påvirke deres livskvalitet, og på hvordan de trives i og med sykehjemmet. I det siste kapitlet oppsummerer jeg noen av funnene fra kapittel fem og seks, og diskuterer de viktigste resultatene.

Kapittel 2

Eldreomsorg og politiske utfordringer

2.1 Eldreomsorgens organisering

Kort sagt består eldreomsorgen av aldersinstitusjonene på den ene siden og den såkalt åpne omsorgen – aldersboligene og de hjemmebaserte tjenestene – på den andre siden. De viktigste hjemmetjenestene er hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I tillegg kommer vaktmestertjeneste, matombringing og alarmtjeneste. I flere kommuner eksisterer det også et tilbud om tekniske hjelpemidler, og tallet på eldresenter har steget de siste åra. Aldersinstitusjonene og hjemmetjenestene er ikke forbeholdt de eldre, men de fleste brukerne er i alderen 67 år og oppover. Blant institusjonsbefolkningen tilhører 95 prosent denne aldersgruppa (SSB, Ukens statistikk nr 35/95).

Aldershjem, sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem regnes blant institusjonene. Dette er boformer som tilbyr heldøgns pleie og omsorg, med felles husholdning, og som styres av personalet. Trygdeboligene er som oftest rene botilbud, mens service- og omsorgsboliger ofte har bedre standard enn aldershjemmene, men omtrent samme tilbud. Skillet mellom institusjoner og aldersboliger er i ferd med å viskes ut, fordi institusjonene hjemliggjøres og fordi personell og tjenester oftere følger med omsorgs- og serviceboligene enn hva som var tilfelle før (Daatland 1994:25).

De siste tiåra har utviklingen vært kjennetegnet av desentralisering og økt vekt på tjenester utenfor institusjon. Omfanget av behandling, pleie og omsorg i institusjoner med døgnopphold har gått ned, og tjenester og tiltak er blitt bygd ut utenfor institusjon. Ansvar for å planlegge og drive tjenester er blitt overført til lavere forvaltningsnivåer: fra staten til fylket, og fra fylket til kommunene. Vi har grovt sagt hatt en utvikling fra «velferdsstat til velferdskommune» (St. meld. nr 35. 1995:12). I 1988 fikk kommunene et samlet ansvar for eldreomsorgen. Hensikten var blant annet å legge til rette for en mer helhetlig og integrert omsorgskjede. En annen og vel så sterk motivasjon for kommunereformen var økonomiske hensyn, og et ønske fra staten om å få bedre kontroll over kommunens samlede virksomheter og utgifter (Daatland 1994:30ff).

2.2 Dagens situasjon

I dag bor vel 45 000 eldre på institusjon (SSB, Ukens statistikk nr 35/95). Dette utgjør cirka sju prosent av alle eldre over 67 år, og gruppa omfatter over 19 prosent av de såkalt eldste eldre (over 80 år). Tallet på institusjonsplasser for eldre og boliger med heldøgns pleie har steget sakte, men sikkert fra begynnelsen av 50-åra. Det siste tiåret har tallet på institusjonsplasser gått i bølger, fra nær 41 000 i 1980, til en topp i 1988 med nærmere 50 000, for så å reduseres til 45 327 i 1994 (Daatland 1994, Historisk statistikk 1994). Det er de eldste eldre vi oftest finner i institusjonene, og det er disse som hyppigst gjør bruk av hjemmetjenestens tilbud. Når vi ser på dekningsgraden, det vil si antall plasser per 100 innbyggere over 80 år, gir dette et bedre bilde av situasjonen. Fra 1980 til 1993 har dekningsgraden innenfor institusjonsomsorgen sunket fra 33,5 til 27,2 (St. meld. nr. 35 1995:145).

Sykehjemskapasiteten er mer enn tredoblet de siste tiåra, og i dag har vi nærmere 23 000 sykehjemsplasser. I den samme perioden er det blitt atskillig færre plasser på aldershjem. Denne nedgangen kan være kompensert av utbyggingen av serviceboliger. Til sammen har altså tallet på institusjonsplasser blitt redusert de siste ti-femten åra, mens kvaliteten på omsorgen har steget. Både boligstandarden, utdannelsesnivået blant personalet og personelldekningen er blitt bedre (Daatland 1994). Bygging av enerom har hatt høy prioritet. Siden 1989 har tallet på enkeltrom gått opp med 3000, til nærmere 31 000. Fortsatt deler 42 prosent av sykehjemspasientene rom med andre. Antall tomannsrom har vært mer eller mindre stabilt, mens flersengsrommene er blitt færre. I dag bor en tredel av institusjonsbefolkningen på to- eller flermannsrom.

Antall senger i beboerrom i institusjon for eldre, 1989–1992

Kilde: Strengenhagenutvalget 1994

Antall brukere av hjemmetjenestene har gått kraftig ned de siste åra, men det samlede antall årsverk i hjemmetjenesten har gått opp fra 1981 til 1992 (SSB, Ukens statistikk 35/95, Strengenhagenutvalget 1994). Dette betyr at det selv om det er blitt flere eldre, får færre hjelp, men også at de som nytter tjenesten, får flere timer. Det er i første rekke i hjemmesykepleien og andre tjenester som matombringning og vaktmestertjeneste, at kapasiteten er bedret. Veksten i disse tjenestene henger sammen med at det er blitt færre institusjonsplasser. Kort sagt har tallet på institusjonsplasser gått ned, mens tjenester og tiltak utenfor

institusjonene, og særlig det medisinske tilbudet, er noe bedret for dem med størst behov (Strengenhagenutvalget 1994).

2.3 Eldrepolitiske utfordringer

Retter en blikket framover, ser en at utgifter til pensjoner og etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester antakelig vil øke. Det er flere årsaker til dette. Befolkningen blir eldre, samtidig som andelen aleneboende eldre har hatt en eksplosjonsartet utvikling siden 1960-åra. En annen årsak er at den familiebaserte omsorgen synes å svekkes, som en følge av at både menn og kvinner er yrkesaktive. Antall barn og skilsmisserater kan også påvirke den familie- og husholdsbaserte omsorgen. Videre synes det som om nye generasjoner av eldre stiller høyere krav til eldreomsorgen, enn hva de foregående generasjonene har gjort (Strengenhagenutvalget 1994 og St. meld. nr. 35 1995). Ovenstående momenter kan få etterspørselen etter sykehjemsplasser til å stige. Samtidig frykter myndighetene at den økonomiske evnen til å møte behovene, forventningene og rettighetene ikke vil holde tritt. I tillegg vet en lite om hvordan viljen til å betale for eldreomsorgen vil utvikle seg.

På midten av 90-tallet er det særlig to politiske utfordringer som framheves. Den ene er forholdet mellom tjenester og ytelser. Hovedspørsmålet er hvordan en skal balansere innsatsen overfor pleietrengende på den ene siden og mottakere av overføringer som pensjon på den andre siden. Under dette emnet faller også diskusjonen om økt beskatning av pensjonene og brukerbetaling og finansiering av hjemmetjenestene (jf Dahl og Vogt 1996). Den andre utfordringen er framtidens boformer for eldre. Spørsmålet er om eldre skal bo i eget hjem, i omsorgsbolig eller på institusjon. Jeg vil her konsentrere meg om finansiering av, tilbud om og kvalitet på tjenester, og om boformer.

Regjeringens mål er at eldre som ønsker å bo hjemme, skal kunne gjøre det (St. meld. nr. 35 1995). Hvis eldre hjelpetrengende skal kunne bli boende hjemme, forutsetter dette en godt utbygd hjemmetjeneste. Et viktig spørsmål er hvordan denne tjenesten skal *finansieres*. I løpet av 1980-åra ble egenbetaling for hjemmehjelp mer vanlig, samtidig som det ved inngangen til 1990-tallet ble innført egenbetaling for korttidsopphold og hjemmesykepleie (Olsen og Solem 1993:7ff). Prinsippet om egenbetaling for tjenester ser dermed ut til å ha kommet for å bli. Velferdsmeldinga (St. meld. nr. 35 1995) tar til orde for at en kombinasjon av offentlig finansiering og egenbetaling fortsatt skal utgjøre det økonomiske grunnlaget for finansiering av tjenestene. Prisingen av tjenestene skal gis en sosial profil som skjermer dem med lavest inntekter.

Et annet av regjeringens mål er å sikre et tilfredsstillende og mest mulig *likeverdig tilbud* av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. Samtidig skal kommunen fortsatt ha ansvaret for å utforme og utbygge omsorgstilbudet. Hovedargumentet for dette er kommunenes nærhet til brukeren. Spørsmålet er om disse to målsettingene – likhet og kommunalt ansvar – er forenlige. Det viser seg at det er, og har vært, store forskjeller i de ulike kommunens ressursinnsats siden 1980 (Sørensen 1994, i Strengenhagenutvalget 1994). Betalingsordningene og prisnivået har også variert mye mellom kommunene (Olsen og Solem 1993:7). Vissheten om at kvaliteten på de ulike tjenestene varierer, og om at de noen steder er mangelfulle, førte til at Strengenhagenutvalget ble nedsatt i 1994. En stor utfordring er å gjennomføre de anbefalte tiltakene for å bedre og sikre kvaliteten i eldreomsorgen i Norge.

Målet om at de eldre skal bo lengst mulig i eget hjem, har de siste åra ført til en svak dreining mot en prioritering av åpen omsorg. Som nevnt er det færre som mottar hjelp, men de som først mottar hjemmehjelptjenester, får til gjengjeld flere timer enn det som var vanlig før. I kjølvannet av dette er det to spørsmål som utskiller seg. Det første er om de som mottar hjelp, synes de får den hjelpen de trenger. I forlengelsen av dette er det også naturlig å spørre om de som ville fått hjelp tidligere, men som ikke lenger får hjelp i dag, hadde foretrukket en annen fordeling av hjelpen. Det andre spørsmålet er om *alle* eldre selv ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Sistnevnte spørsmål kommer jeg tilbake til i kapittel fem.

Regjeringen vil fortsatt stimulere til utbygging av omsorgsboliger, men signaliserer samtidig at sykehjemmene fortsatt skal være en del av eldreomsorgen. I forlengelsen av dette anbefaler Velferdsmeldinga (St. meld. nr. 35 1995) kommunene å rette sykehjemstilbudet mot korttidsopphold, terminalpleie og midlertidige opphold etter sykehusbehandling. Formålet med korttidsopphold er blant annet å forebygge varig innleggelse, og å avlaste pårørende. Men presset på sykehussektoren, som medfører kort liggetid, har sammen med knapphet på sykehjemsplasser ført til at de forebyggende og motiverende tiltakene i sykehjemmene har måttet lide. Pasienter som kommer direkte fra sykehus tar opp korttidsplassene, og blir ofte permanente beboere. Målet om å øke bruken av korttidsopphold er ikke av ny dato, men foreløpig har ikke utviklingen gått i den ønskede retningen. Tall fra SSB viser at det i 1990-åra faktisk har funnet sted en nedgang i antall korttidsopphold, samtidig som pasienter innskrevet for langtidsopphold har økt (Øverås 1995:113).

Kapittel 3

Teoretisk rammeverk

I det følgende vil jeg presentere noen teorier som skal gjøre det lettere å forstå pasientenes meninger og handlinger innenfor rammen av sykehjemmets struktur. Med struktur mener jeg både de fysiske rammene, som romstørrelsen, og immaterielle sider som de ansattes stillingshierarki, de ansattes normer og verdier, og regler som gjelder for drift av sykehjem. Jeg skal også definere noen begreper som vil bli hyppig brukt i de tre siste kapitlene.

3.1 Pasientene i hovedrollen

Subjektet i denne framstillingen er pasientene på sykehjemmet. I all hovedsak bruker jeg betegnelsen pasient. Pasient kommer av det latinske ordet *pati*, som betyr å lide. Dette er betegnende for de som bor på sykehjem i dag, og som på grunn av svekket helse og nedsatt førlighet er hjelpetrengende. Nedsatt funksjonsevne kan ha en fysisk og/eller en psykisk dimensjon, og kan berøre for eksempel hørsel eller syn, bevegelsesevne, kommunikasjonsevne eller evne til å klare dagligdagse gjøremål (Øverås 1995). I nyere politiske dokumenter, som Velferdsmeldinga (St. meld. nr. 35 1995), blir ofte pasientene betegnet som brukere. Vi er alle brukere av velferdsstaten, og denne betegnelsen symboliserer samtidig aktivt handlende aktører. En bruker nyttiggjør seg bevisst et gode, og stiller krav på bakgrunn av rettigheter og forventninger.³

Hva er livskvalitet?

Med livskvalitet menes her enkeltindivids egen opplevelse av hvorvidt livet er overveiende godt eller vondt. God livskvalitet er det samme som å ha det godt med seg selv. Jeg har valgt å benytte Næss' (1986:19ff) definisjon av en persons livskvalitet ut fra om han eller hun er *aktiv*, har en eller flere *sosiale relasjoner*, en

³ Utviklingen i hvordan personer på sykehjem er blitt benevnt, fra det passive pasientbegrepet via beboer til den mer aktive betegnelsen bruker, er paradoksalt. De siste ti åra har denne gruppas funksjonsevne blitt betraktelig redusert, og pleiebehovet deres er større enn det var før.

god *selvfølelse* og en *grunnstemning av glede*. Med aktiv siktes det blant annet til livslyst og engasjement i noe meningsfylt utenfor seg selv, samt energi og overskudd. Med sosiale relasjoner menes her gjensidig varmt vennskap og følelse av tilhørighet og fellesskap med andre. God selvfølelse, eller også selvsikkerhet, betyr å være tilfreds med egen innsats og å akseptere seg selv. En grunnstemning av glede inneholder også trygghet, harmoni, fravær av nedstemthet, angst og smerte, og innebærer at livet oppleves rikt og givende. Glede kan også være en følelse av velvære og behag, i forbindelse med god mat og en komfortabel seng.

Disse fire områdene teller like mye for livskvaliteten. En person som deltar i aktiviteter på sykehjemmet, får besøk og har kontakt med andre på sykehjemmet, og som gir uttrykk for egenaksept og en varig trygghetsfølelse, vil dermed ha høy livskvalitet. En person som ikke får besøk og som har liten kontakt med andre pasienter på sykehjemmet, men som får full uttelling på de andre områdene, vil her karakteriseres som en person med lavere livskvalitet.

Er det mulig å identifisere og måle en subjektiv størrelse som livskvalitet? Opplevelser, følelser eller tanker er uobserverbare størrelser, og utgjør her en side ved begrepet livskvalitet. Til en viss grad kan disse opplevelsene og følelsene registreres gjennom observasjon av atferd, og som her sammenholdes med hva den intervjuede svarer (jf Næss 1986). Men hendelser og begivenheter som får én person til å oppleve sterk glede, behøver ikke påvirke en annen persons følelsesliv. Kontakt med venner kan resultere i sterke positive opplevelser for noen, men mindre positive opplevelser for andre. Opplevelsen av å ha det godt, blir også påvirket av den enkeltes generelle innstilling til livet. Sosiale relasjoner kan også gi to personer like sterk gledesfølelse, men gi seg utslag i ulik muntlig presentasjon. Dette taler for å bruke et sammensatt mål av objektivt fastsatte kriterier for å kartlegge livskvalitet.

Dette betyr likevel ikke at det eksisterer en egen standard eller en felles målestokk for livskvalitet. Når man graderer livskvalitet, er dette en form for kvantifisering. Men hva menes egentlig med *høy* livskvalitet? Er det slik at et menneskes livskvalitet fastsettes i forhold til hvor høy den kan tenkes å være under betingelser som er helt optimale (jf Næss 1986)? Eller vurderes livskvalitet i forhold til optimale betingelser for en *gruppe* mennesker? Hvis en svarer ja på et av disse spørsmålene, må en også svare på hvordan det er mulig å kjenne til og definere disse optimale betingelsene. Jeg tror ikke dette er mulig, og vil her relatere begrepet livskvalitet til scoren på de ovennevnte og definerte variablene, og sammenholde disse med observasjon.

Et annet spørsmål som reiser seg, er om det er fornuftig å bruke samme definisjon på livskvalitet for ulike grupper mennesker. Det å være aktiv er en viktig dimensjon i ovenstående definisjon av livskvalitet. Men en kan ikke forvente at en sykehjemspasient på nærmere 80 år har samme lyst og evne til utfoldelse som

en funksjonsfrisk 20-åring. Dette betyr ikke at friske yngre mennesker per definisjon har en høyere livskvalitet enn syke eldre mennesker. Poenget her må være at en vektlegger individets subjektive opplevelse av for eksempel sosiale relasjoner, og legger mindre vekt på kvantitet.

3.2 Moralsk karriere i den totale institusjonen

Et sykehjem er en type institusjon som faller inn under det Erving Goffman (1967) betegner som en total institusjon. Totale institusjoner kjennetegnes av at de har visse favnende eller altomfattende egenskaper. De er totale i den forstand at kontrollen over de innsatte⁴ søkes maksimert. Et annet trekk er det klare skillet mellom ansatte og innsatte. Soving, arbeid og andre aktiviteter som i det moderne samfunnet utøves på ulike arenaer, skjer innenfor samme område. Institusjonen forsyner seg av medlemmenes tid, og forsyner dem med en særskilt verden. Dagens gjøremål utøves i nærvær av en stor gruppe andre mennesker, som alle behandles likt. Videre følger dagens rutiner et nøyaktig skjema, og rekkefølgen håndheves av formelle regler og et personale.

Den totale institusjonen er en idealtypisk modell, og mangfoldet gripes ikke i en modell. Institusjoner som fengsler og sykehus passer i større eller mindre grad til denne beskrivelsen. Et sykehjem har også mange karakteristika som passer med den teoretiske konstruksjonen av den totale institusjonen. I sin ytterste konsekvens beskrives sykehjemmet her som et system som arbeider mer mot enn med pasienten. Denne tilnærmingen kan synes svært kritisk, men er samtidig en viktig påminnelse om hvilken potensiell makt sykehjemssystemet har overfor pasientene. Sykehjemmet har også mange trekk som ikke passer inn i Goffmans konstruksjon. Dette vil komme tydeligere fram i kapittel seks.

Begrepet om den moralske karrieren er sentralt hos Goffman. Det betegner et psykisk utviklingsforløp, sammensatt av progressive forandringer i ens tro på seg selv og andre av betydning for en. Individets selvilde påvirkes og endres av institusjonen. Den første formen for krenkelse av individets personlighet skjer når det avskjæres fra sitt vante hverdagsliv, og til en viss grad også mister sin selvråderett og handlefrihet. Svært mange av våre roller, som til daglig formes og opprettholdes i samvær med andre, mister sin kraft når institusjonen blir hele ens liv. Rollen som samlivspartner, som foreldre eller som god venn og nabo, har vesentlig betydning for vår personlighet og selvilde. Når individene fjernes fra sine omgivelser og får mindre kontakt med personer som betyr noe for dem,

⁴ Goffman bruker ofte betegnelsen innsatt, fordi han henter mange eksempler fra fengselet.

mister de en del av seg selv. Klienten må etter hvert erkjenne at rollene går tapt. Innskrenkningen av rolleregisteret medfører at en del av beboerens sosiale kompetanse og personlighet svinner hen. Evnen til å mestre mellommenneskelige relasjoner og evnen til samhandling reduseres, og videre svekkes de egenskapene som særpreger hver enkelt. Denne utviklingen, som blant annet innebærer forvitring av identitet og selvråderett, er et idealtypisk trekk ved en institusjon. De fins i større eller mindre grad i de ulike sykehjemmene.

Goffman beskriver også noen tilpasningsmetoder eller reaksjonsmønstre i den totale institusjonen. Disse inntreffer på forskjellige stadier av den moralske karrieren, og er ulike strategier beboerne kan benytte for å mestre livet best mulig i institusjonen. Den ene strategien kaller han *tilbaketrekking*, og viser til klienter som vender seg bort fra virkeligheten i den totale institusjonen. Den *uforsonlige* holdningen er typisk for en lite samarbeidsvillig klient. *Kolonisering* er betegnelsen for klienter som demonstrerer det ønskverdige ved å være i institusjonen, mens *omvendelsen* viser til de som lever ut rollen som den perfekte klienten. Goffman konkluderer med at de fleste institusjonsbeboerne som oftest kombinerer de ulike strategiene. Formålet er å forbli mest mulig uberørt av institusjonslivet, samtidig som en gir inntrykk av å være med på spillet.

3.3 Identitet som prosess

En rekke mekanismer i den totale institusjonen søker å styrke rollen som innsatt eller pasient, på bekostning av rollene en innehar utenfor institusjonen. Det er selvet eller identiteten som er målet for denne prosessen. Giddens (1991)⁵ mener at identitet, eller måten en oppfatter seg selv på, ikke er en konstant størrelse, men at den formes som et resultat av samhandling med andre mennesker. Men selvet er ikke passivt, det bestemmes eller formes ikke alene av ytre forhold. Identitet er heller ikke atferd og handlinger eller andres reaksjon på ens atferd. «Identiteten ligger i evnen til å holde en fortelling om seg selv gående – en følelse av biografisk kontinuitet» (Kaspersen 1995:141). Det er evnen til å fange opp begivenheter som finner sted, sortere dem og inkorporere dem i ens personlige, løpende historie. Av dette følger at vi er hva vi gjør oss selv til. Tilværelsen blir dermed et spørsmål om evnen til å velge og treffe beslutninger, slik at vi kan opprettholde en fortelling om oss selv.

Grunnlaget for menneskets identitet er den ontologiske sikkerheten. Med ontologisk sikkerhet mener Giddens framfor alt erkjennelse og anerkjennelse av

⁵ Referert hos Kaspersen (1995).

virkelighet, med de gjenstandene og personene som befolker denne. Altså en form for oversikt og kontroll over hverdagen. Denne sikkerheten opprettholdes blant annet gjennom utføring av daglige rutiner. De dagligdagse handlingene medvirker til å kontrollere diffus angst, og til å opprettholde selvbildet. Rutinene er ikke bevisst motiverte, men gjenskaper trygghet (Kaspersen 1995).

