

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Heidi Røvik og Dagmar


S. Skånøy

Sosial støtte og livskvalitet.

Social support and quality of life.

Dato: 13.05.2016

Antall ord: 9849



Et hvert menneske er
et enestående, uerstattelig individ –
et engang-eksisterende-vesen
i denne verden, lik, men også ulik
hver person som noen gang har levd
eller noen gang vil leve.

Joyce Travelbee

Abstrakt.

Introduksjon: I møte med sykehjemspasienter kom det fram at mange hadde en forringet livskvalitet som følge av ensomhet. De opplevde å ha liten til ingen kontroll over hverdagen, som ofte var preget av kjedsomhet.

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse hvordan sosial støtte kunne påvirke livskvaliteten hos klare og orienterte sykehjemsbeboere.

Metode: Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie der 14 kvalitative og kvantitative forskningsartikler, ble innlemmet. Tolv av artiklene ble funnet i anerkjente databaser og to av artiklene ble hentet fra en doktorgradsavhandling. Forskningsartiklene spenner seg fra år 2003-2014.

Resultat: Studien viste at sosiale behov i stor grad ikke ble møtt. Udekkede sosiale behov førte til nedsatt selvbilde, tro på egne evner, lidelse og resignasjon.

Diskusjon: Sykepleierens væremåte hadde stor innvirkning på hvordan pasientene opplevde seg selv og sin livssituasjon. Ved at man som sykepleier kommuniserte og samhandlet med pasienten, ble tilliten mellom pasient og sykepleier opparbeidet og egenverdet styrket.

Konklusjon: Sosial støtte hadde en positiv innvirkning på livskvaliteten hos klare og orienterte sykehjemsbeboere. Sykepleierne kunne ved bruk av samhandling og kommunikasjon, gi sosial støtte.

Nøkkelord: Livskvalitet, sosial støtte, relasjon, kommunikasjon, autonomi.

Innholdsliste.

1.0 Introduksjon	1
1.1 Livskvalitet	1
1.2 Sosial støtte	2
1.3 Joyce Travelbee`s menneske-til-menneske-forhold	3
1.4 Hensikt og avgrensning	3
2.0 Metode	3
2.1 Framgangsmåte for artikkelsøk og granskning	5
2.2 Analyse	5
2.3 Etske overveielser	5
3.0 Resultat	6
3.1 Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen	6
3.2 Betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten	8
4.0. Resultatdiskusjon	9
4.1 Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen	9
4.2 Betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten	15
4.3. Metodediskusjon	22
5.0 Konklusjon	23
Litteraturliste	25
Vedlegg 1: søketabell	30
Vedlegg 2: litteraturmatrise	32
Vedlegg 3: analyse sub-kategorier	39

1.0 Introduksjon.

Helhetlig omsorg innebærer at man ivaretar hele mennesket ut i fra fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Molven, 2012).

I leveårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt kommer det fram at eldre over 67 år er de som oftest mangler en fortrolig å snakke med (Statistisk sentralbyrå, 2013).

I møte og samtaler med klare og orienterte sykehjemspasienter i praksis, kom det fram at sosiale behov i stor grad ikke ble møtt. Mange kjente på ensomhet, og savnet det å ha noen å prate med. De gav også uttrykk for at manglende innflytelse og kontroll over hverdagen, medførte at de kjente på håpløshet, meningsløshet, nedstemthet og tomhet. Det å ikke lenger selv kunne ha råderett over sin egen hverdag, var for mange synonymt med maktesløshet, og noe som forringet livskvaliteten.

Følelser som blant annet nedstemthet, håpløshet og meningsløshet er ifølge Hummelvoll (2012), symptom på depresjon. Eriksson (2012), viser til at sosiale tap, som blant annet tap av autonomi, eller ved at en blir tvunget til å flytte på sykehjem, kan føre til kriser og mer langvarige uhelsetilstander, som blant annet depresjon. Autonomi er ifølge Kristoffersen og Nordtvedt (2012), pasientens rett til å være med i beslutninger som angår en selv.

Mangel på mening i livet og manglende autonomi fører i følge Aziz & Steffens (2013), snarere til depresjon enn sykdom og funksjonsnedsettelse blant eldre på sykehjem. Sykepleien Forskning (2012) viser også at følelsesmessig ensomhet var assosiert med høyere dødelighet.

1.1 Livskvalitet.

Begrepet livskvalitet har siden begynnelsen av 1990 årene blitt et akseptert mål for pasientbehandling både nasjonalt og internasjonalt. I følge WHO, er definisjonen på livskvalitet, «Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdssystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser» (Kristoffersen, 2012, s. 57).

I denne oppgaven er Næss (2012) sin definisjon på livskvalitet foretrukket, da den synes å være mer i tråd med oppgavens hensikt, som har fokus på hvert enkelt individ sin opplevelse av hva som gir livskvalitet. Hun sier noe om at livskvaliteten er høy om en person har det godt i den grad han er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og en grunnstemning av glede. Det å kunne delta i meningsfulle aktiviteter som fører til engasjement og glede er av større betydning enn hva selve aktivitetens art er. Gode sosiale relasjoner gir fravær av ensomhet, og styrker selvbildet og troen på egne evner. En grunnstemning av glede gir en følelse av lyst og velvære, og livet føles rikt og givende

med fravær av tomhetsfølelse. Dette samsvarer også med Folkehelseinstituttet (2015), sin definisjon på livskvalitet, som sier at det er å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet samt trygghet og tilhørighet.

1.2 Sosial støtte.

Pearlin & Aneshensel skriver at sosial støtte kan defineres som “ de sosiale ressurser en kan regne med i problematiske situasjoner i livet” (Heggdal, 2008, s. 261). Sosial støtte innebærer respekt, omsorg, omtanke, kjærlighet, informasjon, kunnskap og råd. Mennesker som har og får tilgang på positiv sosial støtte, har en tendens til å ha en bedre fysisk og mental helse. De er også bedre rustet til å takle vanskelige hendelser som oppstår i livet, enn de som ikke har tilgang på slike ressurser (Heggdal, 2008). Folkehelseinstituttet (2014) skriver: “God sosial støtte innebærer at en får kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt, og at en tilhører et sosialt nettverk og et fellesskap med gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte er ensomhet”. Ensomhet er mest utbredt i gruppen 70-79 år og blant dem som er over 80 år. Tre av ti personer over 80 år er ensomme (Statistisk sentralbyrå, 2009). I følge Roksdal (2011) kommer det fram at ensomhet og sosial isolasjon skaper sykdom. Han sier at gode relasjoner og vennekrets har betydning for dødeligheten, og at det kanskje er av større betydning enn røyking og fysisk aktivitet.

Sosial støtte dreier seg om ressurser knyttet til sosiale relasjoner i ulike sammenhenger som familie, venner, arbeidsplass, naboer eller frivillige organisasjoner. Det er de nære relasjonene som betyr mest fordi det er i disse sammenhenger vi opplever at noen er glad i oss, og verdsetter oss som hele mennesker. Har vi et svakt eller konfliktfullt nettverk kan dette føre til mistriksel og sykdom. Sosiale behov som blir tilfredsstillt i kontakten med andre er blant annet å få anerkjennelse gjennom opplevd bekreftelse av egen person, det gir trygghet, fellesskap og tilhørighet. De fleste menneskene har behov for både å gi og motta omsorg, og oppleve at andre trenger en (Smebye & Helgesen, 2011).

House (1981) skiller i sin definisjon av sosial støtte, mellom fire former for støttende handlinger: emosjonell støtte, praktisk hjelp, informasjonsstøtte og vurderingsstøtte. Emosjonell støtte innebærer å vise respekt, omsorg, tillit og kjærlighet. Dette kan bidra til å lindre håpløshet og depresjoner. Man kan blant annet vise pasientene at man bryr seg ved å lytte til eventuelle problemer. Praktisk hjelp kan være å skaffe til veie utstyr, transport, mat eller lignende.

Informasjonsstøtte innebærer å gi en person informasjon og opplysninger som skal gi reduksjon i uklarheter, samt gi forslag og råd. Vurderingsstøtte innebærer å gi pasientene bekreftelse på dem de er, ros og gi dem positive forventninger (Smebye & Helgesen, 2011).

1.3 Joyce Travelbee`s menneske-til-menneske-forhold.

Travelbee understreker betydningen av å etablere en mellommenneskelig dimensjon mellom sykepleieren og pasienten, et forhold der partene er likeverdige, og der relasjonene er preget av gjensidighet (Kirkevold, 2014). Et slikt forhold defineres av Travelbee som et menneske-til-menneske-forhold. Kjennetegnet ved en slik relasjon, er at både sykepleier og pasient, oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som "sykepleier" og "pasient". Betydningsfulle elementer i relasjonen er empati, og sympati. Med empati menes at en tar del i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre. Å føle empati er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet, men uten å gå opp i hverandre. Sympati er et skritt lengre enn empatien, den innehar i tillegg et ønske om å lindre plager. Travelbee viser til betydningen av å bli kjent med hver enkelt pasient som et eget unikt individ, da alle mennesker er forskjellige og reagerer på sin egen individuelle måte under påkjenninger (Travelbee, 2005). I denne oppgaven vil Travelbee være en aktuell sykepleieteoretiker, da hun vektlegger den gode relasjonen, som kan være av betydning i sosial støtte for pasienten.

1.4 Hensikt og avgrensning.

Hensikten med oppgaven vil være å belyse betydningen av sosial støtte for klare og orienterte sykehjemspasienters livskvalitet.

