

Eldres liv og helse

En review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden

Irene Imingen



Høgskolen i **Hedmark**

I samarbeid med



Master i psykisk helsearbeid

Institutt for helse og idrett

HØGSKOLEN I HEDMARK

2010

19984 ord

FORORD

Denne oppgaven markerer slutten på to års videreutdanning. To år som har gitt meg både personlig og faglig utvikling. Selv om det har vært mye hardt arbeid, er det de faglige diskusjonene, interessante temaene, og samværet med flotte medstudenter som vil prege minnene fra denne tiden!

Det er mange som fortjener en takk for at jeg har fått denne muligheten til å dyrke mine egne interesser i et faglig perspektiv! Først en takk til Stange Kommune, som har bidratt med økonomisk støtte og virksomhetsleder Tove Nordli Selnes som har sørget for nødvendige permisjoner.

Arild Granerud skal ha stor takk for kyndig veiledning, gode råd og ikke minst oppmuntring i arbeidet med masteroppgaven.

Takk også til de ansatte ved Høgskolens bibliotek i Kirkeveien! God opplæring i artikkel søk, var en forutsetning for at jeg skulle komme i gang med oppgaven. Særdeles god service når det gjelder å bestille artikler og bøker har gjort mitt arbeid lettere!

Jeg vil også takke familie, venner og kollegaer for oppmuntring og støtte i disse to årene.

Den største takken går til Ragnar, min kjære livsledsager og aller beste venn, for at du alltid har vært positiv og støttende, og til Kristian, Jenny Kristine og Oda Marie for at dere har tålt mammas "fraværende" tilstedeværelse, spesielt dette siste halve året!

Ottestad, august 2010 Irene Imingen

SAMMENDRAG

Denne oppgaven er en review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden. Oppgaven er en del av en større studie som planlegges med fokus på eldre og deres hverdagsliv. Demografiske endringer med økt antall eldre i Norden og Europa for øvrig utfordrer det nordiske velferdssystemet, med tanke på og opprettholde et godt helse- og omsorgstilbud til befolkningen. Med dette øker også fokuset på Eldres helse. De fleste eldre har god helse, men for mange medfører aldringen ulike former for helsesvikt. Geriatrike studier har i stor grad fokusert på somatisk sykdom og demens problematikk. Man ser at det mangler kunnskap om Eldres psykiske helse. Hensikten med studien er å gjøre en review over kvalitativ forskning som er gjort om hjemmeboende Eldres livsvilkår, med vekt på psykiske helse sett i sammenheng med sosiale forhold, og lokalsamfunnet i Norden. Kvalitative studier ble valgt for å få en oversikt over Eldres beskrivelser av hvordan det er å være gammel i et nordisk velferdssamfunn. Reviewen er skrevet som et resymé hvor artiklene har blitt kategorisert for å få oversikt, og forståelse av de ulike dimensjonene ved temaene. Det er til sammen lest 200 overskrifter, 400 abstrakter og 70 artikler. Av disse har 42 artikler blitt inkludert i reviewen. Artiklene er kategorisert i to hovedtemaer, *livsmestring* og *helse*. Temaet livsmestring består av følgende undertemaer: *Å bli gammel*, *Eldres forhold til egen skjøpeligheit*, *Eldres hverdagsliv*, *Eldres erfaring med helsetjenesten*, *Hjemmets betydning for eldre*. Temaet helse består av disse undertemaene: *Eldre og helse*, *eldre og psykisk helse*, *eldre og ensomhet*. Funnene i reviewen viser at mange eldre med god helse har et godt liv og mestrer hverdagens krav uten store bekymringer. Eldre som på grunn av redusert helse erfarer økende funksjonshindringer, tilpasser seg funksjonsbegrensingene slik at de kan være uavhengige av andre, og bo hjemme så lenge som mulig. Eldre som blir avhengige av offentlige helsetjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, erfarer at hverdagen blir begrenset, og at tjenestene ikke er godt nok tilpasset deres behov. Det er lite fokus på psykisk helse hos eldre i de inkluderte artiklene, men ulike beskrivelser og erfaringer kan knyttes til temaet. Reviewen viser at det er behov for mer kunnskap om psykiske helse hos eldre i fra ulike perspektiver. Det er også behov for mer erfaringskunnskap om helsetjenester som ytes til eldre i fra Eldres, pårørendes og helsepersonells perspektiver.

SUMMARY

This is a review of qualitative research carried out on the elderly living at home in Scandinavia. The review is part of a larger study, planned with a focus on the elderly and their everyday life. Demographic changes with an increasing number of elderly in Scandinavia and other European countries challenges the Scandinavian welfare system for maintaining good health and care provision to the population. This also increases the focus on elderly health. Most elderly are in good health, but for many growing old causes different forms of failing health. Geriatric studies have mostly focused on somatic disease and dementia problems, while there is a lack of knowledge of elderly mental health. The purpose of this study is to provide a review of qualitative research done on elderly people living at home, with an emphasis on mental health in the context of social relationships, and community in Scandinavia. Qualitative studies were selected to provide an overview of older people's views of how it is to be old in a Scandinavian welfare society. The review is written as a summary in which articles have been categorized to present an overview and understanding of the various dimensions of the themes. 200 titles, 400 abstracts and 70 articles have been read. Of these, 42 articles were included in the review. The articles are categorized into two main themes, life-coping and health. The theme of life coping consists of the following sub themes: growing old, their relationship to their own frailty, everyday life, experience of elderly care, the meaning of home. The theme of health consists of these sub-themes: the elderly in relationship to health, mental health and loneliness. The findings of the review show that many elderly with good health have a good life and manage the demands of everyday life without major concerns. The elderly with reduced health, experience increasing disabilities, manage to adapt to their disabilities so that they can be independent of others and stay home as long as possible. The elderly who are dependent on public health services such as home care and home, find that life is limited and that the services are not well enough adapted to their needs. There is little focus on the mental health of elderly in the included articles, but different descriptions and experiences can be linked to the theme. The review shows that there is a need for more knowledge about mental health in older people from different perspectives. There is also a need for more empirical knowledge about the health care provided to elderly from the perspective of the elderly, their families, and health professionals'. The review is sparse with articles that focus on the elderly in ethnic minorities and the elderly who have immigrated to the Scandinavian countries from other cultures. This suggests that there is a need for more research on elderly people who belong to these groups.

Innhold

FORORD	2
SAMMENDRAG.....	3
SUMMARY	4
1. Bakgrunn.....	7
1.1 Hensikt	9
1.2 Studiens begrensninger	9
1.3 Rapportens oppbygning.....	9
2. Eldre, aldring og psykisk helse	10
2.1 Eldre og aldring	10
2.2 Teorier om aldring.....	10
2.3 Eriksons utviklingsteori.....	11
2.4 Gerotranscendence	12
2.5 Overgangsfaser.....	13
2.6 Helse.....	13
2.6.1 Eldre og psykisk helse	14
2.6.2 Eldre og depresjon	15
2.6.3 Eldre og ensomhet.....	16
3. Design og metode	17
3.1 Litteratur review.....	17
3.2 Utvalg.....	18
3.3 Søk og søkeord	20
3.3.1 Kontroll søk	21
3.4 Ethiske vurderinger	21
4. Eldres liv og helse – et resymé	22
4.1 Livsmestring.....	23

4.1.1	Å bli gammel.....	23
4.1.2	Eldres forhold til egen skrøpeligheit.....	26
4.1.3	Eldres hverdagsliv.....	32
4.1.4	Eldres erfaring med helsetjenesten	36
4.1.5	Hjemmets betydning for eldre	38
4.2	Helse.....	40
4.2.1	Eldre og helse.....	41
4.2.2	Eldre og psykisk helse	42
4.2.3	Eldre og ensomhet.....	44
4.3	Artiklenes kvalitet, faglige perspektiver og metoder	47
5.	Diskusjon	50
5.1	Metode kritikk.....	50
5.2	Diskusjon av funn.....	52
5.2.1	Teoretiske perspektiver i artiklene.....	52
5.2.2	Møte med helsetjenesten.....	53
5.2.3	Psykisk helse.....	55
6.	Konklusjon.....	58
	Litteraturliste.....	59

Velegg 1 Pico skjema

Vedlegg 2 Oversiktstabell, inkluderte artikler

1. Bakgrunn

Norge står foran betydelige demografiske endringer i årene som kommer. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2010) viser at andelen eldre i landet øker, spesielt i forhold til yngre mennesker. I 2060 vil Norge ha dobbelt så mange eldre over sekstisju år enn i dag. Tilsvarende endringer ser vi i Europa som blant annet Sverige og Danmark, og i store deler av verden forøvrig. Fra år 2015 og de neste trettifem årene vil andelen eldre over åtti år bli større, samtidig som vi ser at den gjennomsnittlige livslengden for både menn og kvinner øker. I tillegg minsker forskjellen i livslengde mellom kjønnene (Eurostat, 2010; WHO, 2010).

I dokumentet Health 21 (Helse for alle) fra World Health Organization, er et av målene at samfunnet skal bidra til at eldre får en sunn og god alderdom. Dette kan gjøres ved at politiske myndigheter systematisk planlegger helsetjenester med et forebyggende og beskyttende perspektiv, som ivaretar den Eldres selvbylde og uavhengighet (WHO, 1998).

De nordiske landene har etter andre verdenskrig, bygget opp et velferdssamfunn tuftet på felles verdier som skal sikre innbyggerne lik tilgang til ulike velferdsordninger, som for eksempel skole, utdanning, helse- og omsorgstjenester. Finansieringen av velferdsordningene er basert på skatter og avgifter. Selv om de interne systemene kan variere en del fra land til land er allikevel kjerneverdiene så like at man snakker om den Nordiske Velferdsmodellen. For de nordiske landene er det viktig og videreutvikle modellen, slik at den kan møte de utfordringene som kommer i årene framover (Glasdam, Appel Esbensen, & Andersen-Ranberg, 2009; Hutchinson, 2009; Norden, 2010). De demografiske endringene fører til et økt fokus på helse- og omsorgstjenester for eldre, med tanke på å opprettholde et godt helsetilbud. Samtidig vil de demografiske endringene ha påvirkning på hvordan helse, og pleie- og omsorgstjenester organiseres og utvikles. Styrker og svakheter ved modellen kan belyses blant annet gjennom utstrakt forskning.

De fleste eldre har god helse til tross for høy alder, men for mange medfører aldringen ulike former for helsesvikt. Blant de eldste eldre er andelen som sliter med flere forskjellige sykdommer høy. En SINTEF rapport fra 2003 viste at det gjennomsnittlige antall diagnoser pr pasient i sykehjem og hjemmesykepleie var 3,9 (Hofstad, 2003). En svensk studie blant eldre over 77 år, viser at Eldres helse har blitt dårligere. Samtidig ser de store forskjeller mellom kjønnene, hvor kvinner rapporterer dårligere helse enn menn (Thorslund, Lennartsson, Parker, & Lundberg, 2004).

Det er utført flere store studier med fokus på aldringsprosesser, og Eldres helse, både i Europa og i Norden. CFAS studien i Storbritannia (Brayne, McCracken, & Matthews, 2006) (<http://www.cfas.ac.uk/pages/designofcfas/index.html>), og Berlin Aging Study i fra Tyskland (Baltes & Mayer, 1999) (<http://www.base-berlin.mpg.de/Methods.html>) er begge store longitudinelle studier, med et kvantitativt design og fokus på Eldres helse og kognitive funksjoner. I Norge kan NorLAG studien nevnes. Dette er en longitudinell studie med kvantitativt design som fortsatt pågår. Målsetningen er blant annet å undersøke hva som gir livskvalitet i eldre år, samt bidra til en konstruktiv helse og sosialpolitikk (Holmøy, 2003) (<http://norlag.nova.no/id/13991.0>). Den longitudinelle studien *The Evergreen Project* i Finland (Heikkinen, 1997) har bidratt til mye kunnskap om eldre og aldringsprosesser. Glostrup studien, er en stor Dansk studie, som startet i 1964 og utviklet seg videre i de neste tiårene. Ulike befolkningskohorter har deltatt i studien, hvor man har undersøkt aldring, utvikling av kroniske sykdommer og livsstils faktorer hos innbyggerne (Schroll, Jørgensen, & Ingerslev, 1992). I Sverige pågår blant annet *SNACK-K studien* som fokuserer både på Eldres helse og på eldreomsorgens funksjon (Andersson, 2003) (<http://www.aldrecentrum.se/snack/indexsv.htm>). Felles for mange av studiene om eldre er at de har en stor grad av kvantitativ tilnærming. Det er også et sterkt fokus på fysisk helse og kognitive funksjoner. Dette gjenspeiles i Stortingsmelding 25 hvor det er et sterkt fokus på Eldres behov for omsorgstjenester, med vekt på demens og fysisk skrøpelighet (*Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*, 2006). Beregninger viser at ca. 66 000 mennesker i Norge har demens. Hvis forekomsten av demens holder seg på dagens nivå vil antall personer med demens være fordoblet innen år 2040 (*Demensplan 2015*, 2007).

Man ser at det er et behov for forskning og kunnskap om psykiske helse i ulike grupper hos den eldre befolkningen. Kunnskapen om Eldres psykiske helse, hvordan ulike former for uhelse håndteres av de eldre selv, og deres pårørende, samt hva slags støtte samfunnet gir i psykisk helsearbeid er mangelfull.

Eldres helse påvirkes av mange ulike mekanismer i samfunnet, som også agerer med hverandre i komplekse mønstre. Kunnskapen om Eldres psykiske helse i ulike samfunnsmessige sammenhenger er ufullstendig. Dette gjelder også kunnskapen om hvordan ulike grupper eldre ser på sin livssituasjon og helse, så vel som støtte og hjelp fra samfunnets side.

Denne reviewen er en del av en større studie som planlegges utført om eldre og deres hverdagsliv. I forkant av studien er det behov for en oversikt over forskning om eldre i et nordisk perspektiv som er denne reviewens fokus.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å gjøre en review over kvalitativ forskning som er gjort om hjemmeboende eldres livsvilkår, med vekt på psykiske helse sett i sammenheng med sosiale forhold, og lokalsamfunnet i Norden.

1.2 Studiens begrensninger

Denne studien har et begrenset omfang, som gjør det nødvendig og avgrense oppgavens innhold. Av den grunn vil temaer og problemstillinger knyttet til utfordringer om demens ikke være en del av studien. Det samme gjelder temaer og problemstillinger i forhold til eldre som bor på institusjon.

1.3 Rapportens oppbygning

Rapporten starter med innledning og bakgrunn for temaet. Videre vil teori om eldre, aldringsprosessen og psykisk helse bli belyst. I metodekapittelet gjøres det rede for fremgangsmåten for studien. Etter dette følger resymeeet over de inkluderte artiklene, med en avsluttende oppsummering/ diskusjon.

2. Eldre, aldring og psykisk helse

I dette kapitlet gjøres det rede for teori og begreper som er nyttige i forståelsen av aldringsprosessen, og psykisk helse. Det vil bli vist til ulike aldringsteorier, psykisk helse og psykisk uhelse hos eldre.

2.1 Eldre og aldring

Hvem er eldre? WHO (2001) definerer yngre eldre som personer over 65 år, og de eldste eldre fra 80 år. Dette er også en vanlig inndeling når man leser litteratur og artikler (Romøren, 2001). Eldre har tradisjonelt blitt oppfattet som en homogen gruppe, en "masse" av mennesker som har ensartete behov (Achenbaum, 2009; Zarit, 2009). Med den samfunnsutviklingen vi ser er det grunn til å utfordre denne oppfatningen. Vi har fått uttrykket den fjerde alderen, med Peter Lasletts inndeling av det moderne livsløpet. Den første og den andre alderen handler om barne- og voksen årene, mens den tredje alderen er pensjonist tilværelsen, som i dag gir mulighet til å realisere mange drømmer. Den fjerde alderen, som handler om de eldste eldre, og alderdommen i den egentlige forstanden, fører igjen til ny avhengighet og kroppslig svekkelse (Laslett, 1996). Med den økte livslengden kan man derfor snakke om to generasjoner eldre, besteforeldrene og oldeforeldrene (Riis & Gerlach, 2009).

2.2 Teorier om aldring

Aldring er en biologisk prosess, og årsakene til disse mekanismene må hentes i biologien, men aldring handler også om andre prosesser hvor sosialgerontologien kan bidra med nyttige perspektiver (Daatland, 2005).

Ulike teorier har forsøkt å forklare den psykososiale aldringsprosessen.

Tilbaketrekningsteorien hevder at individet har behov for å vende oppmerksomheten fra omverdenen, og mot seg selv. Det og trekke seg tilbake fra den ytre virkeligheten i høy alder sees på som en forberedelse på døden. Tilsvarende har samfunnet behov for å løsrive seg fra

den eldre generasjonen. Aktivitetsteorien var et svar på tilbaketrekningsteorien, og representerte en alternativ måte å tenke på i forhold til aldring. Passivitet ble sett på som et resultat av utstøtning fra samfunnet. For å forhindre passivitet, må man legge til rette for aktivitet. I følge aktivitetsteorien har individet de samme behovene som tidligere i livet. Kontinuitetsteorien fremhever at det er flere veier til en god alderdom. Den sentrale kraften er å bevare sammenhengen i livet. Aktivitet eller passivitet er ikke mål i seg selv, men varierer i forhold til personlighet og kultur (Achenbaum, 2009; Daatland, 2005). Dette er teorier som hver for seg sier noe om de ulike aspektene i alderdommen, antagelig har alle teoriene elementer i seg som er viktige i forståelsen av aldringsprosessen.

2.3 Eriksons utviklingsteori

Eriksons utviklingsteori, har hatt stor betydning for synet på alderdommen som en del av hele livsløpet. Med hans teori fikk man et positivt syn på alderdommen (Daatland, 2005). Kjernen i Eriksons utviklingsteori er livets åtte utviklingsstadier, hvor hvert stadium er preget en viktig psykologisk utfordring som kan løses på måter som gir en positiv eller negativ utgang. Hvordan man løser overgangsfasen har betydning for hvordan man håndterer utfordringer videre i livet, og for om man modnes som menneske. Den siste av de åtte stadiene handler om alderdommen, og den psykologiske utfordringen som møter mennesket i overgangen til denne fasen. Måten utfordringen løses på fører til ego – integritet eller fortvilelse. I denne fasen må mennesket skape en meningsfull helhet og sammenheng av hele sitt livsløp. Å akseptere det livet som er levd, de hendelser og erfaringer som har blitt en til del, gir mulighet for å oppnå visdom som i følge Erikson, er nært knyttet til å akseptere møtet med døden. Med andre ord, hvis man forsoner seg med livet, vil resultatet av denne fasen bli ego - integritet som innebærer visdom, og en aksept av at døden er livets utgang. Samtidig som man fortsatt har interessen for livet. Hvis man derimot ikke klarer å forsoner seg med sitt eget liv, eller klarer å se en mening med det levde livet, så vil resultatet av denne fasen være preget av fortvilelse og angst for døden. Fortvilelsen handler om at man har for kort tid igjen å leve, man har mistet muligheten til å starte på nytt, og på denne måten finne andre veier til integritet. I denne siste fasen av livet blir livshistorien viktig (Erikson, 1968; Haaning, 2009).

2.4 Gerotranscendence

En teori om aldring som stadig får økende oppmerksomhet er Lars Tornstams teori om gerotranscendence. Denne teorien har røtter i både tilbaketrekningsteori og utviklingsteori, men er også inspirert av østlig filosofi (Tornstam, 2005a, 2005b).

Med transcendence mener Tornstam at individet ser seg selv som en del av verden, uten grenser eller bånd. I barndommen kan den form for transcendence som oppleves betegnes som paedotranscendence, mens man i alderdommen kan bruke betegnelsen gerotranscendence. Dette er ikke identiske former for transcendence. Gerotranscendence inkluderer den livserfaringen man mangler som barn. Videre hevder Tornstam at transcendence er en prosess som foregår gjennom hele livet, men som kan akselerere på grunn av livskriser, eller bremses, for eksempel på grunn av samfunnets holdninger. Prosessen er en utvikling hvor mennesket gradvis endrer sine grunnleggende begreper, noe som resulterer i en endret definisjon av virkeligheten. Menneskets metaperspektiv endrer seg fra et rasjonalistisk og rasjonelt syn på verden til en mer kosmisk og transcendental opplevelse. Samtidig erfarer mennesket en høyere grad av livs tilfredsstillelse (Tornstam, 2005a, 2005b).

Tornstam (2005b) beskriver at utviklingen mot gerotranscendence påvirker tre dimensjoner. 1) Den kosmiske, 2) Jeget, 3) Personlige og sosiale relasjoner. 1) Den kosmiske dimensjonen handler om at perspektivet mellom fortid, nåtid og fremtid forandres. Det skjer en omtolkning av barndommen, sett i lyset av livet som er levd. De små gledene blir viktige som Tornstam (2005b) s. 297, sier det: *"glädjen att uppleva makrokosmos i mirkokosmos, att til exempel uppleva allt i en blomma"*. Med disse forandringene i meta - verden (verdensaltet) minsker frykten for døden, mens samhørighet og slektskapet til tidligere, nåværende og nye generasjoner øker. Dermed blir interessen for overfladiske relasjoner og materielle goder mindre viktig. 2) Når det gjelder endringer i jeget, handler dette om at man kjenner seg selv på godt og vondt, og konfronterer seg selv med de mørke sidene. På denne måten minsker tendensen til å overføre sine mørke sider på andre. Innsikten i at man ikke lenger er universets sentrum gjør at man blir mindre selvopptatt. Man bekrefter og aksepterer livet, jfr. Eriksons åttende utviklingstrinn, ego - integritet. 3) Endringer i personlige og sosiale relasjoner handler om at man blir mer selektiv i forhold til dem man omgås, flere relasjoner trengs ikke. Man blir tryggere på seg selv, tør og stille de spørsmålene man tidligere har latt være. Materielle

behov minskes, man trenger bare det som er nødvendig for å leve et godt liv. Økt toleranse og videre perspektiver, gjør at man i mindre grad bedømmer eller fordømmer andre mennesker (ibid).

2.5 Overgangsfaser

Livsløpet består av ulike overganger (transisjoner) fra en tilstand til en annen. En overgang handler om at menneskets sosiale status endrer seg, enten gjennom utviklings relaterte, situasjons relaterte eller helse og sykdoms relaterte endringer (Ternstedt & Norberg, 2009). Alderdommen og møte med den, innebærer for mange eldre, en eller flere overgangsfaser. Møte med alderdommen kan betegnes som en utviklingsrelatert overgangsfase, mens overgangen fra å være frisk til å bli syk er helse, eller sykdomsrelaterte overgangsfaser. Mennesket kan være i ulike overgangsfaser samtidig, dette gjør at overgangsfasene kan beskrives som komplekse (ibid). For eksempel kan overgangen til alderdommen, skje samtidig som at man erfarer sviktende helse.

2.6 Helse

Helse begrepet kan forstås forskjellig, avhengig av hvilket teoretisk eller filosofisk perspektiv som ligger til grunn. I den vestlige verden har helsebegrepet først og fremst blitt forstått ut i fra et naturvitenskapelig perspektiv, hvor det å forhindre sykdom og død er fokus, men etter hvert har utviklingen beveget seg mot en mer holistisk forståelse (Hedelin, Jormfeldt, & Svedberg, 2009). WHO (1948) definerer helse som en ” *tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og svakhet*”.