3.4 Skapt avhengighet

Peter Townsend (1981) mener at eldrepolitikken produserer og vedlikeholder avhengighet i alderdommen utover det som følger av den naturlige aldringsprosessen. Han kritiserer blant annet alders- og sykehjemmene i England for å gjøre eldre mennesker mer (strukturert) avhengig av institusjonene enn nødvendig, og dermed mindre selvstendige eller *autonome*. Han skiller mellom fysisk eller mental tilstand på den ene siden, og en sosial tilstand av avhengighet på den andre siden. Flere engelske undersøkelser fra slutten av 50-åra og opp mot 70-åra viste at institusjonsbeboernes mentale og fysiske tilstand, tilsa at mange av dem fint kunne klare seg selv, og i noen tilfeller at over halvparten ville kunne klare seg i vernede boliger. Men den sosiale avhengigheten er i følge Townsend minst like ille. Han viser at det er en nær sammenheng mellom fravær av familienettverk og sannsynligheten for å komme på institusjon.

Videre viser han, i tråd med Goffman, at institusjoner for eldre er konstruert for å kontrollere sine beboere. Townsend trekker særlig fram fire ulike faktorer som peker i denne retningen i institusjonen. Den første er personalets autoritetsutøvelse. Den andre er trekk i pensjonen som betaling for oppholdet, og den tredje er strenge rutiner som grunngis med lav bemanning og små ressurser. Behandlingsideologien i institusjonene er den fjerde faktoren. Den stiller krav til underordning og passivitet, og oppmuntret ikke beboerne til å klare seg selv. Hver for seg kan disse avhengighetsskapende systemhandlingene føre til *lært hjelpeløshet* (Seligman 1975). Hvis pasientene gjentatte ganger erfarer at pleierne foretar valg for dem, og at de således fratas kontroll over situasjoner, og videre når denne følelsen blir varig og kanskje et kjennetegn ved livssituasjonen, oppstår såkalt lært hjelpeløshet. Følelsen av å ikke ha kontroll blir overveldende og til en viss grad selvforsterkende. Konsekvensen av dette kan være at pasienten etter hvert blir mindre motivert for å respondere aktivt i forhold til omgivelsene sine. Han eller hun blir gradvis mer og mer passiv. En annen konsekvens som Seligman trekker fram, er risikoen for følelsesmessige forstyrrelser som depresjon og angst. Han viser også at forutsigbare situasjoner er å foretrekke framfor uforutsigbare. Risikoen for stress og angst vokser når hendelser skjer overraskende,

og når pasienten er uten evne til å kontrollere situasjonen. Teorien om lært hjelpeløshet forklarer hva som kan skje dersom pasientene regelmessig erfarer situasjoner de fratas kontroll over. Konsekvensene er blant annet passivitet og mangel på interesse hos pasientene.

3.5 Hva innebærer omsorg?

Det er vanlig å skille mellom to former for omsorg, den ulønnede private og den yrkesbaserte offentlige. Den førstnevnte har som oftest form av uformell omsorg i hjemmet, og utøverne er nære pårørende. Denne omsorgsformen karakteriseres ofte som følelsesmessig, spontan, intim og personorientert. Den profesjonelle, og formelle omsorgen på institusjon utøves av ulike profesjonsgrupper, og beskrives i motsatte termer som planlagt, systematisk, regelstyrt og oppgaveorientert (Jensen 1990 :10). Omsorgsarbeid i sykehjem har innslag av det som kjennetegner begge formene. Spørsmålet er hvilken form for omsorg som vektlegges, eller som dominerer. Dette kommer jeg tilbake til i det siste kapitlet.

Strengenhagenutvalget (1994) slår fast at ivaretagelsen av livsnødvendige eller basale behov er en absolutt forutsetning for en verdig og god eldreomsorg. De dimensjonene som anses som sentrale for de fleste menneskers velferd og livskvalitet, er:

- grunnleggende fysiologiske behov
- helse
- trygghet
- respekt, individualitet og privatliv
- fellesskap og samhørighet
- aktivitet
- selvstendighet og styring av eget liv
- valgmulighet og fleksibilitet

Ivaretagelse av grunnleggende fysiologiske behov som riktig ernæring, personlig hygiene, medisinsk behandling, trygghet og medbestemmelse er ikke alltid en selvfølge, til tross for lover og forskrifter. Likevel avviser Strengenhagenutvalget (1994) lovfestede minstestandarder for bemanning og andel ensengsrom, fordi dette ikke anses som hensiktsmessige eller tilstrekkelige virkemidler.

Utvalgets dimensjoner kan innordnes i fire teoretiske hovedkategorier som jeg har vært inne på i dette i dette kapitlet: omsorg, livskvalitet, autonomi og identitet. De tre første punktene til Strengehagenutvalget (1994) vil jeg betegne som ren *omsorg*. De tre påfølgende punktene faller inn under begrepet *livskvalitet*, bortsett fra privatliv, som er viktigere for å opprettholde identiteten. De to siste dimensjonene er en del av det å være selvstendig eller *autonom*. Individualitet og selvstendighet er andre ord for *identitet* eller – prosessen knyttet til å opprettholde identiteten. Nedenstående begrepsskjema brukes som utgangspunkt for disposisjonen av kapittel seks, som omhandler tilværelsen på sykehjemmet.

Fire teoretiske hovedkategorier som er viktige for en god eldreomsorg

Omsorg	Livskvalitet	Autonomi	Identitet
fysiologi	respekt	styring av eget liv	individualitet
helse	felleskap&samhørighet	valgmulig.&fleksibilitet	selvstendighet
trygghet	aktivitet		privatliv

3.6 Forskjell på by og land

Livsbedingungen på landet og i byen er vidt forskjellige. I små samfunn er enkeltindividen synlige for hverandre, og det eksisterer en gjensidig, varig og personifisert avhengighet mellom medlemmene (Christie 1982). I større samfunn, som i en by, er ikke individene like synlige for hverandre. Det hevdes at folk som bor på landet, har et nærere og mer varig forhold til familie, venner og naboer, enn det bybeboere har. På grunn av synligheten i de små samfunnene er individene bedre informert om hva som skjer i nærmiljøet. De som befolker nærmiljøet er oftere kjent med hverandres bevegelser og bakgrunn for handlinger, enn hva som er vanlig i byen. Dette tilsier at det å flytte på sykehjem, vil oppleves mer positivt for eldre som er bosatt på landet, enn for eldre som bor i byen. Kjennskap til og kunnskap om hva som venter en og forventes av en, gjør de fleste situasjoner enklere å håndtere. Det nære og tette samværet med familie, venner og naboer gjør det mer sannsynlig at de kommende sykehjemsbeboerne får den støtten de trenger i en situasjon som for mange er opprivende. I tillegg fører synligheten blant individene i småsamfunnet til at sykehjemstilværelsen oppleves som mindre fremmed. Eldre på landet vil også med stor sannsynlighet kjenne både ansatte og flere pasienter i sykehjemmet.

Kapittel 4

Undersøkelsesopplegget

4.1 Valg av metode

Denne studien er basert på kvalitativ metode. Hovedårsaken til at jeg har valgt denne framgangsmåten, er at den kan gi god innsikt i sosiale prosesser og relasjoner mellom mennesker og deres omgivelser. Mitt hovedverktøy er dybdeintervjuer, supplert med observasjon. I tillegg har jeg benyttet informasjonsbrosjyrer fra de sykehjemmene hvor slike har vært tilgjengelige.

Den kvalitative tilnærmingens styrke er evnen til å avdekke og framstille mening, relasjoner, følelser, holdninger og tanker ut fra informantenes ståsted og synspunkt. I all hovedsak ligger empirien nettopp i institusjonsbefolkningens hverdagerfaringer. En annen stor fordel ved kvalitativ metode er fleksibilitet. Hovedfokus og framgangsmåte formuleres på forhånd, men kan endres underveis, avhengig av hva som kommer fram i møtet med det en studerer. I møte med blant annet eldre, syke og svake mennesker er dette en stor fordel.

4.2 Utvalgte informanter

Siden jeg var særlig opptatt av overgangen fra hjem til institusjon, var det første kriteriet at pasientene skulle ha bodd på sykehjemmet i minimum 14 dager, men ikke mer enn seks måneder. En annen, men vel så viktig forutsetning var at de måtte være klare og orienterte, og at de orket å snakke en times tid. Mellom 70 og 75 prosent av beboerne på sykehjem i byene er aldersdemente (St. meld. nr. 35 1995), og jeg har utelatt denne delen av sykehjemsbefolkningen. Likevel omfatter utvalget noen som var i ferd med å «miste taket på virkeligheten». Én var begynnende dement, men hadde ikke fått den medisinske diagnosen. Det tredje kriteriet var at flyttingen skulle være permanent. Dette fordi jeg ønsket informasjon fra eldre som hadde flyttet fra hjemmet for godt. Jeg var også interessert i å undersøke om det oppleves forskjellig å bo på sykehjem i og utenfor byen, og foretok derfor ti intervjuer i byen og ti på landet.

Jeg kontaktet i alt 25 sykehjem i Oslo og omegn, og måtte oppsøke tolv forskjellige før jeg fikk kontakt med 20 informanter. Årsaken til at jeg måtte besøke så mange sykehjem, var at jeg ønsket en viss likhet mellom eller en viss kontroll over en del viktige bakgrunnsvariabler hos informantene mine.

I landets sykehjemsbefolkning er fire prosent under 67 år, 24 prosent er mellom 67 og 79 år, 51 prosent mellom 80-89 år og de resterende over 90 år. Sju av ti (67 %) er kvinner, og overvekten av kvinner øker med alderen (SSB, Ukens statistikk 35/91). Mine informanter er i alderen 72 til 91, og gjennomsnittsalderen er 82,5. Jeg har intervjuet seks menn og 14 kvinner. Med hensyn til kjønn og alder likner mitt materiale på den såkalte gjennomsnittspasienten. Det avviker imidlertid på et viktig punkt: Alle informantene er mentalt friske.

Jeg antar at to personer med henholdsvis høy og lav sosioøkonomisk status vil reagere forskjellig på å flytte på sykehjem. Overgangen fra en stor enebolig med hage til sykehjem, må oppleves kvalitativt annerledes, enn om en kommer fra en ettroms-leilighet. Bydelene i Oslo er ikke bare geografiske områder, men også markant forskjellige både i sosial, økonomisk, demografisk og kulturell forstand (Djuve, Hagen & Vogt 1994:305). For å unngå at pasientenes sosiale og økonomiske bakgrunn skulle virke forskjellig inn på opplevelsen av sykehjemstilværelsen, valgte jeg ut bydeler som ikke har spesielt høy eller lav score på en såkalt problempressindeks.⁶

4.3 Portvakter og intervjuguide

Kontakten med pasientene ble formidlet gjennom avdelingssykepleier på de ulike avdelingene. For å forhindre at informantene oppfattet meg som en representant for ledelsen, sørget jeg for å understreke at pensjonistforbundet var oppdragsgiver, og at alle opplysningene ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Med denne framgangsmåten risikerte jeg at ledelsen på avdelingen valgte ut de mest tilfredse pasientene. Det var imidlertid bare denne ene inngangsporten, og tatt i betraktning de varierte svarene, samt de kritiske kommentarene som kom fram under intervjuene, tviler jeg sterkt på at dette er tilfelle.

⁶ Indeksen består av ulike mål som kan si noe om de sosiale forholdene i bydelen. Her; gjennomsnittsinntekt, andel med ungdomsskole som høyeste utdanning og andel sosialklienter per person mellom 25 år og 66 år.

Jeg benyttet en intervjuguide som bestod av en rekke temaer. Det fundamentale prinsippet for denne typen intervjuer er å skape et rammeverk som gjør at informantene kan få uttrykt sin forståelse med egne ord og begreper (Patton 1990). I løpet av intervjuet sørget jeg for å berøre alle temaene, men uten å følge rekkefølgen slavisk. På denne måten får intervjuet mer form av en samtale enn av et intervju, og informanten får mulighet til aktivt å ta opp emner han eller hun synes er interessante og viktige. Jeg noterte de fleste svarene ordrett under intervjuet. Det tok tid, men pausene gav informantene god tid til å tenke, og ofte kom det fram mer utfyllende eller også nye opplysninger. Intervjuene tok mellom en time og en halv time.

4.4 Generalisering og validitet

En kan ikke generalisere fra en kvalitativ undersøkelse, og det er heller ikke målet. Mitt utvalg gir ikke svar på hvordan det er for alle andre sykehjemspasienter. Men når mange gir svært lik eller svært ulik respons på flere spørsmål, kan det gi god innsikt i denne gruppas relasjon til sine omgivelser. Det er disse mønstrene eller tendensene jeg vil presentere i denne rapporten. Jeg kan ikke med sikkerhet si hvordan resten av sykehjemsbefolkningen har det, men det ville være svært oppsiktsvekkende om mine 20 informanternes opplevelse av flytteprosessen og hverdagen på sykehjemmet er uten fellestrekk med det den øvrige sykehjemsbefolkningen erfarer. En indikasjon på dette er at da jeg hadde intervjuet tolv- fjorten pasienter, følte jeg at det ikke kom fram noe særlig mer nytt i intervjuene. De samme opplysningene ble gitt, bare med nyanser i ordvalget og små individuelle forskjeller.

4.5 Troverdighet

Er svarene troverdige? I mine første intervjuer stilte jeg blant annet et spørsmål fra eldreundersøkelsen til Dahl og Vogt (1996) for å undersøke hvor tilfredse informantene var, og senere se om det var noen forskjeller mellom hjemmeboende og sykehjemsbeboere i så henseende. Spørsmålet lød: Hvor fornøyd er du med tilværelsen alt i alt? Jeg leste deretter opp en skala med fem alternativer, fra veldig bra til veldig dårlig. De fleste informantene avviste spørsmålet, og understreket

at det var umulig å svare på. Etter hvert innså jeg at jeg måtte sløyfe de faste svaralternativene, og heller stille spørsmål hvor de med egne ord kunne forklare om de var tilfredse eller ikke. Denne utforskende tilnærmingen er nettopp en av styrkene til kvalitativ metode. Det at informantene med egne ord får forklare og beskrive en følelse, en stemning, en situasjon eller en prosess, gjør at validiteten styrkes. Dette gjelder for alle temaene i intervjuguiden.

Et annet spørsmål er om en kan forvente at informantene evner å gjenkalle følelsene knyttet til flyttingen. Hva kan innvirke på erindringen, og hvilke konsekvenser får det for beskrivelsene? Ett hovedmoment, særlig med hensyn til eldre sykehjemspasienter, er hukommelseevnen. Evnen til gjenkalling avhenger av hvor lenge det er siden episoden fant sted, og vil også variere etter hvor viktig den ble oppfattet å være. Det å flytte på sykehjem er en spesiell hendelse, og derfor vil antakelig ikke tidsaspektet virke særlig forstyrrende inn på evnen til gjenkalling. Hvis lengden på sykehjemsoppholdet virker inn på svarkvaliteten, fører det antakelig til at erfaring og opplevelsen blekes. Negative erfaringer ønsker vi som oftest å legge bak oss, og ofte skjer det en ubevisst fortregning. Det kan også være at informantene søker å rasjonalisere episoden i ettertid. Likevel mener jeg at svarkvaliteten er bra, fordi hendelsen er av en så avgjørende betydning i informantenes liv. Hvis svarene ikke er i samsvar med den opprinnelig opplevelsen, vil antakelig utfallet bli en undervurdering av de eldres opplevelser og følelser knyttet til flyttingen og ikke en overvurdering.

En annen teknikk for å sjekke validiteten av resultatene, er å kontrollere om andre personer som er tilknyttet feltet, kjenner seg igjen i beskrivelsene fra undersøkelsen. I dette tilfellet har flere avdelingssykepleiere lest arbeidsutkastet, og gitt tilbakemelding om høy gjenkjennelsesgrad.

Kapittel 5

Fra hjem til institusjon

Fra før vet vi svært lite om hvordan de eldre opplever det å flytte fra eget hjem til institusjon, og det er nettopp forholdene knyttet til flytteprosessen, jeg vil se nærmere på i dette kapitlet. Hva er det som gjør overgangen tung og vanskelig, og hva er det som gjør den lettere? Videre søker jeg å identifisere hvilke mekanismer som fører til selve flyttingen. Hvem tar initiativet til avgjørelsen, og hvem er det som fatter den endelige beslutningen? Til slutt i dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvordan de eldre finner seg til rette i det nye miljøet, og om de nytter ulike tilpasningsstrategier.

5.1 Vanskelig valg

Når eldre får problemer med å klare seg hjemme, står de overfor et vanskelig og avgjørende valg. Mange er allerede delvis avhengige av offentlige og private hjelpere. Flytter de på sykehjem, er nok flere redde for at de raskt vil bli helt avhengige av sykehjemmet. For mange fortøner hjemmet seg nærmest som en del av dem selv. Gjenstandene en omgir seg med, plasserer en i et kulturelt, politisk og sosialt landskap. Disse symbolene gjør at ens identitet trer tydeligere fram for andre. Ens daglige rutiner gir også en følelse av kontroll, og er identitetsbevarende. Når helse og førlighet reduseres, antar jeg at egenverd og identitet blir en stadig viktigere dimensjon i livet. Det å måtte flytte fra alt det vante, kan fortone seg som å miste en del av seg selv.

Det kan man tenke seg. Det å bo hjemme blant alle tingene sine. Jeg hadde et nydelig hjem, med masse nydelige ting, som jeg dels har arvet og dels har kjøpt. Så er det å komme hit, og sitte her ... (Dame, 73 år)

Det er når tryggheten i hjemmet blir svekket, i hovedsak på grunn av sviktende helse og redusert førlighet, at sykehjemmet blir et reelt alternativ. Men i sykehjemmet reduseres muligheten til å sende ut signaler gjennom ulike gjenstander om hvem en er, og om hvordan en ønsker å bli oppfattet. Egenverdet og identiteten er truet når en må tilpasse seg nye rutiner og nye mennesker. Men flyttingen kan også bety at en får mulighet til å tre minn i en ny sammenheng og innlede

en ny fase av livet. En treffer andre som er i samme situasjon som en selv. Sist, men ikke minst, er sykehjemmet et etterlengtet tilbud om trygghet, både medisinsk og sosialt. Det er antakelig dette aspektet som får avgjørende betydning. Dette krever et realistisk forhold til egen helse og evne til å meste hverdagens oppgaver. For eldre med svekket helse og redusert førlighet, som er avhengige av hjelp for å klare hverdagen, vil antakelig sykehjemmet etter hvert fortone seg som en trygg og god løsning.

Tap

For de aller fleste var det svært vanskelig å snakke om hjemmet og om flyttingen. Noen gav uttrykk for bitterhet, mange tok til tåra, men felles for dem alle var at de hadde vanskelig for å sette ord på selve opplevelsen. En 80 år gammel dame sa jeg aldri ville kunne forstå hvordan det oppleves å flytte, «for jeg greier det ikke sjøl». Noen snakket om et generelt savn av hjemmet, familien og gjenstandene i huset. Andre kom inn på tapet av kontroll over hverdagen, og savnet den selvstendigheten som de tross alt hadde i eget hjem. Tap av autonomi og savn av hjemmet kom sterkere til uttrykk hos sykehjemsbeboere i byen enn blant dem på sykehjem på landet.

Du blir avhengig av andre mennesker. Og kan ikke leve som du vil selv. (Dame, 79 år)

5.2 Utløsende mekanismer

Svært få hjemmeboende eldre ønsker seg til sykehjem. De ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig. I dag er dette også en uttalt politisk målsetting. Blant eldre hjemmeboende som både var bevegelseshemmede og som følte seg sosialt isolert, var det bare 11-13 prosent som ønsket seg til sykehjem (Dahl og Vogt 1996). Riktignok var spørsmålet i denne undersøkelsen av hypotetisk karakter, og forskerne understreker at en må være varsom med tolkninger av disse resultatene. Likevel ser ikke nedsatt førlighet og isolasjon ut til å legge sterke nok føringer på eldres innstilling til en eventuell flytting. Dette stemmer også overens med tidligere forskningsresultater.

Hva er årsakene til at noen eldre må – eller at noen vil – på sykehjem? Svaret synes kanskje innlysende – en sykehjemspasient har en så dårlig helsesituasjon at han eller hun ikke klarer seg hjemme. Selv ikke med tilbud om

-sykepleie, matombringning og vaktmestertjeneste. Han eller hun har behov for pleie og omsorg 24 timer i døgnet. Demens er den viktigste faktoren, ved siden av ensomhet og manglende sosialt nettverk som fører til innleggelse på sykehjem (NOU 1992:1, 97). I mitt materiale er det svekket helse og nedsatt funksjonsevne som er hovedårsak til innleggelse.

Men det var ikke så greit å bo der, når en ikke orker å gå i trapper og når hjertet slår seg vrangt. (Dame, 83 år)

Samtidig finner vi eldre hjemmeboende som har dårligere helse og lavere funksjonsevne enn en del av dem vi møter i sykehjemmets korridorer. Vi finner også aldersdemente som bor alene hjemme, og som klarer seg forholdsvis bra (Engedal og Haugen 1991:44). Årsaken til dette er at omsorgstjenesten, som står for inn-taket til sykehjemmene, danner seg et helhetsbilde av de potensielle pasientene og deres hjemmesituasjon. Et par av dem jeg intervjuet, var svært velfungerende – i sykehjemmet. Men de hadde fungert svært dårlig hjemme. Selv begrunnet de dette med utrygghet og angst i hjemmesituasjonen. Mange nevnte også det sterke ubehaget ved å ligge familien til byrde. Dette ubehaget overskygget etter hvert ønsket om å bo hjemme lengst mulig.

Jeg var ikke særlig tess da jeg flyttet hit. [...] Atte jeg ikke kunne være hjemme lenger. Jeg – vi har solgt huset vårt. Da valgte jeg å flytte. For jeg synes jeg var så gammel at jeg ikke passa når annen stand. Det var ikke noe tvang eller noen ting, men jeg ville ikke binde noen til å ha noe bry der med meg. (Dame, 91 år)

På sykehjemmet fikk denne pasienten den tryggheten hun så sårt savnet hjemme.