I flere av forskningsartiklene ble undersøkelser gjort for å avklare kognitiv fungering ved hjelp av ulike, anerkjente kartleggingskjema.

Politiske føringer setter krav til at sykehjem skal tilrettelegge for trivsel og livskvalitet gjennom selvstendighet, meningsfulle sosiale og fysiske aktiviteter (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2015). Dette stiller krav til sykepleieres funksjon i sykehjemmet.

Ut ifra tilbakemeldinger fra sykehjemspasienter i praksis antas det at sosiale behov for å fremme livskvalitet ikke er tilstrekkelig ivaretatt. En ytterligere hensikt med oppgaven vil derfor være å synliggjøre sykepleiepedagogiske virkemidler, sykepleieren kan bruke for å gi sosial støtte og derav bidra til å fremme livskvaliteten.

Grunnet oppgavens hensikt og omfang ekskluderes personer med demens.

2.0 Metode.

For å kunne fremme livskvalitet, er det avgjørende at man forstår hva som gir livskvalitet til pasienter på sykehjem. De fleste artiklene har derav et pasientperspektiv.

Det ble det utført et allment litteratursøk med relevante søkeord, knyttet opp mot oppgavens hensikt. I følge Forsberg & Wengstøm (2013), kan et allment litteraturstudie forklares som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller en forskningsoversikt. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men sjelden på en systematisk måte. I følge Dalland (2015) brukes metoden som et verktøy til å finne nyttig kunnskap for videre undersøkelser, samt å komme fram til ny kunnskap.

Resultatet i denne bacheloren er basert på 14 vitenskapelige artikler som har et pasientperspektiv og belyser betydningen av sosial støtte for livskvaliteten til klare og orienterte sykehjemspasienter. To av artiklene inkluderer deltagere med moderat kognitiv svikt. De er likevel av relevans for oppgaven da de fleste deltagerne i studien var klar og orienterte, samt at det i resultatdelen ble tydeliggjort hvilke funn som gjaldt for de med kognitiv svikt. To av artiklene omhandler hjemmeboende, kronisk syke brukere av hjemmesykepleien. Disse artiklene ble også funnet relevant for oppgaven, da de pekte på betydningen av sosiale støtte. Hjemmeboende pasienter er også sammenlignbar med sykehjemspasienter, med tanke på alder og sykdomsbilde. Artiklene ble grundig gransket, analysert og deretter satt i tabell med meningsbærende enheter, sub-kategorier og kategorier. Kategoriene ble derav til overskrifter i resultat og diskusjonskapitlet.

Inklusjonskriterier:

- Eldre over 65 år.
- Sykehjemsboere.
- Livskvalitet.
- Sosial støtte
- Kvalitative artikler.
- Kvantitative artikler.
- Artikler fra 2006 - 2016.

Eksklusjonskriterier:

- Personer med demens.
- Hjemmeboende.
- Artikler som har sykepleieperspektiv og/eller organisatorisk perspektiv ble ekskludert.

Litteratur brukt i denne oppgaven er tilleggs artikler og relevant faglitteratur som belyser hensikten med denne oppgaven. Veileder anbefalte tilleggs litteratur i form av en doktorgradsavhandling og to fagbøker.

2.1 Framgangsmåte for artikkelsøk og granskning.

Medline, Ovid, PubMed og SveMed+ er databaser som har blitt brukt i søket. Vedlegg 1 er søketabell som viser søkerord, avgrensninger, antall treff, antall leste abstrakt, antall leste artikler og valgte artikler. Begrensinger av søket framkommer av tabellen. Det er foretatt en systematisk vurdering av hver artikkel. Tittelen på artikkelen ble vurdert, årstall, og abstraktet lest i sin helhet. Hvis det ble funnet interessant og relevant for oppgaven, ble artikkelen lest i sin helhet. Forfatterne ble vurdert ut ifra autoritet i forhold til emnet, samt oppbygging og IMRaD ble sett på for å vurdere kvaliteten på artiklene (Dalland, 2015). To av artiklene ble imidlertid funnet i en doktorgradsavhandling. Resultatet bygger på til sammen 14 originalartikler, som på ulikt vis belyser hensikten med oppgaven. Vedlegg 2 viser litteraturmatrise.

2.2 Analyse.

Det ble brukt farger for å synliggjøre likheter og ulikheter mellom artiklene, noe som førte fram til sub-kategorier. Disse fungerte som stikkord, og viste til hva kategoriene omhandlet.

Tekstanalysen var inspirert av Dallan (2015). Hensikten med analysen var å finne kategorier som var knyttet opp imot oppgavens hensikt og anvende disse som overskrifter i resultatkapitlet. Begge forfatterne av denne bachelor oppgaven har lest og analysert valgte forskningsartikler opp til flere ganger.

Deretter ble det utarbeidet to kategorier som vil fungere som overskrifter i resultat og diskusjonsdelen. Disse to kategoriene kom tydelig fram under arbeidet med analysen, og de førte fram til sub-kategorier som viser hva kategoriene omhandler. Imidlertid har noen av artiklene fokus på begge hoved overskriftene, og vil derav kunne brukes i begge kategoriene. Fremgangsmåten på hvordan analysen ble utført kommer frem i vedlegg 3, analyse sub-kategorier.

2.3 Etske overveielser.

Resultatene i denne oppgaven framkom fra ulike forskningsartikler, og artiklene er basert på frivillighet blant deltakerne, med mulighet for å trekke seg fra prosjektet uten noen konsekvenser. Samtalene ble gjennomført når det passet beboerne, og anonymisert. Et etisk dilemma kan være å bruke pasientens energi og krefter til å besvare spørreundersøkelser, men hensynet til pasientens behov for pauser ble ivaretatt. Dalland (2015) sier etiske overveielser handler om å følge regler, men etiske utfordringer for arbeidet som skal utføres må også nøye vurderes. En ryddig bruk av personopplysninger var en forutsetning, og det var ønskelig å inkludere de artiklene som hadde blitt behandlet i en etisk komite. Enkelte av artiklene syntes ikke å være behandlet i en etisk komite, men de ivaretok det etiske ved at pasientens rettigheter gjennom samtykke, taushetsplikt og mulighet til å trekke seg ble ivaretatt.

Sjekklisten til den nasjonale forskningsetiske komité (2010) ble etter anbefalinger av lærer ved Nord universitet brukt til vurdering av validitet av artiklene.

Travelbee mente at ved å omtale helsemottakeren som en "pasient", ble det satt en merkelapp på vedkommende, og det oppstod en avhumanisering av mennesket. Travelbees syn på begrepet "pasient" omhandlet sykdommen og hjelpebehovet pasienten hadde, og ekskluderte derav ressursene. I denne oppgaven vil begrepet pasient likevel benyttes, da pasientens ressurser og deres sosiale behov, er det som vektlegges i oppgaven.

3.0 Resultat.

Analysen gav to kategorier som fungerer som overskrift. Hver kategori har igjen tre sub-kategorier som vil skape mer struktur og oversikt i oppgaven. Kategoriene kan bidra til å belyse betydningen av sosial støtte for livskvaliteten til klare og orienterte sykehjemspasienter.

3.1 Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen.

Relasjonen.

En god relasjon mellom pasient og pleier virker positivt inn på pasientens livskvalitet. Studien til Haugan (2014), viser at en god relasjon preges av at sykepleieren bekrefter pasienten for den han er, ved å lytte, anerkjenne personen og vise ham respekt.

Studien til Robichaud, Durand, Bedard & Ouellet (2006) og Bondevik (2012) bygger opp under studien til Haugan. Funnene viser til at det å skape en god relasjon og bli behandlet med respekt styrker pasientenes livskvalitet.

En tillitsfull relasjon mellom pasient og pleier oppstod når sykepleieren diskuterte sammen med pasientene for å komme fram til hvilken løsning som ble best for ham. Da uttrykte de hjelpetrengende at det var godt og trygt å motta hjelp (Moe, Hellezen & Enmarker 2013).

Kommunikasjon.

Moe, Enmarker & Hellezen (2012) Viser til at pasientene verdsatte besøk fra sykepleieren, hvis hun pratet med dem. Det kunne være av terapeutisk betydning, og påvirket humøret i positiv retning.

Pasienter som i stor grad klarte seg selv, fikk lite oppmerksomhet fra pleierne og de gav uttrykk for at de følte seg oversett (Boelsma, Baur, Woelders & Abmas 2014).

Sykepleierens håndlag blir synliggjort i studien til Taylor, Sims & Haines (2013) og Moe et al. (2013). Sykepleiere som hadde et mildt håndlag ble sett på som hjelpsomme, mens de med et tøffere håndlag ble sett på som kontrollerende av pasientene. Travelhet blant pleierne førte til at pasientene mottok hjelp på en måte, som gjorde at de følte seg som en byrde.

Samhandling.

Måten personalet samhandlet med pasientene på, var avgjørende for om de opplevde kontroll over eget liv samt verdighet og integritet (Stabell & Lindstrøm, 2003).

Det å bli sett som et enkeltindivid, å bli møtt på sine personlige behov, er ifølge Hjaltadottir & Gustafsdottir (2007), av betydning for at pasientene ikke skal føle seg som en av de mange eldre på sykehjemmet, noe som gav dem en følelse av å forsvinne som person.