I følge Hummelvoll (2004) kan man si at WHO's perspektiv på helse er flerdimensjonalt fordi det trekker inn fysiske, psykiske og sosiale faktorer i begrepet. Den åndelige dimensjonen er imidlertid utelatt, noe som kan kritiseres, fordi det er først når livet har en mening, at helsen vil bli av betydning. Definisjonen ser helse som en tilstand av fullstendig velvære, noe som for de fleste kan synes uopnåelig. Allikevel kan det være nyttig å bruke definisjonen som et mål, både personlig og politisk, slik at en stadig arbeider for å bedre både egen og andres helse.

I sykepleie defineres helse ut i fra det teoretiske utgangspunktet som ligger til grunn, og hva som er hensikt og mål med sykepleien (Hedelin, et al., 2009). Slik kan man finne flere definisjoner av helsebegrepet.

Sykdom nevnes ofte som det motsatte av helse. Har man dette som utgangspunkt for sin forståelse blir begrepene dikotome, det vil si at det ene begrepet utelukker det andre. Hvis man i stedet bruker begrepet uhelse som motpol til helse får begrepsforståelsen et annet perspektiv. Da blir helsen en tilstand langs et kontinuum fra dårlig til god, fra uhelse til helse. Det vil si at helse ikke er en tilstand av noe absolutt eller konstant. Helse er noe en hele tiden må jobbe med. Hva helse vil si, og hvordan den viser seg for den enkelte, er opp til det enkelte menneske selv, og avhengig av den enkeltes verdioppfatning (Hummelvoll, 2004).

Psykisk helse defineres av WHO (2003) som ikke bare fravær av psykiatrisk sykdom, men som en tilstand av velvære hvor hvert menneske er oppmerksom på sitt potensial, og kan mestre livets normale stressorer, arbeide fruktbart og produktivt, og være i stand til å bidra i samfunnet.

I følge Hummelvoll (2004) viser Marie Jahoda til ulike faktorer som kan gjøre fenomenet psykisk helse forståelig. God psykisk helse handler om å ha en positiv selvoppfatning, at man er aktiv og bruker egne ressurser. Man er en integrert person, tar selvstendige valg, og handler uten å isolere seg fra andre mennesker. Realitetssansen er inntakt, og man har empati for andre mennesker, som gjør at man kan skape god relasjoner til andre. Når psykisk helse beskrives, er det viktig å tolke dette ut ifra den kulturelle rammen de er formet ut i fra (ibid).

Hvordan man subjektiv erfarer helse/ psykisk helse varierer, avhengig av den situasjonen en er i. I psykiatrisk sykepleie er fokus å bidra til å lindre lidelse, og å styrke bedringsprosesser, som kan hjelpe pasienten i å føle seg hel, og på den måten erfare god helse (Hummelvoll, 2004).

2.6.1 Eldre og psykisk helse

Møte med alderdommen kan for noen eldre, gi utfordringer som medfører redusert psykisk helse. Blant annet medfører alderdommen en økt risiko for ulike tapsopplevelser. Dette kan være tap av arbeide, kollegaer, venner og familie, men også tap av funksjon på grunn av redusert fysisk helse (Haaning, 2009). Tilsvarende viser Engedal (2008) til at faktorer som

svekket helse, dårlig sosialt nettverk, redusert fleksibilitet på grunn av nedsatt funksjonsevne og eksistensiell meningsløshet bidrar til å redusere mestring i alderdommen. For mange vil dette kunne føre til ensomhet og depressive reaksjoner.

Å bli gammel innebærer også en økende bevissthet om at livet nærmer seg slutten. Ulike åndelige og eksistensielle spørsmål aktualiseres, som for eksempel hva som er meningen med livet, og finnes et liv etter døden? For noen eldre kan disse tankene bli vanskelige og håndtere, spesielt om de ikke har noen og reflektere sammen med, slik vil man være mer utsatt for å utvikle psykisk uhelse. (Kvaal, 2009)

2.6.2 Eldre og depresjon

I befolkningen generelt er det en vanlig oppfatning at eldre er mer utsatt for depresjon, og at årsaken kan ligge i ulike tapsopplevelser som er vanskelige å mestre (Engedal, 2008). Når det gjelder forekomst av depresjon hos eldre konkluderer Beekman et al (1999) med at depresjon hos eldre synes å være svært vanlig i mange deler av verden. At depresjoner er vanlig hos eldre, støttes også i en artikkel av Rosenvinge & Rosenvinge (2003). Allikevel konkluderes det i begge artiklene med at ytterligere studier må til for å beskrive og klargjøre temaet bedre.

Litteraturen beskriver flere risikofaktorer for depresjon i eldre år, blant annet de tidligere nevnte tapsopplevelsene. Man ser også en klar sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom som for eksempel hjertesvikt, hjerteinfarkt, hjerneslag, og Parkinsons sykdom (Engedal, 2008; Gulmann, 2003; Riis & Gerlach, 2009).

Dessverre er erfaringen at depressive lidelser er en under- eller feil diagnostisert sykdom hos eldre, og at de av den grunn ikke får adekvat behandling for sykdommen (Engedal, 2008; Gulmann, 2003).

Depresjon er også knyttet til selvmord. En norsk undersøkelse viser at av de eldre som tar sitt eget liv har en stor andel en depressiv lidelse. Av disse har mange hatt kontakt med helsevesenet og gitt uttrykk for selvmordstanker (Kjølseth, Ekeberg, & Teige, 2002). I mange vestlige land er det en høy selvmordsrate blant de eldste innbyggerne. Dette henger antagelig sammen med at man i alderdommen møter noen av livets største utfordringer, som tap og eksistensielle spørsmål (Winsløv, 2009). I Norge steg selvmordshyppigheten blant eldre på 90 tallet, men den er allikevel lavere enn i andre land (Kjølseth, et al., 2002).

2.6.3 Eldre og ensomhet

Med økende alder vil de fleste erfare at det sosiale nettverket minsker. Det kan være fordi nære venner og familie dør, det kan være at sykdom og fysisk skrøpelighet hos den enkelte selv, eller venner og familie forhindrer like hyppig kontakt som tidligere, eller at den opphører helt. Man ser også at mange eldre ikke har barn eller annen nær familie i umiddelbar fysisk nærhet fordi vi flytter og er mer rotløse enn tidligere. Disse faktorene gjør at mange er utsatt for ensomhet (Halvorsen, 2005; Nilesen, 2009)

Den norske levekårsundersøkelsen i 2002 fant at en betydelig andel av befolkningen opplevde ensomhet. Noen flere kvinner enn menn ga uttrykk for ensomhets opplevelse, noe som begrunnes med at flere kvinner føler seg ensomme innenfor ekteskapet enn menn. Det viser seg også at kvinner over sytti år gir mer uttrykk for at de er mye plaget av ensomhet, enn menn på samme alder, noe som forklares med at eldre kvinner oftere lever uten en partner (Barstad, 2004). Resultater fra første del av den store NorLAG undersøkelsen viser at risiko for ensomhet henger sammen med familiesituasjonen og helse. Personer som bor alene er mer ensomme enn personer som bor med andre. Det viser seg at enker og enkemenn er av de mest ensomme. Personer med psykisk sykdom er betydelig mer ensomme enn andre, og man ser at fysisk helsesvikt øker faren for ensomhet (Slagsvold & Daatland, 2006).

Når man snakker om ensomhet er det viktig å være oppmerksom på den begrepsmessige forskjellen mellom ensomhet og sosial isolasjon. Sosial isolasjon handler om mangel på varige interpersonlige relasjoner, mens ensomhet dreier seg om hvordan det enkelte mennesket oppfatter, erfarer og vurderer sin isolasjon eller mangel på kommunikasjon med andre mennesker (Jong-Gierveld & Raadschelders, 1982; Routasalo & Pitkala, 2003). Det skilles også mellom selvvalgt og ikke selvvalgt ensomhet, på engelsk benevnes disse formene som *solitude* og *loneliness* (Jong-Gierveld & Raadschelders, 1982)

Routasalo og Pitkala (2003) viser til at opplevelse av ensomhet er en vanlig følelse i alderdommen, men at det er en stor variasjon i prevalens i epidemiologiske studier fra noen få prosent til omlag førti prosent i enkelte studier. Årsaken til dette kan være at forfatterne ikke har en felles begrepsforståelse når det gjelder ensomhet og sosial isolasjon, og at metodene som brukes i studiene er for ulike (Routasalo & Pitkala, 2003; Thorsen & Clausen, 2008). Routasalo og Pitkala (2003), etterspør også flere kvalitative studier enn det som nå finnes for å få en bredere og dypere forståelse av ensomhet hos eldre.

3. Design og metode

I dette kapitlet gjøres det rede for de metodiske valg som er gjort i studien. Dette innebærer type review, utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, søkeord, databaser.

3.1 Litteratur review

For å nå hensikten med studien har jeg valgt å gjøre en systematisk litteratur review. Hensikten med en litteraturstudie er å vise leseren aktuell kunnskap og forskning innen et bestemt tema (Burns & Grove, 2009) eller å evaluere og tolke all tilgjengelig forskning som er relevant i forhold til studiens forskningsspørsmål (Glasziou, 2001). Det er like strenge krav til systematikk i en litteratur review som i annen type forskning. Forskningsprosessen i en litteratur review består av ulike trinn. De første trinnene er problemformulering, og en beskrivelse av studiens hensikt. Videre må det utarbeides forskningsspørsmål, identifiseres søkeord, og det må lages en søkestrategi. Neste trinn i studien blir å identifisere litteraturen som skal være med. Litteraturen som inkluderes i studien må vurderes kritisk og kvalitetsbedømmes. Til slutt analyseres funnene, og resultatet diskuteres, før man lager et sammendrag, og trekker konklusjoner (Burns & Grove, 2009; Cooper, 1989; Forsberg & Wengström, 2008; Glasziou, 2001)

Kirkevold (1996) viser til ulike typer av reviews. Dette kan være resymé, kritisk analyse, syntese og synopse. Et resymé brukes når man ønsker en kortfattet oppsummering av hovedpoenger i relevante studier innen et tema. Studiene som inkluderes behandles likt. Man kan si at resyméet er nøytralt i fremstillingen, ved at de presenteres etter samme struktur og får lik oppmerksomhet. Studiene i resyméet blir kategorisert for å få en bedre oversikt, og en bedre forståelse av de ulike dimensjonene ved temaet. Når man ønsker å peke på svakheter i det eksisterende kunnskapsgrunnlaget innen et bestemt tema, kan reviewen skrives som en kritisk analyse. Denne formen for review er til hjelp spesielt for andre forskere. Syntesen brukes for å få en mer helhetlig beskrivelse og forståelse av et fenomen ved bruk av definisjoner og beskrivelser av fenomenet. Ulike elementer integreres fra mange forskjellige kilder for å lage en ny helhet. I syntesen kan man se sammenhenger som andre ikke har sett. Syntesen kan være grundig av enkeltelementer som kan gi en logisk og konsekvent

fremstilling av fenomenet som undersøkes. I en synopse ser en på ulike retninger eller perspektiver som påvirker forskningen innen et felt. Perspektivene lever side om side. Synopsen belyser de ulike perspektivene ved å analysere ulikheter og likheter i definisjoner, tilnærminger og konklusjoner i de ulike retningene, og peker på styrker og svakheter. Synopsen kan slik, gi et sammenlignings grunnlag for lettere å få en oversikt over ulike alternative forståelsesmodeller.

Ut i fra dette fant jeg at resymeet var den best egnete metoden for å få svar på hensikten. Resymeet bidrar nettopp til den oversikt som er ønskelig i denne studien

3.2 Utvalg

Studiene som er valgt ut til reviewen er alle kvalitative og utført i Norden. Kvalitative metoder benyttes når man ønsker å beskrive livserfaringer, og gi dem en betydning. Med denne tilnærmingen ønsker man heller å forstå enn og forklare et menneskes livssituasjon. Gjennom den dybdeforståelsen som man vil oppnå med forskningen kan dette bidra til å forbedre eksisterende praksis for eksempel innen sykepleiefaget (Burns & Grove, 2009; Williams, 2002). I kvantitativ forskning letes det etter forklaringer og sammenhenger, man ønsker bevis for at noe er sant. Denne forskningstilnærmingen gir bredde og oversikt innen det feltet en studerer. (Burns & Grove, 2009; Hellevik, 2002).

Når det gjelder forskning om Eldres livssituasjon er det flere kvantitative studier som måler ulike grader av livskvalitet, depresjoner og ensomhet hos eldre. Kvalitative studier, hvor de eldre med egne ord beskriver sine erfaringer kan gi en ytterligere fordypning og bredere forståelse av temaet, derfor velges kvalitative studier til dette resymeet.

Følgende kriterier ble satt opp for å inkludere artikkelen i studien:

- Studier som bruker kvalitative metoder
- Studier som er utført i Norge, Sverige, Danmark og Finland
- Fokus i studiene er hjemmeboende eldre
- Studier som er utført i tidsrommet 1995 – 2010
- Studier som er publisert i tidsskrift, fortrinnsvis på engelsk

Følgende kriterier ble satt opp for å ekskludere artikkelen fra studien:

- Studier som bruker kvantitative metoder
- Demensproblematikk som hovedtema for studien
- Eldre på institusjon som hovedtema for studien

De nordiske landenes godt utbygde velferdssystem kan inneholde mangler. Slike forhold kan avdekkes med utgangspunkt i Nordiske studier. Det er også et poeng at de utfordringene eldre i nordiske land opplever, vil være på andre områder enn i land med andre familietradisjoner og helse- og velferdssystem. En direkte sammenligning vil derfor kunne oppleves som lite hensiktsmessig. Dog kunne man kanskje ha noe og lære av andre tradisjoner og systemer, men dette var vanskelig innenfor rammene av denne oppgaven.

Studien har hatt fokus på hjemmeboende eldre. Flere studier fokuserer på eldre som bor i institusjon. Det er en kjensgjerning at de fleste eldre, bor i eget hjem. Et fokus på hvordan disse opplever, erfarer og håndterer hverdagen er interessant, og kan gi nyttig kunnskap med tanke på utfordringene den demografiske utviklingen vil føre til.

Svært mange eldre vil i årene framover utvikle en demenssykdom, dette har medført et stort fokus på de ulike utfordringene demens gir. Mange eldre vil ikke få demens, men møte andre former for psykisk uhelse. Et større fokus på dette området er også viktig med tanke på det økende antall eldre.

For å få mest mulig oppdatert kunnskap fra et samfunn hvor utviklingen går fort, ble studiene i reviewen begrenset til å være publiserte i tidsrommet 1995 til 2010. Samtidig var dette en måte å begrense antall treff på. Videre viste det seg at studier som var publisert før dette tidsrommet, og kunne ha vært av interesse, var vanskelig å få i fulltekst.

Artiklene som er inkluderte i studien er i all hovedsak publisert på engelsk, med noen få unntak. Tidsskriftet Vård i Norden publiserer artikler på nordiske språk i tillegg til engelsk. To av artiklene som er inkludert fra dette tidsskriftet er publisert på norsk. Undertegnede fikk også kjennskap til en annen artikkel, publisert på norsk, i Tidsskriftet Psykisk helse. Denne ble inkludert fordi den var relevant for studien.

3.3 Søk og søkeord

Identifisering av gode søkeord er viktig og vil gi relevante treff ved søk i databasene.

Følgende søkeord ble benyttet: *older persons, social support, mental health, mental health care, community health care, qualitative studies* og *experiences*.

Flere databaser bruker MESH termer, eller andre emneordsystemer. MeSH er et emneord system, utviklet av National Library of Medicine i USA. MeSH termer ble identifisert via databasen SweMed+.

Følgende MeSH termer ble benyttet: *aged, aged 65 and over, aged 80 and over, mental health services*, og *community health services*.

For å få en oversikt over søkeordene som skulle benyttes i studien, ble et satt opp et PICO skjema, se vedlegg 1. Dette var et nyttig hjelpemiddel som gjorde søkeprosessen oversiktlig og strukturert.

Gjennomføringen av søkene ble utført i tidsrommet januar – mars 2010. De mange søkene ble gjort med ulike variasjoner, for å finne flest mulig relevante artikler. Det ble blant annet benyttet såkalte boolske operatører. Det vil si at de identifiserte søkeordene ble kombinert i flere varianter med *and* og *or*. For å ekskludere de studiene som ikke passet til inklusjonskriteriene ble NOT benyttet med ordene *dementia* og *nursing home*.

I databasen Ebscohost var det mulig å sortere de ulike treffene på geografi, denne muligheten ble benyttet. Man kan velge å se på studier fra for eksempel Sverige, Danmark, Norge og Finland. Dette var en måte og få lett tilgang til artikler fra disse landene på, men det ble i flere tilfeller dobbeltsjekket, da det viste seg at ikke alle relevante treff ble sortert ut.

Følgende databaser ble benyttet i denne studien: OVID sp, Ebscohost, SweMed. I databasene OVID og Ebscohost søkes det i flere databaser samtidig. Det ble søkt i alle tilgjengelige databaser hos begge. For å kontrollere at relevante studier ble fanget opp, ble det gjort tilleggssøk i Cinahl og PsycINFO, uten at dette førte til nye artikler.

Det ble gjort et håndsøk i tidsskriftet *Vård i Norden* for om mulig og avdekke flere relevante studier fra de nordiske landene. Et søk med ordet: *elderly* gav sekstifire treff, (null treff med ordet *older persons*) Det ble sett igjennom samtlige overskrifter som var tilgjengelig i databasen fra datoen for søket til og med 1997, en studie ble inkludert.

Det er utført mange forskjellige søk, i ulike kombinasjoner, som til sammen har resultert i et stort antall treff. Omlag fire hundre og seksti abstrakts er lest. Av disse ble sytti studier vurdert nærmere, og til sammen ble førtito artikler inkludert. Det store antallet treff skyldes at det i de første søkene ikke ble søkt spesielt etter kvalitative studier. Den hyppigste grunnen til at en artikkel ble ekskludert var feil metode, feil aldersgruppe, at studien var gjort utenfor Norden, eller at den fokuserte på eldre i institusjon. Tabellen gir en oversikt over samtlige søk.

Overskrifter	Abstrakts	Artikler	Inkludert
2095	464	70	42
Sverige	Norge	Finland	Danmark
35	5	2	0

Tabell 1

3.3.1 Kontroll søk

Da utvalget av artikler synes skjevt med hensyn til geografi, de fleste var Svenske, og fordi få artikler fokuserte spesielt på psykisk helse, ble det utført kontroll søk med søkeordene *phenomenology* og *hermeneutics*, *loneliness* og *depression*. Dette resulterte i 1 ny studie, som igjen var Svensk. Ingen flere studier fra Norge, Danmark eller Finland ble identifisert.

3.4 Etske vurderinger

Helsinkideklarasjonen (2008) ligger til grunn for medisinsk forskning. Sykepleierne styres i tillegg av Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003). Etske overveielser er et krav i all forskning, dette gjelder også for systematiske litteratur studier (Forsberg & Wengström, 2008). Temaer som trekkes frem som sentrale i en litteratur review er forskerens ærlighet og redelighet, ved og ikke å fabrikere eller plagiere data. I denne studien er det også gjort etske overveielser i forhold til de inkluderte studiene, hvor alle har godkjenning fra sine respektive etske komiteer.

4. Eldres liv og helse – et resymé

I det følgende vil artiklene som er inkludert i studien bli presentert under ulike temaer. Artiklene ble lest grundig flere ganger for å finne felles temaer. De fleste av studiene handlet om hvordan eldre erfarte og mestret ulike aspekter ved livet, som for eksempel det å bli gammel og hverdagens utfordringer. Slik ble livsmestring et overordnet tema, med fem undertemaer. Helse er et begrep som rommer flere dimensjoner, som fysisk og psykisk helse. Flere artikler kom inn på temaer knyttet til opplevelse av hva helse er, erfaringer med fysisk og psykisk helse. Derfor ble helse et overordnet tema med tre undertemaer. I presentasjonen av hovedtemaene vil det bli gjort nærmere rede for hva undertemaene handler om.

De fleste artiklene tar opp flere temaer om Eldres livssituasjon. Derfor kan en artikkel omhandles under flere av temaene

Tabellen gir en oversikt over hvordan temaene er strukturerte

Hovedtema:	Livsmestring	Helse
Undertemaer:	Å bli gammel Eldres forhold til egen skrøpelighet Eldres hverdagsliv Eldres erfaring med helsetjenesten Hjemmets betydning for eldre	Eldre og helse Eldre og psykisk helse Eldre og ensomhet

Tabell 2

For en nærmere presentasjon av hver enkelt artikkel henvises til vedlegg 2

4.1 Livsmestring

Livsmestring dreier seg om flere temaer. Trettiseks av førtito inkluderte artikler handler om hvordan eldre mennesker mestrer ulike forhold ved livet. Blant annet ulike overgangsfaser, som møte med alderdommen, og det å erfare at helsen blir redusert og en selv blir skrøpelig. Livsmestring handler også om hverdagens utfordringer som gammel, og hvilken betydning hjemmet har for eldre. Hverdagslivet handler om det vanlige, enkle livet, som foregår i mellom dager med spesielle hendelser (Nyström, 2009). Nesten halvparten (tjue) av artiklene handlet om hvordan eldre mestret hverdagen sin med hensyn til ulike gjøremål, og eventuelle funksjonsbegrensninger. Likeså handlet studiene om hvilke aktiviteter og fritidssystemer eldre var engasjert i. Eldre og deres pårørendes erfaringer med offentlig helsetjeneste beskrives i flere artikler. Hvordan eldre erfarer at tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie griper inn i deres hverdag er viktig kunnskap. Disse erfaringene ble derfor samlet i et eget undertema.

4.1.1 Å bli gammel

I beskrivelser fra noen av de eldste eldre, fremkommer det en forskjell mellom å være gammel, og å føle seg gammel. Følelsen av å være gammel var ikke knyttet til kronologisk alder. Mange av beskrivelsene om å være gamle, var sammenfallende spesielt med hensyn til kroppslige plager, svimmelhet og gangfunksjonen. Av de åtte som følte seg gamle, kunne de fleste relatere følelsen om å være gammel til en spesiell hendelse, hvor de også erfarte fysisk forandring. Disse endringen ga vekst til følelser som var annerledes enn følelsen av å være gammel. De som følte seg gamle, forventet ikke at dette var en følelse som kom til å forsvinne. De fleste av dem ga uttrykk for at de tok en dag av gangen, noe som kan bety at mange ikke turte og ha forventninger til fremtiden (Nilsson, Sarvimäki, & Ekman, 2000). Tilsvarende funn er gjort i en annen studie, hvor de eldre knytter aldri til funksjonsevne og helse. De eldre mener at så lenge en er frisk er det et privilegium å bli gammel. Studien avdekket hovedsaklig to holdninger til det å bli gammel. Blant de eldste eldre, og eldre med nedsatt funksjonsevne var det å akseptere situasjonen, og forberede seg på det som måtte komme av sykdom eller død, en vanlig strategi. For noen besto forberedelsene i og rent praktisk sørge for at papirer var i orden, for andre var det gjøre avtale med for eksempel postmannen, om å kontakte noen hvis postkassen ikke var blitt tømt (Gunnarsson, 2009).