Jeg følte meg trygg. Jeg syntes det var så trygt å komme et sted hvor jeg ble tatt vare på. Hjemme lurte jeg hver dag på hvordan det skulle gå. [...] Jeg lurte hver dag på hvordan jeg skulle gjøre det best. Hva som skulle skje i morgen. Om du har det du skal ha. Fyringa og sånt noe. (Dame, 91 år)

For et lite mindretall av sykehjemspasientene spiller den psykiske tilstanden før innflytting en vel så sentral rolle som den fysiske tilstanden. Mange beskriver det å bli gammel som en sammenhengende krise. Alderdommen beskrives i taps-terminologi (jf Thorsen 1982:55). For mange kan overgangen fra et aktivt yrkesliv til en roligere pensjonisttilværelse være vanskelig. Mange, og særlig kvinner, rammes av ektefellens bortgang. Videre faller andre familiemedlemmer og venner fra. Selv om eldre som gruppe har fått bedre levekår og livskvalitet, rammes de etter hvert av redusert helse og førlighet. Dette er naturlig. En del rammes også

av barns bortgang. Dette rammer ekstra hardt, nettopp fordi det i tillegg føles unaturlig.

Jeg følte det veldig trist og ensomt da mannen min døde. De første åra klarte jeg meg uten hjelp, men så begynte kreftene å svikte. [...] Siden yngste sønnen min døde, har han kommet i forgrunnen. [...] Det er ting du aldri kommer over. Det er naturlig at mannen dør, han hadde levd sitt liv. Men mye han (sønnen) ikke har fått være med på. Hver gang vi(familien) er samlet, kommer det fram at vi er én for lite. Når vi har levd i hop en mannsalder, er det noe annet. Når en sønn dør, føles det på en annen måte. Det var en tung tid.[...] Det var en tid jeg nesten ikke orket noe. Begge døtrene mine var hos meg nesten hver dag. (Dame, 91 år)

Sønnens død var den utløsende faktoren som fikk denne pasienten seg til å ønske seg til sykehjemmet i bygda. Det var tap av kontroll over hverdagen og dagliglivets gjøremål som følge av sønnens bortgang, som gjorde at hun fikk plass. Flere av de jeg intervjuet, fortalte at de mistet livsgnisten når et av barna deres døde. De mistet taket på hverdagen. Sykehjemmet ble med ett et reelt alternativ.

Han ble drept. Det har tatt livet mitt. (Dame, 80 år)

For fire av pasientene var det de pårørende, ektefelle eller barn, som ble syke eller ikke orket å stelle og passe på sin far/mor eller ektefelle lenger. I disse tilfellene diskuterte familien seg i fellesskap fram til at sykehjem var det eneste alternativet.

Jeg har i det ovenstående vist hvilke mekanismer som fører til innleggelse på sykehjem. Initiativet til å søke sykehjemsplass kommer både fra pårørende og fra den gamle selv, men som regel i form av et samarbeidsprosjekt mellom de to partene. I de fleste tilfellene i dette prosjektet får eldre innpass på sykehjem på bakgrunn av medisinske vurderinger. Men i enkelte tilfeller er det informantenes oppfatning av egen tilstand som spiller den avgjørende rollen. Ofte er det medisinske betont i disse egenvurderingene, men i mitt materiale har de i større grad begrunnet initiativet utfra psykologiske og sosiale faktorer, som angst og utrygghet. Deres beskrivelser samt en helhetsvurdering av hjemmesituasjonen fører til innleggelse. I noen tilfeller er det de pårørende som ikke klarer belastningen. De to, tre informantene i mitt materiale som fikk plass i all hovedsak på grunn av generell utrygghet og angst for å ligge andre til byrde, var blant de eldste informantene, nærmere 90 år. De bodde på sykehjem på landet.

5.3 Opplevelsen av flyttingen

Mange ser på flyttingen som et tveegget sverd. På den ene siden gir de avkall på hjem og autonomi. Dette vil nesten alltid være forbundet med smerte og vemod. På den andre siden får de adgang til medisinsk og menneskelig trygghet 24 timer i døgnet.

Det er veldig hardt. Kan bare si det på den måten jeg. Er vant til å være sin egen herre. (Dame, 73 år)

Uavhengig av alder er flytting en spesiell hendelse, som vil påvirke trivsel og velvære. Følelsen av tap kan blant annet motvirkes av et erkjent behov for medisinsk og/eller menneskelig trygghet. De fleste som bodde på sykehjem utenfor byen, kom inn på dette poenget da vi snakket om flyttingen.

Egentlig hadde jeg ikke noe valg. Kan ikke klare meg alene hjemme. [...] Bittert å ta den beslutningen. Å gi fra seg alt. Ende på livet mitt. [...] Jeg syntes det var en overgang. Særlig det å ikke kjenne noen. [...] Forandringene førte til at jeg mistet livsgnisten. Flyttingen var fryktelig – det endelige[...] Av og til er jeg veldig deprimert. Det hender jeg ber om hjelp til å dø, slik at jeg kan komme bort fra alt. (Dame, 84 år)

For denne pasienten og flesteparten av de andre jeg snakket med, var sykehjemmet det eneste reelle alternativet, deres helse og førlighet tatt i betraktning. Alle – så nær som én, som var svært syk – sa de syntes det var fælt å flytte. Men svært mange var raske med å legge til at det var det eneste realistiske alternativet, og at de nå var glade for avgjørelsen, og at de følte seg trygge.

Hva er det som gjør at flytteprosessen oppleves som overveiende vond eller god? I mitt materiale identifiserte jeg tre ulike påvirkningskrefter. Den ene er støtte fra familie og venner når avgjørelsen skal tas, og videre hjelp og oppmuntring under flytteprosessen. Den andre gjelder forventninger til oppholdet, og mulighet og evne til å forberede seg på den nye situasjonen. En tredje faktor er helsetilstand og innsikt i egen mestringsevne og i hva omgivelsene kan tilby av hjelp. Jeg vil i det følgende gå nærmere inn på disse faktorene, som også er knyttet til pasientenes innflytelse på og kontroll over sin egen situasjon.

Forholdet til barna

Relasjonen mellom barn og foreldre vil ofte endres når foreldrene blir gamle. Hvordan dette forholdet utvikler seg, kan ha stor betydning for hvordan selve flyttingen oppleves. Ekström (1994) viser til tre ulike typer relasjoner mellom

foreldre og deres barn. Den første typen kjennetegnes av gjensidig respekt. Et slikt forhold er av uvurderlig betydning når en person må legge en del av livet bak seg, for å ta fatt på en ny. Den andre typen relasjon kjennetegnes av sosial distanse og tap av respekt. Dette fører ofte til at den eldre ikke vil ha, eller ikke får, den hjelpen han eller hun trenger. Den tredje relasjonstypen karakteriseres ved at den eldre er i en underordnet posisjon hvor ungene organiserer alt, uten å ta hensyn til foreldrenes ønsker og behov. Dette betyr at den kommende sykehjemspasienten i stor grad fratas muligheten til å påvirke flytteprosessen. Han eller hun har ingen kontroll over den, noe som gjør opplevelsen uhåndterlig og ubehagelig.

I mitt materiale har jeg oftest gjenkjent den relasjonen som kjennetegnes av gjensidig respekt mellom barn og foreldre og mellom ektefeller. Helt uoppfordret snakket mange om den enorme støtten og omsorgen de fikk fra sine barn. I en del tilfeller har den eller de pårørende sett behovet for sykehjemsplass før den eldre selv har innsett at det er nødvendig, og hjulpet ham eller henne fram til den endelige avgjørelsen. På denne måten ivaretas den Eldres interesser, ved å gi ham eller henne mulighet til å delta i avgjørelsesprosessen.

Vi snakket ikke så mye om det. Men jeg så at jeg var en belastning for min mann. Og da sa jeg til min datter at det var vel best om jeg kom på sykehjem. [...] Jeg synes det er så rart at jeg er her. For jeg har vært så sprek. Jeg har gått for fort, og tiden har gått for fort. (Dame, 87 år)

Forventninger og informasjon

I en undersøkelse som ble utført ved sykehjem i Bergen, viser det seg at informasjonen til de kommende pasientene var svært mangelfull, og at den var like dårlig for de fastboende på sykehjemmet (Pedersen og Jensen 1995). Det er naturlig at eldre er svært opptatt av å få vite hvilket sykehjem de skal på, og at de ønsker å påvirke denne beslutningen. Men bare to av nitten personer som stod på venteliste, visste hvilket sykehjem de skulle til. Blant de som allerede bodde på sykehjemmet, var bare halvparten informert på forhånd om hvilket sykehjem de skulle til. En tilsvarende andel visste lite eller ingenting om sykehjemmet før de kom dit. Dette skaper utrygghet, slår undersøkelsen fra Bergen fast, og viser at det er ydmykende og en mulig kilde til aggresjon når de eldre ikke har innflytelse over eller blir informert om noe som er så grunnleggende for dem.

Informantene i mitt materiale hadde først ingen forestilling om å flytte på sykehjem. Det var først da helsa og førligheten for alvor ble svekket, at tankene om sykehjem meldte seg. Deres forestillinger om det å bli gammel handlet oftest om et aktivt liv utenfor institusjon.

Vi var så enige alle fire(familien) at vi gledet oss til å bli gamle. Å se barn og barnebarn vokse opp. Det snakket jeg og (mannens navn) om. Han sa: ikke snakk om det, du – vi skal ikke på noe sykehjem. (Dame, 80 år)

Jeg trodde aldri jeg skulle på sykehjem. Har alltid vært veldig aktiv. Gått mye og løpt på ski. Flere hundre mil i året. Jeg hadde regnet med at da jeg ble pensjonist, skulle jeg begynne å gå for alvor. Men jeg er glad jeg har brukt tiden da jeg kunne – det er noe jeg gleder meg over. (Dame, 73 år)

Informasjon og kunnskap gjør det mulig å forberede seg på flyttingen, noe som gjør prosessen lettere. Når du vet hva som venter deg, er situasjonen lettere å takle. Et par av de sykehjemmene jeg besøkte, hadde trykket opp informasjonsbrosjyrer om sitt tilbud. Utover dette var det svært lite informasjon som tilfløt de kommende pasientene. Informasjonen var også ofte mangelfull overfor dem som hadde flyttet på sykehjem. To av mine informanter fortalte blant annet at de var usikre på om de fikk lov til å fortsette å bo på sykehjemmet. Begge hadde svært svekket helse, og hjelpebehovet var meget stort. På grunn av dårlig kommunikasjon og informasjon bar begge på redselen for å bli sendt hjem igjen.

Man kan aldri vite, kanskje jeg blir kastet ut herfra. Kanskje de bestemmer at jeg er for frisk. Hva vet jeg? (Dame, 74 år)

Halvparten av de eldre i mitt materiale kom inn på sykehjem via et kortere sykehusopphold. I disse tilfellene er det helsetilstanden som utløser flyttingen, og det er da vanskeligere å identifisere de eldres grad av kontroll. Men det kan se ut som om de som har et kortere sykehusopphold bak seg, takler flytteprosessen greit. Det kan være at deres akutte helseproblemer og store behov for hjelp gjør det lettere å innse at sykehjemmet er eneste utvei. Samtidig er det mulig at oppholdet på sykehus gir dem en forsmak på institusjonslivet. De har allerede vent seg til rutiner og regler som til forveksling likner sykehjemmets regime.

Selvinnsikt

En 79-årig pasient måtte ha hjelp til alt, i tillegg til at hun hadde en svært svekket helse. Hun var blant de ti i mitt materiale som hadde tilbrakt noe tid på sykehus før hun fikk plass på sykehjemmet.

Jeg for min del syntes det var herlig å komme hit [...]Jeg var bare glad jeg kom på sykehus. Når du ikke orker mer, da orker du ikke mer. (Dame, 79 år)

Mye tyder på at informanter med svekket helse og et stort omsorgsbehov, og videre et realistisk forhold til egen mestringsevne, kan se på flyttingen til syke-

hjem som noe positivt. De klarer seg ikke lenger hjemme, selv med utstrakt bruk av hjemmetjenesten. Det eksisterer heller ingen andre alternativer. Når en innser dette, føles det godt og trygt å få plass på sykehjem. Støtte fra familie og venner og informasjon om hva som venter en og forventes av en, letter også overgangen til institusjon.

5.4 Tilpasning

Det er en stor og ofte vond omstilling å flytte fra hjemmet sitt og inn på institusjon. Men omstillingsprosessen slutter ikke der. Den fortsetter på sykehjemmet, hvor en må tilpasse seg nye rutiner og regler, nye mennesker og nye situasjoner.

Sykehjemsundersøkelsen fra Bergen viser at de som har vært på sykehjem i over ett år, vegrer seg mer for å ta kontakt med personalet, enn de som har hatt en kortere sykehjemskarriere (Pedersen og Jensen 1995). Dette forklares med at pasientene blir utsatt for klassisk *institusjonalisering*. Det betyr at pasientene glir inn i institusjonenes rutiner og blir mer passive og initiativløse etter en stund på sykehjemmet.

Mine informanter hadde vært på sykehjem i alt fra to uker til seks måneder. Jeg hadde ventet å finne frustrasjon hos nykommerne, og kanskje resignasjon hos de som hadde lengst fartstid. Men ut av mitt materiale kan jeg bare lese svake tendenser til dette. Jeg møtte både frustrasjon og resignasjon, men disse følelsene var knyttet til den nye situasjonen og ikke til lengden på oppholdet. Dette kan det være mange ulike årsaker til. Det kan være at materialet er for lite, eller at disse kjennetegnene på resignasjon trer tydeligere fram hos pasienter som har lengre institusjonsopphold bak seg.

Tilvenningsprosessen avhenger også av hvor mange og hvor lange institusjonsopphold en har bak seg, og hvor godt mentalt forberedt en er. Jeg har vært inne på hvor viktig kontroll er i ulike deler av prosessen, og hvor stor betydning dette kan ha for evnen til å tilpasse seg. Et par av dem jeg snakket med, hadde vært inn og ut av sykehus i flere år, og en 88 år gammel dame hadde flere korttidsopphold på sykehjem bak seg.

Jeg fikk smaken på å være her. Var på avlastning tre-fire ganger. Jeg fikk lov til å komme hit. Du ser selv hvor pent det er her. (Dame, 88 år)

Sykehjemmet som total institusjon

Sykehjemmet har mange fellestrekk med Goffmans begrep om «den totale institusjonen». Når mennesker innskrives i institusjon, innleder de det han kaller den moralske karrieren. Dette innebærer blant annet at ens selvbylde forandres og formes av institusjonen. Med en gang en kommer inn på institusjon begynner de formende kreftene å virke. Allerede når pasientens sykehistorie innhentes, og videre under tildeling av institusjonsnummer og værelser, begynner identiteten å viskes ut. De fleste rollene vi innehar, som for eksempel mor og livsledsager, formes i samspill med andre. Når institusjonen blir hele ens verden, mister disse rollene etter hvert sin styrke og kraft. Institusjonen har et svært begrenset antall roller å tilby pasienten, og de er alle knyttet til det å være pasient. På sikt fører dette til såkalt institusjonalisering. Dette betyr blant annet at pasientene blir passive og initiativløse. Samtidig krenker institusjonen pasientenes privatliv i og med at de ikke lenger kan bestemme hvem de vil tilbringe tid sammen med. Spesielt for dem som deler rom med en eller flere andre, er retten til å bestemme når og med hvem en vil være i lag med, sterkt beskåret.

Hos to av mine informanter observerte jeg helt klart passivitet og initiativløshet. Antakelig skyldes dette i stor grad redusert helse og førlighet, men det kan også være at de hadde tatt sine første steg inn i den moralske karrieren. Flere av informantene viste tendenser til resignasjon i forhold til ulike sider ved sykehjemssystemet. Pasientene på de avdelingene jeg besøkte, hadde lite med hverandre å gjøre. Det kan skyldes at de var forholdsvis nyankomne og fortsatt følte seg fremmede overfor hverandre. Sitt aktive sosiale liv levde de i hovedsak ut når de hadde besøk, og noendeltok også i aktiviteter arrangert av sykehjemmet. I lys av Goffmans teori om rolleberøvelse kan dette tolkes som et forsøk på å opprettholde sitt vante selvbylde, og på å unngå i det lengste å måtte identifisere seg selv bare som pleietrengende sykehjemspasient.

Er glad når jeg får visitt, og trist når de går igjen. For det er en avveksling, og en forbindelse med utenverden. (Dame, 84 år)

En annen årsak til at mange pasienter holder seg mye for seg selv, er at de er svært syke og har dårlig førlighet. Dette gjør det vanskelig å etablere og opprettholde nye bekjentskaper. Interessen for å bli kjent med nye mennesker kan også være lav. Goffman legger til at når inntreden i institusjon er frivillig, har den det gjelder, allerede delvis trukket seg tilbake fra sin hjemlige verden. Dette tilsier at sykehjemmet bare slutfører en tilbaketrektingsprosess som allerede er i gang. Men rekrutteringen til sykehjem er ofte bare delvis frivillig. Formelt sett kan bare alvorlig sinnslidende eldre tvangsplaseres på sykehjem. Men i praksis er denne frivilligheten uthult, og kamuflerer reell tvang (Bjelland 1982:82). Det

kan synes som om en del eldre delvis eller indirekte tvinges på sykehjem av pårørende og foresatte. For andre er mangel på alternativer like betvingende; de havner med andre ord på sykehjem som et resultat av strukturell makt. Dette gjaldt helt klart ti av mine informanter, som kom direkte fra sykehus. I andre tilfeller kan huset eller leiligheten være overtatt av andre, og muligheten og evnen til å opprettholde en selvstendig tilværelse utenfor sykehjemmet, er borte. Flere gav uttrykk for at de var redde for å ligge familien til byrde. En informant som hadde bodd på sykehjemmet i to uker, var mer eller mindre blitt overtalt til å flytte. Leiligheten hennes var tømt og i ferd med å selges. Likevel hadde flyttingen et uvirkelig skjær over seg.

Av og til sier jeg til meg selv: Nå skal jeg dra hjem en tur, men jeg har ikke noe hjem. Jeg kommer liksom ikke over det, at jeg ikke har noe hjem. [...] Jeg glemmer det bort, og så tenker jeg – Herregud – jeg har ikke noe hjem. (Dame, 80 år)

Mestringsstrategier

Goffman beskriver ulike tilpasningsmønstre hos pasientene i den totale institusjonen. Disse inntreffer på forskjellige stadier av den moralske karrieren. Den første tilpasningsstrategien kaller han tilbaketrekking. Klienten trekker seg inn i seg selv, og er ikke særlig oppmerksom overfor annet enn det som skjer i hans eller hennes umiddelbare nærhet. To av mine informantere væremåte passer til denne beskrivelsen, selv om en ikke skal se bort fra at de alltid har vært stille og tilbaketrukkne.⁷ Felles for begge var at de var svært vanskelige å samtale med. De svarte stort sett med enstavelsesord. Ingen av dem deltok i aktivitetene på sykehjemmet, og de snakket sjelden eller aldri med de andre.

Jeg bare er her. [...] Jeg blir misforstått. De tror jeg er sur og innesluttet. (Mann, 80 år)

Den andre strategien som Goffman beskriver er den uforsonlige holdningen. Her utfordrer klienten personalet ved åpenlyst å nekte å samarbeide. De som alltid klager og er misfornøyde med alt, tilhører denne kategorien. Et par av dem jeg intervjuet, hadde svake trekk som passet med dette reaksjonsmønstret. De klaget på maten, og på den de delte rom med, og en mann gav uttrykk for at han mislikte de fleste andre pasientene.

⁷ Panelstudier, hvor de samme personene undersøkes på ulike tidspunkter, kan gi et bedre bilde av slike prosesser.

En ting må jeg si deg. Om maten. Jeg blir så dårlig. Jeg har så dårlig fordøyelse. Etter det spurte jeg om å få diettkost. Har ikke sett noe til det. (Dame, 79 år)

En tredje tilpasningsmåte kalles kolonisering. Her demonstrerer klienten det ønsker ved å være innenfor sykehjemmets vegger, og utnytter godene i institusjonen maksimalt. Denne tilpasningsstrategien kjente jeg igjen hos nær halvparten av informantene.

Jeg har det førsteklases. De gjør alt for oss. Vi får all den servicen vi kan få. (Dame, 87 år)

Jeg kan ikke ha de bedre på mine siste dager. (Dame, 91 år)

Denne holdningen møtte jeg i hovedsak hos pasientene som bodde på sykehjem utenfor Oslo. Det hendte at de som sa seg svært fornøyde, hadde noen få kritiske bemerkninger til sykehjemmet, men de summerte alltid opp samtalen med å understreke hvor godt de trivdes.

Den fjerde reaksjonsmåten kalles omvendelsen, og likner en del på ovennevnte strategi. Disse pasientene lever ut rollen som den perfekte klienten, og kan gå så langt som til å irettesette de andre pasientene, med en strenghet som overgår personalets.

Men de fleste klientene velger en såkalt smart linje, det vil si en opportunistisk kombinasjon av de ulike tilpasningsstrategiene. Formålet med strategiene er å balansere spenningen mellom den hjemlige verdenen og livet i institusjon, å bevare sitt gamle selvbilde og samtidig tilpasse seg de nye omgivelsene. Uansett hvilken strategi pasientene tyr til, tar det tid å tilpasse seg det nye sykehjemsregimet.

Nå begynner jeg å komme meg. [...] Jeg innser at jeg ikke kan komme på beina igjen. Jeg må selv gjøre det beste ut av det [...] Jeg bare ligger her og koper. Nå har jeg vent meg til det. En får prøve å gjøre det beste ut av det. Det er de som har det verre. (Dame, 79 år)

At det tar tid å tilpasse seg en ny situasjon, er ikke enestående for institusjonsbefolkningen. De fleste av oss bruker tid på å orientere oss i møte med nye situasjoner, for eksempel en ny jobb med nye og ukjente mennesker. Rutinene og reglene som håndheves av pleierne i sykehjemmet, og som Goffman mener er til for å kontrollere individene, kan også bidra til å gjøre det første møtet med institusjonen forutsigbart, og dermed tryggere og lettere å forholde seg til. Flere av mine informanter var positive til rutinene i sykehjemmet. Goffman er særlig opptatt av systemets bestrebelser for å frikople individet fra det han eller hun representerer i samfunnet utenfor institusjonen. Målet er å forme et nytt selvbilde,

som styres av systemet. Avhengig av hvor drastiske midler institusjonen tar i bruk for å forme individene, kan det også være en fordel for den enkelte beboeren at individuelle særtrekk søkes utvisket og at de gjøres likere av institusjonen. Hvis alle pasientene skulle opprettholdt sine daglige rutiner fra livet utenfor institusjonen, ville de samtidig vanskeliggjøre sin sameksistens.