I artikkelen til Bondevik (2012), peker hundreåringene på betydningen av å beholde råderett over noe i eget liv, og at det var av betydning for tilpasningsprosessen i nye forhold, som blant annet det å flytte inn på sykehjemmet. Medieoppmerksomhet grunnet den høye alderen, ble av pasientene oppfattet som positivt for selvbilde og selvtilliten, da de ble ansett som noe mer enn en pasient. Moe et al. (2013), viser til at pasientene opplevde manglende individuell omsorg og behandling av enkelte sykepleiere. Dette fikk dem til å føle seg mindreverdige.

Sykehjemspasientene i artikkelen til Tu, Wang & Yeh (2006), viser til at det mest betydningsfulle for deres livskvalitet var myndiggjøring, kontroll over eget liv, og frihet i sine valg av aktiviteter. Pasientene som ikke var så avhengig av hjelp fra pleierne scoret høyere på livskvalitet. Dette understøttes av Moe et al. (2012) som viser at pasientene var takknemlige for de ressursene de fortsatt hadde, da det gav dem en følelse av å ha kontroll på noe i sitt eget liv.

Taylor et al. (2013), viser til at sykehjemspasienter som var avhengig av assistanse ved mobilisering, opplevde tap av kontroll og medvirkning, grunnet dårlig kommunikasjon og samarbeid.

Studien viser også at maktesløsheten pasientene kjente på ved personalassistert mobilisering kunne oppstå grunnet fravær av hjelp, og at det tok lang tid før hjelpen kom.

Dette blir ytterligere forsterket gjennom artikkelen til Slettebø, (2008), der det ble rapportert dårlig oppfølging av avtaler i henhold til trening og andre aktiviteter. Pasientene ble frustrert av lang ventetid, og tilliten til sykepleierne ble svekket grunnet stadige løftebrudd.

3.2 Betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten.

Sosial støtte og fellesskap.

Et godt sosialt miljø, mulighet for å dele morsomme øyeblikk, ivareta hverandre, respektere og anerkjenne hverandre, og kanskje sladre litt, var av betydning for livskvaliteten for sykehjemspasientene (Robichaud et al., 2006).

Betydningsfulle funn for livskvaliteten i artikkelen til Boelsma et al. (2014), var det å føle tilhørighet i et fellesskap, føle seg hjemme, sosial kontakt med andre beboere, selvstendighet og få fortsette med sine hobbyer og livsstil av betydning for livskvaliteten. Det å få gi omsorg og hjelp til andre beboere på sykehjemmet var også av betydning, men dette ble ikke akseptert av sykepleierne. Pasienter som fikk dyrke sine hobbyer følte at deres identitet ble bekreftet.

I artikkelen til Slettebø (2008), kom det fram at sykehjemspasienter følte seg trygge, men var ensomme. Sosiale behov som fellesskap og sosial deltagelse, kontroll over dagliglivet og sysselsetting ble i stor grad ikke møtt. Alle pasientene var enige i at sosiale behov som ikke ble møtt, førte til at dagene ble lange, ensomme og kjedelige.

Det vises til at flere enn de som hadde en medisinsk diagnose på depresjon og angst, likevel ble behandlet med antidepressiva og angstdempende medikamenter. Studien viser at det er en sammenheng mellom bekreftelse på egenverd og sosial integrering med færre depresjonssymptom. Det å føle tilhørighet og tilknytning hadde en positiv effekt på angst (Drageset, Eide & Ranhoff, 2013).

Autonomi, og selvvalgte aktiviteter.

Haugland, Drageset & Natvig (2013) og Drageset et al. (2013), viser at kontakten med familie er av betydning for livskvaliteten. Frekvens og ønske om tettere kontakt med egne barn, påvirket den mentale helsen, den emosjonelle rolle funksjonen og den fysiske funksjonen i negativ retning.

Klare og orienterte sykehjemspasienter valgte å være på rommene sine, grunnet utagerende adferd fra andre pasienter med demens. Flere hadde blitt skremt av denne typen adferd, og ønsket ikke å omgås pasienter med demens (Hjaltadottir et al., 2007).

Haugland (2012), viser til at sykehjemspasienter i stor grad ønsket å delta i aktiviteter der de selv var aktive. Pleiepersonellet antok at beboerne helst ønsket å delta på passive aktiviteter der de ble underholdt.

Informasjon og kontroll over eget liv.

Sykehjemspasientene ønsket mer informasjon fra pleiepersonalet. Aktuell informasjon kunne være om interne saker og politiske føringer som førte til endringer i sykehjemstilbudet. Pasientene ønsket også informasjon når nye beboere skulle flytte inn og når noen døde (Boelsma et al., 2014).

4.0. Resultatdiskusjon.

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av sosial støtte for livskvaliteten til klare og orienterte sykehjemspasienter.

Resultatene viser to hovedoverskrifter: *Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen* og *betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten*. I resultatdiskusjonen splittes de to hovedkategoriene opp, og danner tre underoverskrifter hver. Underoverskriftene vil bli vektlagt i resultatdiskusjonen og de viktigste funnene i resultatet vil bli plukket ut og satt opp imot relevant faglitteratur og sykepleieteoretikere for å belyse hensikten med denne oppgaven. Resultatet har et pasientperspektiv, og ut ifra pasientenes opplevelser vil resultatdiskusjonen belyse hvordan sykepleiere, ved bruk av sosial støtte kan iverksette tiltak som kan bidra til å fremme livskvaliteten.

4.1 Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen.

Resultatene viste at sykepleiere må møte sykehjemsbeboere med respekt, og opparbeide en god relasjon basert på tillit, likeverd og samhandling med pasienten. Pasientenes opplevelse av verdighet og integritet ble forsterket når sykepleieren så, hørte og anerkjente pasienten som et eget individ, og at ressurser og verdier ble ivaretatt gjennom brukermedvirkning. Dette viser at en god relasjon mellom pasient og sykepleier må ligge i bunnen for at sykepleier skal kunne bidra til å fremme livskvaliteten hos sykehjemsbeboere.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer er grunnlaget for all sykepleie respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Sneltvedt, 2012). Bondevik (2012) og Robichaud et al. (2006) viser i sine studier til at respekt fra sykepleierne, bidro til at pasientene fikk en følelse av egenverd og det ble blant flere omtalt som en av de viktigste elementene for livskvaliteten.

Relasjonen.

“Det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper” (Travelbee, 2005, s. 188). Ved den uttalelsen går Travelbee til angrep på stereotype oppfatninger av “pasienter” og “sykepleiere” og generalisering av disse. Hun synliggjør at for å kunne etablere et godt menneske til menneske forhold, må sykepleieren tilstrebe å se det syke mennesket som et eget unikt individ, forbi diagnoser og begrensninger. Med det stilles også krav til sykepleierens personlige

evne og interesse for andre mennesker som enkeltindivid. Når sykepleieren begynner å oppfatte pasienten som et eget, unikt menneske, og den syke responderer på det, begynner begges identitet å tre fram. Dette betegnes som det "innledende møtet", og er den første fasen i en interaksjonsprosess. Fase to viser til en "framvekst av identitet" der sykepleier og pasient begynner å se hverandre som tydelige enkeltindivid, og forbi rollene som pasient og sykepleier. Som følge av det oppstår det en tilknytning og kontakt. Fase tre bygger relasjonen tettere med innspill av "empati". Dette setter krav til at sykepleieren må våge å møte pasientens tanker og følelser på godt og vondt. Det setter også særskilte krav til sykepleieren i og med at pasienten blottlegger sine innerste tanker og følelser, og gjør han særlig sårbar med tanke på tillitsbrudd. "Sympati" er fjerde fasen i prosessen, og forutsetter at sykepleieren har ønske og vilje til å lindre lidelse. Opprettelse av en gjensidig forståelse og kontakt, er den siste fasen i etableringen av et menneske til menneske forhold. Det forutsetter at sykepleieren gjennom sine handlinger viser forståelse for den syke og innehar et ønske og en vilje til å hjelpe den andre til å få det bedre. Det setter krav til at sykepleieren både har et ønske om å hjelpe, men også kunnskaper og ferdigheter til å iverksette sykepleietiltak i tråd med den sykes behov (Travelbee, 2005).

Betydningen av menneske til menneske forholdet synliggjøres i artikkelen til Bergland (2012), hvor mange av beboere la vekt på å ha en vennskaps liknende relasjon, med stor grad av gjensidighet til sykepleierne. I personlige relasjoner ble beboerens totale livssituasjonen sett, ikke bare hjelpebehovet. Fra beboernes perspektiv oppstod det da tillit og tilhørighet og tro på at pleierne ville gjøre det beste for dem. Ut fra pasientenes opplevelse kan det tyde på at flere av sykepleiere hadde etablert et nært og godt forhold til pasientene, i tråd med Travelbee's (2005) teori.

Travelbee (2005) viser også til at relasjonen er av betydning for om pasienten åpner seg opp for sykepleieren. Hun sier at syke mennesker har lettere for å komme fram med sin frykt og angst når de føler at sykepleieren kjenner dem, og når de har tillit til henne. Dette bekreftes i artikkelen til Moe et al.(2013) som viser til at pasientene våget å åpne seg om ting som tynget dem, om relasjonen mellom sykepleieren og pasienten var preget av tillit og respekt. Smebye & Helgesen (2011), sier at et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient kan være utfordrende å skape, men at det er avgjørende for at pasienten skal sette ord på det de opplever.