Enkelte eldre føler seg ikke gamle selv om de nærmer seg nitti år. Mange føler seg som den samme som de alltid har vært. Selv om man er den samme personen som før, så ser man tingene i fra et annet perspektiv. Den eldre beskriver en mer aksepterende holdning, og vilje til å tilpasse seg den livssituasjonen som aldringen medfører. De eldre i denne studien erfarte døden som en del av livet, og var trygge i møte med dette ukjente. Holdningen var preget av å møte de utfordringene som måtte komme, og å ta en dag av gangen (Nygren, Norberg, & Lundman, 2007).

Å ta en dag av gangen, og ikke tenke på morgendagen var holdningen til eldre som ikke hadde erfart begrensninger i sin hverdag. De eldre dette handlet om hadde ikke tidligere reflektert spesielt over hva aldring innebærer, og var ikke så ivrige etter å utdype temaet. Flere eldre hadde en "*vær glad og lykkelig*" holdning i forhold til det å bli gammel (Gunnarsson, 2009). I en studie beskrives hvordan eldre kvinner har en generell glede over livet, og de fokuserer på det som er positivt både ved seg selv og hos andre. Å gripe dagen og være nærværende erfares som viktig (Narum, 2009).

Andre eldre beskriver hvordan de har sterk livslyst og energi. De tenker lite på sin høye alder, selv om de har gjort noen tilpasninger i hverdagen. Eldre i denne gruppen erfarer helsen som god, selv om de har ulike sykdommer og funksjonsbegrensninger. Hukommelsen er for de fleste målet på om helsen er god. Alle opplever seg som uavhenige av andre, men tar gjerne i mot hjelp om nødvendig. Fremtiden knyttes til yngre generasjoner med håp og nysgjerrighet. Livet har ikke et begrenset tidsperspektiv, allikevel er disse eldre forberedt på døden, gjennom gode erfaringer til døden hos andre personer (Nilsson, Sarvimäki, & Ekman, 1998).

For å få en dypere forståelse av hva aldring innebærer, intervjuet Heikkinen (2004) over en ti årsperiode eldre ved åtti, åttifem og nitti års alder. Hun mener å se en utvikling i aldringsprosessen i løpet av disse årene. Blant annet nevner hun de eldres forhold til kroppslige plager, hvor de som åttiåringer forsøkte å distansere seg fra symptomene, noe som kan beskrives som at de eldre har et kartesiansk forhold til kroppen. Fem år senere ser det ut til at den eldre har blitt mer bekymret for symptomene, men i forholdet til egen kropp og aldring er de mer tilbøyelige til å uttrykke at "*jeg er kroppen*". Når de eldre som nittiåringer forteller om seg selv, er det tydelig at de har krysset grensen til alderdommen, de er ikke lenger tynget av personlige bekymringer, og nevner knapt sykdom og smerte. Det kan se ut til at nittiåringene har oppfylt sitt livs misjon, og at de ikke lenger føler seg forpliktet til å ta vare på seg selv eller andre. All oppmerksomhet er rettet mot livet, *å være* har blitt en tema i seg

selv. Selv om de gamle har oppnådd det som er mulig og oppnå, beholder de allikevel interessen for livet. Livet er verd å leve for livets egen skyld. Som nittiåring må man ikke lenger bli noe, det holder å bare være seg selv. Nittiåringenes perspektiv var rettet mot eksistensen, de hadde oppnådd en forståelse av sitt værende, eller sine autentiske selv.

Mange eldre mener at å klare seg selv og holde seg frisk og "*klar i sinnet*" er viktig i høy alder. Det er også viktig å ha god fysisk funksjon, men dette er ikke noe man kan stole på, fordi risikoen for fysisk skrøpeligheit alltid er tilstede. Å være uavhengig av andre mennesker erfares også som viktig for mange eldre. Noen er usikre i forhold til hvordan de mestrer fremtiden, og frykter for den dagen de ikke lenger er i stand til å klare seg selv (Larsson, Haglund, & Hagberg, 2009). Frykten for og miste kontroll kan knyttes til trusselen om redusert fysisk helse, noe som skaper bekymring for mange eldre. Det er ikke tanker om døden som er årsaken, men bekymring og usikkerhet om hva som kommer til "*å skje med meg*". Hvis valget handler om å bli sengeliggende eller å dø, er døden å foretrekke (Borglin, 2005).

Noen eldre distanserer seg fra egen aldring. Dette gjør de ved å peke på andre eldres skrøpeligheit, samtidig som de fremhever egen ungdommelighet, tross for ytre tegn på høy alder. Uttrykk som "*jeg ser gammel ut, men føler meg ung*" understreker dette. I følge forfatterne viser denne strategien til at noen eldre forventer at det er et skille mellom ens ytre og indre jeg, hvor det indre jeget representerer ungdommeligheten. Dette henspeler igjen på en kartesiansk holdning til kropp og sjel. En slik holdning kan være en måte å benekte aldringsprosessen på for å fremstå som vellykket. Konskevansen er at livets siste stadie vil miste sin verdi, i en kultur som er påvirket av idealer om ungdommelighet og skjønnhet (Lund & Engelsrud, 2008).

Tilsvarende viser funn i en annen studie, at enkelte eldre unngår å møte eldre de anser som skrøpeligere enn seg selv. Dette gjør de for å unngå å bli minnet om sin egen sårbarhet, samtidig som de får motivasjon til å holde seg i aktivitet, slik at de kan fortsett å bo i eget hjem. De fant også at mange eldre unngår bruk av tekniske hjelpemidler så lenge som mulig, fordi hjelpemidler er et tegn på at man har blitt gammel, og har fått dårligere helse (Fänge & Dahlin Ivanoff, 2009).

Noen eldre erfarer alderdommen som noe ufrivillig og tvunget. Alderdommen forhindrer dem fra å leve et godt liv, på grunn av dårlig helse som begrenser aktivitet og møter med andre

mennesker. De eldre dette gjelder har ingen opplevelse av at de betyr noe for andre, samtidig som de føler at ingen bryr seg om dem. Gamle minner er som regel negative, og de søker etter årsaker og forklaringer på hvorfor livet ble som det ble. Livet har generelt vært dårlig spesielt barndommen. Fremtiden er usikker og kan ikke planlegges. Døden er nær, og de gir uttrykk for å ha lite å leve for, allikevel klamrer de seg til livet (Nilsson, et al., 1998).

I en studie beskriver eldre samiske kvinner hvordan det er å bli gammel i et samfunn hvor man er en del av en minoritetsgruppe. For kvinnene som i mange år har bodd i et svensk samfunn, betyr den samiske kulturen mye for deres identitet. Språk, reindrift, tradisjonelle håndarbeidsaktiviteter og nærheten til naturen, er temaer kvinnene trekker fram. Lengselen etter samiske verdier er åpenbar. Minner om en tid som har vært, bidrar til mening i eldre år. Som eldre samiske kvinner har de lært reglene for hvordan de skal samhandle mellom svensk og samisk kultur, samtidig som de tar vare på sin unike identitet (Aléx, 2006). Minnene kan ingen ta i fra oss. Slik blir gode minner en glede i alderdommen, spesielt når man er rammet av uhelse, og mister mulighet til å være fysisk aktiv. Samtidig knytter minnene fortid og nåtid sammen, og bekrefter den Eldres fellesskap og fortid med andre (Borglin, 2005).

Å se tilbake på livet er en viktig del av alderdommen for mange eldre. Det handler ikke bare om minnes de gode tidene, men også å forsones seg med vanskelige hendelser, noe som føles som en lettelse. Allikevel er det de gode minnene som har størst betydning. Gode barndomsminner gir styrke i det nåværende livet, samtidig som de knytter fortid og nåtid sammen til en helhet. Personer som har stått en nær, men nå har gått bort, får på denne måten fortsatt en betydning i livet. For noen handler det å bli gammel om å være en del av en større helhet. Dette handler om forholdet til naturen og andre mennesker, og om å gi "arven" videre til yngre generasjoner. Å gi arven videre gir håp for fremtiden. Gjennom å se at slekten går videre gjennom barnebarn og oldebarn får livet fortsatt mening (Nygren, et al., 2007). Betydningsfulle relasjoner til ektefelle, barn, barnebarn og venner betyr nærhet og bekræftelse av seg selv som person. Ved å dele livshistorien med andre får den eldre som person og livet selv, en hensikt (Borglin, 2005).

4.1.2 Eldres forhold til egen skrøpeligheit

Ønsket om å leve uavhengig, og ikke å være til byrde for andre, er sterkt blant mange eldre. Enkelte fortrenger tanken på å bli skrøpelig og hjelpetrengende, og feier tilside spørsmål om

dette temaet. Samtidig viser andre eldre en reflekterende holdning til egen skrøpeligheit, og er mer tilbøyelige til å ta økende funksjonsbegrensning med i betraktning når en ser framover. Flere eldre gir uttrykk for at det oppleves vanskelig å planlegge på lang sikt, fordi man aldri vet når og hva slags behov for hjelp man eventuelt trenger. Fremtiden beskrives som livet her og nå (Gunnarsson, 2009). Det er vanlig blant mange eldre finske immigranter og ikke å tenke så mye på risikoen for økt skrøpeligheit viser en annen studie. I den grad de eldre hadde tanker om egen helse i framtiden var det med en bevissthet om at den sannsynligvis ville bli dårligere, og føre til økt avhengighet av andre, men dette var ikke noe som opptok dem i hverdagen (Kristina Heikkilä & Ekman, 2003)

Å innrømme at ens egen funksjonsevne begynner å bli redusert kan være vanskelig for noen eldre. Det økte behovet for hjelp fornektes, i dette kan det ligge en frykt for å bli mer sårbar, og at ens integritet skal bli krenket (Janlöv, Hallberg, & Petersson, 2006 a).

En vanlig mestringsstrategi blant enslige eldre er å akseptere situasjonen, viser funn fra studie om hvordan enslige eldre mestrer aldring og redusert helse (Birkeland, 2009). De eldre gav uttrykk for å ha *"ryggen mot veggen"* fordi de opplevde at alder og skrøpeligheit når som helst kunne ta dem igjen. Livssituasjonen blir beskrevet som forandret, og det eneste man kunne gjøre var å akseptere livet slik det var. Bak denne tilsynelatende positive holdningen, ser det allikevel ut til at noen har følelser av desperasjon, frustrasjon og resignasjon. Den aksepterende holdningen har et element av selvbeherskelse i seg.

Med en positiv holdning, aksepterer og tilpasser noen eldre seg de endringene som kommer på grunn av fysiske forandringer. Slik reduseres følelsen av avhengighet av andre (Borglin, 2005).

Torres og Hammarström (2006) snakket med en gruppe eldre som hadde ulike former for funksjonssvikt, om hvordan dette påvirket muligheten deres til å klare hverdagens utfordringer. Forfatterne fant at det var tre forskjellige oppfatninger av hvordan funksjonsbegrensningen ble erfart i gruppen eldre. 1) Den ene gruppen så på funksjonsnedsettelsen som noe som ikke kunne overvinnes, og derfor måtte aksepteres. De eldre i denne gruppen hadde forsonet seg med at de hadde redusert kapasitet i forhold til hverdagens krav, og aksepterte at å leve like aktivt som tidligere ikke lenger var mulig, fordi det var så mange hindringer i veien. 2) Den andre gruppen anså funksjonsbegrensningen som noe midlertidig, men som i det lange løp må aksepteres. Funksjonsbegrensningene kunne ikke

aksepteres uforbeholdent, derfor var det nødvendig og kjempe i mot disse. Dette viser seg ved at de eldre i denne gruppen aktivt finner alternative måter eller strategier å overvinne funksjonsbegrensningene på. De prøver å gjøre det beste ut av situasjonen. Å bli gammel er ikke noe som bekymrer en, men forbindes med å bli svekket. Det ser ut til at de konsentrerer seg om å opprettholde energien fordi kroppen stadig minner dem om en skrøpelighet de foreløpig ikke ønsker å møte. Alle snakket om aldringen som noe de ikke ønsket å gruble over, og at aldringen var et hinder som i en viss utstrekning kunne håndteres. 3) Den siste gruppen så på funksjonsbegrensningen som noe som verken kunne overvinnnes eller aksepteres. De eldre i denne gruppen var de yngste deltagerne i studien. Funksjonsbegrensningene ble ikke sett i forhold til egen alder. De ble heller ikke erfart som naturlige fordi funksjonsnedsettelsen hadde kommet brått på grunn av uforutsette helseproblemer. De eldre beskrev skuffelse, ikke bare over det faktum at de ikke lenger kunne klare seg selv, men også over det faktum at menneskene rundt ikke så ut til å se hvor vanskelig livet hadde blitt.

En studie viser hvordan kvinner som lider av urin lekkasje aksepterer og tilpasser seg plagene. Selv om det å leve med problemene ble beskrevet som irriterende, utilfredsstillende, og gjorde dem flaue, så ønsket kvinnene å mestre problemene, og å finne sine egne løsninger. Selvstendighet, mestring og uavhengighet var viktig for kvinnene (Andersson, Johansson, Nilsson, Sahlberg-Blom, 2008). Dette er på linje med funn i fra en studie om kvinner med fatigue. Kvinnene hadde et sterkt ønske om å være uavhengige, og bo hjemme så lenge som mulig. Dette fører til at en aksepterer og tilpasser livet etter de symptomene som sykdommen gir, for eksempel ved å ta i bruk tekniske hjelpemidler, eller senke kravene til husarbeid. Samtidig var det viktig å være aktiv, slik at en ikke taper ferdigheter, og gir seg over til sykdommen (Hägglund, 2008).

Funn fra en studie om eldre med hjertesvikt viser at det er to hovedtemaer som beskriver de eldres erfaring med sykdommen. Den ene gruppen eldre føler seg *"fanget i sykdommen"* De eldre som har denne opplevelsen føler at de er forhindret fra å være seg selv. Med dette menes blant annet at de ikke kan utføre de aktivitetene som de har gjort tidligere. De føler seg ikke lenger til nytte, og kravet til seg selv om å være effektiv gjør at de har problemer med å hvile. Flere eldre hevder de er til byrde for andre, både i forhold til de faktiske behov for praktisk hjelp, men også fordi andre er bekymret for dem. Noen eldre hadde vansker med å stole på medmennesker. Dette økte kravet om at de selv måtte håndtere sykdommens konsekvenser, som blant annet angst og usikkerhet. Døden beskrives som noe ubehagelig og skremmende,

og noe som ikke skal snakkes om. De var ikke klare til å dø, og ventet bare på at sykdommen skulle forsvinne slik at de kunne bli seg selv igjen. I motsetning til dette var eldre i den andre gruppen, som følte seg *"frie til tross for sykdommen"* forberedte på døden. Døden beskrives som noe naturlig etter et langt liv, og ble møtt med ro. Denne gruppen eldre betrakter symptomene som følger sykdommen som en naturlig del av seg selv og livet. De fysiske plagene beskrives som en del av deres identitet som en hel person. Det er noe det legges merke til, men som en ikke lar seg forstyrre av. Hverdagen tilpasses den eldres mestringssevne, og fremmer muligheter og ressurser. Bruk av humor beskrives som en viktig mestringsstrategi. Eldre i denne gruppen har selvtillit nok til å vurdere egen sykdom, og behandlingsbehov. Samtidig som de har tillit til andre mennesker, som slektninger, venner og helsepersonell (Ekman, 2000).

Et langt liv påvirker hvordan man håndterer livet som gammel og kreftsyk. Å se tilbake på et godt liv, gjør det lettere å takle den nåværende livssituasjonen. Erfaringer fra et langt liv kan vise seg som styrke og beredskap til å møte vanskeligheter i det nåværende livet på en konstruktiv måte. Bevisstheten om livets verdi, fører til ønske om å leve i noen år til, men det innebærer også en aksept av at livet nærmer seg slutten, at tiden er begrenset. Døden i seg selv betyr ikke frykt eller angst, men det å være døende gir frykt for uutholdelige symptomer som for eksempel smerter, og det å bli avhengig av andre. Hvis livet blir preget av uutholdelige symptomer vurderes døden som en mulig utgang, fordi livet snart uansett kommer til sin ende (Thomé, 2004).

En studie viser at eldre som har kommet i den fasen av livet at de må søke om hjelp fra helsetjenesten, er veldig bekymret over hvordan framtiden vil påvirkes av forandringer og ulike tap. For noen har hverdagen endret seg så radikalt at det ser ut til at de har fått en helt ny livssituasjon, samtidig som livet kan endre seg fra dag til dag. Det og ikke å forstå situasjonen, eller forutsi noe om fremtiden, ta avgjørelser, eller legge planer handler om å miste følelsen av trygghet, og gir en økende følelse av sårbarhet (Janlöv, Hallberg, & Petersson, 2005).

Flere eldre erfarer at de må slåss mot sine fysiske problemer. Problemene medfører følelser som frykt, angst og maktesløshet. Livet erfares som ufleksibelt, ved at de større eller mindre grad blir avhengige av hjelpemidler, og andre mennesker for å mestre hverdagen. De eldre synes det var lettere å få hjelp fra offentlige helsetjenester, enn å be om hjelp fra familie eller venner, spesielt når det var spørsmål om hjelp til daglige gjøremål (Nilsson, et al., 2000).

Dette er i motsetning til funn fra en annen studie hvor det beskrives hvordan de eldre kjempet så lenge som mulig for å unngå å be om hjelp fra det offentlige. Spesielt ektefeller prøvde å kompensere for hverandres funksjonsbegrensninger. Ektefellene så på hverandre som en felles enhet, og hjalp hverandre så lenge som mulig. Behov som de ikke mestret gjennom felles strev ble lagt tilside, slik at barna eller andre familiemedlemmer kunne hjelpe til. Eldre som bodde alene ba om hjelp fra naboer. Hjelp fra familie og venner bidro til følelse av trygghet og sikkerhet, og de eldre var tilfredse med at familien bidro med hjelp når de hadde behov for det (Janlöv, et al., 2005).

Det å ha barn oppleves som en trygghet for mange eldre. Barna kan kontaktes når det er behov for hjelp, for eksempel til innkjøp eller transport. Noen eldre tror også at barna vil bidra med mer hjelp om de skulle få behov for det. Det er ikke omfattende hjelp og omsorg de eldre snakker om her, men midlertidig praktisk hjelp. Siden barna har jobber og sine egne liv kan det ikke kreves noe mer (Gunnarsson, 2009). Barna forventes ikke å gi mye omsorg til hjelpetrequende foreldre, mens ektefellen ses på som en forutsetning for og kunne bo hjemme hvis den eldre blir pleietrequende (Harrefors, Sävenstedt, & Axelsson, 2009). Støtte og omsorg fra familien beskrives av eldre med kreftsykdom som svært betydningsfull og avgjørende for at de kunne mestre hverdagen. Familien bidro til at den eldre følte seg verdifull. Møter med barnebarna gav en følelse av å være i kontakt med verden ”der ute” i en hverdag som består av sykdom og bekymringer (Thomé, 2004). Balansen mellom å være nær familien, men ikke til byrde er viktig. Å være en del av familiens liv, dele sorger og gleder betyr tilhørighet. Man har betydning for andre, og slik bidrar dette til å bevare selvtilliten. Samtidig er det viktig og ikke å være for påtrengende i kontakten, men å bli invitert inn i fellesskapet (Borglin, 2005).

Besøk av barnebarna får livet til å se lysere ut, i følge eldre kvinner som lider av Parkinsons sykdom. Barna aksepterer sykdommen lettere, uten for mange spørsmål og innlærte negative holdninger. Samværet med barnebarna var derfor fylt med glede og oppmuntring (Caap-Ahlgren, Lannerheim, & Dehlin, 2002). Gode relasjoner til familie og venner trekkes frem som betydningsfullt i en studie om eldre kvinner og livskvalitet. Relasjoner preget av varme og nærhet forbindes med glede og inspirasjon. De eldre kvinnene beskrev at gleden kunne komme bare med tanken på de nærmeste, og at de snart skulle møtes igjen (Narum, 2009). Når en er avhengig av hjelp fra familie og venner blir det viktig å kunne gi noe tilbake, ikke bare være den som krever. Mange eldre gir uttrykk for skyldfølelse når de ikke har mulighet

til å gjengjelde hjelpen på tilsvarende (Janlöv, et al., 2006 a). Noen pårørende opplever et vendepunkt i livet når deres kjære får et økende hjelpebehov, og blir skrøpeligere. De ser at de ikke lenger kan ta ektefellen eller foreldrene for gitt, forholdet til det enkelte familiemedlemmet, og familien som helhet blir forandret. Viljen til å hjelpe den eldre kan bli møtt med uvilje mot å få hjelp, og siden man forventer takknemlighet fra den som får hjelp, vil denne uviljen bli sett på som avvisning eller utakknemlighet (Janlöv, Hallberg, & Petersson, 2006b). Å hjelpe den eldre kan gi pårørende motstridende følelser. Det er tilfredsstillende å bidra til at den eldre får en god alderdom, men samtidig kan egne behov bli undertrykt (Dunér, 2010). Pårørende gir hjelp til den eldre på mange områder. Det kan være praktisk hjelp til personlig hygiene, hagearbeid, transport og innkjøp, men det handler også om mindre åpenbare ting som å tilpasse eget liv til fordel for den andre. Gjennom å hjelpe den eldre får man også noe tilbake i form av takknemlighet, belønning og at man unngår skyldfølelse. Samtidig handler det å gi hjelp, også om å balansere egne behov, opp i mot den eldres. Det er en tendens til at pårørende overser seg selv, og erfarer at de blir stresset og i psykisk ubalanse. Eldre ektefeller beskrev problemer med å få nok søvn og hvile, eller bare og komme seg ut av huset en liten stund (Janlöv, et al., 2006b). Det er tre hovedmotiver som forklarer hvorfor pårørende bidrar med hjelp til eldre. Mange føler seg *moralsk forpliktet* til å hjelpe den eldre, noe som også handler om egne og samfunnets verdier. *Følelsesmessig tilknytning*, som handler om bekymring og omsorg for den eldre, er et annet motiv. Det siste motivet som beskrives er at pårørende hjelper eldre *fordi det er nødvendig*. Dette handler om at den følelsesmessige tilknytningen blir en forpliktelse i forholdet. Ektefeller og partnere er mer følelsesmessig involverte enn andre i den eldres nettverk, og føler dermed en sterk forpliktelse til å hjelpe (Dunér, 2010).

Mange eldre beskriver at hjelpen de mottar fra pårørende gir konfliktfylte følelser fordi man er redd for å bli til byrde. De eldre ga uttrykk for at det var en grense for hvor mye hjelp de kunne forvente fra de pårørende, med tanke på deres egen livssituasjon med arbeid og egen familie og ta seg av. I enkelte tilfeller var det en lettelse når den eldre var enig med familien om å be om hjemmehjelp. For noen eldre gir det å søke om hjemmehjelp blandede følelser, det er leit at det er nødvendig, men de er samtidig takknemlige for at hjelpen finnes (Janlöv, et al., 2006 a).