5.5 Oppsummering

Eldre hjemmeboende står overfor et vanskelig valg når de ikke lenger mestrer dagliglivets gjøremål. Skal de fortsette å bo hjemme, og utsette seg selv og eventuelle pårørende for den belastningen det ofte er, eller skal de til en viss grad gi avkall på sin autonomi, og flytte på sykehjem? Identiteten eller selvbevisstheten, som antakelig får stor betydning når helsa og førligheten reduseres, trues i sykehjemssystemet – av andre beboere, fastlagte regler og lav bemanning. På den andre siden tilbyr sykehjemmet medisinsk og sosial trygghet. Avveiningen står mellom størrelsen på velferdstapet og -gevinsten.

Redusert fysisk helse og førlighet er hovedårsaken til at de informantene jeg har intervjuet, flyttet. Den psykiske tilstanden, som angst, utrygghet og redselen for å ligge pårørende til byrde, spiller også en avgjørende rolle, spesielt for de eldste i mitt materiale. I noen tilfeller var den utløsende faktoren at pårørende ikke orket ansvaret lenger.

Av pasientene beskriver 19 av 20 flytteprosessen som svært tung og vanskelig. Informanter på sykehjem i byen reagerte langt sterkere og mer negativt på det å flytte, enn hva informantene på landet gjorde. Savnet av hjemmet kom også tydeligere fram hos sykehjemsbeboerne i byen. På landet var informantene gjennomgående mer nyanserte, og hadde et mer realistisk forhold til sitt eget pleiebehov. Når informantene innser sitt eget behov for hjelp, rettferdiggjør de samtidig – overfor seg selv – den vanskelige avgjørelsen om å flytte. Det ser også ut til at de realistiske sykehjemspasientene raskere finner seg til rette med den nye tilværelsen.

Hjelp og støtte fra slekt og venner er med på å lette prosessen. Det samme gjelder informasjon om hva som venter en og hva som forventes av en. Dette gir en følelse av kontroll over en ukontrollerbar situasjon. Innsikt i alternativer og et realistisk forhold til egen mestringsevne, synes også å lette overgangen til sykehjemmet.

I sykehjemmet går mange pasienter inn i det Goffman (1967) kaller den moralske karrieren. Det vil si at de forandrer oppfatning av seg selv, og etter hvert resignerer i en pasientrolle. Institusjonen er med på å forme pasientene, som

smått om senn godtar rutinene og dermed underminerer egne behov og ønsker. På sikt fører dette til initiativløse og passive sykehjemspasienter. Flere informanter inntok en resignert holdning til ulike sider ved sykehjemssystemet. I mitt materiale observerte jeg to pasienter jeg vil karakterisere som passive og initiativløse. Dette kan selvfølgelig skyldes redusert helse og førlighet, men det kan også være at de hadde tatt steget inn i den moralske karrieren.

De fleste informantene har forestilt seg en aktiv alderdom, og ikke at de skal leve sine siste dager på sykehjem. Dette krever evne til omstilling. Når informasjonen til de kommende sykehjemspasientene ofte er mangelfull, fører dette i mange tilfeller til en dominerende følelse av avmakt, som igjen skaper både frustrasjon og i enkelte tilfeller redsel. For å avpasse spenningen mellom eget hjem og sykehjem, benytter pasientene ulike tilpasningsstrategier. Jeg så blant annet tendenser hos noen pasienter til *tilbaketrekking*: De holdt seg for seg selv, og kommuniserte ikke med andre på eget initiativ. Et par informanter hadde tendenser til en såkalt *uforsonlig* holdning: De beklaget seg over de andre i institusjonen, og gav uttrykk for sterk misnøye med ulike sider ved sykehjemmet. Hos halvparten av informantene identifiserte jeg den mestringsstrategien som Goffman kaller *kolonisering*. Det vil si at de anskueliggjør det ønskelige ved å være i institusjon. Jeg observerte også snev av den reaksjonsmåten som kalles *omvendelsen*, der pasienten lever ut rollen som den perfekte klienten. De fleste kombinerer de ulike mestringsstrategiene, avhengig av de til enhver tid rådende forholdene ved sykehjemsavdelingen. Hovedhensikten med å benytte disse strategiene, er å avbalansere følelsene knyttet til det fraflyttede hjemmet, mot den nye tilværelsen på sykehjemmet.

Kapittel 6

På sykehjemmet

Med utgangspunkt i begrepsskjemaet som er skissert på side 21, vil jeg i det følgende behandle ulike sider ved begrepene omsorg, autonomi eller selvråderett, identitetsbevaring og livskvalitet. Først utdypes Strengenhagenutvalgets (1994) anbefaling om hva god *omsorg* innebærer, så sammenstilles dette med pasientenes syn på hva som er viktig. Så vurderes pasientenes grad av *autonomi*, og om redusert selvråderett fører til avhengighet av sykehjemmet. Stemmer Townsends (1981) bilde av at syke- og aldershjem skaper en sterkere avhengighet hos sine pasienter gjennom blant annet betalingsordninger og aktivitetstilbudet, med forholdene i dagens norske sykehjem? Det neste spørsmålet jeg stiller, er om pasientene evner å opprettholde sitt *egenverd* og sin *identitet* i sykehjemmet, eller om rollen som pasient blir den bestemmende og enerådende. Deretter vil jeg trekke fram fire faktorer som kan påvirke pasientenes *livskvalitet*. Disse er deltakelse i aktiviteter, sosiale relasjoner, selvfølelse og mestring, samt en grunnstemning av trygghet.

6.1 Syn på omsorg

Tilstrekkelig næring og væsketilførsel, tid til å innta måltider, og søvn er grunnleggende fysiologiske behov og en forutsetning for en god eldreomsorg. Strengenhagenutvalget (1994) presiserer også at personlig hygiene, samt hjelp til av- og påkledning og naturlige funksjoner (toalett) er essensielt for helse og trivsel. Videre må medisinsk behandling og pleie og omsorg tilpasses den enkelte. Pasienter i institusjon bør ha tilbud om varierte aktiviteter og delta i avgjørelser som angår deres hverdag, og hver enkelt bør støttes slik at et normalt dagligliv leves. Trygghet trekkes fram som et nøkkelbegrep i eldreomsorgen, og bør tilstrebes gjennom organisering, rutiner og kommunikasjon.

Pasienter, ansatte og pårørende kan legge forskjellige meninger i begrepet god omsorg. En undersøkelse av Egeland og Gjerberg (1995) viser at pasientene definerer det å bo på poster med både demente og ikke-demente, som en stor belastning. Samtidig ga særlig pasienter, men også pårørende, uttrykk for angst for å komme med kritikk. På noen områder har de tre gruppene sammenfallende synspunkter på hva som skal til for å skape god kvalitet. Tilbud om forskjellige

aktiviteter, god tid under stellet og tid til en liten prat mellom arbeidsoppgavene, er viktig. Det å få enerom når en ønsker det, var også noe alle sluttet opp om. I tillegg la pasientene sterk vekt på trygghetsaspektet.

En undersøkelse fra et sykehjem i Oslo (Sørensen 1994) viser at pasientenes grunnleggende behov er rimelig godt ivaretatt, mens både pårørende, pasienter og ansatte etterlyser bedre ivaretagelse av de psykososiale behovene. Personlig kontakt, samtaler og ivaretagelse av egen identitet er mangelvare.

Jeg spurte mine informanter hva som var de tre viktigste forutsetningene for at dagen skulle føles god. Spørsmålet viste seg å være vanskelig å svare på for mange. Etter en tenkepause dreide svarene i retning av å få dekket basale behov: det å få hjelp når en trenger det, stell og mat, trygghet samt god søvn. Men mange understreket også hvor viktig det er å ha noen å snakke med og hente trøst hos, og å få høre noen vennlige ord.

At jeg får sove hele natten. [...] At ungene mine har det bra. [...] Få trøst. Henvende seg til noen og få litt trøst. Det hjelper jo det. (Dame, 84 år)

Nei, det kan jeg ikke svare på. Det er ikke noe som betyr noe spesielt. Jeg får hjelp når jeg trenger det, så da er det ikke noe mer å snakke om. (Dame, 84 år)

Vennlige ord. At man får god mat og stell. (Mann, 89 år)

Ingen informanter etterlyste dekning av medisinske behov. Dette tyder på at sykehjemmet ivaretar dette behovet. Svarene deres konsentrerte seg om grunnleggende behov. Hvorfor stiller pasienten så lave krav til omgivelsene? Er det forventningene til hverdagen som er nedjustert over tid på grunn av alderdom og redusert helse? Hvis hverdagen inneholder smerter, demente som forstyrrer, og problemer med å få i seg næring, er det naturlig at pleie og omsorg i forhold til helt basale behov kommer i forgrunnen. Det kan også være at den aldersgruppa som befolker sykehjemmene, er en lite kravstor generasjon. Men en må også spørre seg om det er erfaringer med hva sykehjemmet kan tilby, som senker forventningene til hverdagen og til livet som helhet. Sannsynligvis er svaret en blanding av disse forklaringene.

Alt i alt ser det ut til å være overensstemmelse mellom den politiske forståelsen av en god eldreomsorg og pasientenes uttrykte behov og ønsker, bortsett fra på ett punkt. Enkelte pasienter avslørte et udekket behov for nærhet og omtanke fra de ansatte. Det er antakelig ikke så mye som skal til for å dekke dette behovet. En liten prat utenom de faste spise- og stelletidene kan være nok til å dekke pasientenes behov for sosial kontakt.

6.2 Selvråderett og avhengighet

Townsend (1981) anser pasientenes mulighet til å påvirke sin egen situasjon som nærmest fraværende. Han hevder at de rigide reglene og personalets strenge håndheving av rutinene, forklart med små ressurser, gjør pasientene (strukturent) avhengige av institusjonen. De fratas ansvaret for en rekke avgjørelser knyttet til dagliglivets rutiner, så som når de skal spise eller legge seg. Etter hvert venner de seg til at systemet fatter selv de enkleste avgjørelser for dem. På sikt fører dette til initiativløshet og hjelpeløshet. En annen form for kontroll, som også er avhengighetsskapende, er fratrekket i pensjonen som betaling for institusjonsoppholdet. Pasientenes økonomiske handlefrihet begrenses, og de blir avhengige av institusjonen, som sørger for å dekke deres grunnleggende behov. Det siste kontrollaspektet som Townsend trekker fram, er knyttet til behandlingsideologien. Den stiller krav til underordning og passivitet, som igjen skaper avhengighet.

To av de ti punktene Strengenhagenutvalget (1994) anbefaler i sin oppskrift på en god eldreomsorg, gjelder pasientenes autonomi eller selvråderett; styring av eget liv samt valgmulighet og fleksibilitet. Med dette menes blant annet at den enkelte skal kunne leve et normalt dagligliv, og at institusjonene bør være fleksible i forhold til måltider, leggetid og liknende. Pasientene skal behandles med respekt og verdighet, og orienteres på forhånd om endringer av betydning for deres liv og trivsel. Videre skal det legges til rette for at pasientene skal kunne delta i avgjørelser som angår deres dagligliv.

I hvor stor grad kan pasientene bestemme over sin egen hverdag? Egeland og Gjerberg (1995:10ff) finner at pasientene selv kan bestemme når de vil legge seg, og når de vil stå opp, men at færre har mulighet til å bestemme når de vil spise. Deres konklusjon er at det ikke utøves noen utstrakt form for umyndiggjøring på sykehjemmene.

Informantene i mitt materiale sier seg i all hovedsak svært fornøyde med de ansatte og håndhevingen av rutiner. Ingen var kritiske til rutinene på sykehjemmet, snarere tvert imot. En skal ikke se bort fra at rutinene på sykehjemmet skaper en fast struktur og gjør hverdagen forutsigbar. Dem jeg snakket med, spiste i lag med de andre i spisesalen, så sant de fysisk var i stand til det. Måltidene blir faste holdepunkter i hverdagen, og skaper blant annet en form for trygghet i institusjonshverdagen.

Bra system i måltidene. Hvis ikke blir det bare rot, vet du. (Dame, 84 år)

Nei da, jeg synes det er all right. Da har vi tiden å gå etter. Og glemmer jeg tida, kan jeg spørre betjeningen om å få litt (mat) og det får jeg. Det er det ingen fare med. (Mann, 78 år)

Med hensyn til leggetiden forholder det seg noe annerledes. I teorien kan pasientene i dette materialet legge seg når de selv ønsker det, men i praksis må de hjelpetrengende vente på tur. En 87 år gammel dame fortalte at hun gav beskjed til personalet når hun gikk for å legge seg. Som regel måtte hun vente mellom en og halvannen time før hun fikk hjelp.

Det varierer en del, for det er så mange andre som skal ha stell, og de har så mye å gjøre. (Dame, 87 år)

De vil jo gjerne at vi skal legge oss tidlig. (Har de sagt det?) Ja, de har i grunnen gjort det. Men det er ikke så farlig nå. Jeg legger meg syv eller åtte. Fordi de (pleierne) skal gå selv. Enkelte synes det er fælt. Men jeg synes ikke det, nå som jeg er blitt så gammel. Jeg ligger og hører kassetter eller radio. (Dame, 88 år)

Det ser ut til at de fleste eldre raskt tilpasser seg rutinene på sykehjemmet. De skal ikke ha erfart mange ganger at de må vente en time før de får hjelp til å stelle og legge seg, før de godtar at slik er det. Muligheten til å foreta valg på tvers av rutinene, ser ikke ut til å benyttes i særlig grad. En grunn til dette kan være at sykehjemmet til forveksling likner sykehusene i det at valgfrihet ikke er noe tema. For utenforstående kan det likevel oppfattes som en form for strukturell tvang, som ikke utøves i vond mening, og som heller ikke oppfattes som ond av de berørte. Rutinene er med på å forme individene og deres hverdag, og skaper nok en form for avhengighet. Denne kommer blant annet til syne ved at rutinene blir viktigere enn alt annet. Men denne avhengigheten oppleves ikke nødvendigvis som negativ av pasientene. En annen grunn til at pasientene ikke i større grad foretar egne valg knyttet til hverdagslivet, er at de er syke og svekkede.

Forholdet til omsorgsutøverne

I totale institusjoner, viser Goffman (1967), er det et stort gap mellom den store klientgruppa og personalet. Klientene bor på institusjonen, og har begrenset kontakt med omverdenen. Mens personalet tilbringer et utmålt antall arbeidstimer på institusjonen, lever de sitt sosiale liv utenfor. Dette gjør sitt til at de to gruppene oppfatter hverandre som svært ulike dem selv. I tillegg er den sosiale avstanden stor og ofte foreskrevet ovenfra og ned. Videre finner samværet sted

på bestemte tider og når bestemte oppgaver utføres. Kontakten er begrenset, og dette fører til at det utvikles to sosiale og kulturelle verdener.

For å bedre kommunikasjonen mellom de ansatte og pasientene, praktiserer flere sykehjem såkalt primærsykepleie eller gruppesykepleie. Dette betyr at pasientene er knyttet til en eller flere pleiere, som har hovedansvaret for pleien og kontakten med pårørende. Noe av hensikten med dette er å skape nærhet og kommunikasjon, og å bygge bro mellom pleierne og pasientene. Jeg spurte de fleste pasientene om de hadde spesiell kontakt med én eller flere av pleierne, men alle svarte benektende. Også et par pasienter som hadde oppslag på rommene sine om hvem som inngikk i primærgruppa deres, svarte at de ikke hadde det.

Alle informantene understreket at de ansatte var svært hjelpsomme. Adjektivet hyggelig gikk igjen i beskrivelsen av dem. Samtidig beklaget nær halvparten at de ansatte hadde for mye å gjøre. De fleste syntes det var godt å motta hjelp. Det var bare en mann som uttrykte misnøye med et par av de ansatte, fordi de ikke ville hjelpe ham når han ba om det.

I enkelte tilfeller er det vanskelig å spørre om hjelp. Når jeg har spurt om hjelp mange ganger etter hverandre, og de sier de skal komme, men ikke kommer... (Mann, 77 år)

De har ikke så god tid. Men det er alltid trøst å få og et godt ord å få. For de har alt for liten tid til å ta seg av oss. Men de gjør så godt de kan. Men som jeg sier, de er underbemannet. (Dame, 84 år)

De ansatte er flinke til å formidle hvor mye de har å gjøre, og dette fører til at pasientene blir redde for å mase, og at de blir ekstra takknemlige når de endelig får hjelp.⁸ To pasienter syntes det var både vondt og vanskelig å be om hjelp fra personalet. De fleste informantene jeg intervjuet, så det som naturlig å motta hjelp og bli stelt av de ansatte. Samtidig fikk jeg et klart inntrykk av at sykehjemspasientene sjelden spør om hjelp hvis det ikke er helt nødvendig. Dette kan være en hovedårsak til at det føles så frustrerende og skaper en så sterk avmaktsfølelse når uttrykte ønsker ikke følges opp.

Jeg prøver ofte å vente i det lengste, men de er like blide og sier jeg bare må ringe. Ellers er det jo min feil hvis jeg ikke gjør det. (Dame, 84 år)

⁸ Denne typen holdning er også påvist i helsevesenet. Den slår er lettest å finne hos eldre, som ofte har små forventninger og sterke idealer om beskjedenhets (Bomann-Larsen & Jensen 1985, i Pedersen og Jensen 1995).

Jeg synes det er vondt at de må løfte så tungt på meg. Jeg synes det er vondt at de må gjøre så mye for meg, men samtidig er jeg jo glad for det. (Dame, 84 år)

Summa summarum er pasientene svært godt fornøyde med omsorgsutøverne og det arbeidet de utfører. Det er ingen tvil om at sykehjemmet, ved de ansatte, representerer en etterlengtet trygghetsgaranti for mange pasienter. Men kontakten mellom de to gruppene er begrenset, og en del svar tyder på at intensjonene med primærsykepleie ikke alltid gir de ønskede resultater. Lav bemanning og få ressurser skaper ikke nødvendigvis avhengighet, slik Townsend hevder, men kanskje like ofte *hengivenhet*. Samtidig er det liten tvil at om at det ligger et potensielt kontrollaspekt i dårlig bemanning og at det kan være avhengighetsskapende. Lav bemanning fører til at pleierne får mindre tid til rådighet for hver enkelt pasient, slik at disse ofte ikke tør å etterspørre for eksempel gåtrenoing. Dermed risikerer en at pasienter ikke får trent opp sine ferdigheter, og at de forblir mer avhengige av hjelp enn hva som er nødvendig. I tillegg kan dårlig bemanning føre til at alle pasientene får tilnærmet lik behandling, uavhengig av deres individuelle forskjeller og behov. Når det tar lenger tid for pasienten å kneppe skjorta si og kle på seg, enn det tar for en ansatt å gjøre det samme for ham/henne, resulterer dette ofte i at den ansatte gjør jobben, uten hensyn til pasientens ferdigheter (jf *Sykepleien* 1995, 19:35). Dette fører til såkalt lært hjelpeløshet, og er med på å forsterke pasientens avhengighetsforhold til de ansatte. På den annen side kan det være at pasientene har så svekket helse og så dårlig førlighet at de ikke klarer å utføre de enkleste gjøremål.

Økonomi og resignasjon

En sikker inntekt er en kilde til selvstendighet og uavhengighet. Pasienter på sykehjem må betale for seg. Kommunen kan maksimalt kreve 75 prosent av inntektene utover folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et nærmere spesifisert fri-beløp. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent (Sosialdepartementet 1992).

Hvordan forholder pasientene seg til kommunenes krav om betaling for oppholdet? Et par stykker var ikke klar over at kommunen tok betaling for sykehjemsoopholdet. Andre var usikre på hvor mye de betalte. Rundt halvparten hadde overlatt ansvaret for økonomien til pårørende. Pasientene fikk penger, eller lommepenger som noen kalte det, når de hadde behov for det. Årsaken til dette nye arrangementet var ofte at de ikke hadde noe egnet sted å oppbevare pengene sine. Reaksjonene mot betalingsordningen var klart sterkere i byen enn på landet. Samtidig godtok de fleste, litt resignert, at slik var systemet. Hovedtyngden av

dem jeg snakket med, hadde bare vært noen få måneder på sykehjemmet, og syntes det var vanskelig å svare på om de hadde nok penger å rutte med.

Jeg må jo betale for at jeg er her. Jeg trenger ikke så mye penger jeg, så det.
(Dame, 84 år)

Må jo finne meg i det. Det koster jo å bo her. Vi er minstepensjonister, mannen min og jeg. Men han har vært flink. Så vi har noe stående til begravelsen.
(Dame, 88 år)

Litt urettferdig. Jeg synes de kunne klart seg med mindre når en har betalt skatt i alle år. Men jeg kan ikke gjøre noe med det. (Dame, 79 år)

For mine informanter, som har hatt et forholdsvis kort opphold på sykehjem (maksimalt seks måneder), kan jeg ikke se at det er betalingen for oppholdet som skaper avhengighet. De får dekket de nødvendige behovene på sykehjemmet, og sier at de ikke har så store utgifter. Her vil det være riktigere å si at betalingsordningen får fram informantenes *resignasjon* i forhold til sykehjemssystemet. Men jeg snakket også med pasienter som hadde vært lenger på sykehjem. De beklaget at de hadde lite penger, og at de blant annet ikke hadde råd til å delta på utflukter som må betales for. Det kan være at pasienter som i utgangspunktet har lav pensjon og som har lengre opphold på institusjon bak seg, oftere blir avhengige enn pasienter i den gruppa hvor jeg har hentet mine informanter.