I artiklene til Hjaltadottir et al. (2007), Taylor et al. (2013), Moe et al. (2012) og Slettebø(2008) peker pasientene på at tilliten til sykepleieren ble svekket i situasjoner der det var manglende individuell tilrettelegging, dårlig kommunikasjon og samarbeid, fravær av hjelp, løftebrudd og lang ventetid for å få hjelp. Pasientene følte seg mindreverdige, og mistilliten skapte en distanse mellom sykepleier og pasient. Avstanden i pasient-sykepleier-relasjonen, tydeliggjøres i uttalelsen til en av pasientene;

«I'll say, if they want to (assist) it's their business, not mine» (Taylor et al., 2013, s.262).

Dette kan synes å være i tråd med Travelbees teori, som viser til at dersom sykepleieren mangler evnen til å "se" mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk (Kristoffersen, 2012).

En mulig årsak til tillitsbruddene, kan være tidspress, for stor arbeidsbelastning eller ressursknapphet blant sykepleierne. Ifølge Kristoffersen & Nordtvedt (2012) kan dette føre til at sykepleieren får et gjøremålsfokus framfor et individuelt pasientfokus. For stor arbeidsbelastning undergraver derfor viktige faglige og etiske verdier, som er avgjørende for individuell pasientbehandling og omsorg. Dette stemmer også overens med selvopplevde erfaringer fra praksis. Kristoffersen & Nordtvedt (2012), viser til at sykepleieren har et selvstendig ansvar for å si fra om en behandling eller en prioritering er faglig eller etisk uforvarlig. De viser til helsepersonelloven som sier at faglig forsvarlighet ikke bare handler om å gi faglig riktig sykepleie, men også at helsehjelpen er omsorgsfull. Molven (2012) viser til at hjelpen er omsorgsfull når de mellommenneskelige verdiene, som det å bli sett, hørt, anerkjent og respektert blir ivaretatt. For at sykepleiere skal kunne vurdere om hjelpen er etisk og faglig forsvarlig, kan man ifølge Bjørø & Kirkevold (2012), benytte etiske retningslinjer som en rettesnor. Brudd på forsvarligheten meldes til nærmeste overordnede, som har ansvaret for å rette på uforvarlige forhold.

En annen årsaksforklaring til upersonlig, mekanisk og overfladisk pleie kan være utbrenthet. I sykehjems praksis hørtes ofte utsagnet; "vi kommer ikke i mål". Ifølge Kristoffersen (2012) kan en for stor arbeidsbelastning, over tid, lede til utbrenthet blant sykepleiere. Hun beskriver utbrenthet som en emosjonell utmattelse, som gir empatisvikt og redusert personlig ytelse i jobben, og derav en distansert og kynisk relasjon til pasientene. Blant helsepersonell er utbrenthet en økende årsak til langtidssykemeldinger, og ut fra den kunnskapen, kan det synes å være av betydning at sykepleieren er i forkant, og melder fra om slike forhold på et tidlig stadie. Kristoffersen (2012) sier noe om at faglig veiledning i gruppe kan virke preventivt mot utbrenthet. Hun viser til at sykepleiere som over en lengre periode deltok i en veiledningsgruppe, fikk styrket selvfølelsen og ble mer bevisst sine styrker og svakheter. Forholdet til pasienter og pårørende endret seg, og deres evne til empati økte, noe som ifølge Travelbee (2005) er avgjørende for å kunne ha et menneske til menneske relasjon med pasienten.

Når pasienten opplever lang ventetid, enten for å få hjelp eller fordi det oppstår løftebrudd i henhold til avtaler, kan han, ifølge Kristoffersen & Nordtvedt (2012), oppleve krenkelse, i den

betydning at hans tid, ikke er av verdi for sykepleieren. Hans oppfatning av seg selv og sitt liv kan derav også bli preget av verdiløshet.

I praksis oppsto det til stadighet slike situasjoner, og i en travel hverdag, med mange pasienter og få pleiere, kan det synes å være uunngåelig at noen pasienter vil oppleve lang ventetid. Kristoffersen & Nordtvedt (2012) viser til at man som sykepleier må være bevisst sin makt, ved at man rår over den andres tid, og at den som venter, ofte opplever avmakt. I slike situasjoner oppstår det en skjev maktbalanse, som kan være en trussel mot menneske til menneske forholdet, som i følge Travelbee (2005) er preget av likeverd. For å gjenopprette gjensidigheten i relasjonen, kan man ifølge Kristoffersen & Nordtvedt (2012) utvise normal høflighet, og opplyse pasienten om at det blir forsinkelser og gi forklaring på hvorfor, samt og beklage ulempen dette måtte medføre for pasienten. Hvis man derimot unngår å si noe, forsterkes krenkelsen ytterligere.

Kristoffersen & Nordtvedt (2012), viser til at en god pasient-sykepleie-relasjonen kan ha en terapeutisk effekt, ved at den lindrer pasientens lidelse, som her kan forstås som mindreverd, og den kan fremme helse og velvære.

Dette bekreftes i studiene til Haugan (2014), Robichaud et al. (2006) og Bondevik (2012), som viser at pasientene som opplevde å bli sett og lyttet til på en bekreftende måte, fikk styrket egenverdet, og derav livskvaliteten. Dette er også i tråd med Næss (2012), sin definisjon av livskvalitet, som peker på at den har nær sammenheng med selvfølelsen.

Dette er også sykepleie i tråd med Travelbees (2005) teori, som viser til at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk når hun bevisst bruker sin personlighet og kunnskap til å skape en forandring hos pasienten. Hun hevder at forandringen er terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager.

Et sykepleiepedagogisk virkemiddel sykepleieren kan benytte for å skape en bekreftende relasjon, er aktiv lytting.

Kommunikasjon.

Eide & Eide (2013), viser til at aktiv lytting deles inn i to hovedkategorier, en verbal og en nonverbal adferd. Den nonverbale adferden viser seg ved blant annet, blikk kontakt, kroppsholdning, berøring og ansiktsuttrykk, og den viser at man er oppmerksom mot den man snakker med. Verbale uttrykk kan blant annet ha som hensikt å oppmuntre eller stille spørsmål som får den andre til å snakke videre. Aktiv lytting er en bekreftende kommunikasjon, som formidler i ord og uttrykk at man har sett og forstått det sentrale i det den andre forteller. Det forutsetter at sykepleieren har bekreftende ferdigheter og evne til innlevelse i det den andre føler og tenker. En slik profesjonell, hjelpende

kommunikasjon har som formål å fremme helse, å forebygge sykdom å gjenopprette helse og/eller å lindre lidelse, dette er i tråd med Travelbee`s (2005) teori som viser til betydningen av å se menneskets som et eget unikt individ.

En trussel mot den profesjonelle kommunikasjonen synliggjøres i artikkelen til Moe et al. (2012) som viser til at sykepleiere som hadde det travelt, ikke så eller hørte pasientene. Boelsma et al. (2014) viser til at sykepleieren overså pasienten hvis ikke kontakten var knyttet opp imot pleiebehov. I begge tilfeller påvirket dette pasientens opplevelse av egenverd i negativ retning.

Ved å kun bli sett og hørt grunnet pleiebehov, kan i følge Travelbee (2005) føre til at pasienten opplever å bli en arbeidsoppgave. Under slike forhold oppstår en avhumanisering av pasienten. Reaksjoner som kan oppstå hos pasienter som opplever denne avhumaniseringen kan være sinne, tristhet, depresjon, håpløshet og apati. Dette bekreftes gjennom funn fra flere artikler, Taylor et al. (2013), Moe et.al.(2013) og Hjaltadottir et al. (2007).

I studien til Moe et al. (2012) kom det også fram at pasientene verdsatte besøket fra sykepleieren, hvis hun pratet med dem, da det kunne påvirke humøret i positiv retning resten av dagen. Ifølge Næss (2012), kan det ha betydning for livskvaliteten da den sees i sammenheng med en grunnstemning av glede.

Betydningen av nonverbale uttrykk synliggjøres i artikkelen til Taylor et al. (2013) som peker på at sykepleierens berøring påvirket egenverdet. En av pasientene omtalte sykepleiere med et godt håndlag som hjelpsomme, mens de som “ dyttet han rundt” som kontrollerende. Eide & Eide (2013) viser til at en slik type berøring er maktmisbruk, og en krenkelse av den andres naturlige tillit i sin utleverte posisjon, selv om dette fra sykepleierens side er en ubevisst handling. De peker også på at profesjonell, helsefaglig kommunikasjon har et helsefaglig formål, og bør derfor alltid være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre.

Samhandlingen.

Kvaliteten vi skaper i samhandling med pasientene har en avgjørende effekt på deres opplevelse av egenverd, selvfølelse, håp, mening, angst og depresjon. Det er avgjørende at sykepleieren evner å la pasienten kjenne seg sett, anerkjent og respektert som den personen en er. Med det menes at en kjenner seg forstått og tatt på alvor (Haugan, 2014).

Travelhet blant sykepleierne framstår i flere av artiklene, som en trussel mot samhandlingen. (Moe et al., 2012 og Taylor et al., 2013). Pasientenes behov for selvstendighet og opprettholdelse av funksjoner ble tilsidesatt, og pasientene opplevde manglende samarbeid. De viser til at pasientene

følte seg som en byrde når sykepleierne hastet ved utførelsen av pleien, uten å inkludere pasienten. I artikkelen til Stabell et al. (2003), viser pasientene til at flere av sykepleierne overså deres behov for selvstendighet. I slike situasjoner kan det synes som om sykepleieren av ukjente årsaker, ikke er seg bevisst sitt moralske ansvar ovenfor pasienten, og derav ikke ivaretar pasientens rett til autonomi (Kristoffersen 2012). Hun peker på at moralsk sensitivitet er avgjørende for moralske handlinger i sykepleie, og manglende moralsk kompetanse kan føre til at pasienten opplever krenkelse. Den moralske kompetansen avsløres gjennom væremåten og holdningen til sykepleieren, og vises ved en medfølelse omsorg. Travelbee (2005), ivaretar også det moralske aspektet i sin teori, ved at hun viser til betydningen av at sykepleieren, gjennom handling og holdning, viser pasienten at hun vil ham vel. Helsepersonelloven viser også til at det moralske aspektet skal være tilstede i sykepleien.