Sammendrag: Studiene viser ulike erfaringer knyttet til det å bli gammel. Mange eldre føler seg ikke gamle, selv om de er over nitti år, mens yngre eldre kan ha følt seg gamle i lang tid. Det ser ut til at følelsen av være gammel henger sammen med hvordan den eldre helse oppleves, samtidig som personlighet, og hvordan livet har vært, spiller inn. Felles for alle eldre er ønsket om å være uavhengig og ikke være til byrde for andre. De fleste eldre er oppmerksomme på risikoen for sykdom og avhengighet. Noen velger å fortrenge disse tankene mens andre er mer reflekterte. Når sykdom og plager blir et faktum viser det seg at de fleste eldre tilpasser seg situasjonen, og gjør det beste ut av livet slik det har blitt. Allikevel er det noen eldre som opplever dette som vanskelig og ikke klarer å akseptere at livet har blitt forandret. I en vanskelig livssituasjon betyr familie og nettverk trygghet. Ektefeller støtter hverandre, og kompenserer for hverandres funksjonsbegrensninger. Barna stiller opp med praktiske gjøremål, samtidig som samvær med barnebarna gir avveksling og glede. Det er allikevel en grense for hvor mye den eldre ønsker å belaste familien, da blir hjelp fra det offentlige nødvendig.

4.1.3 Eldres hverdagsliv

En studie viser at eldre som har blitt skrøpeligere på grunn av sviktende helse, skaper seg en ny rytme i hverdagen. For mange er det viktig å ha en plan for dagen som inneholder de aktivitetene som er nødvendige, og som de ønsker å utføre. Planer skaper forutsigbarhet, og gir den eldre noe å se fram til (Birkeland, 2009). At hverdagens mønster og rytme bidrar til forutsigbarhet, var også et funn i en studie om nittini åringer. Mønsteret ble beskrevet som en sirkulær rytme, planlagt i forhold til tid og tidligere livserfaringer. Dette ga forutsigbarhet og bidro til en følelse av kontinuitet. Hvis mønsteret ble avbrutt, førte det fort til at den gamle ble opprørt og forstyrret. Rytmen i hverdagen ble gjerne påvirket og skapt, av ytre faktorer som besøkene fra hjemmetjenesten og forskjellige radio og fjernsynsprogrammer (Hägglöm-Kronlöf, Hultberg, Eriksson, & Sonn, 2007). Brukere av et eldresenter beskriver hvordan besøkene deres ved senteret skapte regelmessighet i hverdagen. Struktur og regelmessighet i hverdagen gir følelse av tilhørighet og stabilitet, som igjen bidrar til helse og velvære hevder forfatterne (Lund & Engelsrud, 2008). Regelmessige aktiviteter for kropp og sjel bidrar til å gi hverdagen og livet et meningsfylt innhold (Borglin, 2005).

Eldre som har gjennomgått behandling for kreft erfarer at den endrede livssituasjonen setter store krav til å tilpasse seg, og mestre hverdagen. Livet erfares som mer begrenset enn tidligere og det er avgjørende å redefinere sin egen rolle. Mangel på forståelse fra mennesker i omgivelsene gjør det nødvendig å sette nye grenser i forhold til andres forventninger om en selv, for eksempel i forhold til at en ikke har muligheter til å være like aktiv som tidligere (Thomé, 2004).

Funksjonshemmede eldre beskriver i en studie hvordan de erfarer egen hverdag. En vanlig beskrivelse er at hverdagen fortsetter som før, men erfares som noe forandret, med eller uten hjelp fra andre. Mange eldre fortalte at de opprettholdt fritidsaktiviteter som å lese, høre på lydbøker, løse kryssord eller se på TV. Erindring var også en naturlig aktivitet i de eldres hverdag. Flere holdt på med ulike fysiske aktiviteter som ridning og sykling. De eldre som deltok i ulike aktiviteter og sosiale møter, hadde en opplevelse av at tiden gikk fort (Tollén, Fredriksson, & Kamwendo, 2008).

Deltagelse i fritidsaktiviteter og sosiale nettverk fremmer eldres ressurser i følge funn fra Eloranta et al. (2008) studie. Fritidsaktivitetene kunne være alt fra å løse kryssord, lese bøker og ulike former for håndarbeid, til å delta i ulike utendørs aktiviteter. Det sosiale nettverket besto for de fleste eldre av slektninger og venner, men også hjemmesykepleiens ansatte. Støtten de eldre fikk fra nettverket sitt var både på det følelsesmessige planet, og i forhold til praktisk hjelp til hverdagslige gjøremål. For eldre som ikke hadde nære slektninger var hjemmesykepleien essensiell, de regelmessige besøkene ga en følelse av trygghet og oppmuntring.

I en annen studie beskriver de fleste av de atten eldre deltakerne at de har en innholdsrik hverdag, med aktiviteter som å gå tur, gjøre husarbeid eller å treffe venner og bekjente. Samtidig la de eldre vekt på at de gjorde det de hadde lyst til. Det var sjelden det ikke skjedde noe spesielt i løpet av en uke, som besøk av familie, venner eller et andre sosiale møter. Alle de eldre hadde en aktiv måte å tilpasse seg på, slik at de hadde kontroll over egen hverdag (Larsson, et al., 2009).

Dette tilsvarer et av funnene i en studie om hvordan eldre mestrer hverdagen. Eldre som har en aktiv tilnærming til de utfordringene livet byr på, tar initiativ og strever for å opprettholde uavhengighet og kontroll over eget liv. Eldre dette gjelder, har oversikt over hvilke behov de har, hva de trenger av hjelp, og hvordan de kan skaffe denne hjelpen. Hverdagen fungerer

fordi den eldre bruker ressurser i eget nettverk, i tillegg til at de benytter seg av tjenester fra den offentlige helsetjenesten. Eldre bruker ulike tilnærminger i møte med egen skrøpeligheit, økt hjelpebehov og hverdagslivet. Et annet funn i studien viser at noen eldre har en mer adaptiv tilnærming til å mestre hverdagen, ved at de for det meste handler på andres initiativ. Slik opprettholdt de noe uavhengighet. Hvis dette er en bevisst strategi beholder de fortsatt kontroll over sin egen situasjon. Ved å la familien eller pleie- og omsorgstjenestene definere hvilke behov den eldre har, og hva slags hjelp den eldre trenger risikerer den eldre å få hjelp som han verken har behov for eller ønsker. Allikevel gjøres dette for å tilfredsstillere familien, slik at de ikke bekymrer seg, og for å unngå masing. Den siste mestringsstrategien som ble funnet var passiv tilnærming. Eldre som bruker denne strategien overlater kontrollen til andre, ved å frasi seg eget ansvar, og overlater til andre å bestemme for seg. De har ikke styrke til å håndtere hverdagslivet sitt, og ser ingen mulighet for selv å gjøre noe med sin livssituasjon. Det å overlate kontrollen til andre fører til lettelse, og en opplevelse av å være trygg (Dunér & Nordstrøm, 2005).

Flere eldre beskriver at aktiviteter som tidligere ble gjort automatisk krever lenger tid med alderen, og full oppmerksomhet og konsentrasjon. Hvis aktivitetene ikke kan gjøres slik som tidligere, finner den eldre andre måter å gjøre det på (Tollén, et al., 2008). Å utføre huslige gjøremål, eller aktiviteter selv om de tar lenger tid enn tidligere er tilfredsstillende for den eldre, selv om oppgavene ikke nødvendigvis er så store (Birkeland, 2009). Dette gjenkjennes i en annen studie, hvor noen av de eldre forteller om hvordan de planlegger, og utfører aktiviteter på en slik måte at de fortsatt mestrer dem. Oppgavene utføres på en annen måte enn tidligere, som for eksempel ved å dele opp gjøremålene, og å bruke lenger tid. Det å bruke lenger tid på oppgavene som skulle gjøres kom flere av deltagerne inn på. Samtidig erfarte flere av de eldre at dagene gikk fort. Dette hadde innflytelse på hvilke aktiviteter eller oppgaver som ble prioritert å gjøre (Larsson, et al., 2009).

Noen eldre beskriver hvordan de opplever at hverdagens krav utfordrer dem på en positiv måte. Å bli utfordret erfares som en mulighet til å teste og å justere egne grenser i forhold til hva som er mulig å mestre av forskjellige gjøremål. Det handler ikke om hvilke oppgaver som blir gjort, men hvordan de blir utført, noe som innebærer andre måter og gjøre ting på (Häggblom-Kronlöf, et al., 2007). Å delta i, eller utføre forskjellige aktiviteter gir en følelse av uavhengighet (Borglin, 2005). Eldre kvinner beskriver hvordan mestringsopplevelser forbindes med opplevelsen av å ha det godt. Å finne balansen mellom egne ferdigheter og

dagliglivets krav beskrives som tilfredsstillende, spesielt fordi mange har økende funksjonssvikt. For mange er trusselen om å komme på sykehjem en inspirator til å løse ulike utfordringer (Narum, 2009).

En studie om eldre kvinner med fatigue på grunn av hjertesvikt viser at kvinnene blir sårbare, og har behov for hjelp av andre til å mestre hverdagen. Spesielt gjelder dette ulike praktiske gjøremål i huset så vel som personlig hygiene. De eldre kvinnene er takknemlige for hjelpen de får fra nettverket sitt, men gir samtidig uttrykk for at de i hverdagen blir veldig avhengige av andre (Hägglund, 2008).

Etter hvert som en blir eldre øker sjansen for å få behov for tjenester fra det offentlige, som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En studie viser at personer som har behov for assistanse fra hjemmesykepleien, erfarer at hverdagen blir svært begrenset, fordi man som pasient i eget hjem blir svært avhengig av andre. Hverdagen må innrettes etter andres timeplan, det vil si, når hjemmesykepleien har anledning til å komme. Fordi hjemmesykepleien må koordinere besøkene med andre pasienter, medfører det liten anledning til å forhandle om når besøkene skal finne stede. Dette fører til lite fleksibilitet uten rom for spontane påfunn, som en tur til byen, eller deltagelse i kulturelle aktiviteter (Ellefsen, 2002). Dette kan beskrives som at den eldre er i hendene på andre, noe som betyr at den eldre ikke har kontroll, eller ikke er i stand til å bestemme hvordan og når forskjellige gjøremål skal utføres. At hjemmesykepleien styrer rutiner, avtaler legebesøk på vegne av den eldre uten å ta hensyn til den eldres synspunkt medfører også redusert frihet og begrenset spontanitet (Haak, Fänge, Iwarsson, & Dahlin-Ivanoff, 2007).

Dette gjenkjennes i en studie hvor man fant at usikkerhet rundt hvilken tid hjemmetjenesten kommer, hvem det er, eller hvor mange, ble opplevd som en trussel for opplevelse av kontroll over de eldres liv. Denne usikkerheten gjør det vanskelig å legge planer og å lage seg rutiner, som for mange er viktig. Noen eldre erfarer at redusert funksjonsevne fører til færre muligheter å fylle dagene med meningsfulle aktiviteter. Dette fører til en følelse av tomhet og en opplevelse av at hver dag er lik. Det og ikke kunne følge opp aktiviteter som tidligere, eller gjøre ting som før, ble opplevd som et stort tap. Det var lett å sitte og sture i stedet for å fortsette å gjøre ting, det var vanskelig å ta initiativ (Tollén, et al., 2008).

I en studie beskrives hvordan eldre erfarer det å gjøre ulike aktiviteter utenfor hjemmet. De eldre beskrev at det var viktig å fortsette med aktiviteter som tidligere. Dette kunne være

reising, besøk på bibliotek eller gjøre innkjøp. At egen fysisk helse var god, ble erfart som en forutsetning for å være mobil, men mange benyttet familie, hjelpemidler og bilen til å gjøre de tingene de ønsket (Hovbrandt, Fridlund, & Carlsson, 2007). For eldre som er engstelige for å falle, erfares trygghetsalarm som et godt verktøy for å være aktiv og mobil. Bruk av alarmen medførte at den eldre slapp å være avhengig av andre for å komme seg ut (Melander-Wikman, Fältholm, & Gard, 2008) Å være aktiv handler om å være en del av verden rundt seg, og de eldre var avhengige av de mulighetene omgivelsene gav i forhold til aktivitet. Parker og friluftsområder setter mange eldre stor pris på. Å sitte på en benk bare for å se, gir en følelse av å være i et samspill med andre. Mange eldre beskrev hvordan omgivelsene var lite tilrettelagt, og tok lite hensyn til eldre. Fortau benyttes av syklister, om vinteren gjør snø og is på fortauet det vanskelig å gå. Alt dette fører til at mange eldre begrenser sin bevegelsesradius til å være i nærheten av eget hjem. Det å være aktiv også utenfor hjemmet bidrar til et meningsfullt liv og en meningsfull hverdag. Det er derfor en forutsetning at omgivelsene i det offentlige rom er tilpasset Eldres behov (Hovbrandt, et al., 2007).

4.1.4 Eldres erfaring med helsetjenesten

Eldre som søker om hjemmehjelp, erfarer at de har liten innflytelse på innholdet i den hjelpen de tilbys, og at det er hjemmetjenesten som bestemmer mye av behovet. Flere erfarte at de fikk tilbud om hjelp til behov de ikke hadde, og motsatt. I enkelte tilfeller hjalp det å forhandle seg frem til en løsning, men dette krevde at den eldre hadde egne ressurser, eller familie som kunne støtte (Janlöv, et al., 2006 a). Tilsvarende erfaringer beskrives også av eldre pårørende til pasienter i hjemmesykepleien. De opplever manglende kontroll i hverdagen, fordi det alltid er knyttet usikkerhet til når hjemmesykepleien kommer, kvaliteten på pleien som gis, hvilken pleie som ytes til ektefellen, og hvilken pleier det er som kommer (Hegli, 2009). Samarbeidet med hjemmesykepleien kan oppleves som frustrerende, fordi ønsker om endring ikke følges opp (Dunér & Nordstrøm, 2005) Mange av de pårørende beskriver at forhandling med hjemmesykepleien sjelden fører fram, fordi deres innspill enten ikke høres, eller tas til etterretning. Konsekvensene av dette er at de pårørende enten overtar hele eller deler av pleien selv, eller at de innretter seg hjemmesykepleiens tilbud (Hegli, 2009). Samtidig erfarer noen pårørende at de er et bindeledd i mellom hjemmesykepleien og den eldre, ved at de skaper forutsetninger for et godt forhold mellom den eldre og helsepersonellet (Dunér & Nordstrøm, 2005).

Eldre bruker ulike strategier for å tilpasse seg et liv avhengig av hjemmesykepleien. Enkelte er pro-aktive i sin tilpasning. Dette viser seg ved at de har en selvsikker måte å presentere seg på, ved å peke på ulike kvaliteter hos seg selv og sin familie. Å sette grenser for hjemmesykepleiens adferd når de ikke oppførte seg passende, eller ikke var kompetente til oppgaven, var også en pro-aktiv tilpasning til situasjonen. De informantene som var reaktive i sin mestrings strategi, tilpasset hverdagen sin til hjemmesykepleien, og aksepterte situasjonen som den var, med humørfylt resignasjon. Å akseptere situasjonen slik den er, gjør det lettere å komme igjennom hverdagen. Passiv tilpasning til livssituasjonen ble sett når det gjaldt forhold utenfor pasientens kontroll, som for eksempel hvor lang tid hjemmesykepleien har til rådighet ved besøkene (Ellefsen, 2002).

I en studie beskrives det hvor viktig de eldre føler at det er å ta selvstendige avgjørelser, for på denne måten å ivareta egne ressurser. Allikevel er erfaringen at de ansatte i hjemmesykepleien tar mange avgjørelser med hensyn til den omsorgen som gis. Ved at helsepersonell involverer pasientene i de avgjørelsene som må tas vedrørende pleie og omsorg styrkes pasientenes tro på egne ressurser, samtidig som det gir pasientene opplevelse av kontroll over eget liv (Eloranta, Routasalo, & Arve, 2008). I følge Haak et al (2007) handler det å styre eget liv om å bestemme når, hvordan, hvor og hvilke gjøremål som utføres. Det er selve bestemmelse eller avgjørelsen som er viktig her, ikke oppgavene. De eldre i studien mente at økende avhengighet generelt påvirket hverdagen slik at friheten til å bestemme og styre aktiviteter ble begrenset.

En del eldre har et negativt syn på tilbudet fra helsetjenesten, fordi de er påvirket av det negative bilde massemedia gir av eldreomsorgen. Samtidig hører en del om naboer, venner og families negative erfaringer noe som ikke bedrer deres oppfatning av eldreomsorgen generelt. Mange eldre er usikre på om de kommer til å få hjelp når de trenger det, og hva slags hjelp det eventuelt vil få. Allikevel ser det ut til at noen av de eldre som har et tilbud fra offentlig eldreomsorg er fornøyde med hjelpen de får. Hjelpen fører til at de kan klare seg lenger uten omfattende hjelp (Gunnarsson, 2009).

En studie om eldre Finske immigranter i Sverige, viser at språk og kultur har betydning for hvordan møte med helsevesenet erfares, tross for at forskjellen mellom Sverige og Finland tilsynelatende er liten. Når det gjelder språket er det fortsatt en del eldre "Finland- Svensker" som ikke snakker Svensk, noe som erfares som spesielt utfordrende. Mangel på tolk i møte med helsepersonell er et problem. Samtidig som det å ha en tolk tilstede i møte med

helsepersonell var utfordrende fordi en ikke kunne være helt sikker på at det som ble sagt ble oversatt korrekt. Kommunikasjonsproblemer fører til usikkerhet om den eldre hadde blitt forstått, samtidig som det gir en opplevelse av og ikke å ha kontroll over situasjonen. Derfor var det viktig for de eldre og møte personer med Finsk bakgrunn, fordi dette ga en følelse av trygghet og tilhørighet, og dermed en større tillit til å få riktig behandling og omsorg. (Heikkilä & Ekman, 2000).

Sammendrag: Studiene viser et variert bilde av Eldres hverdagsliv. Å ha planer for dagen gir mening til livet. Mange eldre fortsetter med sine aktiviteter, både de daglige gjøremålene og fritidssysler i og utenfor hjemmet. Studiene viser at de fleste eldre tilpasser hverdagsaktiviteter etter egen styrke, og mulighet for mestring. De vil utsette hjelp fra andre så lenge som mulig. Møte med helsevesenet erfares forskjellig. Mange eldre har et negativt bilde av eldreomsorgen både gjennom massemedia og via erfaringer fra nettverket. Til tross for dette ser det ut til at flere eldre er fornøyde med hjelpen de får. Allikevel beskriver mange studier hvordan både eldre pasienter og deres pårørende føler at hjemmetjenesten er for lite tilpasset deres behov. Ubalansen i maktforholdet mellom hjelpeapparatet og mottageren er tydelig. For eldre som er avhengig av hjelp i hjemmet enten i form av hjemmesykepleie eller hjemmehjelp, ser det ut til at hverdagen blir lite fleksibel, og at det blir lite rom for spontanitet. På grunn av dette forhindres i å leve et fullverdig liv.

4.1.5 Hjemmets betydning for eldre

For de fleste eldre er det svært viktig å bo i eget hjem så lenge som mulig. Dette var et gjennomgående tema i flere artikler. Fire av artiklene er deler av en større Svensk studie om eldre, hvor hjemmet er et eget tema. Det var derfor naturlig at hjemmets betydning for eldre ble et eget tema i dette resymeet. I det følgende vil ulike aspekter i forhold til det å bo i eget hjem bli belyst.

I en studie om eldre hjemmeboende Finske immigranter beskriver de eldre et sterkt ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Hjemmet beskrives som symbolet på et godt liv, et sted hvor en kan fortsette å leve som en ønsker, og som bevarer de kjente og kjære aspektene i livet (Heikkilä & Ekman, 2003). Dette gjenkjennes i en annen studie hvor eldre kvinner beskriver hvordan hjemmet betyr mye for opplevelse av velvære. Kvinnene har innredet hjemmet etter egen smak, er omgitt av gjenstander og minner som setter livet inn i en

sammenheng (Narum, 2009). Eldre mennesker tilbringer det meste av tiden sin i eget hjem, dermed blir hjemmet en sentral del av Eldres livsverden. Å bo i eget hjem betyr både trygghet og frihet. Med trygghet menes at den eldre bor i et kjent nabolag, hvor noen er i nærheten i tilfelle man trenger hjelp. Det handler også om at man vet hvilke forretninger og helsetjenester som finnes. Mange av de som bor i nærheten av der de vokste opp, assosierer hjemstedet med gode minner. At hjemmet til den eldre er tilpasset egne behov med hensyn til møbler og hjelpemidler, gir også trygghet (Dahlin- Ivanoff, Haak, Fänge, & Iwarsson, 2007). Uttrykket "*Mitt hjem er mitt slott*" er også en beskrivelse av den tryggheten som hjemmet assosieres med. Konkrete og abstrakte minner vekker forskjellige følelser som forbindes med trygghet (Borglin, 2005). Flere eldre som gjennomgår kreftbehandling beskriver at hjemmet oppleves som det tryggeste stedet å være, når hverdagen handler om usikkerhet i forhold bekymringer for uforutsette hendelser, eller andre bekymringer (Thomé, 2004). I eget hjem er man omgitt av mennesker som har vært til stede, man har minner å leve på. Minner om årene som har gått, gjenstander som er samlet gir hjemmet verdi. Minnene er knyttet til ulike hendelser i livet, både på godt og vondt. Hvert minne har sin egen historie. Uten minner knyttet til hjemmet, vil ikke man ikke føle seg hjemme. Flere erfarer hjemmet som et møtested, hvor ting skjer på ens egne premisser. Hjemmet betyr stabilitet, et sted man alltid kan komme tilbake til (Dahlin- Ivanoff, et al., 2007).

For mange eldre betyr det å bo hjemme en opplevelse av å være en autonom og uavhengig person. Å bo hjemme gir en følelse av kontroll over eget liv, og at man selv bestemmer hvordan man vil leve. Det er viktig å kunne ta avgjørelser uten innblanding fra utenforstående (Eloranta, et al., 2008). Mange eldre unngår å be om hjelp fra det offentlige så lenge som mulig, fordi de er redde for å miste styring og kontroll over eget liv (Janlöv, et al., 2005). De forbinder for eksempel det å flytte til sykehjem med tap av kontroll, og er engstelige for å ende opp som anonyme objekter (Nilsson, et al., 2000).

Hjemmet som symbol på uavhengighet var også et funn i en annen studie. De eldre beskriver aldersforandringer og fysisk funksjonsnedsettelse som en trussel mot uavhengighet. De kjempet kontinuerlig for å bo hjemme, ved å strekke egne grenser, ved å senke kravene til oppgaver som skulle utføres, eller ved å slutte med enkelte aktiviteter. Så lenge de eldre erfarte at de hadde kontroll over egen livssituasjon, oppfattet de å mestre hverdagen på en tilfredsstillende måte (Haak, Fänge, et al., 2007).

Når en er i stand til å utføre daglige oppgaver i hjemmet som husarbeid og innkjøp, økes selvtilliten, og man bekreftes som en uavhengig person. Dette følges gjerne av stolthet og tilfredshet knyttet til hjemmet. Samtidig ser det ut til at etter hvert som den eldre funksjonsevne blir dårligere, skifter fokuset fra uavhengighet til autonomi. Med dette menes at når den eldre har god fysisk funksjon er uavhengighet det samme som å utføre ulike aktiviteter eller oppgaver uten hjelp fra andre, mens når hjelpebehovet øker, handler uavhengighet om å styre, og å ta egne avgjørelser. Altså er ikke autonomi og uavhengighet det samme, fordi man kan være avhengig av hjelp fra andre samtidig som man er i stand til å ta avgjørelser om hvordan og når hjelpen trengs.