Tradisjonelle aktiviteter

Et variert tilbud av sosiale aktiviteter kan være med på å bryte opp en ellers ensformig institusjonshverdag. Av Strengenhagenutvalgets (1994) rapport går det fram at pasienter i institusjon bør ha tilbud om varierte aktiviteter hver dag – både fysisk og psykisk, sosialt og åndelig. Videre anbefales det at pasientene gis mulighet til å være ute hver dag, dersom de ønsker det.

På dette området er det langt mellom liv og lære. Mange av sykehjemmene hadde oppslagstavler med beskjeder om ukas ulike aktiviteter, men i en del tilfeller kan det se ut som om denne informasjonen ikke nådde fram til pasientene. Jeg har forholdt meg til pasientenes beskrivelse av tilbudet, og en del klaget over at det sjelden ble arrangert aktiviteter. Omtrent halvparten av informantene i mitt materiale deltok mer eller mindre i aktiviteter. Noen avsto på grunn av svekket helse og lav førlighet. Hovedinntrykket mitt er at tilbudet er tradisjonelt, og i mindre grad tilpasset enkeltindividenes behov og ønsker.

Et tilbud som en ofte møter på sykehjem, er noe som kalles aktivitetsstue. Her er aktivitetene i stor grad tilrettelagt for kvinner. Riktignok er det flest kvinner på sykehjemmene, men dette kan like gjerne brukes som et argument for å tilrettelegge for mer mannlige sysler. Både menn og kvinner har aversjoner mot å delta på arbeidsstua.

Jeg synes jeg har stoppet og lappet nok i livet. (Dame, 87 år)

Jeg har ikke lyst. [...] De kalte det hobbyrom. Men sakene som brukes var stuert bort. Jeg kunne få lov til å klippe ut frimerker. Det er ingen hobby. De kom med en hel haug av konvolutter som de helte ut på bordet. (Mann, 77 år)

En dame fortalte at hun ikke orket å delta på andakt fordi lydnivået var for høyt. En mann hadde så dårlig syn at han bare deltok på bingo når han fikk følge og hjelp av sønnen. I tillegg gav informantene meg inntrykk av at personalet sjelden tok seg tid til å oppmuntre til deltakelse.

Det er noe sang og noe greier av og til – da deltar jeg. (Mann, 72 år)

Aktiviteter har det vært lite av. Iblant har det vært tilstelninger, men jeg har ikke vært her så lenge. Litt utlodning og sånt. Jeg er med på det som foregår her. Jeg synes jeg må være med på det. En kommer ut og får et innblikk. (Dame, 82 år)

Andakter hører jeg på. Det er ingen aktiviteter her. Jeg har en aktivitet og det er røyken. (Dame, 80 år)

Det ser ut til at aktivitetene en del steder er dårlig tilpasset pasientenes interesse og funksjonsnivå. Videre gir mine informanter uttrykk for at de ansatte sjelden oppmuntret pasientene til aktivitet på områder hvor deres funksjonsnivå tillater det, og at de dermed unnlater å stimulere deres mestringsnivå og selvtillit. Jeg tar her utgangspunkt i at aktivitetene er en del av behandlingen i sykehjemmet, men finner imidlertid lite eller ingenting som tyder på at denne stiller krav om underkastelse. En underkastelse som Townsend mener medvirker til avhengighet av institusjonen. Det er når legen eller andre autoritetspersoner, som for eksempel personalet i aktivitetsstua, blir instanser som ikke kan motsies, at en slags avhengighet utkrystalliserer seg. Men pasientenes passivitet forsterkes ved at de ikke deltar. Uten oppmuntring og stimulering til deltakelse, fratas pasientene muligheten til å øve opp enkle ferdigheter og oppleve at de mestrer ulike oppgaver. Dermed forbedres ikke mestringsnivået, og avhengigheten av hjelp vil være mer eller mindre den samme, og i verste fall stigende.

6.3 Kampen om identiteten

Strengenhagenutvalget (1994) nevner ivaretagelse av individualitet og selvstendighet som viktige krav til en god eldreomsorg. Spørsmålet er om det er rom for dette ved dagens sykehjem. Et trekk ved totale institusjoner er at de av kapasitetshensyn behandler beboerne som en ensartet gruppe, og ikke som enkeltindivider. Viktige sider og individuelle særegenheter ved pasientene blir oversett. Goffman er også spesielt opptatt av forholdet eller kampen mellom den totale institusjonen og individet. Kampen for å gjøre pasientene mer medgjørlike, har som taktikk å kle av pasientene deres gamle jeg og påføre dem en ny identitet. Målet er å bringe fram et selv som kan styres og formes etter systemets krav.

I det følgende skal jeg belyse denne dragkampen om identiteten gjennom tre ulike innfalsvinkler. Først vil jeg se om pasientene blir stimulert til å opprettholde sin individualitet gjennom *personorientert behandling*. Mangel på identitetsbevarende omsorg og pleie kan i sin ytterste konsekvens ta form av umyndiggjøring. Deretter skal jeg se om besøk utenfra kan være med på å bekrefte og stimulere pasientenes *tidligere identitet*, og dermed dempe systemets formende krefter. Det siste momentet er om *muligheten for privatliv* er viktig for pasientenes evne til identitetsbevaring. Identiteten formes i lag med andre personer, men det å kunne trekke seg tilbake, kan være viktig for å få bedre oversikt og kontroll over situasjonen.

Identitetsbevaring kontra umyndiggjøring

I all hovedsak ble pasientene i mitt materiale behandlet med verdighet og respekt. Denne slutningen baserer jeg blant annet på observasjon av samhandling i sykehjemmet, og på informantenes beskrivelse av forholdet til pleierne. Informantene gav i all hovedsak uttrykk for at ønsker og behov ble fulgt opp, og beskrev personalet i positive ordelag.

Personalet er bare hyggelig. Kaller meg (fornavnet). (Dame, 79 år)

Samtidig er det, som tidligere nevnt, ingen tvil om at pleierne har liten tid til personlig oppfølging av pasientene. Resultatet er at pasientene behandles mer eller mindre likt. De fleste pasientene etterspør hjelp bare i ytterste nødsfall, noe som kan føre til at de undertrykker egne behov. Dermed risikerer de å miste sine særegenheter smått om senn.

Vi snakker litt, men det blir ikke så mye tid. De har det så travelt. Det er så mange som skal ha hjelp. Men det blir jo litt når dem kler på meg og stiller meg, ellers. Så det blir jo litt. (Dame, 84 år)

I sin ytterste konsekvens kan fravær av individuell pleie og omsorg karakteriseres som umyndiggjøring. Når pasientenes ønsker og behov ikke blir tatt hensyn til, blir de umyndiggjort. Jeg registrerte et par grove overtramp. Et av dem gjaldt mannen som hadde fått trukket tennene i overkjeven. Årsaken til uttrekningen var generelt dårlig tannhygiene. Da jeg snakket med ham, hadde han allerede gått nær en måned uten tenner. På grunn av ferieavvikling kunne han ikke få tilpasset et gebiss på enda en måned. Han hadde problemer med å snakke, og var først ikke særlig villig til å la seg intervju. I tillegg hadde han vanskelig for å spise. Pasienten forstod ikke hvorfor noen hadde trukket tennene hans, og selve operasjonen var det mest smertefulle han noen gang hadde opplevd. Dette var et overgrep, sett med pasientens øyne, og gav seg utslag i sterk mistriivsel.

Det er ingen ting som betyr noe mer. Jeg har jo mistet tennene, mistet hørselen og må tisse med buksa på. (Mann, 80 år)

Jeg har tidligere vist til at rutinene ved innleggelse på sykehjemmet påvirker på individenes identitet. Goffman karakteriserer også mottaksprosedyrene som det å fjerne noe og legge noe til. En måte å gjøre dette på, er å berøve personer deres eiendeler. Det å trekke tennene til en 80-årig pasient uten hans samtykke eller forståelse, er det som Goffman karakteriserer som personlig vansiring. Det medfører tap av personlig sikkerhet og skaper dermed angst. Det å bli fratatt gjenstander som er forbundet med selvdefinering hindrer – uavhengig av personalets hensikt – 80-åringen i å framstille seg selv overfor andre slik han ønsker. Dette er ett eksempel, vel å merke ikke typisk for dagens sykehjem, på totale institusjoners krenkelse av pasientenes personlighet.

Respekt og medbestemmelse

Det er lovfestet at beboerne på sykehjem skal behandles med respekt og verdighet (Sosial- og helsedepartementet 1990). De skal orienteres på forhånd om foreslåtte endringer som vil ha betydning for deres liv og trivsel i boformen, og beboerne skal gis anledning til å uttale seg. Dersom det er opprettet styre for boformen, skal det velges inn en talsrepresentant for beboerne i styret. At disse paragrafene blir etterfulgt, er viktig for pasientenes mulighet til å bevare sin identitet.

En landsomfattende undersøkelse viser at avdelingenes målsetting om å respektere pasientenes rett til å bestemme over seg selv, sjelden følges skikkelig opp. I hovedsak trekkes pasientene eller pårørende inn i avgjørelser om daglige aktiviteter gjennom uformelle diskusjoner. Svært få avdelinger har etablert tilbud om formelle møter hvor slikt diskuteres (Egeland & Gjerberg 1995:39ff). Samtidig har bare 40 prosent av aldersinstitusjonene opprettet et eget styre hvor

brukerne er representert ved pasienter eller pårørende (Strengenhagenutvalget 1994).

Heller ingen av mine informanter hadde deltatt på såkalte brukermøter. En dame fortalte at det hadde vært «noe sånt» da hun var helt nyinnflyttet, men at hun den gangen ikke hadde orket å delta. Det svaret jeg som oftest fikk på spørsmålet om deltakelse på slike møter, var at de ikke hadde hørt om det. Jeg fikk igjen bekreftet inntrykket av at pasientene raskt tilpasser seg og godtar regimet på sykehjemmet. Men det er viktig å ta med i betraktningen at svært mange av sykehjemspasientene har svært svekket helse og plages med store smerter, og av den grunn ikke har overskudd til å engasjere seg aktivt i omgivelsene. En del pasienter bruker også smertestillende preparater som gjør at de sløves, blir trøtte og uopplagte.

Hensikten med brukerdemokratiet er god, men synes mange steder å fungere dårlig. Sykehjemmet drives i teorien etter demokratiske prinsipper, men i praksis har ikke medlemmene mulighet til å delta. Pasientene jeg intervjuet, deltar sjelden eller aldri. En grunn var uvitenhet om at et slikt brukerdemokrati fantes. En annen og vel så viktig grunn var pasientenes helsetilstand. Det kan også være sider ved systemet som gjør at de godtar strukturen og rutineene uten å stille spørsmål. Hvis sykehjemmene ikke oppretter fora hvor pasientene eller deres pårørende kan delta i avgjørelser som angår deres hverdag, er det spesielt viktig å respektere og være lydhør for pasientenes uttrykte ønsker og behov i hverdagen, også med tanke på deres mulighet til å bevare sin identitet.

Viktigheten av besøk

Besøk har stor betydning i et ellers ensformig institusjonsopphold. Strengenhagenutvalget (1994) utdyper begrepet privatliv blant annet med at pasienter må kunne ta imot besøk i fred og ro. I forskrifter for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, vises det til at det er viktig at pasientene får beholde den følelsen av *trygghet og psykisk stimulans* som ligger i god kontakt med familie og venner. Videre står det at pasientene av den grunn fritt skal kunne motta besøk (Sosial- og helsedepartementet 1990). Støtte fra familie og venner stimulerer rollen som mor, far eller venn, og bidrar også til å styrke pasientenes egen identitet.

I Susan Lingsoms (1991:110) undersøkelse av hjemmeboende eldre, går det fram at kontakten mellom eldre og deres barn trappes opp etter hvert som foreldrenes hjelpebehov øker. Undersøkelsen viser at alle foreldre har daglig kontakt over telefon eller samvær med barn. Og videre at eldre i storbyene har like mye kontakt med barna som foreldre flest. Jeg vet ikke hvor hyppig de eldre i mitt materiale hadde besøk mens de bodde hjemme, men på sykehjemmet fikk

alle regelmessig besøk, bortsett fra en mann, som ikke hadde gjenlevende familie. De fleste fikk besøk flere ganger i løpet av uka. Noen fikk besøk hver dag, og en mann fikk ofte besøk flere ganger om dagen. Selv pasientene med barn som bodde flere mil unna, fikk besøk flere ganger i uka. Det å få besøk utenfra var en av ukas største begivenheter. De fleste fortalte at de gikk og gledet seg hele dagen til at slekt og venner skulle komme innom.

Jeg er der hvor heisen er. Følger med vet du. Holder øye med om det kommer noen til meg. Så blir jeg overrasket når det kommer noen til meg. Jeg sitter og gjetter hvem det er som kommer først. (Dame, 84 år)

Det er jo svært å få besøk. Jeg tar imot det besøket jeg får jeg. Bare en får prate litt. Det betyr mye det. (Mann, 72 år)

På sykehjem utenfor byen var det to stykker som fortalte at de også hadde stor glede av de andre pasientenes besøk.

De (barna) som bor her, er her annenhver dag. Men det varierer. Det betyr alt. Du har det godt hele dagen. Du lurar hver dag, når det går i døra, på hvem det er. Så har hun besøk (damen hun deler rom med), da faller det litt på den andre. (Dame, 91 år)

...Så kommer det så mange gamle kjente. Er du her a', (navnet). Det er så koselig vet du. De kommer og besøker andre. (Mann, 92 år)

Mange sykehjem mangler egnede besøksrom. De som deler rom med andre, må ta imot besøk der eller ta til takke med dagligstua. Her kan andre overhøre samtalene, noe som må legge begrensninger på samtalens innhold. Under data-innsamlingen led jeg også under at flere av sykehjemmene ikke har besøksrom. Et sted ble jeg henvist til en sofagruppe plassert i spisesalen, og en annen gang rett utenfor vaktrommet. Der ble vi forstyrret av at de ansatte gikk inn og ut, og av at andre pasientene stoppet opp for å prate.

Besøk utenfra har stor betydning i en pasients hverdag. Flere gikk hele dagen og håpet på besøk, samtidig som de var lite interessert i kontakt med de andre pasientene på sykehjemmet. Mine informanter mottok ofte besøk, og alle gav uttrykk for at de satte svært stor pris på besøket. Riktignok var mine informanter forholdsvis nyinnflyttede, og jeg antar at eldre som har oppholdt seg lenger på sykehjem, samt aldersdemente, ikke mottar besøk like hyppig. Denne fokuseringen på slekt og venner tyder på at besøk utenfra stimulerer og opprettholder de rollene pasienten hadde utenfor institusjonen. Samtidig holdes sykehjemmets formende krefter på avstand.

Enerom og privatliv

Er muligheten til å trekke seg tilbake på et eget rom, viktig for identitetsbevaring? Den største forskjellen mellom det å bo i eget hjem og det å bo på institusjon, må være de mange nye personene og den nye strukturen med skjemalagte aktiviteter som en må forholde seg til. Strengenhagenutvalget (1994) har under punktet privatliv vist til at pasienter/brukere i institusjon må ha mulighet til å være skjermet for de andre pasientene og personalet, og til å kunne ta imot besøk i fred og ro.

I mitt materiale er pasienter på dobbeltrom overrepresentert i forhold til resten av sykehjemsbefolkningen. I landet for øvrig bor 42 prosent på dobbeltrom. Av dem jeg snakket med, bodde bare sju på enkeltrom, mens resten (13) delte rom med en annen pasient. Andelen som bodde på dobbeltrom, var størst utenfor byen. Til min overraskelse viste det seg at de fleste var fornøyde og ikke opplevde noen problemer knyttet til det å dele rom med en annen person. De understreket i tillegg det positive med å ha selskap av en annen person. Men det var mange som nevnte hvor viktig det var at en kom godt overens med den en bodde sammen med.

Jeg har en veldig god værelseskamerat. Vi kommer godt overens. Hun er veldig omtenkssom og snill. Vi har det veldig koselig i hop. (Dame, 91 år)

Dele rom synes jeg er fint jeg. Jeg liker å ha en her. Jeg synes det er trygt jeg. For hvis det er en gang du ikke får) tak i å ringesnora, kan du rope på den andre. Jeg synes hun er alle tiders. Hun er snill. Legger seg rolig om kvelden. Ikke noe bråk. Hun er stille og rolig. (Dame, 86 år)

De informantene som var misfornøyde, var til gjengjeld svært misfornøyde. Frustrasjonene og irritasjonen over å måtte dele rom med en fremmed person, overskygget de positive sidene ved oppholdet. Pasienten godtar som regel sykehjemmets rutiner, men de godtar ikke like lett at andre medpasienter søker å kontrollere deres atferd. Når de som deler rom, har vidt forskjellig livsførsel, kan det føre til at begge mistrives med et kompromiss.

Jeg synes det er følt, å ikke kunne få et eget rom. Det synes jeg ikke er riktig i dag. De sier Norge er et rikt land. Vi gir bort massevis av penger, haugevis av penger. Det er vi pensjonister som har bygd opp landet, men de har ikke penger til å ta vare på oss. (Dame, 79 år)

Jeg kom i sammen med en som ikke passer meg. Han er så grisete. Det lukter forferdelig. [...] Vi ligger omtrent i bredden. Jeg kjenner lukta hele tiden. [...]

Jeg forlanger ikke noe annet, enn å få enerom. For jeg orker ikke å bo sammen med en som er så grisete. (Mann, 92 år)

I byen bodde fem pasienter på dobbeltrom. Fire av disse beskrev forholdene i svært negative vendinger. Ord som bittert, fryktelig og uverdig ble brukt. Flere av dem som hadde enkeltrom, sa at nettopp det var en klar forutsetning for å bo på sykehjem.

Det er helt avgjørende. Jeg skjønner ikke at folk kan holde ut å dele rom. Ikke det at jeg er folkesky – men et helt fremmed menneske. Men noen må altså. Jeg er dypt takknemlig for at jeg fikk komme hit (hvor det er enerom). (Dame, 74 år)

Jeg hadde ikke kunnet bo sammen med et annet menneske. (Dame, 88 år)

Er enerom avgjørende for pasientenes mulighet til å bevare sin identitet? For noen ja, for andre nei. Mine informanter gir uttrykk for både positive og negative sider ved det å bo på dobbeltrom. Men de som mistrives med å dele rom med en annen, oppgir oftere generelt dårlig trivsel. Identiteten deres trues stadig av den andre. De fratas muligheten til å opprettholde egne vaner og rutiner, og mister delvis herredømmet over hverdagen. For noen overskygger problemene knyttet til det å dele rom med en annen, de positive sidene ved sykehjemstilværelsen. Det å plasseres på dobbeltrom mot sin vilje, fører ofte til mistrivsel og med det svært redusert livskvalitet. Valgfrihet på dette område er særs viktig hvis en ønsker at pasientene skal få ivaretatt sitt egenverd og sin identitet, og for å heve livskvaliteten deres.

Hvis sykehjemmet overser pasientenes behov for å bestemme over seg selv og påvirke utformingen av egen hverdag, vil konsekvensen være at deres identitet trues. Respektløs behandling av pasientene gir signaler om at deres ønsker og behov ikke er viktige, og er med på å svekke selvtiliten og identiteten deres. Besøk utenfra kan virke i motsatt retning, ved at familie og venner stimulerer deres identitet og samtidig holder sykehjemmets formende krefter på avstand. For noen er det viktig å kunne bestemme selv om og når en vil trekke seg tilbake fra fellesskapet i sykehjemmet, men ikke for alle. Noen trives godt med å dele rom med andre, mens andre misliker sterkt at andre pasienter legger føringer på ens hverdag. I noen tilfeller fører det å dele rom med andre mot sin vilje, til sterk mistrivsel.

6.4 Pasientenes generelle livskvalitet

Pasientenes subjektive opplevelser, positive som negative, påvirkes av de materielle og strukturelle forholdene de lever under. Sykehjemspasienter lever under tilnærmet like forhold, men det å ha det godt med seg selv, betyr ikke nødvendigvis det samme for alle. Individer med like fysiske omsorgsbehov, kan for eksempel ha ulike sosiale behov. Jeg har trukket ut fire hovedpunkter som kan påvirke pasientenes livskvalitet: deltakelse i *aktiviteter*, sosiale *relasjoner* innad i sykehjemmet, opplevelse av *egenverd*, og mer varige og *grunnleggende følelser* som trygghet og trivsel versus angst og utrygghet.

Deltakelse i aktiviteter

Det å være aktiv, kjennetegnes blant annet av livslyst og av det å bruke sine evner og muligheter. Dette bidrar til å styrke følelsen av å ha det godt. Samtidig kan en tenke seg det motsatte, at sykehjemspasienter har behov for å ta livet med ro, og at interessen for å engasjere seg i sosiale aktiviteter, ikke er like stor som hos en 20-30-åring.

Men det er jo sånn at når en er så gammel, så venter en på å få være i ro.
(Dame, 83 år)

Deltar pasientene i aktiviteter i regi av sykehjemmet? Hva slags beveggrunn har mine informanter for ikke å delta? Som jeg har vært inne på tidligere, fortalte seks-sju informanter at de sjelden eller aldri deltok i sosiale aktiviteter, og hovedbegrunnelsen deres var at de ikke orket eller evnet. Seks informanter, hvorav de fleste fra landet, deltok aktivt på de fleste arrangementene. De resterende sju ville antakelig deltatt mer hvis de hadde fått personlig informasjon, blitt oppfordret og motivert til å delta, eller fått et bedre tilpasset tilbud. Noen sa rett ut at tilbudet var for dårlig. Flere ønsket hjelp til å trene på å gå, og to sa de savnet å komme seg ut.

Ja, det er bingo, trim og så kommer presten. Han hører jeg på for han er så kjekk. Trimmen har jeg ikke vært med på i det siste på grunn av hjertet. For da har jeg så lett for å få et hjertetilfelle. (Dame, 87 år)

Tilstelninger nesten hver dag. Ikke noe som passer meg. (Mann, 80 år)

Nøyaktig halvparten av informantene, deltok i aktiviteter, om enn i varierende grad. De som ikke deltar forklarer dette hovedsakelig ut fra funksjonsevne og helse, men et par stykker mistridde så sterkt at de var uinteressert i å delta. De

som deltar mye, oppgir generelt høyere velvære og trivsel. Men dette behøver ikke å bety at det er deltakelsen som styrker livskvaliteten. Det kan være slik at de er aktive fordi de trives godt.