Artiklene til Stabell et al. (2003), Boelsma et al. (2014) Hjaltadottir et al. (2007) og Moe et al. (2012) og Moe et al., (2013) viser til at manglende samhandling er en trussel mot verdigheten og integriteten hos pasientene. Beboerne fikk en følelse av å være en byrde, at de forsvant som et eget individ, de tapte kontroll og selvstendighet og de følte seg mindreverdige som mennesker, i de situasjonene der samhandlingen ikke ble ivaretatt.

Det viser at pasientene opplever manglende medvirkning som krenkende. Ifølge Kristoffersen, Breivne & Nortvedt (2011) er krenkelse av pasientens verdighet den vanligste formen for pleielidelse. Lidelse er noe som oppstår når vi mister noe vi verdsetter, eller står i fare for å miste noe vi verdsetter. Travelbee (2005) beskriver lidelsen som en følelse, som spenner seg fra en enkel forbigående fysisk, psykisk eller åndelig ubehag, til ekstrem angst og kval. Hun viser til at lidelsen kan gå videre til et fortvilet "ikke bry seg" stadie, og ende i et ytterst stadium som preges av apatisk likegyldighet.

For at man skal kunne gi sykepleie som ivaretar samhandlingen, er det av betydning at man ikke bare har den faglige kunnskapen, men også evner å ha en medfølelse med pasienten. Dette er også sykepleie i tråd med Travelbees (2005) teori. Hun sier at empati og sympati er en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, gjennom en holdning av dyp personlig omtanke og interesse.

Et sykepleiepedagogisk virkemiddel som ivaretar samhandlingen mellom pasient og sykepleier er empowerment. Ifølge Kristoffersen (2011) er empowerment det motsatte av undertrykking, og handler om mobilisering og styrking av egne krefter. Det er en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. For sykepleieren innebærer det å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Empowerment innebærer da også at

sykepleieren har et ressursorientert syn på helse, noe som i Heggdal (2008), omtales som salutogenese, som er et fokus på pasientens ressurser, framfor sykdom og begrensninger.

Empowerment forutsetter at sykepleieren oppgir sitt kontrollbehov, verdsetter brukermedvirkning og anser pasienten som ekspert i sitt eget liv. Med det så menes at sykepleieren, på tross av sin kompetanse og kunnskap må respektere og anerkjenne pasientens valg, selv om det ikke er i tråd med hva sykepleieren faglig anser som det beste. Det betyr ikke at sykepleieren er passiv, men at hun med sin faglige og profesjonelle kunnskap, sammen med pasientens erfaringer, skal hjelpe han til å komme fram til gode, helsefremmende løsninger (Tveiten, 2008). Empowerment er et redskap som også kan sørge for sosial støtte. Sykepleieren kan gjennom å styrke pasientens egne ressurser, gi bekreftelse på egenverd gjennom aktiv lytting, og derav vurderingsstøtte i tråd med House (1981) sin definisjon. I artikkelen til Moe et al. (2012) kan det tyde på at sykepleierne benyttet seg av empowerment når de samarbeidet med pasientene. Sykepleieren så i de situasjonene forbi sykdommen og begrensningene og rettet fokus mot pasientens ressurser, her hans kunnskap, om hvilke løsninger innenfor pleien som var til det beste for ham. Sykepleieren innlemmet da pasienten i beslutningsprosessen, noe som medførte styrking av selvtilliten, samt en opplevelse om at hjelpen var god. Betydningen av samhandlingen synliggjøres ytterligere i Moe et al. (2013), Stabell et al. (2003) og Tu et al. (2006), som viser at pasientene opplevde at egenverd og integritet ble styrket i de situasjonene hvor brukermedvirkningen ble ivaretatt.

Ifølge Brataas (2011), skal sykepleieren, gjennom fokus på pasientens ressurser, medvirke til å gi pasienten styrke og kraft slik at de kan tilta seg et levesett og en livsstil som optimaliserer deres helsesituasjon og gir optimal livskvalitet.

4.2 Betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten.

Resultatene viser til at de sosiale behov ikke er godt nok ivaretatt og at fellesskap med andre sykehjemsbeboere, venner og familie, er av stor betydning for livskvaliteten. Fellesskap la liv til dagene, og dagene opplevdes mer meningsfulle og ikke så ensomme. Tilhørighet og ha noen å gi omsorg til, gav mening da beboerne følte seg mer betydningsfulle som mennesker. Det kom også fram at beboerne ønsket mere informasjon som var av betydning for deres hverdag.

Sosial støtte og fellesskap.

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Dette omfatter de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov (Sneltvedt, 2012). Flere studier har vist at personer med et godt sosialt nettverk ikke blir så lett syke og blir de syke, så blir de raskere friske igjen. Et godt sosialt nettverk øker selvfølelsen og livskvaliteten. En kan altså se

på sosial støtte som en buffer eller motstandskraft overfor virkningen av belastninger og påkjenninger. Uten sosial støtte kan belastninger føre til sykdom, psykisk lidelse og redusert mestringsevne (Smebye & Helgesen, 2011).

I artiklene til Robichaud et al. (2006), Boelsma et al. (2014), Slettebø (2008) og Drageset et al. (2013), kom det fram at det å tilhøre et sosialt miljø, både innenfor og utenfor sykehjemmet var av betydning for den psykiske helsen. Dette gav tilhørighet, skapte glede og styrket egenverd og livskvalitet, mens mangel på fellesskap førte til at livet opplevdes kjedelig, smertefullt og førte til sosial ensomhet. Ensomhet kan knyttes opp mot opplevelsen av savn av kontakt og fellesskap med andre. Ensomhet kan være smertefull, og i et samfunn der det er viktig å være sosialt vellykket, er også ensomhet forbundet med skam og nederlag. Opplevelse av ensomhet kan beskrives som depresjon, utålmodig kjedsomhet, nedvurdering av selvet og desperasjon (Smebye & Helgesen, 2011). Dette er i tråd med Næss (2012) sin definisjon på livskvalitet, nettopp at gode sosiale relasjoner gir fravær av ensomhet og meningsløshet. Dette gir en grunnstemning av glede og derav tilfredshet og selvtillit.

Sykepleier kan kartlegge det sosiale nettverket til alle nye pasienter med samtaler og observasjoner av hver enkelte pasient. Hvis dette er nedfelt i sykepleiers arbeidsplan er det kanskje større sannsynlighet for at kartleggingen blir gjennomført. Bruk av en primærkontakt er en fordel da dette skal sikre kontinuitet, individuell, helhetlig og pasientsentrert sykepleie. Bruk av primærsykepleier blir imidlertid ofte ikke prioritert på grunn av økonomi (Kristoffersen, 2012). Man kan bruke et nettverkskart som et redskap i arbeidet av kartleggingen. Ifølge Fyrand (Smebye & Helgesen, 2011) kan en bruke et firefelts nettverkskart som er delt inn i familie, slekt, daglig virksomhet og andre som kan være naboer eller offentlige personer. Først må sykepleier informere om hensikten med arbeidet, betydningen av å føle seg som en del av en større sosial sammenheng, ha en fortrolig venn om det oppstår en krise, fortelle at hun har taushetsplikt, samt at pasienten selv må samtykke til kartleggingen. Dette er en samarbeidsprosess mellom sykepleieren og pasienten om et felles mål som også gir et godt grunnlag for videre samarbeid. Nettverkskartlegging kan også utløse sterke følelser hos personen hvis en oppdager hvor ensom han/hun egentlig er. Det kan også føles ydmykende at andre får innsikt i dette, derfor må sykepleier trå forsiktig og være varsom i slike samtaler (Smebye & Helgesen, 2011). På grunn av at dette er et ømtålig tema kan det tenkes at sykepleier ikke velger å ta denne samtalen og det oppstår et etisk dilemma. Etiske dilemma i sykepleien er ikke bare dramatiske situasjoner som angår liv eller død, det dreier seg like ofte om dagliglivets små faglig-moralske problemer og konflikter som har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt og varhet, evne til å se, til å tie og til å lytte (Brinchmann, 2012). Travelbee (2005) sier

at for å kunne komme nært innpå pasientens behov, må hun ha en personlig evne til å ta innover seg vanskelige tanker og følelser som pasienten har.

Målet med nettverkskartleggingen er å skape grunnlag for tiltak, og sykepleiers bidrag er å støtte pasientens valg av ulike måter å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Sykepleier kan hjelpe til med å utvide antall sosiale relasjoner ved å være en kontaktformidler mellom pasient og nye mennesker, eller å være en kontaktformidler mellom personer som har et felles problem, danne en selvhjelpsgruppe, og noen ønsker en besøksvenn fra frivillighetssentralen i kommunen. Sykepleier kan også oppmuntre pasienten til å ta opp et eller flere gamle bekjentskap (Smebye & Helgesen, 2011). En evaluering sammen med pasienten, bør foretas etter kort tid for å korrigere for det som ikke fungerer (Kristoffersen, 2012). I problematiske relasjoner kan det være riktig å bryte en forbindelse hvis det negative overskygger det positive. Til en viss grad er det opp til personen selv å vedlikeholde det sosiale nettverket, og dette krever egeninnsats. Det innebærer at pasienten må være aktiv som å slå av en prat, vise oppmerksomhet, hensyn, gi støtte, gi råd, trøste, høre på eller holde seg orientert. Å utføre nettverks-kartlegging kan på sikt vise seg å være et vel anvendt arbeide, både for pasient og sykepleier når pasienten trives og mener at hun/han har en god livskvalitet.