At hjemmet betyr frihet er funn i en annen studie. Den eldre kan gå og komme som en ønsker, og gjøre ting som man vil. Bestemme hvem som kan komme på besøk, når en vil legge seg og hvile uten innblanding fra noen, trekkes fram som viktig av informantene. Hjemmet er også et sted for refleksjon og ettertanke. Man har frihet til å trekke seg tilbake og være for seg selv, i fred og ro (Dahlin- Ivanoff, et al., 2007).

Sammendrag: Studiene viser at å bo hjemme, og hjemmet som sådan er svært betydningsfullt for eldre mennesker. Hjemmet er en del av ens identitet, som bekreftes av minner, og omgivelser som er utformet og tilpasset egne ønsker og behov. For eldre mennesker handler det å bo i eget hjem om autonomi, frihet og uavhengighet. Friheten til å selv å bestemme og gjøre som en vil, uavhengig av andre.

4.2 Helse

Helse og psykisk helse er to begreper som er knyttet sammen. Det var derfor naturlig og samle disse under temaet helse, med undertemaer eldre og helse, og eldre og psykisk helse. I undertemaet eldre og helse fremkommer beskrivelser av eldre forståelse av hva som gir god helse, og hva som forbindes med god helse. Når det gjelder temaet psykisk helse var det kun tre artikler som fokuserte på dette som fenomen. Men i de mange studiene om eldre beskrives ulike erfaringer og opplevelser som kan knyttes til psykisk helse.

Opplevelser, og erfaringer med ensomhet kan påvirke den psykiske helsen, slik ble eldre og ensomhet et tema under psykisk helse. Å bli gammel forbindes av mange mennesker med å

bli ensom. Et vanlig uttrykk som beskriver denne forestillingen er ”*gammel og ensom*”. Det var bare en artikkel som fokuserte spesielt på temaet ensomhet, men flere av artiklene kommer inn på ulike sider av fenomenet, som en del av det å være gammel. Derfor var det naturlig å beskrive ensomhet hos eldre i et eget tema.

4.2.1 Eldre og helse

En forutsetning for å bo i eget hjem er å ha god helse. Har man en god helse kan man være aktiv, bo hjemme og leve slik en ønsker. Dette er faktorer som er viktig for å ha et godt liv som gammel (Narum, 2009). I en studie definerer eldre helse ut i fra sine muligheter til å være aktive, og delta i ulike sosiale sammenhenger. Fysisk og psykisk energi var også en viktig del av de eldres oppfatning av helse, men dette handlet ikke om fysisk funksjonsevne. Sykdom og symptomer på uhelse er altså ikke et mål på helse blant de eldre i denne studien. Helsen defineres ut ifra hva en kan forvente av deltagelse i forskjellige aktiviteter i forhold til ulike symptomer. Deltagelse i meningsfulle aktiviteter ser derfor ut til å være avgjørende for hvordan man oppfatter helse i høy alder (Nilsson, et al., 1998).

De fleste eldre vil bo hjemme så lenge som mulig. Hjemmet er en del av den eldres identitet utviklet over tid. Hvis hjemmet er tilpasset, slik at muligheten til å ivareta rutiner og ulike aktiviteter er tilstede, ser det ut til at det å bo i eget hjem, fremmer eldres helse (Fänge & Dahlin Ivanoff, 2009). Mange eldre bruker etter hvert mye medisiner for sine helseproblemer. Å mestre medisinbruk er en forutsetning for at de skal kunne fortsette å bo hjemme. De fleste eldre verdsetter egen uavhengighet i forhold til dette. For selv å ivareta egen medisinbruk beskriver eldre at det er nødvendig å være ”klar” i hodet. Mange er redde for at de med økende alder blir mer glemsk, slik at de ikke lenger kan håndtere egen medisinbruk, og av den grunn må flytte til institusjon (Westerbotn, Fahlström, Fastbom, Agüero-Torres, & Hillerås, 2008).

En studie beskriver hvilken betydning kultur, estetikk og humor har for å fremme fysisk og psykisk helse for eldre kvinner. Gjennom et langt og strevsomt liv har kvinnene brukt ulike strategier for å mestre hverdagen hvor bruk av humor, deltagelse i kulturelle aktiviteter og skjønne omgivelser har vært vesentlig elementer. Disse erfaringene tar kvinnene med seg inn i alderdommen, og fortsetter med sine aktiviteter og mestringsstrategier for å ivareta sin egen fysiske og psykiske helse (Forssén 2007).

4.2.2 Eldre og psykisk helse

I en studie beskriver eldre kvinner hva de forbinder med god psykisk helse. Bekreftelse av seg selv som person, tillit både til og fra andre, er viktige faktorer. Tro på livet, livslyst og mulighet til utvikling nevnes som viktige elementer. Å være engasjert og involvert i forholdet til seg selv, men også andre mennesker forbindes med å ha en god psykisk helse. Studien viser at bekræftelse av egen eksistens og verdi er et nødvendig grunnlag for livslyst, utviklingsmuligheter og engasjement. Å være klar over og akseptere sine innerste ønsker gjør at man kan se seg selv som subjekter og leve et autentisk liv. Det ser ut til at relasjoner til andre mennesker er essensen i psykisk helse (Hedelin & Strandmark, 2001b). Funnene i studien viser at ved å få bekreftet seg selv og sin verdi i forhold til andre, bedres den psykiske helsen. Bekreftelse er grunnlaget, og bidrar til tillit, livslyst, engasjement og utvikling. Kvinnene som erfarte dette hadde en sterk overbevisning om å være verdifulle. De så tilbake på livet med stolthet, og var overbærende i forhold til problemer de hadde møtt. Ved å akseptere livets utfordringer, var kvinnene i stand til å møte fremtiden på en trygg måte. Kvinnene vernet om sin selvrespekt, autonomi og integritet, ved å stå opp og forsvare seg selv om nødvendig. Fellesskap til andre mennesker ble erfart som viktig (Hedelin, 2003).

I en annen studie beskrives eldre kvinners erfaring med depresjon i et livs-verden perspektiv. Depresjonen beskrives som "og re-erfare et alvorlig personlig angrep", og en erfaring med økt følsomhet og sårbarhet. Depresjonen ble oppfattet som en alvorlig multidimensjonal lidelse, som affekterte fysisk, psykisk, sosial og åndelige aspekter, hvor tidligere erfaringer ble slått sammen med den nåværende situasjonen. Følelser som meningsløshet, tomhet og håpløshet var fremtredende. Selv ransakelse og skyld beskrives som vanlige følelser, og noen av kvinnene erfarte at det var deres egen skyld at de var syke. Mange av kvinnene beskriver også et samspill mellom psykisk og fysisk smerte. Fatigue, ulike former for smerte og svimmelhet er vanlige plager. De fysiske problemene gjør at kvinnene får en økt følelse av hjelpsløshet og isolasjon. Dette viser at hele livs-rommet til kvinnene ble rammet. I sin mest alvorlige form ble depresjonen og derved livet oppfattet som uutholdelig (Hedelin & Strandmark, 2001a). Når en som person ikke blir bekreftet, eller ens verdi og selvtillit blir krenket, blir den psykiske helsen dårlig. Følelser som sårbarhet, meningsløshet, skam og skyld blir fremtredende. Livet erfares som meningsløst og verdiløst, fordi en ikke har tro på at en kommer seg over problemene. Kvinnene var redde for ikke å bli friske, verken på egenhånd eller med hjelp fra andre (Hedelin, 2003).

Noen eldre har beskrevet hvordan ulike mentale forandringer erfares som tap i større grad enn fysiske endringer. Flere fortalte om hvordan de hadde blitt mer slitne og tiltaksløse, og at dette var noe annet enn det de tidligere hadde erfart. Energien hadde forandret seg fra optimisme til pessimisme, eller fra å være i godt humør til å bli melankolsk. Flere beskrev hvordan de takket være en positiv innstilling tidligere i livet hadde taklet ulike kriser, denne innstillingen manglet nå. Dette førte til at de ikke hadde tillit til egen autonomi og mulighet til å møte krav fra framtidige situasjoner. De som følte seg gamle, uttrykte at tap ikke bare var assosiert med følelsen av tomhet og savn, men også sorgen over å bli forlatt (Nilsson, et al., 2000).

Tap av ektefelle kan erfares som en ubeskrivelig sorg, og gi en følelse av å miste en del av seg selv. Tilsvarende erfaringer beskrives når man lever atskilt fra partnere som bor på sykehjem (Borglin, 2005). Sorgen over tap av venner og slektninger, eller personer de hadde mistet kontakt med på grunn av redusert helse beskrives også av Janlöv, Hallberg, og Petersson (2005). Sorgen over tapet av betydningsfulle personer veves sammen med den eldres liv, og blir beskrevet som å miste en del av seg selv. Forfatterne beskriver tap av eksistensiell og åndelig dimensjon som å miste følelsen av egen verdi. Dette ble synlig i de eldres beskrivelser av sine tidligere ferdigheter og meritter, sammenlignet med nåværende reduserte fysiske kapasitet. Man klarer ikke å prestere som før. Selvtilliten blir også influert av følelsen av å være devaluert av samfunnet. Noen eldre beskriver hvordan de føler at samfunnet ser eldre som en byrde, fordi de er unyttige og verdiløse. Enkelte beskriver erfaringer som ikke å bli invitert med på aktiviteter de tidligere har deltatt i, noe de mener skjer på grunn av deres høye alder (Larsson, et al., 2009). Andre eldre beskriver hvordan omgivelsene generaliserer og forventer at eldre skal oppføre seg på en spesiell måte, mens deres egen vilje blir ignorert (Hägglöm-Kronlöf, et al., 2007).

Følelsesmessige belastninger som sorg, uro og triste følelser relateres til konkrete tap, og endringer i den enkeltes livssituasjon. Spesielt ses dette i forhold til den enkeltes livshistorie og begrensede levetid. Når livssituasjonen endres til det verre, erfarer mange eldre angst i varierende grad. I forsøket på mentalt å håndtere den nåværende situasjonen reflekterte de eldre over fortid, nåtid og fremtid (Janlöv, et al., 2005).

Ektefeller til eldre som har blitt for skrøpelige til å bo hjemme, og av den grunn må flytte til institusjon, beskriver hvordan de føler at de svikter sin kjære, som en form for forræderi. Enkelte ektefeller er redde for at den eldre vil beskyld dem for å ha tatt avgjørelsen om

flyttingen, selv om både barn og hjemmesykepleien har vært med i prosessen. Dette fører til stressopplevelser for ektefellene, som beskriver en følelse av isolasjon. De føler også at de ikke får oppmerksomhet fra helsepersonellet som er involvert i flytteprosessen. Ektefellene beskriver hvordan de aldri er uten negative tanker eller følelser, som ensomhet og maktesløshet, selv om de kan ta opp igjen sitt tidligere sosiale liv. Ofte beskrives det at fravær av kjente stimuli fører til de sterkeste reaksjonene, som for eksempel ikke lenger å høre ektefellen sove i sengen ved siden av seg. Enkelte pårørende beskrev hvordan de opplevde at livet definitivt var over, og at de ikke lenger kunne se for seg framtiden, bortsett fra å leve en dag av gangen (Lundh, Sandberg, & Nolan, 2000).

Kvinner som har Parkinsons sykdom beskriver hvordan deres identitet har forandret seg på grunn av sykdommens symptomer. Motoriske problemer fører til at kvinnene ikke lenger utfører typiske kvinnelige oppgaver i huset, noe som gav en opplevelse av ikke lenger å passe til forventede kvinnelige normer. Sykdommen fører også til at det sosiale livet blir redusert, i hovedsak begrenset til familie. Deltagelse i sosiale sammenhenger ble erfart som utfordrende og vanskelige, og det er tydelig at flere av kvinnene mangler følelsesmessig støtte, selv om de gir uttrykk for at de har en forståelsesfull familie. Behov for støtte i forhold til sin egen verdi, trygghet og tillit ble uttrykt. Kvinnene uttrykte bekymring for tap av personlig og sosial funksjonsevne. Selv om omgivelsene ga uttrykk for sympati, var det ikke alltid forståelse, noe som ble opplevd som vanskelig. Det og ikke å være i stand til å bidra med hjelp til familien, eller delta i sosiale aktiviteter påvirker selvtilliten negativt. Mange forteller om å være flaue, og føle skam over sykdommen (Caap-Ahlgren, et al., 2002).

4.2.3 Eldre og ensomhet

At mennesker forbinder alderdommen med skrøplighet og ensomhet vises i Harrefors, Sävenstedt, & Axelssons (2009) studie. Forfatterne snakket med eldre ektepar/ samboere om hvilke tanker og ønsker de har i forhold til et mulig fremtidig pleie- og omsorgsbehov. I en situasjon hvor de ble skrøpeligere, og avhengige av hjelp fra andre beskrev informantene gjennomgående en sterk frykt for å bli isolerte uten å ha kontakt med partner eller venner. Det var en skremmende tanke å måtte sitte alene i flere timer å vente på noen. Tanken på å bli alene, og være fullstendig avhengig av andre virket sterkt inn på flere av informantene, som

ga uttrykk for at de håpet de ikke kom til å oppleve en slik situasjon, da var døden heller å foretrekke.

I flere studier beskrives tegn på, og uttrykk for isolasjon og ensomhet blant eldre. En norsk studie utført av Birkeland og Natvig (2008) belyser den psykososiale situasjonen til enslige eldre hjemmeboende, med alvorlig helsesvikt. Birkeland og Natvig fremhever betydningen av å skille mellom sosial isolasjon og ensomhet, hvor ensomhet beskrives som en subjektiv opplevelse, men sosial isolasjon handler om å ha minimal kontakt med andre. Forfatterne fant at de eldre som deltok i studien tilbrakte mange timer alene, selv om de kunne ha flere besøk fra hjemmesykepleien hver dag. Den korte tiden hjemmesykepleien var hos pasienten av gangen, ga liten mulighet til lengre og mer inngående samtaler. Kontakten med barna hadde også denne tendensen til ” stikk innom kontakt”. Det var familien som styrte kontakten med den eldre, slik at besøkene passet familiens timeplan, noe som betydde en viss uregelmessighet i den sosiale støtten. Likeså beskriver flere eldre at kontakt med venner blir begrenset, på grunn av egen helsesvikt, men også fordi vennene selv blir skrøpeligere, eller er døde. Arenaer hvor man tidligere skapte nye relasjoner har også blitt innskrenket.

Tilsvarende beskrivelser fant Nilsson et al (2000). Mange eldre føler seg ensomme fra tid til annen, hvor årsaken til ensomhet eller sosial isolasjon var tap av sosialt nettverk. Eldre beskriver hvordan nettverket av venner og bekjente skrumper inn på grunn av sykdom, skrøpelighet og dødsfall. Spesielt trekkes det fram at når venner mister ektefelle på grunn av dødsfall, har de en tendens til å miste kontakten. Dette fører til ensomhet for den eldre, og spesielt vanskelig var savnet av personer de hadde hatt et nært følelsesmessig bånd til (Tollén, Fredriksson og Kamwendo, 2008). Tapet av nære slektninger som ektefelle eller barn, kan føre til en sterk følelse av at ens eget liv er verdiløst og gi en intens følelse av ensomhet (Eloranta, et al., 2008). Mangel på samtalepartnere fører også til opplevelse av ensomhet. De eldre beskrev at lengselen etter å ha noen å snakke med var sterkest om kveldene eller i helgene. Hjemmet kunne oppfattes som et fengsel når de eldre ikke hadde mulighet for nære relasjoner til andre. Følelsen av ensomhet og isolasjon ble sterk. Familien var svært betydningsfull for de eldre, fordi venner var falt fra på grunn av sykdom og høy alder (Haak, Dahlin Ivanoff, Fänge, Sixsmith og Iwarsson, 2007).

Andre årsaker til ensomhet nevnes også i enkelte studier. Mange eldre er mye alene fordi de har behov for hjelp med forflytning ved bruk av rullestol. Behov for hjelp ved toalett besøk oppleves som vanskelig, og gjør at mange eldre velger å være hjemme (Birkeland, 2008).

Ulike fysiske hinder var også årsak til at de eldres sosiale kontakt var begrenset. Om vinteren var mange mer eller mindre bundet til huset fordi snø og is gjorde det vanskelig å bevege seg ute, man risikerte å falle. Trapper hos venner og familie kunne også være et hinder fra og komme på besøk (Tollén, et al., 2008).

Når eldre mennesker tar en tur utenfor eget hjem, handler ikke dette nødvendigvis om å involvere seg direkte med andre. Allikevel får den eldre en følelse av å være en del av omverdenen, noe som forhindrer ensomhet. Spesielt når den eldre er bundet til hjemmet på grunn av fysisk skrøpelighet, blir det viktig å ha en opplevelse av å være en del av omgivelsene. Bare det å se ut av vinduene, og å ha noe å følge med på kan bidra til en følelse av å tilhøre eller å være med i samfunnet (Haak, Dahlin- Ivanoff, et al., 2007).

For å motvirke ensomhetsopplevelse blir telefonen et viktig verktøy for kontakt med andre. Mange eldre benytter telefonen til lange samtaler, men det er de eldre selv som må ta initiativet til å ringe. (Birkeland, 2008).

Flere skrøpelige eldre beskriver at å ta i mot besøk i eget hjem kan oppleves som vanskelig da de ikke klarer å fylle oppgaven som vert slik som tidligere (Tollén, et al., 2008). Dette er i motsetning til andre som beskriver at besøk fra venner er viktig, når en selv ikke har mulighet til og komme seg ut, for slik å unngå ensomhet (Haak, Dahlin- Ivanoff, et al., 2007). Eldresenter med ulike tilbud kan være et slikt sted. I en annen studie beskriver de eldre hvordan bruken av eldresenteret får dem til å føle seg som en del av et fellesskap. Brukerne av senteret var bevisste på betydningen av å møte andre mennesker, og livet fikk en følelse av mening fordi de var en del av en gruppe. Dette er med på å oppfylle en av eldresenterets målsettinger som er å forebygge ensomhet og isolasjon (Lund & Engelsrud, 2008).

Kun et fåtall eldre i en studie beskriver seg selv som ensomme. Allikevel fyller mange av de eldre i studien kravene til å være sosialt isolerte. I den grad det snakkes om ensomhet, karakteriserer forfatterne den som sosial ensomhet, på grunn av mangel på personer å ha kontakt med (Birkeland, 2008). Dette er på linje med hva Larsson et al (2009) hevder om at alder i seg selv ikke fører til ensomhet, men handler mer om muligheten til å skape sosiale relasjoner og delta i ulike sosiale netter. De eldre i denne studien la vekt på betydningen av å ha kontakt med familie og venner. De som ikke hadde slektninger i nærheten gikk oftere på butikken eller til postkontoret for å møte mennesker.

Noen eldre legger vekt på forskjellen med å være alene, og å føle seg ensom. Å være alene er nødvendig om man skal kunne reflektere over det livet som har vært, uten at man av den grunn behøver å være ensom (Nygren, et al., 2007).

Sammendrag: Noen eldre definerer helse ut i fra mulighet for aktivitet og relasjoner til andre. Sosial kontakt har større betydning for opplevd helse enn sykdom og symptomer. Mange eldre knytter også det å ha en god kognitiv funksjon til helsebegrepet, og ser dette som en forutsetning for å være selvstendig. Noen studier viser at psykisk helse henger sammen med hvordan man opplever seg sett, og verdsatt som person. Hvis man i møter og relasjoner til andre mennesker blir møtt og respektert for den en er, påvirker dette den psykiske helsen på en positiv måte. I motsetning, om man føler seg oversett og lite verdifull, blir den psykiske helsen dårligere. Dette gjenkjennes i flere av beskrivelsene fra eldre i møte med andre mennesker. De færreste studiene har fokus på psykisk helse, og bruker ikke begreper som depresjoner eller nedstemthet. Til tross for dette kan erfaringene som de eldre beskriver, knyttes til den psykiske helsen, både positiv og negativt. Når det gjelder temaet ensomhet ser man at vanlige årsaker er mangel på sosialkontakt og nære relasjoner, på grunn av tap av venner og familie.

4.3 Artiklenes kvalitet, faglige perspektiver og metoder

Artiklene som ble inkludert i reviewen er alle kritisk gransket med hensyn til teori, etikk, metode og analyse (Burns & Grove, 2009; Forsberg & Wengström, 2008). Til hjelp i granskningen ble en sjekkliste for gjennomgang av kvalitative artikler benyttet (Forsberg & Wengström, 2008).

De inkluderte artiklene har gjennomgående en god faglig og metodisk kvalitet. En medvirkende grunn til dette er at alle artiklene var publisert i anerkjente fagfelleverderte tidsskrift. En tydelig og klar fremstilling av fokus og hensikt er gjennomgående. Valg av studiedesign og analyse beskrives godt, og er hensiktsmessige i forhold til studienes formål og informantenes livssituasjon. Med unntak av to studier, har alle valgt å gjøre individuelle intervjuer med de eldre. Hvis man ser bort fra studienes temaer, så er individuelle intervjuer hensiktsmessig, med tanke på ulike aldersforandringer som redusert syn, hørsel og behov for tid til å reflektere. Antall respondenter i artiklene varierte fra fem til femtini, altså en relativt

stor spredning, men de fleste studiene hadde mellom ti og tjuéfem respondenter, med et gjennomsnitt på ca tjue. Ut i fra formål og hensikt med studiene er antall respondenter i hver studie tilstrekkelig for å få tilfredsstillende resultater. I studier med de høyeste andelene av respondenter var det flere personer som sto for gjennomføringen av intervjuene, noe som kan ha påvirket validiteten. Gjennom et grundig samarbeid, har dette blitt forsøkt oppveid, samtidig som faren er diskutert som en del av metodekritikken. Flere av artiklene beskriver at de benytter intervjuguide, for å sikre at de kommer inn på relevante temaer etter studiens formål. Det er svært få artikler som beskriver at de har valgt å gjøre pilotstudier, for å teste spørsmålenes relevans, dette tas heller ikke opp i metodekritikken.

I analysen er det benyttet ulike metoder som grounded theory og kvalitativ innholdsanalyse. De studiene fleste har brukt kvalitativ innholdsanalyse, men det er også mange artikler med fenomenologisk eller hermeneutisk tilnærming, benyttet i kombinasjon eller hver for seg. Hvordan analysen er utført er gjennomgående godt beskrevet. Når det gjelder resultatene presenteres de i de fleste artiklene med tabeller som gjør det enkelt og få oversikt over hvordan analysen er utført, og hvilke funn som er gjort. De fleste artiklene underbygger resultatene fra analysen med sitater.

Alle inkluderte artikler hadde godkjenning fra sine respektive etiske komiteer, og de fleste beskrev ulike etiske implikasjoner ved studien. I artikkelen hvor observasjon ble benyttet som metode, kunne imidlertid diskusjonen av etiske forhold vært noe tydeligere, spesielt med hensyn til om deltagerne som ble observert var gjort oppmerksomme på observatørens rolle i senteret.