Sosiale relasjoner og ensomhet

Et forhold som ofte trekkes fram i forbindelse med det å komme på sykehjem, er at pasientene kommer sammen med andre mennesker som er i samme situasjon. Med denne felles plattformen venter en at et naturlig fellesskap vil vokse fram. Men andre undersøkelser viser at pasientene ikke prater så mye med hverandre. Pedersen og Jensen (1995:28) rapporterer at en av fire prater mest med andre pasienter, mens tre av fire pratet mest med personalet. Slagsvold (1980) har vist at omfanget av sosial kontakt varierer mellom store og små sykehjem. I små sykehjem prater pasientene mer med hverandre, og sitter ofte samlet i store grupper, mens de i store institusjoner som regel snakker sammen to og to. Det er ikke noe som tyder på at den ene formen for sosial kontakt er å foretrekke framfor den andre.

Hovedinntrykket jeg sitter med etter å ha besøkt tolv sykehjem, er at de eldre hadde lite kontakt med hverandre. Men her må det legges til at mine informanter var forholdsvis nylig ankommet, og kanskje ikke hadde rukket å knytte nye vennskapsbånd. Noen få hadde god kontakt med en eller flere personer, og på noen sykehjem samlet de eldre seg på stua og pratet sammen. På sykehjem hvor de fleste hadde eget rom, tilbrakte de mesteparten av dagen der.

Vi snakker med alle. Alle er hyggelige. (Dame, 87 år)

Nei, jeg har liksom ikke tema med dem. Jeg kommer liksom ikke innpå dem.
(Mann, 77 år)

Andelen demente i sykehjem ser ut til å ha økt de siste åra, og dette medfører et lite stimulerende miljø for de ikke-demente (Egeland og Gjerberg 1995). Samme undersøkelse viser også et økende innslag av pasienter med psykiske problemer, som igjen skaper uro i avdelingen og maktesløshet hos personalet. Alle avdelingene jeg besøkte, hadde en eller flere pasienter med ulik grad av mental svikt.⁹ Dette reduserer muligheten for å finne likesinnede blant dem som er mentalt friske.

⁹ Med dette menes funksjonstap som er oppstått på grunn av sykdom, og som gir seg utslag i svekket hukommelse og desorientering, som igjen påvirker evnen til å fungere tilfredsstillende i dagliglivet (Engedal og Haugen 1991)

Er ikke noen å prate med. De er ikke klare. (Dame, 79 år)

På sykehjem utenfor Oslo fortalte nær halvparten av informantene at de kjente flere av pasientene fra tidligere. Problemet var at de fleste var demente og ikke kjente mine informanter lenger. En av informantene hadde daglig kontakt med en venninne fra gamle dager.

Og så har vi så mye å snakke om. Jeg husker så godt når hun giftet seg. Vi prater så mye om gamle dager. (Dame, 87 år)

Mange mener at det å bli gammel er ensbetydende med å bli ensom. Men eldre er ikke mer ensomme enn folk i andre aldersgrupper (Thorsen 1988). Riktignok faller ofte familie og venner fra etter som åra går, og nedsatt funksjonsevne kan virke isolerende, blant annet ved at det blir vanskeligere å besøke venner. Men forventninger til sosial kontakt kan justeres i takt med ens evner og sosiale muligheter. Ensomhet blir først en dominerende følelse når det oppstår et gap mellom de sosiale realitetene og hva en ønsker (NOU 1992:1, 95). Thorsen (1988) definerer ensomhet som en form for mangeltilstand.

Ensomhet var ingen dominerende følelse hos mine informanter. Fire, fem stykker svarte bekreftende da de ble spurt om det hendte at de følte seg ensomme. Et par pasienter fortalte at når kvelden nærmet seg, og det ble roligere på sykehjemmet, følte de seg ensomme.

Ensom, nei jeg vil ikke si det. (Mann, 78 år)

Ensom er du, vet du. Men det blir jo alle. Man mister de andre. [...] Du får jo ikke besøkt noen. (Dame, 79 år)

Om kvelden. Jo, for da er det liksom så stille. (Mann, 77 år)

Det økte antallet demente i avdelingen kan være et hinder for sosial samhörighet og fellesskapsfølelse blant de mentalt friske. Men det kan også være at pasientenes svekkede helse også reduserer interessen for å knytte og opprettholde nye sosiale kontakter. Det at de sjelden eller aldri føler seg ensomme, selv med lite kontakt med de andre på avdelingen, forsterker dette inntrykket. Samtidig kan det være at behovet for sosial kontakt den første tiden dekkes gjennom hyppige besøk av slekt og venner. Alt i alt ser det ikke ut til at et relativt rolig sosialt liv forringer pasientenes livskvaliteten i nevneverdig grad.

Selvfølelse

Selvfølelse, som er en viktig del av identiteten, er basert på følelser av mestring og tro på egne evner. I sykehjemmet risikerer selvfølelsen hard medfart. Årsaken til at pasientene har fått plass på sykehjemmet, er jo nettopp at de ikke klarer seg uten hjelp i hverdagen. Men selvfølelsen kan også opprettholdes ved å leve opp til egne standarder. Disse standardene justeres i takt med forandringer i helse og førlighet. Pasientene sammenlikner seg også med andre på sykehjemmet som har dårligere helse og førlighet enn dem selv, og evner å oppgradere sin egen selvfølelse ut fra dette.

(Jeg) vasker hender og ansikt, og gjør så godt jeg kan for å pusse tennene mine. Hun jeg bor sammen med er så flink, og det ser så godt ut. Men så har hun jo dårlig hukommelse, og det er ikke så godt det heller. [...] Jeg er glad for det at jeg er åndsfrisk. (Dame, 84 år)

Jeg er jo litt sterk av meg. Jeg er ikke akkurat den som gir seg over med en gang, vet du. (Dame, 79 år)

En del pasienter beskrev seg selv som positive personligheter. En slik indre drivkraft synes også viktig for livskvaliteten.

Positiv, eller så hadde det ikke gått. Sprudler ikke akkurat. Men prøver så godt jeg kan å holde motet oppe. (Dame, 79 år)

Grunnstemning av trygghet

For de fleste representerer sykehjemmet først og fremst trygghet. Pasienten får dekket sine basale behov, og utover dette stilte ikke mine informanter, kanskje med bakgrunn i deres generasjonstilhørighet, særlig høye krav. Det eneste som rokket ved tryggheten i sykehjemmet, var enkelte angstfylte episoder med demente på avdelingen.

Veldig glad jeg har bevart sinnet mitt. Mye rart å se og høre her. En blindgjenger vekker oss om natten. Vi blir så redde. Må ha en stol foran døra. Fryktelig aber. Legger oss med den uroen hver kveld. Skulle ønske de kunne skille de som var senile og de som ikke er det hver for seg. (Dame, 84 år)

Blandede avdelinger kan føre til utrygghet og uro for de mentalt klare. Men informantene avviste at de ofte følte angst og redsel. Alt i alt har de fleste informantene en god og varig følelse av trygghet. De oppgavene som for mange førte til bekymringer den siste tiden de bodde hjemme, som for eksempel innkjøp og matlaging, ivaretas av sykehjemmet. En del er til tider bekymret, og et par stykker

forteller at de mistet livsgnisten da de kom på sykehjem. Men når pasientene selv skal oppsummere hvordan de har det alt i alt, presenterer de i all hovedsak et positivt bilde.

Ved å sammenstille informantenes svar på spørsmålene knyttet til livskvalitet i et eget analyseskjema, går det fram at over halvparten av pasientene i mitt materiale har forholdsvis *høy livskvalitet*. Det ser ut til at informantene evner å tilpasse seg situasjonen og redusere kravene til tilværelsen i takt med endringer i helsetilstand og førlighet. Noen få har *lav livskvalitet*. Det at så mange informanter har høy livskvalitet, kan synes overraskende, særlig med tanke på det bildet media ofte gir av livet på sykehjem. Denne undersøkelsen sier ikke noe om hvor mange som har høy livskvalitet på sykehjem, men viser kun en tendens. Likevel kan en si at materialet antyder at svært mange har høy livskvalitet.

En 92 år gammel mann fortalte at han «ofte tenker på å gjøre slutt på livet.» En firedel av informantene fortalte uoppfordret at de hadde ønsket å dø. Depresjoner, ubehaget ved å ligge familien til byrde, kronisk sykdom og sterke smerter var årsakene til dette. Tanker om døden er ikke fremmede i et sykehjem. Det paradoksale er at flere av dem som sier de ønsker å dø, også sier at de har det bra. Følelsen av å være en belastning for familien, eller det at en rett og slett er mett av dage, hindrer ikke informantene i å ha det bra – forholdene tatt i betraktning.

Av og til er jeg veldig deprimert. Hender jeg ber om hjelp til å dø, slik at jeg kan komme bort fra alt. [...] Når jeg først skal være på sykehjem, kan jeg ikke ha de bedre. (Dame, 84 år)

6.5 Helse og livskvalitet

Et kjennetegn ved sykehjemspasienter er redusert helse og førlighet. I hvilken grad påvirker dette livskvaliteten? Svekket helse og førlighet vil måtte legge en demper på evnen til å være *aktiv* og knytte nye sosiale *relasjoner*, og videre påvirke *selvfølelsen* og i noen grad også *grunnstemningen av trygghet*, i negativ retning.

Dekningsprosenten i alders- og sykehjem er som blitt lavere de siste åra. De som får plass, har et omfattende pleiebehov som følge av store funksjonstap. Andelen langtidspasienter med moderate funksjonstap har gått ned, og terskelen for å få plass på sykehjem, er relativt høy. Liggetiden har også gått ned (St. meld. nr. 35 1995:145). Vel halvparten av mine informanter svarer til ovenstående beskrivelse av gjennomsnittspasienten, med hensyn til det høye funksjonstapet

og med det store pleiebehovet. To var sengeliggende, flere var avhengige av gåstol, og hjelpebehovet var omfattet ofte både påkledning og toalettbesøk.

Det er jo veldig mye godt og hyggelig. Så tross all sykdom og alt, synes jeg at jeg har levd et godt liv for det. (Dame, 84 år)

Hvordan kan man si at man er fornøyd når en har kjempestore smerter, og sitter i en slik stol på sykehjem. Nei, jeg kan ikke si jeg er begeistret for livet. Men som jeg sa er jeg glad for at jeg kom inn her, og glad for at jeg har så mange snille pårørende og venner. Det må være verre for de som er – som for eksempel han som skriker der inne. (Dame, 74 år)

Jeg fant ingen gjennomgående trivselsreduksjon hos dem med svært svekket helse og høyt funksjonstap, sammenliknet med dem som hadde mer moderate funksjonstap og hvor hjelpebehovet i en del tilfeller i all hovedsak knyttet seg til oppsyn og trygghet.

Nedjusterte forventninger

Individenes behov, sett bort fra de helt basale, styres til en viss grad av kjennskap til ulike alternativer, evne til å tilpasse seg situasjonen, og mot til å tilkjenne sine ønsker overfor andre (Næss 1986:32). Forventninger til tilværelsen er en faktor som spiller en stor og viktig rolle for individenes livskvalitet. Forventninger avhenger igjen av hvem du sammenlikner deg med. Jamfører du deg med noen som har det bedre enn deg, er det større sjanse for at du vil svare at du ikke har det bra, enn om du sammenlikner deg med noen som har det dårligere. For sykehjemspasientene vil det ettervert bli mer naturlig å sammenlikne seg med de andre pasientene, enn med andre utenfor institusjonen. Kjønn, alder og livshistorie virker også inn på oppfatningen av egen livskvalitet, og det samme gjør tilvante standarder, ved siden av forventninger til livet som helhet. Lave forventninger er blant annet knyttet til den generasjonen sykehjemsbefolkningen tilhører. De som ble født rett etter århundreskiftet, har deltatt i en betydelig velferdsutvikling, og er heller ikke kjent for å være en kravstor gruppe (jf Slagsvold 1977).

Når en er kommet så langt at en ikke kan stille seg sjøl, må en være takknemlig for den hjelpen en får. (Dame, 79 år)

Jeg tar det slik, at det bare er sånn og må være sånn. Jeg må jo bare være glad og tålmodig for at jeg får hjelp. (Dame, 84 år)

I definisjonen av livskvalitet regnes smerte som negativt for opplevelsen av egen situasjon. I mitt materiale er det svært mange som har kroniske sykdommer og store smerter. Dette skulle tilsi at eldre med svekket helse har dårligere livskvalitet enn eldre med fravær av sykdom. Men samtidig har personer med kroniske sykdommer evnen til over tid å justere sine forventninger til tilværelsen. De lærer seg å leve med sykdom, og med det å mestre situasjoner som i begynnelsen virker håpløse (Nord 1992:14). Den som rammes av sykdom, kan til og med vinne selvtillit og selvfølelse gjennom vellykket mestring (Nord 1992, Mastekasaa m.fl. 1988).

Jeg har tenkt at jeg skal være glad så lenge jeg kan spise sjøl. Det har jo vært vanskelig en tid. Nå kan jeg ikke gre håret mitt eller noen ting. Det kan jo virke tungt, men det er ingen råd med det. (Dame, 84 år)

På den annen side er det også slik at kronisk syke utmattes av sine plager over tid, og mister gnisten. Nord (1992) trekker fram pasienter med kroniske smerter og sterk avhengighet av andre som eksempel på dette.

Jeg måtte ta det ene benet. Og så var jeg lam i det andre. Og så hadde jeg fått sånn, hva var det nå de kalte det, astmaslag. Derfor kom jeg hit. [...] Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Jeg hadde ikke lyst til å leve lenger. Jeg syntes ikke jeg hadde mer å leve for. [...] Jeg synes ikke dette er noe liv! Jeg er så vital, så jeg passer ikke til dette her. Ligge sånn... (Dame, 79 år)

Eldre på sykehjem har som nevnt ofte svekket helse og dårlig funksjonsevne, og mange har et stort hjelpebehov. Likevel ser dette sjelden ut til å påvirke deres opplevelse av å ha det godt. De evner å justere forventningene til livet i takt med forringelsen av helsen. Det var bare en 79-årig pasient som gav uttrykk for at helsesituasjonen hennes, som førte til at hun måtte på institusjon, reduserte livskvaliteten drastisk.

Livskvaliteten syntes gjennomgående å være høyere på landet enn i byen blant mine informanter. På sykehjem utenfor Oslo var det langt flere som deltok i *aktiviteter*. Her delte informantene oftere rom med andre, og sa seg fornøyd med det. Videre samlet de seg oftere på stua til *sosialt samvær* på sykehjem utenfor byen. I mitt materiale identifiserte jeg ingen forskjell i kapasiteten til å justere forventninger til egen mestring, og med det evnen til å avpasse og bevare *selvfølelsen*. Jeg registrerte at selv om hjelpebehovet var klart større i byen, hadde informantene på landet et mer realistisk forhold til sitt eget hjelpebehov. *Trygghetsfølelsen* i forhold til sykehjemmet var like dyptfølt i byen som på landet.

6.6 Trivsel på og tilfredshet med sykehjemmet

Alt i alt ser det ut til at de fleste informantene er fornøyde med tilværelsen, og at de trives på sykehjemmet. Halvparten av informantene sier de trives godt på sykehjem. Resten av materialet fordeler seg på en skala, hvor vi i den motsatte enden finner tre som sier at de mistrives. Det ser ut til å være langt mellom de to ytterpunktene, og store forskjeller i sykehjemspasientenes trivsel. Evnen til å trives ser ut til å påvirkes både av indre forhold, som fysisk og psykisk tilstand, og av ytre forhold som sykehjemssystemets fleksibilitet. Trivselen blant mine informanter synes å være mest svekket i de tilfellene hvor sykehjemssystemet mister sin fleksibilitet. I de tilfellene hvor det ikke tas hensyn til pasientenes uttalte ønsker og behov, risikerer en at mistrivselen styrkes.

Det var ti informanter som sa seg godt fornøyde med tilværelsen. På landet svarte sju personer helt uforbeholdent at de hadde det veldig bra. I byen var tre udelt positive.

Jeg kan ikke ha det bedre på mine siste dager. Siden jeg kom hit føler jeg meg helt trygg. Uten å fordre for mye av ungene. (Dame, 91 år)

Fire pasienter, to av dem i byen, trakk litt på det, og sa de hadde det bra, med visse forbehold knyttet til helse og savn av privatliv og enerom. Tre pasienter hadde en mer nøytral tilnærming til trivselsspørsmålet.

Jeg har ikke vært her så lenge, men det er allright. Jeg føler ikke trang til noe annet. (Mann, 78 år)

Tre pasienter sa rett ut at de mistrivdes. Alle var på sykehjem i byen. Et annet fellestrekk var at de var kommet direkte fra sykehus og inn på sykehjemmet. To av dem begrunnet mistrivselen med ubehaget ved å dele rom med en annen person. I det ene tilfellet hadde vedkommende blitt lovet enerom, men måtte i stedet dele rom med en aldersdement pasient. Hovedårsaken til mistrivsel hos to av disse tre synes å være informasjonsbrist og umyndiggjøring

Sant å si trives jeg ikke. (Dame, 80 år)

Et felles kjennetegn ved de tre som sier de mistrives, er at de er 80 år eller yngre. Jeg velger her å kalle dem de yngre eldre. En del av de yngre eldre er mer kritiske til sykehjemmet enn hva som er tilfelle blant de eldste eldre i mitt materiale. En grunn til dette kan være at de yngre eldre har vanskeligere for å nedjustere sine forventninger til seg selv og sine omgivelser, enn for eksempel en person på 90 år. De kan ha jevn gamle venner og ektefelle som fortsatt bor hjemme, og ofte

en annen forestilling om hva livet skal by på, enn de som er eldre. Dette kan peke i retning av at nye generasjoner stiller høyere krav til sykehjemmet.

Svaret på trivselsspørsmålene styres i stor grad av tilvante standarder, og av de forventningene pasientene har til seg selv og til oppholdet. Det inntrykket en får av sykehjemstilværelsen gjennom media, er ofte grått og trist, og kan bidra til å redusere forventningene til oppholdet. Besøk på sykehjem, korttidsopphold og historier fra andre, kan være med på å gi et mer nyansert bilde av livet på sykehjem. Samtidig kan forventningene justeres når en kommer dit selv. Visse forhold ved sykehjemmet, som mulighet og vilje til å tilfredsstille den enkeltes behov, påvirker tilfredsheten. De ansattes holdninger og handlinger, samt pasientenes personlige evne til å tilpasse seg og mestre nye situasjoner, har også stor betydning. Det er også fullt mulig å være misfornøyd med forhold ved sykehjemmet, og trives på samme tid.

Jeg har det førsteklasses. De gjør alt for oss. Vi får all den servicen vi kan få. [...] Jeg har ingen sorger og bekymringer. Jeg har det godt. (Dame, 87 år)

For mange pasienter blir sykehjemmet deres hjem for resten av livet. Derfor er det en uttalt målsetting at bofunksjonene bør gjøres så hjemlige som mulig. Pasientene, som får fast plass, skal kunne medbringe egne møbler, gjenstander og bilder (Sosial- og helsedepartementet 1990).

Er det mulig å gjøre en institusjon hjemlig? Værelsene er som regel små, og nødvendige gjenstander som seng, stol og bord opptar mesteparten av golvplassen. De lange korridorene er med på å forsterke institusjonspreget. Vel en firedel av informantene hadde tatt med seg gjenstander hjemmefra – stoler, fjernsyn og kommoder. Litt over halvparten hadde hengt opp bilder av sin nærmeste familie.

Er hjemlighet en viktig dimensjon for pasientenes tilfredshet med sykehjemmet? En mann syntes det bare var noe tull å ta med seg noe hjemmefra. En dame ville ikke belaste familien mer enn hun allerede hadde gjort. Hun ville ikke be slekta om å ta med noen av møblene eller bildene hennes. Som typisk representant for sin generasjon ville hun heller ikke ødelegge de fine veggene med spikerhull.

Alt skrottet fikk jeg med hjemmefra. Betyr ingen ting for meg. (Mann, 80 år)

Nei, jeg har tenkt på det. Nå når jeg er borte, må de rydde og ordne etter meg. Sønnen har allerede ordnet med leilighet en gang, og at de skal måtte rydde og ordne en gang til. Det er for mye bry. [...]Jeg vil ikke spikre opp bildene. For det er så fine vegger. Jeg har dem i minnet. (Dame, 87 år)

Det er vanskelig, og i mange tilfeller umulig, å gi pasienter som må dele rom med en annen person, en følelse av hjemlighet. I verste fall kan det være at den fremmede skiftes hyppig ut og erstattes av en annen fremmed. En viss form for stabilitet er en forutsetning for at noe skal kunne kalles et eget hjem. Hvis ikke, blir oppholdet mer å regne som besøk. To pasienter fortalte at de ventet med å bringe gjenstander med hjemmefra, til de fikk enkeltværelse. Først da ville sykehjemmet oppfattes som et hjem.

Får jeg enerom, har jeg flytta hit. Da tar jeg med meg ting hjemmefra. Tømannsrom er en dårlig løsning, så derfor skulle man absolutt ha eget rom. Det burde være en selvfølge når en kommer på sykehjem. (Mann, 78 år)

Det synes vanskelig å skape hjemlighet i en institusjon. Bygningsmassen gjør det vanskelig, og medisinsk behandling og utstyr krever stor plass. Det ser heller ikke ut til å være av avgjørende betydning blant mine informanter. Tilfredsheten med sykehjemmet synes å styres av andre forhold.