Hvis en pasient føler for å snakke med noen som ikke er i en nær relasjon i en krisesituasjon, kan eventuell sykepleier ta kontakt med Kirkens SOS eller Hjelpetelefonen Mental helse (Smebye & Helgesen, 2011). Dette er i tråd med House (1981) sin definisjon informert støtte, nettopp å dra inn støtte fra det offentlige hjelpeapparatet og fra frivillige organisasjoner.

Det å kartlegge hvem som kunne trives i hverandres fellesskap på sykehjemmet kan være av betydning. Helgesen (2011) skriver at det må være noe som limer gruppene sammen, og at dette skaper grunnlag for varige relasjoner. Limet kan være felles interesser, en felles oppgave som de skal løse, eller at de rett og slett trives i hverandres selskap. De som passer sammen har ofte felles forventninger og normer, like barn leker best. En kan også sette i gang tiltak som skaper kontakt mellom generasjoner ved å invitere skole eller barnehager. Regelmessig besøk av dyr kan også være av interesse, men da må hensyn til allergier ivaretas. Et godt samarbeid med pårørende kan være av betydning for å gi indirekte støtte til pasienten. Ved å tilrettelegge for at beboerne kan benytte tilbud i nærmiljøet kan man bryte isolasjonen med omverdenen. Privatlivet til beboerne kan ivaretas ved bruk av enerom og avskjermete sofagrupper der de kan ha besøk av familie, venner eller trekke seg tilbake (Smebye & Helgesen, 2011). Sykepleier kan invitere pårørende ved fellesaktiviteter som bingo, dans, quiz, eller om våren når det skal ryddes i utearealene og sommerblomster skal plantes. Da kan det også skapes nye relasjoner, og nye nettverk kan knyttes på tvers av familiene. House (1981) beskriver betydningen av emosjonell støtte, at det kan være tilstrekkelig iblant å bare vite at

noen er tilgjengelig ved behov, eller bare å vite at noen er der, noen som forstår en. Det å bli lyttet til, ha noen å dele synspunkter og erfaringer med, kan føre til avledning med hyggelige utspreddelser. Dette mener han kan lindre blant annet depresjon og håpløshet.

For å kunne ivareta sosiale behov kan man utarbeide en pleieplan i samarbeid med pasienten, som også inkluderer sosiale behov, på lik linje med andre pleiebehov. Slik kan man da synliggjøre spesielle hensyn en må ta, for å opprettholde en positiv livskvalitet. For å evaluere sykepleieutøvelsen med tanke på sosial støtte, kan man i løpet av dagen samles på vaktrommet, hvor 10 til 15 minutter settes av til etisk refleksjon rundt de ulike pasientenes sosiale behov og i tråd med hver enkelt sin individuelle pleieplan. Ved å ha fokus på etisk forsvarlighet kan man indirekte også si at man driver med et holdningsskapende arbeid blant ansatte. Man kan også lettere fange opp eventuelle symptomer på utbrenthet blant ansatte og iverksette tidlige tiltak. En evaluering av pasientenes livskvalitet kan gjøres ved å bruke anerkjente avkrysningskjema, som også sier noe om opplevd sosial støtte. Dette vil da fungere som en kvalitetsindikator på sykepleieutøvelsen.

Studien til Kjøs & Havig (2015), peker på at det fortsatt er for lite sosial og fysisk aktivitet på sykehjemmet. Regjeringen har understreket betydningen av å øke nivået av ulike aktiviteter i sykehjem i ulike stortingsmeldinger, og rundskriv i de senere år. Gjennom kompetanseløftet vil Regjeringen legge vekt på kultur og aktiviteter som helt sentrale og grunnleggende elementer i en helhetlig omsorgstjeneste. Dette skal bidra til beboernes trivsel og livskvalitet gjennom selvstendighet, meningsfulle sosiale og fysiske aktiviteter (St.meld.nr. 25 (2005-2006), 2015). For å få til dette i praksis, er det kanskje nødvendig med et høyere budsjett fra kommune til dette formålet, som kan brukes til flere aktiviteter, eller bruk av forskjellige tjenester og utstyr til de aktivitetene. I St.meld. nr. 39 (2000-2001), 2015 foreslår regjeringen å øke bevilgningene til mobilisering mot ensomhet. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å sette av midler til frivilligheten for en kampanje for fellesskap og sosial støtte.

Studier viser at sykepleiere har liten tradisjon for å være politisk aktive, og i liten grad å utvikle en bevissthet om sitt etiske og samfunnsmessige ansvar. Grunnen for dette kan være at sykepleiere er slitne, har mange oppgaver og mangler overskudd. Men det kan være personlig tilfredsstillende og gi økt opplevelse av kontroll når en arbeider bevisst og politisk rettet, for å bedre pasientenes faglige tilbud, samt å bedre sitt eget arbeidsmiljø (Kristoffersen, 2012). Når det gjelder økonomiske nedskjæringer må sykepleier vurdere om det er faglig forsvarlig å gjennomføre det. Hvis det vurderes at planlagte endringer medfører løsninger som for pasientene er uforsvarlige, forventes det at sykepleier i kraft av sin profesjon følger dette opp med å si ifra til arbeidsgiver (Molven, 2012).

Autonomi, og selvvalgte aktiviteter.

Å få fortsette å gi omsorg når en alltid har vært en omsorgsperson viser seg å være av betydning for noen sykehjemspasienter (Boelsma et al., 2014). Drageset (2014) peker på at ved manglende mulighet til å gi omsorg til andre kan dette gi en følelse av meningsløshet, fordi det er godt å føle at en er av betydning for andre. Bekreftelse av egenverdi oppleves nettopp i relasjoner der en opplever respekt og blir anerkjent for den man er. Det å bli anerkjent bidrar til å utvikle selvaktelse, som innebærer en opplevelse av egenverd og selvrespekt. Dette kan føre til at pasienten aksepterer sin situasjon og bidrar til at han kan finne mening på nye måter. Behovet for å gi omsorg kan tilfredstilles hvis sykepleier legger til rette for kontakt med andre i ulike grupper og sammenhenger. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne har som mål å fremme likestilling og sikre likeverd, det skal være like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltaking for alle uavhengig av funksjonsevne og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Vi vet f.eks. at svaksynte og rullestolbrukere møter mange hindringer (Smebye & Helgesen, 2011). Næss (2012) og House (1981) peker også på betydningen av å gi omsorg for selvbildet, helsen og derav livskvaliteten.

Haugland et al., (2013) sin artikkel peker på betydningen av kontakt med sin egen familie. Når sykehjemspasientene ikke fikk den hyppige kontakten med sin familie som de ønsket, førte dette til nedsatt livskvalitet. Drageset (2014), skriver at relasjoner mellom familiemedlemmer er unike bånd som knyttes og en kan forvente kontinuerlig hjelp, uavhengig av gjensidig hengivenhet eller om en kan gjøre gjengjeld. Har en ikke en slik familiekontakt vil mennesket lett føle seg mer sårbar. Sykepleieren skal også vise de pårørende respekt og omtanke så de føler seg velkommen på sykehjemmet, dette i henhold til de yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2012). Erfaring fra praksis er at enkelte pårørende er redd for å ringe for ofte, redd for å virke masete når de egentlig bare er bekymret for sin kjære. Pårørende kan oppleve trygghet ved at de får tilbud om å kunne ringe og snakke med sykepleieren ved behov. Derfor er det av betydning at sykepleier oppmuntrer pasienter og pårørende til å opprettholde kontakten og informere de pårørende om betydningen dette har for pasientene. Noen ganger kan avstanden være en utfordring, man kan i slike tilfeller legge til rette for og motivere pasienten til å bruke skype, e-post, telefon eller skrive brev for å øke hyppigheten av kontakten mellom beboer og familie. Ikke alle har en god relasjon med sine nærmeste, da kreves det økt bevissthet om betydningen av disse kontaktene og vilje til å gjennomarbeide problemfylte forhold. Det kan innebære at en prøver å se nye måter å videreutvikle et forhold på (Smebye & Helgesen, 2011). Travelbee peker på at når en person blir syk rammer også dette en familie, og det handler om å finne forståelse og mening knyttet til sykdom. Det kan være å påta seg nye roller og endre livsstil, dette er noe sykepleier kan hjelpe familien med å mestre (Kirkevold, 2014).

I Hjaltadottir et al. (2007) og Moe et al. (2012), kommer det frem at enkelte klare og orienterte pasienter valgte å være på sine rom på grunn av demente pasienters utagerende adferd. Kirkevold (2010), viser til hvordan de friskeste sykehjemsbeboerne ønsker å flykte fra fellesskapet nettopp på grunn av medboeres atferd. Flere følte seg tvunget til å være sammen med demente pasienter, når personalet samlet alle til sosialt fellesskap. Beboerne forklarte det med at de ikke følte noe fellesskap med dem, da de følte seg annerledes. Dette kan med fordel få et større fokus, hva med en avdeling for klare og orienterte sykehjemsbeboere? Det studentene lærer under utdanningen er at en skal legge til rette for sosial kontakt gjennom måltider (Smebye & Helgesen, 2011). Mens en venter på at avdelinger for klare og orienterte sykehjemsbeboere blir et faktum, kan en kanskje tenke på bordplasseringen, eller å ha flere små bord hvor de som føler et fellesskap får sitte sammen.