Perspektivene i artiklene var klare. De fleste artiklene ønsker å få kunnskap ut ifra eldres perspektiver på de forskjellige problemstillingene. Enkelte studier har et genusperspektiv, og for samtlige av disse fokuserer artiklene på kvinners helse. Det er ofte anbefalt at forskning om gjøres i et genusperspektiv med bakgrunn i forskjellen mellom kvinner og menn med hensyn til livslengde, helse og kjønnsrolle mønster (Määttä & Öresland, 2009). Noen få artikler tar utgangspunkt pårørendes erfaringer med skrøpelige eldre. Eldre mennesker er også pårørende, spesielt ektefeller har stor betydning for om skrøpelige eldre kan bo i eget hjem. Flere studier med eldre som pårørende vil kunne gi nyttig kunnskap om deres livssituasjon.

Når det gjelder hvilke fagfelt som er representert i de førtito inkluderte artiklene, var det tjuseks artikler i forhold til sykepleie, og ni i forhold til ergoterapi. Resterende er

medisinske og psykologiske disipliner. Ergoterapeutene har gjennom sitt faglige utgangspunkt sterkt fokus på aktivitet og mestring, i motsetning til sykepleie, som fokuserer på erfaring med, og mestring av alderdom, sykdom og funksjonssvikt. Siden det i hovedsak er to fagdisipliner som er representert i utvalget av artikler, kan det synes som det er en relativt liten faglig bredde i kvalitativ forskning om eldre.

Artiklene er publisert i til sammen tretti forskjellige tidsskrift, med fokus på ulike temaer innen sykepleie, ergoterapi, eldre, helse, velferd og kommunal omsorg. Slik kan en si at ulike problemstillinger rundt eldre og Eldres livssituasjon berører mange forskjellige fagområder. Allikevel oppfattes forskningsmiljøet rundt eldre i Norden som relativt lite og oversiktlig, med flere studier utført av de samme forskere og forskerteam /-miljøer. Dette kan også være en utfordring for fagfellevurdering, spesielt for de artiklene som er skrevet på et nordisk språk.

Det ser ut til at interessen for fagfeltet geriatri og gerontologi, er økende, med tanke på at de fleste artiklene er produsert de siste ti årene. Dette har antagelig en sammenheng med det store fokuset på den kommende eldrebølgen, og de utfordringene dette gir for velferdssamfunnet.

5. Diskusjon

I det følgende vil funnene i reviewen bli diskutert i forhold til hvilken betydning de har for eldre, samfunnet og helsetjenesten. Kapitlet innledes med en kritisk vurdering og refleksjon over metoden.

5.1 Metode kritikk

En litteratur review må leses med et kritisk blikk, da den alltid vil være avhengig av forfatterens faglige oversikt og subjektive oppfatning av hva som skal inkluderes (Hummelvoll, 1998; Kirkevold, 1996).

For å styrke studiens validitet har arbeidet gjennom hele forskningsprosessen blitt kritisk gransket gjennom veiledninger, framlegg og drøftinger på forskerseminarer. Forskningen er forsøkt utført på en tilfredsstillende, gjennomtenkt og systematisk måte, spesielt med hensyn til identifisering av søkeord, arbeidet med inklusjons- og eksklusjons kriterier, og selve gjennomføringen av søket.

Identifisering av søkeord ble gjort etter en nøye vurdering av hvilke ord som kunne fremstå som mest mulig nøytrale, og samtidig bidra til at de mest relevante artiklene ble identifisert. Som eksempel kan nevnes at søkeord som angst og depresjon ikke ble brukt, fordi man da ville risikere å få et skjevt utvalg av artikler. I stedet ble ordet psykisk helse benyttet, et tema som omhandler mer enn bare angst og depresjon. Bruk av MeSH termer sikret også å få riktige treff i databasene..

Et av inklusjonskriteriene for studien var at artiklene skulle ha et kvalitativt design. Dette var ønskelig for å få en oversikt over hvordan eldre beskriver ulike aspekter ved sin livssituasjon. Slik har dette inklusjonskriteriet bidratt til å oppfylle hensikten. De inkluderte artiklene anses alle som relevante for studien. De representerer en bred beskrivelse av Eldres livsvilkår og hverdagsliv. Slik ser det ut til at inklusjons- og eksklusjons kriteriene har vært dekkende for studiens hensikt.

Utgangspunktet for studien har vært åpne databaser, med lett tilgjengelige artikler. Databasene ved høyskoler og universiteter er vanskeligere tilgjengelig, og ville kreve mer

ressurser enn det som var til rådighet. I hovedsak er det benyttet to full tekst databaser. Disse dekker de meste relevante tidsskriftene innen geriatri, alderspsykiatri og psykisk helse, og ble vurdert til å være tilstrekkelig for søket. For å kontrollere at de mest relevante artiklene var blitt funnet, ble det gjort et tilleggssøk i Medline, uten at dette førte til nye funn. Dette ble sett på som en bekreftelse på at de benyttede databasene var gyldige.

Søkene har blitt utført systematisk over en begrenset tidsperiode. Hver database ble gjennomgått for seg, med alle søkealternativer. Fra hvert søk ble det tatt utskrift av treff liste, som dokumenterer hvilke søkeord som er benyttet og antall treff. Søkene ble gjort gjentatte ganger, for å kontrollere at relevante artikler ble identifisert. Etter hvert søk ble trefflisten gjennomgått og relevante overskrifter ble merket. Dette har vært en styrke for validiteten av søket. Abstraktene på disse ble gjennomgått, og aktuelle artikler ble plukket ut, for så og bli lest i sin helhet. Deretter ble det avgjort om artikkelen fylte inklusjonskriteriene.

Å beherske databasene er validitetsstyrkende i en review. I starten av søkeprosessen fikk jeg god støtte av biblioteket, spesielt med hensyn til opplæring av søk i de ulike databasene. Dette var nyttig, og bidro til at søkeprosessen ble mer valid og gikk lettere.

Reviewen inkluderer bare fagfelle vurderte artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Dette bidro til at jeg som forsker kunne være mer sikker på at kunnskapen jeg fant fram til var vitenskapelig holdbar.

Med tanke på at studiens hensikt var å gi en oversikt over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i et nordisk perspektiv har den et skjevt utvalg. En stor overvekt av Svenske artikler er representert i forhold til Norske og Finske, og ingen Danske artikler er inkludert. Det er derfor grunn til å reflektere over denne skjevfordelingen. Søkene etter artikler ble gjort i relevante databaser, og artikler fra de ulike landene skulle ha like stor mulighet til å bli identifisert. En mulig forklaring på det skjeve utvalget kan være ulike publiseringstradisjoner i forskningsmiljøene. Med dette menes at det er sannsynlig at studier er publisert i form av rapporter ved den enkelte institusjon. Hvis det hadde vært gjort et grundig og systematisk søk ved disse stedene er det sannsynlig at utvalget kunne ha blitt jevnere fordelt. En annen mulig forklaring er at kvalitative studier i enkelte forskningsmiljøer ikke er like verdsatte som kvantitative. Hvis kvantitative studier var blitt inkludert kunne dette også bidra til en jevnere fordeling av inkluderte artikler i reviewen.

5.2 Diskusjon av funn

I resymeet fremkommer ulike temaer og problemstillinger knyttet til eldres livsvilkår, som viser at eldre, helsetjenestene og samfunnet har mange utfordringer i årene fremover. Rammen for den følgende diskusjonen er eldres erfaring med helsetjenesten, og psykisk helse. Dette er to temaer som hver på sin måte har fått fokus i reviewen. Det første temaet fordi mange av beskrivelsene i resymeet handler om negative erfaringer med helsetjenesten. Godt fungerende helsetjenester er viktig for at eldre skal få et godt liv, samtidig som det gir eldre muligheten til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Det andre temaet er relevant å diskutere fordi fraværet av fokus på psykisk helse er tydelig ikke bare i helsetjenesten, men også i forskningen. Men aller først en refleksjon av artiklenes teoretiske perspektiver.

5.2.1 Teoretiske perspektiver i artiklene

Når det gjelder de inkluderte artiklenes teoretiske perspektiver i forståelse av aldring og aldringsprosessen, ser det ut til at Eriksons (1968) utviklingsteori fortsatt er aktuell. Flere av studiene refererer til hans teorier om ego-integritet versus fortvilelse, som en nyttig tilnærming til å forstå livsløpet som en helhet, og eldres behov for og reminisere jfr. Hedelin & Strandmark (2001a); Nilsson, Sarvimäki & Ekman (1998); Nygren et al., (2007). Samtidig er det flere artikler som trekker frem det niende stadiet som av Joan Erikson (Erikson, 1995) i boken *The life cycle completed* er lagt til den opprinnelige teorien. Det niende stadiet handler om hvordan den aldrende kroppen og det aldrende sinnet blant annet fører til redusert selvtillit. Dette øker faren for avhengighet og tap av kontroll for de eldste eldre. Hvert stadium i den opprinnelige teorien består av to motpoler som er syntone og dystone faktorer, for eksempel tillit vs mistillit. Joan Erikson har i det niende stadiet valgt å presentere de dystone faktorene først for å vise hvilken påvirkning disse har i alderdommen. Hun tegner et forholdsvis negativt bilde av å ha høy alder, men understreker at hvis man mestrer de dystone elementene har man gode muligheter for å oppleve visdom og integritet i stedet for fortvilelse. Når vi søker å forstå eldre som tilhører de aller eldste kan dette niende stadiet bidra til en dypere forståelse av hvordan det er å være gammel.

Tornstams(2005a, 2005b) teori om gerotranscendence trekkes fram i noen artikler som en motsats til kravet om å være aktiv til enhver tid Tollén (2008) eller der man ønsker å

understreke betydningen av å akseptere livsløpet Ekman (2000); Harrefors et al (2009). Foreløpig ser det ut til at Tornstams teori benyttes mindre sammenlignet med Erikson i forståelsen av aldringen, men teorien er fortsatt under utvikling, og Tornstam (2005b) ønsker heller ikke å presentere den som den eneste gyldige teorien i gerontologi.

5.2.2 Møte med helsetjenesten

Reviewen viser at eldre i den grad det er mulig ønsker å klare seg uten hjelp fra offentlige omsorgstjenester, men det går en grense for hvor langt både den eldre selv, og nettverket kan strekke seg. Da er hjemmehjelp og hjemmesykepleie tjenester som tilbys fra det offentlige. I følge resymet kan det synes som at det er et forbedrings potensial med hensyn til hjemmesykepleie/ hjemmehjelpstjenestene. I studiene beskriver flere eldre at de er fornøyde med hjelpen de får, men studier fra Norge (Ellefsen, 2002), Finland (Eloranta, et al., 2008) og Sverige (Janlöv, et al., 2005) beskriver ulike utfordringer og erfaringer med tjenesten som oppleves negativt. Flere eldre beskriver hvordan pleie- og omsorgstjenestene ikke er tilpasset deres behov, verken med hensyn til tidsbruk eller fleksibilitet i forhold til når og hvor ofte besøkene skal skje. Dette fører til økt belastning på eldre pårørende som i noen tilfeller overtar hjemmesykepleiens oppgaver slik at de opplever at pasienten får et verdig liv. Mens pasientene som er avhengige av hjelpen, opplever at hverdagen blir begrenset og lite fleksibel. Disse funnene støtter også av en dansk kvantitativ studie hvor de eldre som er avhengige av hjemmesykepleie gir uttrykk for at de ikke trives (Johannesen, 2004). Ellefsen (2002) stiller spørsmål ved om pasienter i hjemmesykepleien har for lite mulighet til å bestemme over egen hverdag, og om det er mulig og gjøre noe med den lite fleksible hverdagen? Det må arbeides for større brukermedvirkning over den helsetjenesten de har behov for. Avhengighet av hjemmetjenesten fører også til usikkerhet og mindre frihet enn ønskelig, fordi de aldri vet hvilken pleier som kommer, eller om pleieren kommer til avtalt tid. Kontinuitet i omsorgen gir trygge pasienter. Det er derfor behov for å se på hvordan hjemmesykepleietjenesten organiseres. Planlegging av tidspunkt for når besøkene skal skje, og å arbeide for en stabil personalgruppe hos den enkelte pasient er nødvendig. I Norge har det nylig blitt innført Undervisningshjemmetjenester. Hensikten er å bidra til økt fokus på fagutvikling og forskning for og heve det faglige nivået på tjenesten. Dette er et godt politisk tiltak, som det kan knyttes

store forventninger til. Et eksempel på et prosjekt som mest sannsynligvis har overføringsverdi til andre pasient grupper er et prosjekt i Hamar Kommune, hvor de har organisert hjemmesykepleie tjenesten i forhold til personer med demens slik at et begrenset antall personer er involvert i pasienten. Dette viser at nye måter og organisere tjenestene på er nyttig (Galaaen & Pettersen, 2009). Pårørende til eldre yter mye omsorg, selv om hjemmesykepleien gir et tilbud. Å gi hjelpe til den eldre erfarer som en forpliktelse både for familien og samfunnet. Hvis den offentlige eldreomsorgen svikter kan ikke pårørende gi opp (Dunér, 2010). For mange pårørende er det vanskelig å stille krav til hjemmesykepleien, fordi de er avhengige av den hjelpe som ytes. Ubalansen i maktforholdet er tydelig (Hegli, 2009). Høy alder, skrøpelighet og behov for hjelpe, gir et dårlig grunnlag for å kreve (Janlöv, et al., 2006 a). Utvikle samarbeidet med pårørende er nødvendig slik at deres stemmer blir hørt. Et eksempel på en modell som har overføringsverdi til hjemmesykepleietjenesten er Ottestad modellen for pårørendesamarbeid. Gjennom langsiktig og godt planlagt arbeid har ansatte ved Ottestad Sykehjem regelmessige møter med pårørende. Dette har bedret samarbeidet, og erfarer som vellykket både av pårørende og personalet (Konsmo & de Vibe, 2008; Ødbehr, 2008), men samtidig krever samarbeidet en kontinuerlig evaluering og videreutvikling slik at man hele tiden er i stand til å møte nye behov.

I en studie fremheves betydningen av en kulturelt tilpasset eldreomsorg, for eldre som har minoritets bakgrunn (Heikkilä & Ekman, 2003). Omsorgstilbudet er ikke tilpasset eldre med annen religion og kulturbakgrunn, noe som krever justering og tilpasning av velferdstjenestene (Moen, 2005). Imidlertid mangler det i denne reviewen artikler som fokuserer på eldre med en fremmed kulturbakgrunn. Hvordan eldre i denne gruppen erfarer helse, alderdom og helsetjenesten er viktig kunnskap og få tak i.

Det er imidlertid nødvendig med mer kunnskap og forskning om hjemmetjenestenes betydning for eldre. I resymeet er det eldre som gir uttrykk for at de er fornøyde med hjelpen de får. Tjenesten bidrar til at de får mulighet til å bo lenger i eget hjem, men det gis ingen ytterligere beskrivelser av de positive sidene ved hjemmetjenesten. Slik kan derfor beskrivelsene i resymeet fremstå som unyanserte. Det mangler også beskrivelser fra personalet i hjemmetjenestene, noe som er nødvendig for å få et riktig bilde av tjenestene. Ytterligere forskning om hva som fungerer/ ikke fungerer i forhold til hjemmetjenestene både fra pasient perspektiv, pårørende perspektiv og helsepersonells perspektiver er nødvendig.

5.2.3 Psykisk helse

Eldres psykiske helse var ikke et tema som fremsto som tydelig og fokusert i artiklene. Likevel fremkommer det ulike beskrivelser av følelsesmessige belastninger og symptomer på psykisk stress i flere situasjoner. Eksempler på dette er eldres beskrivelser av erfaring med somatisk sykdom, ensomhet og i møter med helsevesenet. Dermed blir det viktig å få kunnskap om hvordan psykisk og fysisk helse gjensidig påvirker hverandre, slik at vi som helsepersonell kan gi best mulig helsehjelp til eldre.

I resymeet fremkommer det at psykologiske og eksistensielle spørsmål aktualiseres i de ulike overgangsfasene som eldre møter i alderdommen. Det viser seg at mange ikke har noen å reflektere sammen med. Helsepersonell må støtte eldre slik at de kan finne nye mening i et endret liv. Det må skapes muligheter til å snakke om hva fremtiden kan bringe av utfordringer, og hvordan disse kan mestres (Janlöv, et al., 2006 a). Ved at helsepersonell etterspør den eldres livsfortellinger kan det åpnes for samtaler om eksistensielle tema (Borglin, 2005; Ekman, 2000). Det er viktig at helsepersonell som arbeider med eldre er oppmerksomme på alderdommens ulike overgangsfaser, og bidrar til å fremme den eldres mulighet til å integrere hendelsene i sin identitet. Den eldres tolkning av livet blir sentral, fordi dette påvirker tanker, følelser og handlinger (Ternestedt & Norberg, 2009).

Kun tre artikler fokuserte spesielt på psykisk helse. Med tanke på at eldre har risiko for psykisk uhelse, er dette tankevekkende, og viser at psykisk helse hos eldre er et lite fokusert tema. Mulige årsaker til dette kan være en generell holdning om at depresjoner og annen psykisk uhelse hos eldre er noe som hører alderdommen til. Forskning knytter depresjon hos eldre til faktorer som fysisk helse, inntekt og sosialt nettverk. Når disse faktorene fjernes, faller risikoen for å utvikle depresjon (Slagsvold & Solem, 2005). Dette betyr at helsepersonell må arbeide for at eldres helse ivaretas, samt at sosiale nettverk er tilgjengelige og vedlikeholdes. Politiske myndigheter må legge til rette for videreutdanning av helsepersonell slik at tegn på psykisk uhelse hos eldre kan avdekkes, og behandles, og ikke minst at psykisk uhelse forebygges. Dette er i følge Slagsvold & Solem (2005) en utfordring både for kommunehelsetjenesten og det psykiske helsevernet.

Eldre med psykiske lidelser behandles i stor grad med medikamenter, og får sjelden tilbud om psykoterapi eller annen form for psykiatrisk hjelp og støtte. I en rapport fra den Svenske Socialstyrelsen konkluderes det med at yngre eldre har nytte av psykologisk behandling for

depresjoner, angst og søvnproblemer (Hägg, Andersson, & Malmberg, 2009). Dette viser at en holdningsendring må til blant helsepersonell slik at eldre kan få adekvat hjelp med sine problemer. Å skape arenaer for møter som bekrefter det enkelte individs eksistens og verdighet vil være et viktig grunnlag i helsefremmende arbeid. Slikt arbeid kan gjøres i grupper, hvor mennesker kan bekrefte og gjøre hverandre synlige (Hedelin & Strandmark, 2001b).

Mulighet for, og tilrettelegging av uformelle møteplasser bidrar til å forhindre sosial isolasjon og ensomhet (Haak, Dahlin- Ivanoff, et al., 2007). I de inkluderte artiklene var det mange beskrivelser av hvordan Eldres nettverk blir mindre. Mindre nettverk sammen med redusert helse er risikofaktorer for ensomhet (Engedal, 2008; Slagsvold & Daatland, 2006). Flere eldre frykter ensomhet samtidig som mange erfarer ensomhet i større eller mindre grad. Av beskrivelsene kan det se ut til at sosial isolasjon er den vanligste årsaken til ensomhet jfr. Jong-Gierveld & Raadschelders (1982) og Routasalo & Pitkala (2003). For eldre som er sosialt isolerte kan opprettelse av telefon- nettverk bidra til å redusere ensomhet. Samtidig er det nødvendig og se på alternativer til hjemmetjenestene, når man fanger opp skrøpelige eldre med en vanskelig sosial situasjon. Personlig assistanse eller hjemmehjelp som kan være i hjemmet over tid kan være slike alternativer (Birkeland, 2008).

I følge beskrivelsene er noe av årsaken til at isolasjon oppstår fordi den eldre har redusert fysisk kapasitet til å delta i ulike sosiale sammenhenger, eller fordi omgivelsene ikke er tilpasset eldre med funksjonsbegrensninger. Det er et tankekors at det i det offentlige rom fremdeles er mangler som forhindrer mennesker med funksjonsbegrensninger i å delta på lik linje med funksjonsfriske. Dette er fortsatt en utfordring for samfunnet.

Flere av artiklene i studien beskriver eldre med god helse, og hvordan de til tross for høy alder opprettholder mange av de aktivitetene som de har vært engasjert i tidligere i livet. Dette anses som betydningsfullt og bidrar til opplevelse av god helse og livsmestring. Funnene i studien viser at eldre forbinder muligheten til å delta i ulike aktiviteter og sosiale sammenhenger med opplevelsen av å ha god helse. Fellesskap og sosial støtte er viktig for å ha god psykisk helse (Hedelin & Strandmark, 2001b). Dette understreker betydningen av å skape uforpliktende sosiale møteplasser for eldre, som eldre- og dagsentra. Spesielt fordi eldre ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig, til tross for dårlig helse og nedsatt funksjonsevne. At eldre ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig, samtidig som mange frykter for, og erfarer ensomhet, kan synes som et paradoks. Ytterligere kunnskap om hva eldre forstår med

ensomhet er nødvendig om samfunn og helsetjenesten skal kunne bidra til å forebygge og forhindre ensomhets opplevelser.

Ytterligere forskning av ulike aspekter ved psykisk helse hos eldre er nødvendig. Kunnskap om psykisk helse som eget fenomen, men også i sammenheng med fysisk helse er interessant. Kunnskap om Eldres erfaringer med psykisk uhelse både med hensyn til å leve med lidelsen, men også med hensyn til behandling kan bidra til at helsepersonell får en bredere og dypere forståelse av psykisk helse/ uhelse hos eldre, og på denne måten bidra til at psykisk uhelse forebygges og behandles.

6. Konklusjon

Eldre er en mangfoldig gruppe mennesker med ulike behov, ressurser og mestringsmuligheter. Når det gjelder eldres livsvilkår er det fortsatt mange utfordringer i det nordiske velferdssamfunnet, både med hensyn til å legge til rette for aktivitet og sosiale møter, og når det gjelder å tilpasse ulike helse- og omsorgs tjenester til eldres behov. Reviewen viser at det er behov for mer kvalitativ forskning, som kan gi kunnskap om ulike sider ved hjemmeboende eldres livssituasjon og livsvilkår. Det vil være nyttig med studier som har ulike perspektiver, hvor både eldre, pårørende og helsepersonell inkluderes. Områder som bør få ytterligere oppmerksomhet i videre forskning er hvordan eldre erfarer ulike dimensjoner ved sin psykiske helse, og eldres behov og ønsker i forhold til ulike helsetjenester. Det er også nødvendig med mer kunnskap om eldre som tilhører en etnisk minoritet, og eldre som har innvandret til Norden fra andre kulturer, for å få en bedre forståelse av deres livssituasjon i alderdommen, og avdekke eventuelle behov for tilpassede helsetjenester.