Gir ovenstående avsnitt om de subjektive størrelsene livskvalitet og trivsel, et riktig bilde av denne siden ved informantenes tilværelse på sykehjem? Jeg mener det, blant annet på grunn av den store variasjonen i svarene på disse spørsmålene. Hvis alle informantene hadde gitt uttrykk for høy livskvalitet og trivsel, ville det gitt grunn til å trekke svarkvaliteten i tvil. Ved å kartlegge og sammenholde flere av faktorene som virker inn på den subjektenes følelsen av å ha det godt, og videre sammenholde disse svarene med informantenes svar på trivselsspørsmålet, har jeg samtidig oppnådd å kontrollere påliteligheten eller relevansen av svarene på spørsmål knyttet til livskvalitet. Der informantene sier at de har det bra, på tross av svekket helse eller et ønske om å dø, har jeg hatt muligheten til å konfrontere dem med dette. I tillegg kan informantenes svar sammenholdes med deres kroppsspråk – som fakter, latter og gråt – under hele samtalen. Samlet gir dette grunn til å vurdere svarkvaliteten som god.

6.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg søkt å gi et innblikk i pasientenes sykehjemstilværelse, strukturert etter begrepskjemaet på side 21. Først utdypet jeg hva Strengenhagen-

utvalget (1994) legger i god *eldreomsorg*, og hva pasientene selv er opptatt av. Strengenhagenutvalget og pasientenes syn er i all hovedsak sammenfallende, bortsett fra på ett punkt. En del pasienter etterlyser mer sosial kontakt og nærhet fra omsorgsutøverne.

Jeg har videre tatt utgangspunkt i en teori om at sykehjem skaper *avhengighet* hos pasientene. Systemet reduserer pasientens autonomi, og skaper dermed avhengighet hos pasientene utover det deres alder, helse og førlighet skulle tilsi. Townsend (1981) hevder at lav bemanning, streng håndheving av rutiner, fratrekk i pensjon og behandlingsideologien kan være avhengighetsfremmende. Jeg finner kun svake tendenser til at disse faktorene skaper avhengighet hos pasientene.

Pasientene beskriver de ansatte i svært positive ordelag, og sier seg fornøyde med måten de håndhever rutinene på. Flere fortalte at de ventet i det lengste med å spørre om hjelp. Dette kan føre til undertrykking av behov og etter hvert til passive pasienter. Et par informanter fortalte at de ikke etterspurte gåtreening fordi de så at personalet hadde for mye å gjøre. En konsekvens av dette er at de ikke når et høyere mestringsnivå, men i stedet stagnerer og i verste fall svekkes ytterligere. Rutinene representerer mange steder trygghet og forutsigbarhet i hverdagen. Informantene gir oftere uttrykk for *hengivenhet* overfor omsorgsutøverne, enn for avhengighet av dem. Samtidig er det en del som tyder på at pasientene til en viss grad blir avhengige av rutinene, ved at disse blir viktigere enn alt annet. De evner eller lyster ikke å skape sin egen hverdag, selv om dette ved mange sykehjem er en uttalt målsetting.

Betalingsordningen synliggjør informantenes følelse av *resignasjon* i forhold til systemet. Jeg tviler på at kravet om vederlag for opphold på institusjonen virker avhengighetsskapende for mine informanter, samtidig som jeg ikke avviser at det kan føre til avhengighet hos enkelte pasientgrupper. Kanskje spesielt pasienter med lav pensjon og lang fartstid på institusjon.

I mange sykehjem er tilbudet om sosiale aktiviteter svært tradisjonelt, og sammen med pasientenes helsetilstand virker dette negativt på graden av deltakelse. I tillegg ser det ut til at informantene sjelden oppmuntres til å delta, slik at de indirekte fratas muligheten til å øve opp egne ferdigheter. Alternativet er ofte passivitet. Pasientenes mestringsnivå bedres ikke, og det fører til at de blir like eller i verste fall enda mer avhengige av hjelp.

Identiteten trues i sykehjemmet, av systemet og av dem som befolker det. Den såkalte totale institusjonen søker å forme pasienten, og på grunn av kapasitetsproblemer behandles pasientene ofte som en ensartet gruppe. I all hovedsak ser det ut til at informantene behandles med respekt. Samtidig observerte jeg enkelte tilfeller hvor effektivisering av pleie og omsorg tok form av umyndiggjøring, ved at informantenes individuelle behov ikke ble tatt hensyn til. Dette kan svekke deres selvilde og skape resignasjon og passivitet. Her må

det tillegges at enkelte informanter syntes styrket å ha møtt motstand fra sykehjemmets side.

Pasientene har krav på informasjon, og de skal kunne delta i avgjørelser som angår deres hverdag. Men informasjonen i sykehjemmet synes mange steder mangelfull, noe som i enkelte tilfeller kan skape utrygghet. Medbestemmelse ser ikke ut til å være et viktig tema for mine informanter. Hovedgrunnen til dette er antakelig at deres svekkede helse og førlighet reduserer både evne og lyst til deltakelse. Derfor er det spesielt viktig å være lydhør overfor pasientenes ønsker i hverdagen. Besøk fra familie og venner bidrar til å styrke pasientenes følelse av trygghet og stimulerer deres tidligere identitet eller gamle jeg. Det å ha enerom er for enkelte av avgjørende betydning for evnen til å opprettholde identitetsfølelsen, men dette gjelder langt fra alle.

Pasientenes *livskvalitet*, eller følelse av å ha det bra, påvirkes av deltakelse i aktiviteter, sosiale relasjoner, selvfølelse og en underliggende grunnstemning. Sykehjemspasienter har ofte svekket helse og nedsatt funksjonsevne, men dette påvirket ikke mine informanters livskvalitet i nevneverdig grad. De nedjusterte sine forventninger til livet i takt med alderdomsprosessen og forringelsen av helse og funksjonsevne. Med bakgrunn i denne helsesituasjonen er interessen for å etablere nye sosiale relasjoner redusert, men informantene i mitt materiale får i stor grad dekket behovet for sosiale relasjoner gjennom besøk utenfra. Sosialt samvær innad i sykehjemmet var begrenset, noe som kan skyldes at mine informanter var forholdsvis nyinnflyttede. Selv om de tilbringer mye tid for seg selv, føler de seg sjelden ensomme. Selvfølelsen varierer noe, men opprettholdes hos de fleste, fordi de justerer og dermed mestrer egne standarder. Sykehjemmet gir de eldre en varig følelse av trygghet, som er viktig for en positiv vurdering av livskvaliteten. De basale behovene dekkes, og bekymringer og angst for ikke å mestre morgendagen, synes fraværende blant mine informanter på sykehjemmet. De gir inntrykk av å ha en jevn og positiv grunnstemning, basert i all hovedsak på trygghet. Ved å sammenlikne svarene deres i et eget analyseskjema over livskvalitet, går det fram at minst halvparten jevnt over har god livskvalitet. Noen få har lav livskvalitet.

Alt i alt gir de fleste av mine informanter inntrykk av å trives godt på sykehjem. Ikke like mange uttrykker tilfredshet med sykehjemmet. Kritikken mot ulike forhold ved sykehjemmet er større i byen enn på landet. Pasientene på sykehjem i byen er oftere kritiske til betalingsordningen, og viser også mindre interesse for sosialt samvær med de andre på avdelingen. I mitt materiale er det flere av sykehjemspasientene på landet som har høy livskvalitet, enn blant pasientene i byen, og flere som sier at de trives godt på sykehjemmet. De deltar oftere i aktiviteter i regi av sykehjemmet, og setter større pris på å dele rom med

andre. Blant dem som sier at de ønsker å dø, bor de fleste på sykehjem i byen. Opplevelsen av egenverd og trygghet varierer lite mellom informantene i byen og på landet.

Dette behøver ikke bety at sykehjem på landet objektivt sett er bedre enn sykehjem i byen. Helsa og førligheten til informantene i byen var en god del dårligere enn blant informantene på landet. Det kan tyde på at terskelen for å få

plass på sykehjem i byen, er høyere enn på landet. Svekket helse og førlighet reduserer blant annet evnen til å delta i aktiviteter og lysten til å inngå nye sosiale relasjoner, noe som igjen kan påvirke livskvaliteten. Et annet moment som kan ha betydning, men som ikke direkte knytter seg til kvaliteten på sykehjemmet, er at flere av informantene på sykehjem utenfor Oslo har fortalt at de kjenner andre på avdelingen og blant de ansatte. Personalet er dessuten gjerne mer stabilt på landet, og dette kan også påvirke opplevelsen av tilværelsen i positiv retning. Kjennskap til andre pasienter og enkelte ansatte kan stimulere til deltakelse i aktiviteter og til økt sosialt samvær, og gjøre at den eldre gjennomgående føler seg tryggere.

Det at jeg finner lavest livskvalitet hos informanter på sykehjem i byen, kan skyldes at de har høyere forventninger til tilværelsen som helhet. Som nevnt var pasientene i byen mer kritiske til ulike sider ved sykehjemstilværelsen. Høyere forventninger kan skyldes at de var noe yngre, samtidig som flere hadde dårligere helse og førlighet enn hva som var vanlig på landet. Utenfor byen var de også mer realistiske i forhold til egen helse og eget hjelpebehov, noe som kan skyldes synligheten i mindre samfunn. Informantene på sykehjem utenfor storbyen kjenner oftere til hva som venter dem på sykehjemmet, og hva som forventes av en som pasient. På den måten avstemmes forventningene til oppholdet.

Dagens sykehjemspasienter synes å tilhøre en beskjeden generasjon, og når deres relativt beskjedne ønsker ikke tas til følge, kan dette føre til avmakt og mistriivsel. De tre som sier seg misfornøyde hører til blant de yngre eldre (80 år og yngre). Hovedårsakene til misnøye blant mine informanter er i hovedsak umyndiggjøring, men også svekket helse.

Kapittel 7

Sammendrag og diskusjon

Tre spørsmål har stått sentralt i denne rapporten. Det første spørsmålet omhandler eldres oppfatning av overgangen fra hjem til institusjon. Det andre spørsmålet angår pasientenes opplevelse av hverdagen på sykehjem. Det siste spørsmålet er om overgangen til og tilværelsen på sykehjem oppleves kvalitativt forskjellig blant eldre som bor henholdsvis på landet og i byen. I det følgende vil jeg oppsummere resultatene og diskutere noen av funnene.

7.1 Overgang til sykehjem

Helsesvikt er hovedårsaken til innleggelse i sykehjem. Blant informantene i mitt materiale, som var klare og orienterte ved innleggelsestidspunktet, var det i all hovedsak den *fysiske* tilstanden som var avgjørende. Et stort og økende hjelpebehov, som ikke kan dekkes av offentlige eller private hjelpere, utløser behovet for plass på sykehjem. I en del tilfeller orker eller kan ikke ektefelle eller barn ta det store ansvaret og det tunge stellet lenger. Men den kommende pasientens *psykiske* tilstand spiller også en viktig rolle. Tap av ektefelle, og særlig av barn, førte til at de eldre mistet den gnisten som hadde gjort at de lenge hadde klart seg hjemme på tross av svekket helse og funksjonstap. Angst og utrygghet, samt redselen for å ligge familien til byrde, er også avgjørende momenter bak beslutningen om å søke seg til sykehjem. I tillegg til helsesvikt er ensomhet, manglende sosialt nettverk og aldersdemens hovedårsaker til innleggelse på sykehjem (NOU 1992:1, 96).

Når det gjelder overgangen fra hjem til institusjon, ble omstillingsprosessen beskrevet som svært tung og smertefull av 19 av mine 20 informanter. Dette gjaldt først og fremst for dem som til en viss grad lever et selvstendig liv i eget hjem den ene dagen, for så neste dag å oppleve en ny hverdag, preget av avhengighet av andre og et nytt regime. Men også for dem som gradvis blir mer hjelpetrengende og avhengige av hjelp fra andre i eget hjem, er overgangen vanskelig. Institusjonslivet avskjærer de eldre fra deres vante

omgivelser og gjøremål. I en overgangsperiode, før en tilpasser seg institusjonslivet, mister en litt av kontrollen over hverdagens hendelser. Først etter en viss tid på sykehjemmet – lengden på denne er individuelt betinget – evner de eldre å få oversikt over situasjonen. De får kontroll over hendelsene, og oppnår på ny en såkalt ontologisk sikkerhet (jf Giddens i Kaspersen 1995). Det vil si at de får en bedre forståelse for den nye virkeligheten, og personene og gjenstandene som utgjør livet i sykehjemmet. Et realistisk forhold til egen helse og mestringsevne, støtte fra familie og venner samt informasjon om sykehjemmet og hva som forventes av en, gir en følelse av kontroll og letter overgangen.

I sykehjemmet ser jeg trekk hos mine informanter av det Goffman (1967) kaller den moralske karrieren. Det er en prosess som endrer den troen en har på seg selv og på andre som betyr noe for en. Pasientene formes av institusjonens regime, av de ansatte og til en viss grad de andre pasientene, og rollen som pasient blir etter hvert dominerende. Modelleringen av pasientenes identitet er den såkalt totale institusjonens målsetting, og i sin ytterste konsekvens materialiserer dette seg i form av passivitet. Denne prosessen tar tid, men flere informanter fortalte at de hadde forandret seg radikalt etter at de kom på sykehjem. Spesielt hos to av informantene observerte jeg passivitet og interesseløshet. Mange gav ulike uttrykk for resignasjon i forhold til systemet, noe som kan være de første stegene på den moralske karrieren.

For å takle den nye hverdagen, benyttet informantene i min undersøkelse seg av flere mestringsstrategier (Goffman 1967). Én strategi er å trekke seg inn i seg selv, såkalt *tilbaketrekking*, noe jeg observerte til dels sterke tendenser til hos to pasienter. Enkelte var kritiske, og til tider svært utilfredse, med ulike sider ved sykehjemmet. Dette synes som en naturlig reaksjon på et annet regime enn det man er vant til, men er like fullt beskrevet som *den uforsonlige holdningen* av Goffman. Som oftest gjenkjente jeg den motsatte innstillingen, hvor informantene sørget for å understreke det ønskelige ved å være på institusjon, såkalt *kolonisering*. En annen strategi, som er svært lik den sistnevnte, er den totale *omvendelsen*, hvor pasienten lever ut rollen som den perfekte klienten. Det synes klart at informantene henter trekk fra de ulike mestringsstrategiene i sine væremåter. Forskjellige kjennetegn ved disse reaksjonsmønstrene var svært tydelige hos de fleste pasientene jeg intervjuet. Formålet med de ulike handlesettene er å balansere spenningen mellom den hjemlige verdenen og livet i institusjon. Den vanskelige overgangen som er beskrevet ovenfor, sier noe om betydningen av å benytte ulike strategier for å finne seg til rette på sykehjemmet.

7.2 Velferd på sykehjemmet

Det andre hovedspørsmålet i dette prosjektet er knyttet til hvordan pasientene opplever hverdagen på sykehjemmet. Deres oppfatninger har jeg sett i lys av fire temaer, omsorg, selvråderett, identitetsbevarende pleie og livskvalitet.

Overvekt av medisinsk omsorg

Strengenhagenutvalget (1994) slår fast at ivaretagelsen av livsnødvendige behov er en forutsetning for god eldreomsorg. Dette er helt i tråd med hva informantene i dette materialet oppgir som det viktigste i deres hverdag. Kravene til god eldreomsorg avviker bare på ett punkt; enkelte pasienter savner bedre ivaretagelse av psykososiale behov. Omsorgsarbeid i sykehjem har innslag av både tekniske/ medisinske tjenesters som rent pleiarbeid, og psykososiale oppgaver som knytter seg til varme, nærhet og sosial kontakt. Informantene savnet ikke den tekniske/ medisinske omsorgsformen, noe som tyder på at sykehjemmet ivaretar denne oppgaven. Vennlige kommentarer utover småpratningen under spise- og stelletider ble nevnt som ett eksempel på hvordan behovet for psykososiale oppgaver kunne møtes. Dette stemmer overens med funn i liknende undersøkelser (jf Sørensen 1994 og Pedersen og Jensen 1995).

Skapt avhengighet?

En påstand som ofte framsettes er at aldersinstitusjoner produserer avhengighet hos pasientene utover det som hører til den naturlige aldringsprosessen. Townsend (1981) argumenterer for at sykehjemmets rigide regler, strenge håndheving og dårlige bemanning innskrenker pasientenes selvråderett og utvikler en sterkere avhengighet hos dem. Videre viser han at fratrekk i pensjonen skaper en sterkere økonomisk avhengighet av institusjonen, og at behandlingsideologien fremmer avhengighet ved at den stiller krav til passivitet og underordning.

Påstanden om at institusjoner frambringer avhengighet, synes som et for sterkt angrep på 1990-åras norske sykehjem. En hovedinnvending er at dekningsgraden i sykehjem har gått ned det siste tiåret, mens pleietyngden har steget. Dette tilsier at når eldre først får plass på sykehjem, er de allerede helt avhengige av døgkontinuerlig pleie og omsorg. Townsend viser da også til en del engelske undersøkelser som ble gjennomført i slutten av 50-åra og opp mot 70-åra.

Likevel vil jeg hevde at det er en del å hente i Townsends tilnærming til det han kaller strukturert avhengighet. Sykehjemmene har et stort kontrollpotensiale over pasientene i og med de faste rutineene. Dagene struktureres av bestemte klokkeslett for morgenstell, måltider og leggetider. De faste

gjøremålene gjennomføres ofte på bekostning av fleksibilitet og tilrettelegging for individuelle behov. Rutinene, som ofte begrunnes med og ofte bunner i lav bemanning og få ressurser, er med på å strukturere pasientenes avhengighet. Mine informanter godtok i stor grad de faste rutinene, og hadde lært seg å sette pris på dem. Samtidig synes det som om de var avhengige av rutinene. De evnet ikke å forme sin egen hverdag i institusjonen og velge sin egen døgnrytme, slik forskriftene åpner for (Sosial- og helsedepartementet 1990).

Forholdet mellom pasienter og ansatte domineres av takknemlighet og hengivenhet fra pasientenes side. Informantene godtok pleiernes forklaringer om at de har mye å gjøre og dårlig tid. Derfor unnlot de å bry de ansatte utover det som var høyst nødvendig for å klare seg gjennom hverdagen. To kvinner gav i tillegg uttrykk for at de var redd for å være til bry. Noen av informantene ønsket flere og andre aktiviteter. Samtidig er forståelsen for de ansattes situasjon så stor at de unnlater å etterspørre for eksempel gåtreening. Fravær av trening forhindrer vedlikehold og opptrening av ferdigheter. Dette kan føre til at pasientene blir mer avhengige av hjelp enn hva helsetilstanden og førligheten skulle tilsi. Lav bemanning og få ressurser skaper ikke nødvendigvis avhengighet av personalet, men kanskje like gjerne *hengivenhet*.

Pasienter på institusjon får grovt sagt trukket tre-firedeler av pensjonen sin som betaling for oppholdet (Sosial- og helsedepartementet 1992). Fratrekket i pensjonen kan forhindre enkelte pasienter fra å delta i en del av de aktivitetene som koster penger. Dette gjaldt i liten grad mine informanter, som maksimalt hadde tilbrakt seks måneder på sykehjem. Andre pasienter, med lav pensjon og lengre fartstid på sykehjem, fortalte at de ikke syntes de hadde råd til å delta på aktiviteter. De ble værende på sykehjemmet når de andre reiste ut, og deltok bare på arrangementer som var gratis. Dette gjør pasientene avhengige av at sykehjemmet arrangerer aktiviteter hvor de kan delta. Hvis dette ikke skjer, kan det i sin ytterste konsekvens føre til resignerte og passive pasienter.

Identitetens vilkår

Identiteten eller selvbildet er foranderlig. Bildet en har av seg selv, formes blant annet i sosiale relasjoner, og kan påvirkes av både ansatte, andre pasienter og selve sykehjemssystemet. Forskriftene slår fast at pasienter skal behandles med respekt og verdighet (Sosial- og helsedepartementet 1990). Dette er hovedregelen i sykehjemmet. Men effektivitetshensyn kan medføre at sykehjemmet overser pasientenes ønsker og behov, og videre at deres særegenheter risikerer å svinne hen. Jeg observerte at flere informanter ble utsatt for respektløse og umyndiggjørende handlinger fra personalets og sykehjemmets side. Dette førte

til et svekket selvbylde for enkelte informanter, men noen så ut til å vokse seg sterkere av motgang og umyndiggjøring.

Besøk utenfra har stor betydning for pasientene og deres selvbylde. Familie og venner bekrefter og styrker rollen som mor eller far eller venn, roller som er i ferd med å miste sin kraft i institusjonstilværelsen (jf Goffman 1967). Informantene jeg intervjuet, fikk ofte besøk. Dette skyldes nok at de hadde bodd forholdsvis kort tid på sykehjem, og at alle var klare og orienterte. Alle, så nær som én, fikk besøk av slekt og venner minimum to ganger i uka, og flere hadde besøk hver dag.

Muligheten til privatliv kan også være med på å opprettholde pasientenes opprinnelige selvbylde. Ved å henlede oppmerksomheten mot livet og personene som hører til utenfor institusjonen, søker sykehjemspasientene å fortsette historien som utspilte seg der, og å opprettholde rollene de hadde fra før de ble pasienter. Lite kontakt med de andre pasientene kan bety at de ikke (ønsker å) identifisere seg med de andre pasientene som er syke, gamle og hjelpetrengende. Det kan også være at de trenger lang tid på å bli kjent med de andre på avdelingen, og flere fortalte at de ikke kom overens med de andre pasientene. En annen forklaring er deres svekkede helsetilstand. De har rett og slett ikke overskudd til eller interesse av å inngå nye bekjenskaper og vedlikeholde dem. Samtidig kan asosialiteten tolkes som en avstandstaken til institusjonen som sådan. Pasienter som aktivt deltar i det sosiale livet som utspiller seg på sykehjemmet, har oftere godtatt og internalisert rollen som pasient. De kan fortsatt være opptatt av besøk utenfra, men nå er ikke hovedhensikten å fortsette den gamle historien og stimulere det gamle selvbildet, men å flette tidligere bilder inn i deres nye fortelling og rolle som pasient.

Høy livskvalitet

Høy livskvalitet er det samme som å ha det godt. Her defineres livskvalitet som et resultat av det å være aktiv, delta i sosiale relasjoner, ha en god selvfølelse målt i forhold til mestringsevne og en positiv grunnstemning som trygghet (jf Næss 1986).