Haugland (2012) viser til at det var store sprik mellom de aktiviteter som pasientene fant interessant og de aktivitetene som pleiepersonalet antok at pasientene fant interessant. Det kan tyde på at det er manglende medbestemmelse for sykehjemsbeboerne i valg av aktiviteter på sykehjemmet. Næss (2012) beskriver at det skal være meningsfulle aktiviteter som gir engasjement og begeistring. Sykepleiers bidrag til å ivareta pasientens autonomi har en stadig viktigere plass i deres yrkesrolle. Umyndiggjøring av voksne og ansvarlige pasienter er å krenke deres rett til medbestemmelse. Autonomiprinsippet gir pasientene en rekke juridiske rettigheter gjennom pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Der går det tydelig fram at sykepleiere har ansvar for å fremme pasientenes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Molven, 2012). Sykehjem kan være preget av høyt tempo, men sykepleiere skal samhandle med pasienten for å forebygge eventuelle krenkelser ved å lytte til hva pasienten sier og ønsker. Betydningen av sykepleiers delegering, organisering, prioritere hva som må gjøres først, og hva som kan utsettes og bygge inn buffer-tid for uforutsette oppgaver kan være med på å regulere sykepleiers arbeidsmengde. Der det er mulig og ikke nødvendig at sykepleier selv utfører oppgaven kan sykepleier delegerer dette til andre. Det er viktig å se hver enkelt medarbeider som en ressurs (Kristoffersen, 2012). Hvis sykepleiere mener at arbeidsmengden skyldes lite bemanning, plikter den enkelte, via helsepersonelloven, å gi melding om uforsvarlige forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet. Forholdet som loven refererer til omfatter også manglende tiltak, rutiner, teknisk utstyr og manglende personlige eller faglige kvalifikasjoner. Dette gjøres ved at sykepleier skriver et avvik. Avvik defineres som "mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav". En del av hensikten med å ha rutiner for avvik, er at helsetjenesten kan lære av feil og uhell som skjer, så de kan forbedre systemene og slik unngå at det skjer igjen. I utgangspunktet er sykepleierne selv ansvarlig

for at helsehjelpen de yter er faglig forsvarlig, men jobber de innenfor en enhet som sykehjem, kan de i medhold av helsepersonelloven, forvente at arbeidsgiver gir dem rammevilkår å arbeide etter som gjør at de kan gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. De kan forlange at arbeidsgiver operere med nødvendig bemanning. Dette også direkte av bestemmelsene om forsvarlighet i helse- og omsorgstjeneste- og spesialisthelsetjenesteloven. Faglig forsvarlighet skal sørge for at ytelsen inneholder en minstestandard (Molven, 2012).

Informasjon og kontroll over eget liv.

I Boelsma, et al. (2014), viser studien til for lite informasjon fra pleiepersonalet. Sykepleier plikter å forholde seg til taushetsplikten i helsepersonelloven (Molven, 2012) i forhold til å gi opplysninger mellom beboerne. Hvis sykepleier skal kunne gi opplysninger om andre beboere må de først bli løst fra taushetsplikten. Dette kan gjøres med samtykke fra pasient, og avklare hvilke opplysninger det er aktuelt å meddele videre og til hvem. Da dette er deres «hjem» følte det unaturlig å ikke få opplysninger når nye pasienter skulle flytte inn, eller når noen av pasientene døde.

Sykehjemsbeboerne savnet også generell informasjon om hverdagen som kunne være av betydning for dem. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført en nasjonal undersøkelse som viser at 11 av 100 pasienter har negative erfaringer med informasjon. Både hvordan informasjonen ble gitt, tilstrekkelig informasjon, og om pasientene deltok i samtalene. Dette viser betydningen av samspillet og målprosessen i de pedagogiske samtalene med pasientene (Brataas & Hellesø, 2011). Kristoffersen (2012) peker på at kvaliteten på tjenestene som pasienten mottar er avhengig av sykepleierens faglige kompetanse, og derav har ledelsen og sykepleierne et ansvar for at medarbeiderne kan holde seg faglig oppdatert blant annet gjennom kurs.

Eide & Eide (2013) skriver at teori i kombinasjon med praktiske øvelser, gjerne i form som rollespill med påfølgende tilbakemelding og refleksjon, kan ha stor læringseffekt. En kan sette av tid med kollega for å dele erfaringer og reflektere over dem, eller skrive logg over vanskelige situasjoner. God formidling forutsetter at den skjer i dialog og på pasientens premisser. Hjelperen må undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap og hva er pasienten er i stand til å ta imot av kunnskap. Informasjonen skal være så fullstendig som mulig, men uten at man overlesser pasienten med informasjon. For mye informasjon preller lett av og følgelig reduseres verdien. Det kreves omtanke for å tilpasse informasjonen til pasientens behov, og det gjør også selve formidlingen. Pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig, og han eller hun skal oppleve å bli ivaretatt på en god måte. For å få til dette kreves det at en forbereder samtalen godt, samt at en finner et egnet sted for møtet. Sykepleier må gi emosjonell støtte underveis og behovet for omsorg og trygghet kan være stort. Hjelper må forsikre seg om at pasienten har forstått ved å la pasienten

formulere sin forståelse. Det kan også være en god måte å notere de viktigste punktene ned på et papir, slik at pasienten kan få disse med seg. Hvis pasienten trenger praktisk hjelp etter møtet, er det sykepleiers jobb å bidra med dette. For Travelbee er imidlertid kommunikasjon først og fremst et middel til å opprette menneske-til-menneske-forholdet. Dette for å utvikle en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient, altså en harmonisk eller sympatisk relasjon eller forbindelse. I nyere teoretiske og kliniske studier, både i Norge og internasjonalt, framkommer det at relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet. I situasjoner hvor det har oppstått en dårlig relasjon kan sykepleiere bytte roller seg i mellom. Sykepleiere har informasjonsplikt gjennom Pasient og brukerrettighetsloven, bak plikten ligger hensynet til at pasientene skal kunne vite om det som gjelder dem selv. Pasientene skal vite om det som på kort og lang sikt er viktig å vite for å planlegge, samt å ha oversikt over eget liv (Molven, 2012). House viser til betydningen av informasjonsstøtte kan være en positiv eller negativ tilbakemelding på det arbeidet som sykepleier utfører. Det kan være betydningen av å skaffe til veie praktisk hjelp som kan være hjelpemidler som er nødvendig for å fremme sosial kontakt. Det kan være telefon, pc, internett, høreapparat og briller som kan fremme muligheten for kommunikasjon og kontakt. Samt transporttilbud eller frivillige hjelpere, og det er sykepleiers oppgave å informere om disse tilbudene (Smebye & Helgesen, 2011). Kommunikasjon kan hjelpe eller intensivere den sykes isolasjon og ensomhet (Kirkevold, 2014).

4.3. Metodediskusjon.

Det ble søkt gjennom NORD universitets bibliotek sine databaser. Ulike anerkjente databaser ble brukt i søket etter vitenskapelige artikler. Enkelte databaser ble foretrukket framfor andre, da de gav mange treff i forhold til søkerord som var relevant for hensikten i denne oppgaven.

De fleste artiklene er av kvalitative studier, som beskriver menneskers opplevelse og erfaringer.

Søkeordene som ble brukt var for å avgrense antall treff og sile ut det som ikke var av relevans for oppgavens hensikt. Artiklene omhandlet tema som var relevant for livskvaliteten hos sykehjemspasienter.

En artikkel som var eldre enn ti år ble inkludert, da denne tilførte oppgaven en dypere forståelse for pasientens opplevelse av å være på sykehjem. De fleste artiklene er av skandinavisk opprinnelse da dette var mest relevant for den norske kulturen. Imidlertid sees det at samfunnet blir flerkulturelt og artikler som omhandler andre kulturer kunne derfor med fordel ha vært inkludert. To av artiklene er imidlertid fra Taiwan og Australia og dette gav en bredere forståelse av livskvalitet på tvers av andre kulturer. De fleste artiklene var negativt vinklet i forhold til sosial støtte, og pekte på at beboerne ikke opplevde å bli møtt på sine sosiale behov. For å få en større faglig bredde rundt temaet kunne vi med fordel ha funnet artikler som var positivt vinklet.

Artiklene som ble inkludert i oppgaven har et pasientperspektiv. Hensikten med det, var for å belyse pasientenes opplevelser, slik at man som sykepleier kan iverksette gode og hensiktsmessige tiltak, basert på pasientens tilbakemeldinger, om hva som gir livskvalitet. I tillegg kan det synes som at artikler med sykepleieperspektivet skulle vært inkludert, for å få et mer helhetlig perspektiv og et inntrykk om hva som hindrer sykepleiere å gi sosial støtte.

Et skrått blikk på betydningen av klare og orienterte sykehjemspasienter kan være berettiget, da utviklingen viser at sykehjemspasientene blir stadig dårligere, og at en stor andel av dem har en kognitiv svikt. Imidlertid ser vi at oppgavens hensikt er relevant for de av pasientene på sykehjem, som faktisk er klar og orientert. Vi ser også at kunnskapen er overførbart til pasienter på bosentre og i hjemmesykepleien, da sosial støtte i stor grad kan gis ved at sykepleieren etablerer en god relasjon til pasienten.