Litteraturliste

- Achenbaum, A. W. (2009). A metahistorical perspective on theories of aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of aging*: Springer Publishing Company, LLC.
- Aldringsforskning, D. C. f. (2010), from http://www.sdu.dk/Om_SDU/Institutter_centre/DARC.aspx
- Al x, L., Hammarström, Anne, Norberg, Astrid, Lundman, Berit (2006). Balancing within various discourses - the art of being old and living as a sami woman. *Health Care for Women International*, 27, 873-892.
- Andersson, A. (2003). SNAC - The Swedish National Study on Aging and Care
- Andersson, G., Johansson, Jan- Erik, Nilsson, Kerstin, Sahlberg-Blom Eva. (2008). Accepting and adjusting: Older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urological nursing*, 28(2), 115 - 121.
- Antonovsky, A. (2005). *H lsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Barstad, A. (2004). F  isolerte, men mange er plaget av ensomhet. *Samfunnsspeilet*, 4.
- Beekman, A. T., Copeland, F. J. R. M., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Birkeland, A., Natvig, Gerd Karin. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28(1), 18-21.
- Birkeland, A., Natvig, Gerd Karin. (2009). Coping with ageing and failing health: A qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 257- 264.
- Borglin, G. E., Anna- Karin, Hallberg, Ingalill Rahm. (2005). The experiences of quality of life among older people. *Journal of aging studies*, 19, 201-220.
- Brayne, C., McCracken, C., & Matthews, F. E. (2006). Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS). *International Journal of Epidemiology* 35, 1140-1145. doi: 10.1093/ije/dyl199
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. St. Louis, Mo.: Saunders.
- Caap-Ahlgren, M., Lannerheim, L., & Dehlin, O. (2002). Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 87-95.
- Cooper, H. M. (1989). *Integrating research: a guide for literature reviews*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Daatland, S. O. (2005). Teorier om aldring og eldre  r. In R. Nord, Eilertsen, Grethe, Bjerkreim, Torhild (Ed.), *Eldre i en brytningstid* (pp. 71-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahlin- Ivanoff, S., Haak, M., F nge, A., & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as the experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 14, 25-32.
- Helse og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015*. Oslo
- Department of Mental Health and Substance Dependence, & Health, N. D. a. M. (2003). Investing in mental health. Geneva: World Health Organization.

- Dunér, A. (2010). Motives, experiences and strategies of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study. *International Journal of Social Welfare*, 19, 54-62.
- Dunér, A., & Nordstrøm, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*, 19, 437-451.
- Ekman, I., Ehnfors, Margareta, Norberg Astrid. (2000). The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 130-146.
- Ellefsen, B. (2002). Dependency as disadvantage – patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 157-164.
- Eloranta, S., Routasalo, P., & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 308-314.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. Tønsberg: Forl. Aldring og helse.
- Erikson, E. H. (1968). *Barndommen og samfunnet*: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eurostat. (2010). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forssén, A. (2007). Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 228-234.
- Fänge, A., & Dahlin Ivanoff, S. (2009). The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 340-345.
- Galaaen, V., & Pettersen, T. (2009). *Prosjektavtale undervisningshjemmetjenester*. Prosjektavtale. Hamar Kommune, .
- Glasdam, S., Appel Esbensen, B., & Andersen-Ranberg, K. (2009). *Gerontologi: livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck ; Dansk sygeplejeråd.
- Glasziou, P. (2001). *Systematic reviews in health care: a practical guide*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Gulmann, N. C. (2003). *Geronto- psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Gunnarsson, E. (2009). The welfare state, the individual and the need for care: older people's views. *International Journal of Social Welfare*, 18, 252-259.
- Haak, M., Dahlin- Ivanoff, S., Fänge, A., Sixsmith, J., & Iwarsson, S. (2007). Home as the Locus and Origin for Participation: Experiences Among Very Old Swedish People. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(3), 95 - 103.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., & Dahlin- Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 16 - 24.
- Haaning, M. G. (2009). Mestring af det at blive gammel. In S. Glasdam, B. Appel Esbensen & K. Andersen-Ranberg (Eds.), *Gerontologi: livet som ældre i det moderne samfund* (pp. 418 s.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck ; Dansk sygeplejeråd.
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 353-360.

- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synes på hälsa och sjuklighet. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund.
- Hedelin, B., & Strandmark, M. (2001a). The meaning of depression from the life- world perspective of elderly women. *Issues in mental health nursing*, 22, 401-420.
- Hedelin, B., & Strandmark, M. (2001b). The meaning of mental health from elderly women's perspectives: a basis for health promotion. *Perspectives in psychiatric care*, 37(1), 7-14.
- Hedelin, B., J., I. (2003). Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 317- 322.
- Hegli, T. (2009). De " tapte" forhandlinger - Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møtet med hjemmesykepleien. *Vård i Norden*, 2, 23-27.
- Heikkilä, K., & Ekman, S.-L. (2000). Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(4), 281-289.
- Heikkilä, K., & Ekman, S.-L. (2003). Elderly Care for Ethnic Minorities—Wishes and Expectations among Elderly Finns in Sweden. *Ethnicity & Health*, 8(2), 135- 146.
- Heikkinen, E. (1997). Functional capacity and health of elderly people--the Evergreen project. Background, design and methods of the project. *Scandinavian Journal of Social Medicine Suppl*, 53 1-18.
- Heikkinen, r.-L. (2004). The experience of ageing and advanced old age: a ten-year follow up. *Ageing & Society*, 24, 567-582.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.
- Hofstad, G. E. o. N., Reidun. (2003). Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien (pp. 137). Oslo: SINTEF HELSE, levekår og tjenester.
- Holmøy, A. (2003). Undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LAG) (Vol. 88): Statistisk Sentralbyrå.
- Hovbrandt, P., Fridlund, B., & Carlsson, G. (2007). Very old people's experience of occupational performance outside the home: Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 77-85.
- Hummelvoll, J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn: resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie* (Vol. nr 10-1998). Elverum: Høgskolen.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hutchinson, G. S. (2009). *Community work in the Nordic countries: new trends*. Oslo: Universitetsforl.
- Hägg, I., Andersson, B., & Malmberg, B. (2009). *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre. En kunnskapssammanställning*. (2009-11-20). Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-20>.
- Häggblom-Kronlöf, G., Hultberg, J., Eriksson, B. G., & Sonn, U. (2007). Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian Journal of occupational therapy* 14, 192-200.
- Hägglund, L., Boman, Kurt, Lundman, Berit. (2008). The experience of fatigue among elderly women with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 7, 290-295.
- Janlöv, A.-C., Hallberg, I. R., & Petersson, K. (2005). The experience of older people of entering into the phase of asking for public home help – a qualitative study. *International Journal of Social Welfare* 14, 326 - 336.
- Janlöv, A.-C., Hallberg, I. R., & Petersson, K. (2006b). Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need

- of public home help: A qualitative interview study. *International journal of nursing studies*, 43, 1033-1046.
- Janlöv, A. C., Hallberg, I. R., & Petersson, K. (2006 a). Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community* 14(1), 26-36.
- Johannesen, A., Petersen, Janne, Avlund, Kirsten. (2004). Satisfaction in Everyday Life for Frail 85-year-old Adults: a Danish Population Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 11(3/11), 3-11.
- Jong-Gierveld, J. d., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy*.
- Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler- et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. In T. Bjerkreim, Mathisen, Jorunn, Nord, Randi (Ed.), *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Teige, B. (2002). Selvmord blant eldre i Norge. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening* 122, 1457-1461.
- Konsmo, T., & de Vibe, M. (2008). og bedre skla det bli...- ved å involvere brukeren og gi dem innflytelse. Oslo: Nasjonal Kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling, GRUK.
- Kvaal, K. (2009). Psykiske lidelser i eldre år: Vår tids største helseutfordring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2).
- Larsson, Å., Haglund, L., & Hagberg, J.-E. (2009). Doing everyday life - experiences of the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 16, 99-109.
- Laslett, P. (1996). *A fresh map of life: the emergence of the Third Age*. Basingstoke: Macmillan.
- Lund, A., & Engelsrud, G. (2008). ' I am not that old' : inter-personal experiences of thriving and threats at a senior centre. *Ageing & Society* 28, 675-692.
- Lundh, U., Sandberg, J., & Nolan, M. (2000). 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1178-1186.
- Lyyra, T.-M., & Heikkinen, R.-L. (2006). Perceived Social Support and Mortality in Older People. *The Journals of Gerontology*, 61(3), 147-152.
- Melander-Wikman, A., Fältholm, Y., & Gard, G. (2008). Safety vs. privacy: elderly persons' experiences of a mobile safety alarm. *Health and Social Care in the Community* 16(4), 337-346.
- Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. (2006). [Oslo]: Helse og omsorgs departementet.
- Moen, B. (2005). Omsorg og ansvar for minoritetsetniske eldre. In R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Eds.), *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Määttä, S., & Öresland, S. (2009). Genuskoll i omvårdnad. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Narum, I., Bergland, Astrid. (2009). Flyt og eldre damer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 100-109.
- Nielsen, E. B. (2009). Ensomhedens årsaker og følgesvende- fakta og fortællinger fra gamle ensomme. In S. Glasdam & B. A. Esbensen (Eds.), *Gerontologi - Livet som ældre i det moderne samfundet*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Nilsson, M., Sarvimäki, A., & Ekman, S.-L. (1998). Ageing with joy or resigning to old age: older people's experiences of the quality of life in old age. *Health care in later life*, 3(2), 94-110.

- Nilsson, M., Sarvimäki, A., & Ekman, S.-L. (2000). Feeling old: being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry* 7, 41-49.
- Norden. (2010), from <http://www.norden.org/no>
- Nygren, B., Norberg, A., & Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative health research*, 17(8).
- Nyström, M. (2009). Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Riis, P., & Gerlach, J. (2009). *Ældre og psykisk sygdom: forebyggelse, behandling og omsorg*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebur hos mennesker over 80 år*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Rosenvinge, B. H., & Rosenvinge, J. H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening* 7(123), 928-929.
- Routasalo, P., & Pitkala, K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303-311.
- Slagsvold, B., & Daatland, S. O. (2006). *Eldre år, lokale variasjoner: resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) - runde 1* (Vol. 15/06). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Slagsvold, B., & Solem, P. E. (2005). *Morgendagens eldre* (Vol. 11). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Statistisk, S. (2010), from <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/>
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden, S. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*.
- Ternstedt, B. M., & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livslykelperspektiv. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Thomé, B., Esbensen, B.A., Dykes A.-K., Hallberg I.R. (2004). The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of cancer care*, 13, 399-408.
- Thorsen, K., & Clausen, S. (2008). Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 19-27.
- Thorslund, M., Lennartsson, C., Parker, M. G., & Lundberg, O. (2004). De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen* 101(17).
- Tollén, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occupational Therapy International*, 15(3), 133-149.
- Tornstam, L. (2005a). *Gerotranscendence: a developmental theory of positive aging*. New York: Springer.
- Tornstam, L. (2005b). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiske förlag.
- Torres, S., Hammarström, Gunhild (2006). Speaking of "limitations" while trying to disregard them: A qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded. *Journal of aging studies*, 20, 291-302.
- Westerbotn, M., Fahlström, E., Fastbom, J., Agüero-Torres, H., & Hillerås, P. (2008). How do older people experience their management of medicines? *Journal of Clinical Nursing* 17(5a), 106-115.
- WHO. (1998). Health 21.
- WHO. (2001). Men Ageing And Health Achieving health across the life span.

- WHO. (2010). Ageing and life course, from <http://www.who.int/ageing/en/>
- Williams, B. (2002). The role of qualitative research methods in evidencebased mental health care. In S. Priebe & M. Slade (Eds.), *Evidence in mental health care*. Hove: Brunner/Mazel.
- Winsløv, J.-H. (2009). Ældre menneskers selvmordshandlinger. In S. E. B. A. Glasdam (Ed.), *Gerontologi - Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Dansk Sygeplejeråd & Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Zarit, S. H. (2009). A good old age: Theories of mental health and aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging*: Springer Publishing Company, LLC.
- Ødbeh, L. (2008). *Jo bedre vi er sammen: Ottestadmodellen - bryet verdt?* (Vol. nr. 8-2008). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Pico skjema

Problemstilling:				
	Pasient / problem	Intervensjon/Eksposisjon		
Norske ord	Eldre mennesker Gamle mennesker	Psykisk helse Hjemmesykepleie Psykisk helsetjeneste Sosial støtte		
↓				
OR				
↑				
Engelske ord	Frail elderly Ageing Aged Aged 65 and over Aged 80 and over	Community mental health services Mental health services Community health services Social support		
	Older people Elderly Mental health	Health service Emotional support Mental health care Community health care		
	→ AND →	→ AND →	→ AND →	→ AND →

Vedlegg 2 Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2010 International Journal of Social Welfare	Dunér, Anna	Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study	Å bidra til mer kunnskap om uformell omsorg i rammen av det svenske velferdsystemet, ved å beskrive og analysere pårørendes tanker og handlinger som uformelle omsorgsgivere til eldre slektninger	Kvalitative intervjuer	11 kvinner 5 menn, mellom 45 og 87 år. Deltagerne var enten barn, ektefeller, niese eller nabo.	Begrunnelsen for å hjelpe den eldre beskrives som moralsk eller følelsesmessig motivert. Å gi hjelp ble erfart både som tilfredstillende og frustrerende, noe som bekrefter tanken om at ambivalens er en del av pårørendes erfaringer. Det bør utarbeides arbeidsformer og metoder for samarbeid mellom eldre og deres formelle og uformelle nettverk.
2009 Tidsskriftet psykisk helsearbeid	Astrid Berglund	Livskvalitet og salutogenese: flyt og eldre damer	Belyse fenomenet "flyt" slik det synes å fremkomme i eldre damers beskrivelse av god livskvalitet	Skriftlig materiale. "Hva betyr god livskvalitet for deg?" Systematisk tekstkondensering – 4 nivåer, meningsbærende enheter, og kategorier	Kvinner 75-93 år	Sinnsstemningen flyt hos de eldre kvinnene er knyttet til oppgaver som utfordrer dem..Kvinnene har mål for egne aktiviteter og erfarer tilfredshet knyttet til erfaringer med måloppnåelse i eget liv. Kvinnene synes bevisst å søke mot helsebringende forhold. De søker ikke etter en magisk kur for å håndtere utfordringer i hverdagen, men bruker tilgjengelige ressurser her og nå
2009 Scandinavian Journal of caring science	Harrefors, C. Sävenstedt, S. Axelsson, K.	Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in northern Sweden	Beskrive hvilke oppfatninger eldre har når det gjelder hvordan de vil bli tatt vare på, når de kanskje en gang vil få behov for pleie og omsorg.	Kvalitativ, basert på anticipatory forsknings tradisjon, med bruk av ulike scenario. Åpne individuelle intervju med hver informant, i eget hjem. Kvalitativ innholds analyse	12 ektefeller/ samboere = 24 personer mellom 70 og 83 år.	Om de skulle få behov for pleie/ omsorg, var det å beholde sitt "selv" og få omsorg med verdighet til slutten veldig viktig. Å være hjemme så lenge som mulig, få profesjonell omsorg på sykehjem når a nødvendig, og frykten for å bli forlatt var viktige elementer
2009 International journal of nursing practice	Birkeland, A. Natvig, G. K.	Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone	Forsknings spørsmål: How do elderly with sickness and extensive dysfunctions and receiving help from the home nursing care service cope with being alone in their own home?	Kvalitative semistrukturerte forsknings intervju. Varighet 1 – ½ t. i pas. hjem. Hermeneutisk tilnærming, flere trinn med gjennomlesninger, jfr. den hermeneutiske sirkel.	12 kvinner, 8 menn, gjennomsnittsalder var 82,5 år. Kriterier er over 70 år, bo alene i eget hjem, med hjemmespl. I minst 2 mnd. Må kunne føre en normal samtale, og fra hjemmespl. side bli ansett å være i en vanskelig psykososial situasjon	De gamle brukte aksept som en mestringsstrategi, men de er også i stand til å tilpasse seg, og tåle ulike aktiviteter til tross for sin funksjonssvikt. Og implementere aktivitetene i en daglig rytme ser også ut til å være viktig i det å takle det å være gammel og uheldig.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Titel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2009 Archives of Gerontology and Geriatrics	Fänge, A. Dahlin Ivanoff S.	The home is the hub of health in old age: Findings from the ENABLE - AGE Project	Å få en dypere forståelse av hjemmets betydning for autonomi, helse, og velvære, så vel som deltagelse i eldre år. Artikkelen fokuserer spes. på forholdet mellom hjemmet og helse	Kvalitative intervjuer, intervju guide Grounded theory	17 menn, 23 kvinner Mellom 80 og 89 år	Hjemmet må tas i betraktning som et sentralt og viktig sted for helse for de eldste eldre. Ved å bidra til kjente og trygge omgivelser er hjemmet en støtte i f.t. aktivitet og deltagelse. På denne måten bidrar hjemmet til helse.
2009 International Journal of Social Welfare	Gunmarsson, Evy	The welfare state, the individual and the need for care: older people's views.	Undersøke hvordan eldre erfarer aldring, og hvilke tanker de har i forhold til et fremtidig omsorgsbehov i det Svenske velferdssamfunnet	Kvalitative intervjuer, jfr. Kvale. 1-3,5 timer varighet Intervjuene skjedde ved tre anledninger, med 1 år i mellom hvert møte. Det første møtet var åpent, det andre ble tematisert, for å utdype temaer fra tidligere. Det siste møtet fokuserte på endringer som var oppstått det siste året, og deres syn på behov for hjelp.	Rekruttert via avisannonse. 12 kvinner 8 menn ble intervjuet første gang. Ved det andre møte deltok 18 eldre, og ved det siste intervjuet deltok 16. I tillegg skjedde dødsfall og kognitiv svikt	Informantene verdsatte god helse, og uavhengighet i hverdagen høyt. Noen var mer reflekterte i forhold til fremtidig omsorgsbehov enn andre. Informantene ønsket ikke å være til byrde for samfunnet eller barna., men var usikre på om de kom til å få den hjelpen de evt. kunne trenge, samtidig hadde hjelp fra helseetaten var de informantene som allerstede formøydte, og mente dette hjalp dem i å være uavhengige i hverdagen.
2009 Scandinavian Journal of occupational therapy	Larsson, Åsa, Haglund, Lena, Hagberg, Jan-Erik	Doing everyday life –experiences of the oldest old	Undersøke hvordan enkleit personer 85 + erfarer og beskriver dagliglivet.	3 møter over 10 mnd. 1. og 3. møte fokuserte på daglige aktiviteter, det 2. fokuserte på deltagerens evt. bruk av tekniske hjelpemidler. 1 dag observasjon av bruker. Intervjuene hadde et livstids perspektiv, fortid, nåtid, og fremtid. Fenomenologi, inspirert av Giorgi	Rekruttert fra pensjonistforeninger. 10 kvinner, 8 menn, gjennomsnitt. Alder 87,7	Utfører samme aktiviteter som tidligere, men måten de utføres på er endret. Holde seg aktiv, frisk og klar i sinnet ble sett på som svært viktig i høy alder, selv om man hadde redusert energi og funksjonstap som begrenset aktivitetene. En sterk vilje til å være uavhengig kom til syne. Informantene oppfattet at samfunnet så på de eldre som unyttige og verdiløse