Halvparten av informantene deltok mer eller mindre aktivt i sosiale aktiviteter i regi av sykehjemmet. Hovedårsaken til at den andre halvparten ikke deltok, var svekket helse og funksjonsevne. Noen klaget over at det sjelden ble arrangert aktiviteter. Tilbudet syntes mange steder dårlig tilpasset pasientenes ulike ønsker og behov, samtidig som informasjon om de ulike aktivitetene ikke alltid nådde fram til de potensielle brukerne. Som nevnt ovenfor hadde mange informanter lite kontakt med de andre pasientene på avdelingen. Halvparten av dem hadde problemer med å ta kontakt og kommunisere med andre på grunn

av svekket helse og nedsatt funksjonsevne. Det store innslaget av aldersdemente og pasienter med psykiske lidelser reduserer også muligheten til å finne likesinnede. Informanter med enkeltværelse tilbrakte mye tid på rommet sitt, og flere fortalte at de ikke kom overens med de andre pasientene på avdelingen. De fleste informantene justerte forventningene til eget mestringsnivå i takt med redusert helse og førlighet, noe som gjorde at de opprettholdt selvfølelsen. Sykehjemmet bevarer pasientenes grunnstemning av trygghet, blant annet ved å sørge for å dekke de basale behovene. Ved å sammenstille informantenes svar i et eget analyseskjema over livskvalitet, går det fram at minst halvparten av mine informanter oppgir å ha forholdsvis høy livskvalitet, og at det er svært få som har lav livskvalitet.

Vel halvparten av informantene i mitt materiale passer overens med det bildet som statistikken tegner av sykehjemspasienten: en person med store funksjonstap og behov for omfattende pleie. I mitt materiale identifiserte jeg ingen klar sammenheng mellom svekket helse og livskvalitet. Pasienter med svekket helse, store funksjonstap og smerter tilpasser seg i all hovedsak til livssituasjonen, og svarer ikke annerledes enn pasienter med mindre funksjonstap og bedre helse på spørsmål som knytter seg til trivsel.

Trivsel og mistrivsel

Halvparten av mine informanter sier at de trives godt på sykehjemmet. Noen trekker på det, og sier de har det bra på tross av dårlig helse. Et par informanter gir nøytrale svar på spørsmålet, mens tre stykker sier rett ut at de mistrives. Umyndiggjøring og en påfølgende avmaktsfølelse er en kilde til irritasjon hos flere av dem jeg intervjuet. I noen tilfeller blir avmaktsfølelsen dominerende og utvikler seg til sterk mistrivsel. Faktorene som virker inn på trivselen er svært sammensatte, og individuelt betingede. Men jeg identifiserte én sterkt medvirkende faktor til mistrivsel: ydmykelsen ved å ikke bli hørt, at uttrykte ønsker og behov ikke ble tatt til følge. I to av tilfellene medvirket det å måtte dele rom med en annen person, mot sin vilje, til sterk mistrivsel. I det tredje tilfellet var det svært redusert helse som førte til mistrivsel.

7.3 Forskjell på by og land

Opplever eldre som bor utenfor storbyen, det å flytte og det å bo på sykehjem kvalitativt annerledes enn eldre som bor i byen? Små samfunn er mer oversiktlige, og det hevdes at samholdet i familien og mellom venner og naboer er tet-

tere og mer varig enn i byen. I denne undersøkelsen har jeg funnet at støtte fra familie og venner letter overgangen til sykehjemmet. Informasjon om hva som venter en og hva som forventes av en på sykehjemmet, gir oversikt over prosessen. Videre gir denne kunnskapen pasientene en følelse av kontroll og trygghet. Dette tilsier at det å flytte og det å bo på sykehjem, vil oppleves mer positivt for eldre på landet, enn for eldre i byen.

Informantene som bor i byen, beskriver flyttefølelsen i mer negative ordelag enn hva informantene på landet gjør. Der har de et mer nyansert forhold til flyttingen. Informantene utenfor byen uttrykker også et mer realistisk forhold til egen helse og eget hjelpebehov, og dette fører til at de lettere tilpasser seg tilværelsen på sykehjemmet. I mitt materiale er det tydelig at sykehjemspasientene på landet gjennomgående trives bedre enn dem som bor i byen. Mistrivselen er helt klart størst i byen. Der er det flere som er kritiske til ulike sider ved sykehjemmet, som for eksempel betalingsordningen. Videre deltar de sjeldnere i aktiviteter i regi av sykehjemmet, og de har mindre sosialt samvær med andre pasienter. Fire av de fem pasientene som sier de har ønsket eller ønsker å dø, bor også i byen. Pasienter i byen fikk noe oftere besøk enn informantene på landet. Pasientenes hjelpebehov er gjennomgående større i byen enn på landet, og i mitt materiale har de også dårligere helse.

På landet er det liten eller ingen forskjell å spore i trivselen blant de eldre og de yngre pasientene. Her deltar flere av pasientene i aktiviteter, enn hva som er tilfelle blant pasientgruppa i byen, og de deltar oftere. Alle sammen godtar at de må betale for oppholdet, bortsett fra én mannlig pasient. Informantene som bor på landet, deler oftere rom med andre, men sier seg likevel oftere fornøyde med dette enn det sykehjemspasientene i byen gjør. Flere av informantene fortalte at de kjente andre pasienter på sykehjemmet, men mange av bekjenskapene fra tidligere var demente, og kjente ikke informanten lenger. Sykehjemspasientene på landet hadde også oftere glede av andre pasienters besøk.

Opplevelsene og erfaringene knyttet både til flytteprosessen og til dagliglivet på sykehjemmet, er kvalitativt forskjellige for de informantene som bor på sykehjem henholdsvis på landet og i byen. Summa summarum er informantene fra sykehjem i byen mer negative både til flytteprosessen og til hverdagsopplevelsene på sykehjemmet. Dårligere helse og generelt større hjelpebehov kan forklare noe av forskjellen. Helsetilstanden og hjelpebehovet vil virke inn på evnen til å delta i aktiviteter, og antakelig på behovet for ro og privatliv. Jeg kan likevel ikke si sikkert om sykehjem på landet er kvalitativt bedre enn sykehjem i byen. Forventningene til tilværelsen synes å være høyere hos informantene som bor i byen, enn hos de som bor utenfor byen. På landet synes det som om de eldre oftere har bedre kjennskap til og kunnskap om hva flytteprosessen og sykehjemstilværelsen innebærer. På denne måten kan de eldre

utenfor byen lettere justere forventningene i takt med hva det er realistisk å forvente av omgivelsene, og derfor også lettere finne seg til rette.

7.4 Politiske implikasjoner

Ulike eldre

Pasientene på sykehjem er ingen enhetlig gruppe. I mitt materiale, hvor jeg valgte informanter ut fra en del felles bakgrunnsvariabler, gav store og for meg uventede individuelle forskjeller seg til kjenne. På mange områder hadde informantene felles interesser, blant annet et grunnleggende behov for stell og pleie. Behovet for enerom og privatliv, for eksempel, kunne derimot variere sterkt. Likebehandling ut fra rasjonalitetshensyn er et særtrekk ved den såkalt totale institusjonen som står i sterk kontrast til den enkelte pasientens behov for individuell behandling. Når den offentlige målsettingen for eldreomsorgen er en bedre hverdag for alle brukerne, blir det en utfordring for sykehjemmet å være mer fleksibel i forhold til pasientenes individuelle behov. Dette betyr ikke nødvendigvis fleksibilitet på alle områder. Blant mine informanter var de fleste fornøyde med rutinene, men som nevnt etterlyste noen av dem mer sosial kontakt med de ansatte. Dette er en dimensjon som ikke nevnes av Strengheggenutvalget (1994).

Beboere i institusjon skal informeres om endringer som har betydning for deres liv og trivsel i boformen. Videre slår forskriftene fast at pasientene skal tas med på råd, og at de skal være representert i eventuelle styrer for institusjonen (Sosial- og helsedepartementet 1990). Ingen av mine informanter var representert i styret på sykehjemmet, og mange hadde ikke klart for seg om det eksisterte «noe sånt» på deres institusjon. I tillegg var mange av informantene så svake at de ikke maktet og evnet å delta i avgjørelser med betydning for deres hverdag. Derfor er det viktig å være lydhør for pasientenes ønsker og behov. Når pasientenes relativt beskjedne krav ikke etterfølges, kan det føre til avmakt og resignasjon. En slik avmaktsfølelse gav flere informanter uttrykk for. Brukerrepresentasjon står i fare for å bli et honnørord ved sykehjemmene, blant annet fordi terskelen for å få plass er så høy. Deltakelse i sykehjemsdemokratiet er ikke alltid et reelt alternativ for syke eldre, og risikoen for at det ikke vil fungere, er stor. Alternative og mer uformelle kanaler, som å henvende seg til avdelingssykepleier eller lege, ser ut til å være mer naturlig for mine informanter.

Egne valg

Retten til privatliv og enerom er et politisk mål og en fanesak for de fleste organisasjonene som taler de eldres sak. Blant sykehjemspasientene er det ulike syn på hvor viktig det er å ha enerom. Av mine informanter bodde 13 på dobbeltrom. Seks av disse sa seg svært fornøyde med dette, eller forholdt seg nøytrale til det å dele rom med en annen person. To ventet tålmodig på at det skulle bli deres tur til å få enkeltrom. Resten (fem) var svært negative til å måtte dele rom. For fire stykker var ubehaget så sterkt at det til tider overskygget de positive sidene ved oppholdet. Muligheten til *selv å kunne velge* enkelt – eller dobbeltrom var helt klart svært viktig for pasientene.

Hjemlighet kontra medisinske behov

For de fleste sykehjemspasientene blir institusjonen deres siste hjem. Forskriftene understreker at bostedene skal hjemliggjøres (Sosial- og helsedepartementet 1990). De fleste sykehjemmene jeg var på, ble bygd for flere tiår siden. Dette var i en periode hvor sykehusene sto modell, og ideen om hjemlighet var ikke særlig framtreddende. I en del sykehjem, hvor lange, sterile korridorer og små stuer dominerer, er det vanskelig å skape hjemfølelse. I sykehjem med ingen eller få og små møteplasser, dempes også muligheten for naturlig kontakt pasientene i mellom. Muligheten til privatliv, som for mange er avgjørende for å oppnå en såkalt hjemfølelse, forhindres effektivt når pasienter plasseres på tomannsrom mot sin vilje. Informantene divergerte i synet på hvor viktig det var å kunne føle seg hjemme på institusjon. Flere informanter syntes det var pent på avdelingen, og mange var tilfredse med sykehjemmet.

Det synes vanskelig å kombinere medisinsk behandling av tungt pleietrengende pasienter med det å skape hjemlighet, særlig i eldre sykehjem. Medisinsk behandling krever blant annet plass for hjelpemidler som sykesenger, rulle- og gåstoler. Spørsmålet blir da hva som er viktigst for pasienter på sykehjem. Med hensyn til det gjennomgående dårlige helsebildet til pasienter på sykehjem i dag, må det viktigste være å gi rom for medisinsk behandling. Blant mine informanter fant jeg heller ingen sterke holdepunkter for at hjemlighet på sykehjemmet var en viktig dimensjon i livene deres.

7.6 Forskningsmessig implikasjon

Til tross for lover, forskrifter og en betydelig ressursinnsats, er ikke alle brukere av eldreomsorgen sikret ivaretagelse av grunnleggende behov. Strengenhagenutvalget (1994) påpeker at vi fortsatt ikke vet nok om i hvilken grad tjenesten tilfredsstiller brukernes behov. For å bote på dette etterlyses det representative brukerundersøkelser, hvor eldre gis muligheten til å komme med sine synspunkter

Litteraturliste

Bjelland, Anne Karen (1982), *Aldring og identitetskrise. En studie i et aldershjems livsmiljø*. Skriftserie nr. 27. Sosialantropologisk institutt. Universitetet i Bergen

Christie, Nils (1982), *Hvor tett et samfunn?* Oslo: Universitetsforlaget

Daatland, Svein Olav (1994), *Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikens tilbud og tjenester*. NGI-rapport 1/94. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

Dahl, Espen og Pernille Vogt (1996), *Ensom og ulykkelig?* Fafo-rapport 185. Oslo: Fafo

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (1991), *Aldersdemens. Fakta og utfordringer*. Granli senter: INFO-banken

Egeland Line og Elisabeth Gjerberg (1995), *God kvalitet? En analyse av sykehjemmene i Oslo slik avdelingslederne ser det*. Arbeidsrapport nr. 8. Oslo: Folkehelse

Ekström, Mats (1994), *Residential Relocation, Urban Renewal and the Well-being of Elderly People*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis

Gjerberg, Elisabeth (1995), *Kvalitet i sykehjem? En analyse av sykehjemmene i Oslo slik avdelingssykepleierne ser det*. Arbeidsrapport nr. 2. Oslo: Folkehelse

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

Hagen, Kåre og Anne Britt Djuve og Pernille Vogt (1994), *Oslo : den delte byen?* Fafo-rapport 161. Oslo: Fafo

Hellevik, Ottar (1977), *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Jensen, Karen (1990), red. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal

Kaspersen, Lars Bo (1995), *Anthony Giddens - introduktion til en samfundsteoretiker*. København : Hans Reitzels forlag

Lingsom, Susan (1991), *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. Institutt for sosialforskning. Oslo : INAS-rapport 5

Mastekaasa, Arne, Torbjørn Moum, Siri Næss og Tom Sørensen (1988), *Livskvalitetsforskning*. Rapport 1988:6. Oslo: Institutt for samfunnsforskning

Nord, Erik (1992), *Bedømming av pasienters livskvalitet. En litteraturstudie*. Forskningsrapport nr. F 1/1992. Oslo: Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning

NOU (1992:1), *Trygghet - Verdighet - Omsorg*

Næss, Siri (1986), *Yrkeskvinne - husmor? Gifte kvinners livskvalitet*. Oslo : Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning

Olsen, Bjørn og Per Erik Solem (1993), *Egenbetaling for hjemmetjenester - stadig i støpeskjeen*. Rapport 5. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

Patton, Michael Quinn (1990), *Qualitative evaluation and research methods*. London : Sage Publications

Pedersen, Brit og Thor Øvind Jensen (1995), «Vi skal ikke vente noe ekstra heller, når vi er så gamle». Notat 110. Bergen : Senter for samfunnsforskning.

Seligman, Martin (1975), *Helplessness On Depression, Developement, and Death*. San Francisco: Freeman

Slagsvold, Britt (1977), *Om hvorfor man trives når man ikke har det godt. Noen synspunkter på sammenhengen mellom eldres trivsel og deres livsbetingelser*. Stensil. Oslo : Norsk gerontologisk institutt

Slagsvold, Britt (1980), *Små og store sykehjem. En sammenlikning*. Foredrag holdt på Dagskonferanse om eldreomsorg 16. oktober 1980. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

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

Sosial- og helsedepartementet (1990), *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Rundskriv I-63-90

Sosial- og helsedepartementet (1992), *Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.* Rundskriv 1-13/92

Stortingsmelding nr. 35 (1995), *Velferdsmeldingen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

Strengenhagenutvalget (1994), *Kvalitet i eldreomsorgen*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund. Oslo: Sosial og helsedepartementet

Statistisk sentralbyrå (1991), *Ukens statistikk nr 35*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå (1995), *Historisk statistikk 1994*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå (1995), *Ukens statistikk nr 35*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Sørensen., Bjørg Aase (1994), *Sykehjem - velferdsstatens bakgård?* Foreløpig versjon. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Thorsen, Kirsten (1982), innlegg holdt på seminar, Lysebu juni 1982

Thorsen, Kirsten (1988), *Ensomhet, som opplevelse og utfordring En studie av ensomhet blant eldre*. Rapport 9. Oslo: Norsk gerontologisk institutt

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

Øverås, Siv (1995), *Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*. Oslo-Kongsvinger : Statistisk sentralbyrå

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål

Kjønn
Alder
Sivil status
Utdannelse
Yrkesaktivitet

Flytteprosess

Årsak til flytting?
Hvem tok avgjørelsen?
Hva slags informasjon fikk du om hva/hvordan/når det skulle skje?
Følelser knyttet til flytting?

Hvordan bodde du før du kom hit?
Tanker om hjemmet?
(savner du noe, noe du er glad du slipper?)
Største forskjell på å bo her og hjemme?

Andre hjemmeboende familiemedlemmer?
Ville og kunne du bodd hjemme hvis du fikk mer hjelp/støtte?
Hvilke gjøremål klarte du hjemme, som du ikke klarer nå?
Impulsstyrt/regelstyrt hverdag hjemme?

Økonomi

Økonomi før/nå?
Oppbevaring og administrering av penger?
Behov for mer penger/likegyldig?
Hva bruker du penger til/ hva ville ha brukt penger til?
Kommentar til betalingsordning

Syn på livet

Du har gjennomgått mye den siste tiden. Hvordan takler du dette ?
Vil du si at du har et positivt /negativt syn på livet?
Har du forandret innstilling til livet etter at du ble gammel/nådde pensjonsalderen?
(på hvilken måte?)
(hva foranlediget forandringen?)
Tror du på Gud?
(har du alltid gjort det?)
(hvordan påvirker din tro hverdagen din?)
Angst og ensomhet
(når, hvorfor?)
Hva skaper trygghet i din tilværelse?
Er du tilfreds/utilfreds her?
(hvorfor/hvorfor ikke)
Tanker om døden

Omsorg og respekt

Fra: familie, venner, tidligere naboer

Får du besøk?

Hvor ofte har du besøk fra familie og venner ?

Hvor ofte fikk du besøk hjemme?

Hvor tar du i mot besøk?

Hva betyr det for deg å få besøk?

Fra: ansatte

Hvordan vil du beskrive ditt forhold til de ansatte?

Får du hjelp når du synes du trenger det?

(får du like mye hjelp og oppmerksomhet som de andre?)

(spør du ofte/sjelden om hjelp?)

Har de ansatte tid til å snakke med deg utenom nødvendig stell?

(sitter de sammen med deg når du drikker kaffe, spiser, røyker etc.?)

Hvordan synes du de ansatte behandler deg?

(tiltaleform)

(må du vente lenge når du ringer etter hjelp?)

(har du opplevd hardhendt behandling?)

Er det noen du liker bedre enn andre?

(hvorfor?)

Organisering av dagen

Beskriv en gjennomsnittsdag. Begynn gjerne med når du står opp.

Hva er viktigst for deg i din situasjon?

(nevnt tre ting)

Rutiner

Hvordan vil du beskrive rutinene?

(positivt/trygghet - negativ/tvangstrøye)

I hvilken grad kan du selv bestemme?

(måltider, vask, leggetid, dusj etc.)

Er det samme pleier/de samme pleierne som steller deg hver dag og har kontakt med dine pårørende?

(hva betyr dette for deg?)

Aktiviteter

Muligheter for samvær med andre beboere?

Ønsker du mer/mindre kontakt?

(hvorfor/hvorfor ikke)

Fortell om aktivitetstilbudet?

(ergoterapi, høytlesning, arbeidsstue, andakt osv.)

Aktivitetstilbud utenfor huset

Er du fornøyd med tilbudet?

Deltar du?

(hvorfor/hvorfor ikke?)

Miljø

Hvordan vil du beskrive sykehjemmet?

(hjemmekoselig; hvorfor/hvorfor ikke?)

(hvilken betydning har dette for deg?)

Har du tatt med deg ting hjemmefra, som bilder, møbler?

(er du blitt oppfordret til å ta med deg gjenstander?)

Enerom / tomannsrom

Hvordan er det å bo på en-/ tomannsrom?

(hva er bra/ikke bra?)

(mulighet for skjerming på tomannsrom?)

Mulighet for/behov for ro og privatliv?

(kan du låse din egen dør, røyke hvor du vil?)

Er det demente på din avdeling?

(hvordan fungerer det?)

Har du mye/lite kontakt med de andre pasientene?

(hvorfor/hvorfor ikke?)

Funksjonsevne/helse

Hva trenger du hjelp til?

Hva klarer du selv?

(måltider, vask, toalettbesøk, av - og påkledning, annet)

Hvordan føles det å ikke mestre det du mestret før?

Hvordan synes du det er å motta hjelp fra andre?

Hvordan er helsa de/lider du av noen sykdommer?

(plages du av smerter?)

(tar du smertestillende eller andre medikamenter?)

Syns du legen/helsepersonale tar deg og dine problemer alvorlig?

Føler du at helsetilstanden påvirker ditt velvære?

(på hvilken måte?)

Kritikk

Eksisterer det fora, hvor du evt. dine pårørende kan komme med forslag til endringer/kritikk?

Får du informasjon om hva som skal skje her på avdelingen?

Hvis du er misfornøyd med noe, tør du klage ?

Hvis du klager, blir det tatt alvorlig ?

Hva ville du klaget på ?

(maten, hygiene, rutiner, ansatte etc.)

Vil du si at du trives alt i alt?

(hvorfor/hvorfor ikke?)

«Takk, bare bra ...?»

Denne rapporten er basert på kvalitative intervjuer av eldre om hvordan det er å flytte på sykehjem og om deres opplevelser av livet på institusjon. Tittelen «Takk bare bra...?» henspiller blant annet på at de eldre jevnt over oppgir at de trives. Kunnskapen om at kvaliteten på institusjonsomsorgen varierer og noen steder er mangelfull, samt medias negative fokusering på sykehjemstilværelsen, gjør dette funnet overraskende. En forklaring på de positive svarene er at sykehjemspasienter har så svekket helse og førlighet at mange har behov for pleie og omsorg 24 timer i døgnet. Dermed blir de eldre svært takknemlige for hjelpen de får.

«Takk, bare bra...», er også en mye brukt høflighetsfrase og ett vanlig tilsvar på spørsmålet om hvordan det står til. I denne undersøkelsen har jeg søkt å gå bak de rituelle frasene. Ved hjelp av dybdeintervjuer har jeg funnet at nær sagt alle informantene syntes det var vondt å flytte fra hjemmet. I sykehjemmet finner de fleste seg til rette etter en periode, og mer enn halvparten av informantene har høy livskvalitet, mens noen få har lav livskvalitet.



Fafo

Forskningsstiftelsen Fafo
Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
[HTTP://www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 200
ISBN 82-7422-160-5