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2009 Vård i Norden	Hegli, Tonje Foss, Christina	De "tapte" forhandlinger – Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møtet med hjemmesykepleien	Å beskrive hvordan eldre ektefellers erfaring med medvirkning i møtet med hjemmesykepleien	Semistrukturerte intervjuer. Kvalitativ analyse, i fig. Malterud	4 kvinner og 5 menn, 72- 85 år, rekruttert fra hjemmesykepleien	Eldre pårørende deltar lite i avgjørelser. De innretter seg hj. sykepl. eller overtar oppgaver, slik trekker de seg fra forhandlingene.
2008 Vård i Norden	Birkeland, Arvid Nativg, Gerd K.	Gamle, hjelpetrenge og alene	Hensikten er å få en utvidet forståelse av hvordan eldre erfarer sin sosiale situasjon med utgangspunkt i at de bor alene, har funksjonssvikt og mottar hjemmesykepleie	Kvalitative forskningsintervjuer, i pasientenes hjem. Hermeneutisk tilnærming	12 kvinner 8 menn, mellom 70 og 90 år. Alle ble rekruttert via hjemmesykepleien	Den sosiale situasjonen til de eldre i denne studien påvirkes av at venner og bekjente er fraværende. Hyppighet, varighet og kvaliteten på besøkene har også betydning for den eldres sosiale liv. Om de har familie, og evt. hvor deltagende familien er den eldres liv spiller også inn. Det er viktig å være klar over at isolasjon og ensomhet ikke er statiske tilstander. Hjemmetjenestene må være obs. på eldre som har en vanskelig sosial livssituasjon.
2008 Urologic nursing	Andersson, Gunnel, Johansson, Jan- Erik, Nilsson, Kerstin, Sahlberg-Blom, Eva	Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence	Beskrive erfaringen med å leve med urininkontinens blant personer som ikke lenger ønsker videre vurdering eller behandling	Kvalitativ, beskrivende intervju studie, i pasientenes hjem bortsett fra ett intervju. Intervjuet startet åpent. Fenomenologisk tilnærming. I hen hold til Giorgi & Girogi	Kvinner som fikk inkontinensutstyr på resept, som ikke lenger ville ha behandling. Rekruttert ved hjelp av hjemmesykepleie. 11 kvinner deltok, alder fra 66 – 89 år.	Kvinnene i studien viste at de hadde ønske og vilje til å klare seg på egenhånd. Deltagerne viste at styrke og åpenhet tillot dem og dele sine erfaringer med andre, og å være åpne for praktiske råd. I mange tilfeller ble andre helseproblemer sett på som mer viktige enn lekkasje problemene
2008 Occupational Therapy International	Tollén, A. Fredriksson, C. Kamwendo, K.	Elderly persons with disabilities in Sweden: Their experiences of everyday life	Å beskrive hvordan hverdagen oppleves av eldre med funksjonssvikt, med fokus på dagliglivets aktiviteter og sosialt samvær	Intervjuer i informanternes eget hjem. 30 – 90 min. Fenomenografic, analyse i 7 trinn, (Dahlgren og Fallsberg)	12 kvinner, 10 menn fra 65 – 91 år. Hjemmeboende. Alle har søkt om dag opphold, men ikke startet med dette	Disengasjement i aktiviteter og sosialt samvær resulterer i en følelse av resignasjon for noen, mens andre ser delegering av oppgaver som et tilfredsstillende alternativ. Eldre fortsetter med aktiviteter og sosialt samvær, men på en annen måte enn tidligere. Å være aktiv og sosial fører til en følelse av glede, og tilhørighet. Det å motta hjelp ble kan styrke egen autonomi, men fører og til en frykt for avhengighet.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2008	Lund, Engelsrud	"I am not that old": Inter-personal experiences of thriving and threats at a senior centre	Å illustrere hva det vil si for eldre å være gammel eller ikke.	Deltagende observasjon. Feltnotater ble skrevet, og siden tolket.	Seniorsenter, med brukere fra 60 år. Kvinner er de vanligste brukerne, og gjennomsnittsalder er 77 år, 44 % var over 80. Mellom 20 – 70 brukere på sentret daglig	To holdninger som førte til ulike aktiviteter og handlinger på sentret ble avslørt. På den ene siden betydde sentret trivsel, som ble assosiert med engasjement i fellesskapet med de andre brukerne, på den annen side ble sentret, men spesielt de andre brukerne sett på som trusler, som minner dem på at de er i ferd med å bli eldre.
2008	Hägglund, Lena, Boman, Knut, Lundmann, Berit	The experiences of fatigue among elderly women with chronic heart failure	Å belyse kvinners erfaring med fatigue, når de lider av alvorlig kronisk hjertesvikt.	Eksplorativ og deskriptiv design, ved bruk av narrative intervjuer, i deltageres hjem. Varighet ca. 1 time Kvalitativ innholdsanalyse i hen hold til Graneheim og Lundman	Rekruttert fra poliklinikk. Inkl. kriterier: Kvinne, 70 år eller eldre, diagnose hjertesvikt, snakke Svensk. Pasienter på sykehus eller i sykehjem ble ekskludert. Av 19 tilgjengelige, takket 11 ja til å delta. De var mellom 75 og 89 år.	Fatigue ble erfart som tap av fysisk energi, som fører til misforhold mellom vilje og kapasitet. Viljen til å minske avhengigheten til andre betydde en daglig kamp mot fatigue
2008	Eloranta, S. Routasalo, P. Arve, S.	Personal resources supporting living at home as described by older home care clients	Å beskrive eldre hjemmesykepleie. klienters syn på hvilke personlige faktorer som fremmer og hemmer deres mulighet til å bo hjemme	Ustrukturerte intervju, 40 – 90 min. Induktiv innholds analyse	21 hjemmesykepleie klienter 17 kvinner og 4 menn, 75 +	Viktig og få bruke egne ressurser, og at helsepersonell ikke bidrar til dette. Omsorgstilbudet og avgjørelser baseres på "ekspertenes" premisser mer enn klientenes
2008	Westerbotn, M, Fahistrøm, E, Fasbom, J, Aqoro-Torres H, Hillerås P	How do older people experience their management of medicines?	Å beskrive hvordan eldre hjemmeboende erfarer og håndter egne medisiner	Kvalitative intervjuer med en "åpen" intervjuguide. Kvalitativ innholdsanalyse, induktiv tilnærming	25 hjemmeboende eldre, 85 +,	Den viktigste komponenten for å bo hjemme, og kunne håndtere egne medisiner var og ha en god kognitiv funksjon. Det var viktig for de eldre å være uavhengige, og få støtte fra en kjent person.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Titel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2008 Health and Social Care in the Community	Mielander- Wikman, A. Fältholm, Y. Gard, G.	Safety vs. privacy: elderly persons' experiences of a mobile safety alarm	Å beskrive elders erfaring med bruk av mobil trygghetsalarm, og deres vurdering i forhold til sikkerhet, privatliv og mobilitet	En gruppe eldre testet bruk av ulike typer alarmer. I etterkant ble det utført kvalitative intervjuer i henhold til kval. Varighet 1 - 1,5 timer, tapet og transkribert. Innholdsanalyse, Graneheim og Lundman.	3 menn og 6 kvinner 60 – 84 år. 4 av deltagerne var friske, mens 5 hadde som balanseproblemer, smerter og svimmelhet.	Resultatene viser at de eldre ser på den mobile alarmen som et verktøy til å bli mer aktiv og mobil. Den bidrar til økt selvbestemmelse. At man kan bli lokalisert av helsepersonell ses på som en trygghet og ikke et angrep på privatlivets fred, så lenge man selv kan velge når man bruker alarmen.
2007 Sc. J. of occupational Therapy	Haak M, Fänge A., Iwarsson, S Dahlin Ivanoff S	Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people	Undersøke hva som utgjør uavhengighet i hjemmet, og hvordan dette erfares av eldre enslige	Kvalitativt dybdeintervju, med guide. Konstant komparativ analyse- Charmaz, med koding, og utarbeidelse av kategorier	17 menn og 23 kvinner, mellom 80 og 89 år	Hjemmet er betydningsfullt i f.t. å oppleve uavhengighet og autonomi. Kjønne for uavhengighet, og å styre egent liv er viktig.
2007 Sc. J. of occupational Therapy	Hovbrandt, P et al	Very old people's experiences of occupational performance outside the home: possibilities and limitations	Beskrive hvordan veldig gamle erfarer muligheter til å være aktive utenfor hjemmet	Intervjuer phenomenographic	21 Eldre, hjemmeboende 82-90 år	Eldre ønsker å være aktive. Det og komme seg ut, er viktig for opplevelse av god helse.
2007 OTJR, Summer	Haak, M. Dahlin, S.I. Fänge, A. Sixsmith, J. Iwarsson, S	Home as the locus and origin for participation: experiences among very old Swedish people	Utforske deltagelse i ft hjemmet, erfart av eldre mennesker	Intervju, med intervjuguide. 50-85 min. I deltagerens hjem Grounded theory Charmaz	5 kvinner og 3 menn Mellom 80 – 89 år	Hjemmet er knutepunktet og utgangspunktet for deltakelse hos svært gamle mennesker. Hvis aldring skal være en pos. opplevelse, bør den ledsages av vedvarende muligheter for deltagelse. Resultatene viser at aktiviteter utenfor hjemmet endres til aktiviteter i hjemmet. Resultatene antyder at de gamles egne mål for et meningsfylt liv må være avgjørende for hva ergoterapeuter bør ta hensyn til si sitt arbeid med denne gruppen mennesker
2007 Qualitative health research	Nygren, B. Norberg, A. Lundman, B.	Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old	Belyse betydningen av å ha indre styrke som svært gammel kvinne eller mann	Tematiske narrative intervjuer, rette mot bestemte temaer Fenomenologisk- hermeneutisk inspirert av Ricoer	21 kvinner og menn, i alderen 85 + som tidligere scoret høyt på måling av indre styrke	Indre styrke innebærer å vandre frem og tilbake på livets sti, uten og ha store bekymringer for fremtiden. Det betyr å finne nye oppgaver i livet. Endringer betyr å ta valg, enten fremskynde, forsinke eller stoppe opp på veien. I disse valgene betyr indre styrke å være dydig i det å ta de valg som er det rette for dem

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2007 Sc. J. of Occupational therapy	Dhalin- Ivanoff, Haak, Fänge, Iwarsson	The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people	Utforske aspekter av hjemmets betydning for enslige eldre	Intervjuer. Grounded theory, inspirert av Charmaz	23 kvinner, 17 menn mellom 80 og 89 år	Hjemmet betyr svært mye for de eldre. Hjemmet gir trygghet i form av kjente omgivelser både inne og ute, naboer og ha kontakt med, og bilder, gjenstander inne som knytter fortid og nåtid sammen. Frihet betyr at man kan bestemme over eget liv, og hva man vil gjøre når.
2007 Scandinavian Journal of public health	Forssén, A.S.K.	Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women	Overordnet hensikt er å undersøke kvinners arbeid 8 betalt og ubetalt, og erfaringer i forhold til helse relater til arbeid i et livstidsperspektiv	Ustrukturerte dybdeintervjuer, varighet mellom 1,5 - 3 timer. 2 - 4 møter med hver informant. Analysen er en kombinasjon med de- og re kontekstualisering og Giorgis fenomenologiske metode.	Utvalg gjort for å få en variasjon i livs og arbeids erfaringer. 20 kvinner mellom 63 og 83 år.	I løpet av intervjuene ble det klart at kvinnene hadde klare oppfatninger om hva som førte til velvære og helse, også når de var syke. Bruk av humor, skjønnhet, og kultur var viktige strategier. Å gjøre hverdagen mer estetisk som omsorgsgivere og hjemnevørende har de eldre kvinnene spesjell kunnskap i forhold til hva som skaper helse.
2007 Scandinavian Journal of Occupational Therapy	Hägglom- Kronlöf, Hultberg, Eriksson, Sonn	Experiences of daily occupations at 99 years of age	Å undersøke 99 åringers erfaring med dagliglivets gjøremål	Intervjuer, i1 hjemmet 1,5- 2 t. varighet, tape tog transkribert Phenomenography	9 kvinner 1 mann	Deltagere erfarer at de mestrer daglige aktiviteter. De er stolte over og være involverte i gjøremålene. Gjøremålene utfordrer den eldre og bidrar til rytme i hverdagen, som gjør at de kan mestre forstyrrelser. Erfaringen med daglige aktiviteter er unik, støtter selvet, bygger identitet og beskriver engasjement og kreative prosesser.
2006 Health care for woman international	Aléx, L.	Balancing within various discourses – the art of being old and living as a sami woman	Undersøke hvordan urbefolkingskvinner forteller om livet og erfaringer ved og bli gammel som samisk kvinne	Intervjuer Grounded theory	9 samiske kvinner 75-90 år	De samiske kvinnene var tvunget til å balansere livet mellom den svenske og den samiske kulturen. Dog holder de på sin egen unike kultur.
2006 J. of ageing studies	Torres, S Hammarström, G	Speaking of limitations, while trying to disregard them: a qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded	Belyse hvordan eldre med redusert funksjonsevne erfarer den fysiske begrensningen.	Intervjuer Kvalitativ innholds analyse	4 menn og 17 kvinner i alderen 78- 93 år	I hovedsak er det tre erfaringer i forhold til funksjonsnedsettelse: 1) Den er et faktum som må aksepteres 2) Den er midlertidig, men må aksepteres på sikt. 3) Den er kan verken kan overvinnes eller aksepteres. Synspunktene henger sammen med hvordan den eldre ser på behovet for hjelp fra andre, og hvordan aldringsprosessen erfares.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Titel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2006 Health and social care in the community	Janlöv, Ann-Christin et al	Older person's experiences of being assessed for and receiving public home help: Do they have any influence over it?	Å undersøke hvordan volsne personers opplevelse av deltagelse i, og innflytelse på beslutning om off. hjemmehjelp, når det har vært en behovskartlegging og de mottar hjemmehjelp.	Kvalitativt åpent intervju, som en samtale Kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av Burnard	28 eldre, strategisk utvalg, 75 år og eldre, 15 kvinner og 13 menn. Kognitivt friske, kommuniserer på Svensk	Hjemmehjelp blir sett på som en trussel mot individets identitet, integritet, selvstendighet og kontinuitet. De eldre tok del i vurderingsmøter, ved å ha familie medlemmer som støtter. Erfarer ingen reell innflytelse, må ta den hjelpen som tilbys.
2006 International Journal of nursing studies	Janlöv, Ann-Christin, Hailberg, Ingallil, Petersson, Kerstin	Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need of public home help. A qualitative study	Å belyse nære familiemedlemmers erfaring med å ha en nær pårørende som trenger off. hjemmehjelp. Deres deltagelse og behovs vurdering og vedtak om hjelp.	Kvalitativt intervju, med tematisk intervju guide. Kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av Burnard	27 nære familie medlemmer, fra 42- 93 år, av 28 eldre som søkte om hjemmehjelp	Familiens erfaring i å ta avgjørelser var preget av og ikke føle seg verdsatt i kommunikasjonen og avgjørelsen om eventuell hjelp. Familien må styrkes ift kunnskap, roller, funksjon og rettigheter. Brukerorienterte arbeidsmetoder må tas i bruk
2005 Journal of social welfare	Janlöv	The experience of older people of entering into the phase of asking for public home-help – a qualitative study	Undersøke eldres erfaring i det å bli avhengig av hjemmehjelp, og deres erfaring i deltagelse og innflytelse på behovsvurderingen, og avgjørelsen som ble tatt ift hjemmehjelp	Kvalitative intervjuer, med en generell intervju guide, 30 – 80 min. Innholds analyse, inspirert av Burnard	28 hjemmehjelps mottagere, 15 kvinner og 13 menn, strategisk utvalg	Of motta hjemmehjelp i eldre år, har en dypere mening enn bare det å motta hjelp for å løse praktiske problemer. Det representerer et vendepunkt, og er en overgang som markerer livets sluttfase
2005 Journal of aging studies	Borglin, G. Edberg, A. K., Hailberg, I. R.	The experience of quality of life among older people	Å belyse hvordan de eldste eldre erfarer sin livskvalitet, eller hva livskvalitet betyr for dem	Hermenetutisk-fenomenologisk, van Manen Dybdeintervjuer, a 2,5 t. Et åpent spørsmål, men informantene ble bedt om å fortelle kronlogisk, fra barndom til i dag, nåtid, og fra nå tid og fremover.	6 kvinner, 81- 84 år, 5 menn 80- 85 år, hjemmeboende, uavh. av hjelp, strategisk utvalg	De eldres mulighet til å tilpasse seg ift endringer og nye forhold med et godt selvbilde/ selv aktelse, og meningen med tilværelsen sto fram som det viktigste vilkåret for god livskvalitet. Hvordan eldre forholder seg til endringer er en pekepinn på hvordan deres livskvalitet er. Ved å bruke livshistorien kan sykepleieren. Få en åpen kommunikasjon om eksistensielle temaer.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metoder/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
2004 Ageing and society	Heikkinen, Riitta- Liisa	The experience of ageing and advanced old age: a ten-year follow-up study	Å få en dypere forståelse av aldring	Narrative intervjuer Fenomenologisk, Merleau Ponty og Heidegger	6 kvinner 4 menn fra et tidligere utvalg på 10 kvinner og menn	Til forskjell fra to foregående undersøkelser, hvor de eldre aktivt kritiserte endringer i samfunnet etc. ser det ut til at de eldre ved 90 års alder hadde en opplevelse av og ha fullført sin livsgjerning, de var ikke så kritiske i forhold til samfunnet eller menneskene i det generelt. Livet dreide seg i store trekk om sin egen hverdag, og de hadde vendt seg bort i fra ting de ikke trenger, livs sirkelen har blitt mindre. Behovene er færre men mer kondenserte.
2003 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Hedelin, B. Jonsson, I.	Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression	Å fokusere på psykisk helse og depresjon, med utgangspunkt i eldre kvinners livserfaringer	Artikkelen er en analyse av to separate intervju studier med eldre kvinner. Fenomenologisk tilnærming, med analyse inspirert av Giorgi.	Eldre kvinner mellom 71 – 92 år	Kvinnenes subjektive beskrivelser av psykisk helse og depresjon står frem som en spiral, dannet av fellesskap i kvinnenes relasjoner til seg selv, og andre. Når kvinnenes verdi ble bekräftet i forholdet til seg selv og andre, var den psykiske helsen en oppadstigende spiral, og motsatt. Psykiatriske sykepleiere må bruke fellesskapet som en skapende kraft i sykepleier pasient forholdet, hvor bekräftelsen er bygget på en genuin interesse for pasientens livsverden.
2003 Ethnicity & health	Heikkilä, K. Ekman, S-L	Elderly care for ethnic minorities-wishes and expectations among elderly Finns in Sweden	Å belyse den rollen som kulturelt tilpasset omsorg spiller for eldre finske immigranter i deres ønsker og forventninger om institusjoner for eldre i Sverige	Intervjuer, i informantenes hjem. Bruk av intervju guide Kvalitativ innholds analyse Hva, hvorfor, hvordan og mønstre	39 eldre finske immigranter 4 menn 35 kvinner f ra 75 – 89 år	For å gi institusjonell eldreomsorg til minoritets grupper er det viktig å lette adgangen til fasilitetene ved å gi omsorg som resulterer i opprettholdelse av kontinuitet, og kjennskap til livene til de eldre. Dette inkluderer omsorgsyttere, og andre beboere som deler aspekter av deres liv. Det handler om å tilby kulturelt tilpasset eldreomsorg i nærheten av den eldres nåværende hjem.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Uvalg	Konklusjon
2002 Scandinavian Journal of Caring science	Ellefsen, Bodil	Dependency as disadvantage – patients' experiences	økt kunnskap og forståelse om, og å utvikle sentrale temaer i forhold til hvordan mennesker erfarer og håndterer det å være avhengig av hjemmesykepleie, for å utvikle ny kunnskap som kan være nyttig for pas. og spl.	Dybdeintervjuer, med semistrukturert intervju guide Grounded theory	12 kvinner mellom 66 – 98 år 3 menn mellom 53 – 71 år	Resultatene viser at avhengighet har ulemper som gir byrder til og begrenser daglig livet. Pasienter tilpasser seg på en pro-aktiv og reaktiv måte. Begrensningene vises gjennom redusert autonomi i hverdagen og begrensede muligheter til forhandling. Byrdene viser seg gjennom usikkerhet i møtene, selv selvfølelse og tap av privatliv. Tilpasning gjøres gjennom planlegging, veiledning av personalet, beskyttelse av personalet, familie, og ved å skyld på byråkratiet. Pas. reagerer mer passivt i situasjoner knyttet til helse systemet, og er aktivt, i forhold til å påvirke situasjonen i interaksjon i den private sfæren i hjemmet.
2002 Journal of advanced nursing	Caap-Ahlgren et al	Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease	Undersøke kvinners erfaring med å leve med Parkinsons sykdom, og å analysere hvordan symptomene påvirker livet	Fenomenologisk-hermeneutisk narrativt intervju,	8 kvinner mellom 63 – 80 år, hjemmeboende	Ønske om et stabilt kroppsbilde, ønske om å beholde de tradisjonelle kvinnelige funksjonene, ønske om å føle seg akseptert som den de er, erfaring med stigmatisering
2001 Perspectives in psychiatric care	Hedelin, Birgitta	The meaning of mental health from elderly women's perspectives: a basis for health promotion	Å få en dypere forståelse av betydningen av psykisk helse ved å undersøke hvordan eldre kvinner oppfatter sin egen psykiske helse.	Kvalitative intervjuer, varighet 1 – 2 t. i kvinnenes hjem. Fenomenologisk, Giorgi, utg. pkt i Husserl	16 Kvinner, 71 – 92 år	Essensen av psykisk helse er å oppleve bekrefteelse, tillit og trygghet i forhold til fremtiden. Livsglede, utvikling og engasjement i forhold til seg selv og andre.
2001 Issues in mental health nursing	Hedelin, B. Strandmark, M.	The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women	Å få en dypere forståelse av depresjon hos eldre kvinner ved å beskrive deres erfaring med depresjon i et livsverden perspektiv	Kvalitative intervjuer, gjenfortalte sine erfaringer med depresjon Fenomenologisk tilnærming Kombinasjon av Giorgi og Karlsson, med 4 trinn	5 eldre kvinner med depresjon	Depresjonen påvirker kvinnenes forhold til, og tro på seg selv, andre og de mulighetene livet byr på. Depresjonen ble beskrevet som flerdimensjonal med psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle aspekter. Depresjonen varierte i intensitet, men var alltid en truende mulighet i bakhodet. Depresjonen ble opplevd som utålelig når den var på sitt alvorligste.

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvvalg	Konklusjon
2000 Journal of transcultural nursing	Heikkilä, K. Ekman, S.	Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden	Belyse finlandssvenskers erfaringer og synspunkt på helsetjenestene Sverige for å få en forståelse av hvilke rolle etnisk bakgrunn har i dette	Kvalitative intervjuer, med Semistrukturerte intervju guide Hermeneutisk	39 eldre med gjennomsnittlig alder 79,5 år, født i Finland med Finsk morsmål, bor i eget hjem. Systematisk utvalg	Omsorgen i Sverige tilsvarte den finske, men finsk omsorg, og finske omsorgsgivere ble ansett som bedre, ga en dypere følelse av tilhørighet, og mer tillit til forventning om god pleie
2000 Nursing Inquiry	Nilsson Sarvimäki	Felling old: being in a phase of transition in later life	Belyse de eldste eldres erfaring med å føle seg gamle, for å få en nyansert forståelse av aldringsprosessen i høy alder.	Dybdeintervjuer med bruk av livshistorier Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	Ni kvinner 6 menn Mellom 85- 96 år	Åtte eldre følte seg gamle. Fire karakteristiske fremsto: De kunne datere starten på følelsen, frykt for hjelpeløshet og ikke å være i stand til å mestre eget liv, ikke kjønne igjen sitt tidligere jeg, og å føle seg amerledes enn andre. Konklusjon er at de som føler seg gamle er i en overgangsfase. Kunnskap om overgangsprosesser er viktig slik at sykepleiere kan gi adekvat helsehjelp og forebygge usunn overgang.
2000 European journal of cancer care	Thomé B. et al	The meaning of having to live with cancer in old age	Undersøke meningen med livet, når man har kreft i høy alder	Kvalitative åpne intervjuer. Hermeneutisk-fenomenologisk	7 kvinner, 3 menn i alderen 75 – 88 år, måtte nylig ha avsluttet sin kreftbehandling. Alle var hjemmeboende	Sykdommen fører til en revidering av det nåværende livet, Fremtiden var usikker, med frykten for og ende opp avhengig av andre mennesker. Døden i seg selv førte ikke til frykt, men å være døende var skremmende
2000 Scandinavian Journal of caring science	Ekman, I. Ehnfors, M. Norberg, A.	The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people	Å belyse meningen med livet, når man lever med alv. kronisk hjertesykdom	Narrative intervjuer Fenomenologisk hermeneutisk metode Tolkningen er gjort i lys av Eriksons åttende fase	10 eldre mellom 75 og 94 år, pas. ved en poliklinikk, alle hjemmeboende	Det ble funnet to hovedtemaer, " å føle seg fanget i sykdommen", og "å føle seg fri til tross for sykdommen" pasienter med alvorlig hjertesvikt føler av og til en mangel på støtte fra omsorgsgivere. En av de viktigste intervensjonene blir å lytte til pas. historie og forsøke å forstå hans perspektiv på situasjonen
2000 Journal of advanced nursing	Lund, Ulla, Sandberg, Jonas, Nolan, Milke	" I don't have any other choice: spouses experiences of placing a partner in care home for older people in Sweden"	Få kunnskap om erfaringer ektefeller har når partneren flytter til sykehjem. Fokus er vedtaksprosessen og pårørendes innflytelse på denne.	Semistrukturerte intervjuer, med veiledende intervjuguide Grounded theory, Glaser & Strauss, med hjelp av software NUDIST	14 ektefeller, 11 kvinner, 3 menn, 68 – 90 år	Analysen viste at flytte prosessen best ble forstått gjennom et tidsperspektiv, det å ta avgjørelsen, selve flyttingen, det å venne seg til at flyttingen var skjedd, og nyorientering. Res. Viser en mangel på planlegging av flyttingen til sykehjem de profesjonelle dominerer fasene i prosessen

Tabell over inkluderte artikler

År/ Tidsskrift	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode/ Analyse	Utvalg	Konklusjon
1998 Health care in later life	Nilsson, M Ekman, S-L, Sarviki, A.	Ageing with joy or resigning to old age: Older people's experiences of the quality of life in old age.	Å beskrive den meningen som eldre beskriver itt levd liv, og erfaringer relatert til livskvalitet i eldre år.	Intervjuer i deltageres hjem, bortsett fra i 3 tilfeller hvor respondenten ønsket intervju på forsknings avd. sine lokaler. Det ble brukt intervju guide. Fenomenologisk - hermeneutisk	19 kvinner, 11 menn fra - 92. år.82	Resultatene gir et variert bilde av Eldres erfaringer om livskvalitet. Kvaliteter som gir god livskvalitet var god mental helse, familie, meningsfulle aktiviteter og en pos. livsfilosofi. Kvaliteter som førte til en opplevelse av dårlig livskvalitet var redusert helse og nedsatt energi. Dette påvirket dere syn på å være gammel og influerte deres sos. liv så vel som aktiviteter, og synet på fremtiden