Det kunne også vært interessant å sett på om langturnus kunne bidratt positivt i forhold til vår hensikt med oppgaven. Dette er en relativt ny type innovasjonsarbeid og det finnes derfor lite forskning på området. Imidlertid har Ingstad & Amble (2015) utført en studie som viser at langturnus gir en ny ro for sykepleierne, bidrar til mindre stress og bedrer kontinuiteten av pleien.

5.0 Konklusjon.

Hensikten med oppgaven var å belyse betydningen av sosial støtte for klare og orienterte sykehjemspasienters livskvalitet.

Funnene viser at sosiale behov i stor grad ikke blir møtt og dette forringer livskvaliteten. Det fører til ensomhet og lidelse hos pasientene, samt en mistillit til sykepleierne. Manglende sosial støtte medfører også tap av selvstendighet for pasientene.

Sosial støtte er av betydning for selvbildet, da det å bli sett og hørt styrker egenverdet. Det fremmer pasientenes tro på egne evner og muligheter til å påvirke sin egen situasjon og hverdag. Sosial støtte skaper tillitt til sykepleierne og det bidrar positivt til pasientenes livskvalitet på sykehjemmet.

Det er behov for et økt fokus på sykehjemspasienters sosiale behov. Sosiale behov kan ivaretas gjennom en pleieplan og oppmerksomheten rundt sosial støtte, kan styrkes gjennom etisk refleksjon.

Ved å opparbeide en god relasjon til pasienten, kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk gjennom ulike kommunikasjonsteknikker og samhandling med pasienten.

Langturnus kan være av interesse angående ny forskning, for å se om dette har en positiv virkning i forhold til pasientenes livskvalitet.

I følge Travelbee kan et individ som blir møtt som et helt menneske av minst en helsearbeider, være i stand til å hente styrke gjennom dette forholdet, til å leve med ti andre helsearbeidere som oppfatter ham som en arbeidsoppgave.

Litteraturliste.

Aziz, R. & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late life depression? *Psychiatr Clin North Am.* Dec; 36(4): 497-516. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.001

Bergland, Å. (2012). Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem? -Presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. *Geriatrisk sykepleie*; 1-2012

Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2012). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* (s. 343-380). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Boelsma, F., Baur, V. E., Woelders, S. & Abma, T. A. (2014). "Small" things matter: Residents' involvement in practice improvements in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*; 31; 45-53. Doi.org/10.1016/j.aging.2014.08.003

Bondevik, M. (2012). Livskvalitet hos norske hundreåringer. *Geriatrisk sykepleie*, 2; 16-24.

Brataas, H. & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I Brataas, H. (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brataas, H. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis - prosess og verktøy. I Brataas, H. (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2012). (red.). *Etikk i sykepleien.* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dallan, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving.* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komitéene. (2010). *Sjekkliste ved vurdering av kvalitative forskningsprosjekter.* Hentet 4. Februar 2016 fra www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer

Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 27; 872-881. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x

Drageset, J. (2014). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I Haugan, G. & Rannestad, T. (red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 76-83). (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Ensomhet og dødelighet hos sykehjemspasienter. *Sykepleien* 7(3): 212-212. Doi: 10.4220/sykepleien F. 2012 0146

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksson, B.E. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I Hummelvoll, J.K. *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 377-399). (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2015). *Hva er livskvalitet?* Hentet 18. januar 2016 fra www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-lykke

Folkehelseinstituttet. (2014). *Sosial støtte og ensomhet - faktaark*. Hentet 19. januar 2016 fra www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sosial-stotte-og-ensomhet

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3 utg.). Stocholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur & Kultur.

Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I Haugan, G. & Rannestad, T. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199-214). (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 28; 74-88. Doi: 10.1111/scs. 12028

Haugland, B. O., Drageset, J. & Natvig, G. K. (2013). Samanhengen mellom helserelatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheimsbebuvarar. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(1), 3-17.

Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning* 7: 42-49. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0030

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner*. (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hjaltadottir, I. & Gustafsdottir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 21; 48-55.

- House, J. S. (1981). *Work stress and sosial support*. (2 utg.). United States: Addison-Wesley Publishing Company
- Hummelvoll, J.K. (2012). Depresjon og sorg. I Hummelvoll, J.K. *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 193-220). (7 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. & Amble, N. (2015). En ny ro med langturnus. *Nordic Journal of Nursing Research*. Doi: 10.1177/0107408315584705
- Kirkevold, M. (2010). Gammel og syk. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 23-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjøps, B. Ø. & Havig, A. K. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes - a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2015 doi: 10.1111/scs.12249
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 245-280). (2 utg. Bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-381). (2 utg. Bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 31-72). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 83-127). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s.133-189). (2 utg. Bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag rolle og ansvar* (s. 281-336). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleie - kunnskap og kompetanse., I Kristoffersen, J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s.161-195). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 207-270). (2 utg. Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Moe, A., Enmarker, I. & Hellezen, O. (2012). Daily life for chronically ill oldest person. *Nursing Reports* 2012; 2:e8. Doi: 10.408/nursrep.2012.e8

Moe, A., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2013). The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics* 20(7) 737-747. Doi: 10.1177/0969733013478959

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Samfunnsvitenskapelig database. (2016). *Publiseringskanaler*. Hentet 15. februar 2016 fra www.dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside

Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J.(red.). (2012). *Livskvalitet, forskning om det gode liv*. (1 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2015). *Omsorgsplan i: Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/framtidas-omsorgsutfordringer---ny-stort/id271773/>

St.meld. nr. 39 (2000-2001). (2015). Regjeringen mobiliserer for bedre folkehelse. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-mobiliserer-for-bedre-folkehelse/id2457059/>

Robichaud, L., Durand, P.J., Bedard, R. & Ouellet, J.P. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4) 245-251. doi:10.2182/cjot.06.003

Roksund, G. (2011). Ensomhet og sosial isolasjon skaper sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2011; 131:1225

Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård I Norden*, 28(1), 22-25.

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 41-66). (2 utg. Bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien* (s. 97-111). (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stabell, A. & Lindstrøm, U. Å. (2003). Mot opplevelse av integritet og verdighet – en streben og strid? *Vård I Norden*, 23(4), 29-34.
- Statistisk sentralbyrå. (2009). Sosial kontakt og ensomhet, 2009. Hentet 10. mai 2016 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>
- Statistisk sentralbyrå. (2013). Sosial kontakt, levekårsundersøkelse, 2012. Hentet 12. mai fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/soskon>
- Taylor, J., Sims, J. & Haines, T. P. (2013). `I accept it (staff assistance); no choice`: an ethnographic study of residents` attitudes towards mobility within nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 9, 258-268. doi: 10.1111/opn.12029
- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tu, Y.C., Wang, R. H. & Yeh, S.H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43; 673-680. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.10.003
- Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker.....Om veiledning i emowermentprosessen*. (2 utg.). 2008. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: søketabell.

Søkedatabase Medline	Søkeord	Avgrenset	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall valgte artikler
15.01.2016	Nursing homes/or nursing Homesresidents*. mp AND Quality of life/and Quality of life indicators	Peer reviewed og online tilgjengelighet	4	4	2	1
15.01.2016	Nursing homes AND Quality care AND Resident autonomy	Peer reviewed og online tilgjengelighet	28	9	3	1
16.01.2016	Nursing homes/and «aged, 80 and over»/and quality of life'.mp	Peer reviewed og online tilgjengelighet	749	12	2	1

Søkedatabase Ovid	Søkeord	Avgrenset	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall valgte artikler
04.07.2015	Depression (exp) AND Nursing homes (exp)	Peer reviewed	506	8	4	2
28.01.2016	Empowerment AND Nursing home AND Quality of life	Peer reviewed og online tilgjengelighet	65	4	1	1

Søkedatabase SveMed+	Søkeord	Avgrenset	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall leste artikler	Antall valgte artikler
06.07.2015	Fysisk aktivitet	Peer reviewed og nor	235	5	3	1
18.02.2015	Depression AND Nursing home	Peer reviewed og online tilgjengelighet	11	4	1	1
28.01.2016	Nursing home AND Quality of life	Peer reviewed og online tilgjengelighet	59	15	7	4

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Metode Deltagere	Hovedresultat	Relevans for problem-stilling
Boelsma et al. Journal of Aging Studies "Small" things matter: Residents involvement in practice improvements in long-term care facilities 2014 Netherlands	Å se på hvilke endringer i sykehjemmet som kan bidra til å fremme livskvalitet hos beboerne	Kvalitativ studie. 7 sykehjem deltok. Intervju med spørreskjema. 58 deltok. Gjennom- snitts alder 85 år.	Sosial støtte og en god relasjon mellom pasient og sykepleier.	Nyttig kunnskap for sykepleier for å forstå betydningen av individuell til- rettelegging.

<p>Robichaud et al. The Canadian Journal of Occupational Therapy Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families 2006 Canadian</p>	<p>Se på de mellommenn- eskelige og miljømessige forhold på sykehjemmet som kan fremme livskvaliteten hos beboerne</p>	<p>Kvalitativ studie. 5 sykehjem deltok. Spørreskjema. 27 deltok. 65 år og eldre.</p>	<p>Bli behandlet med respekt, en god relasjon til sykepleier, og sykepleiers holdninger og kompetanse.</p>	<p>Belyser betydningen av relasjon mellom pasient og sykepleier for deres livskvalitet.</p>
<p>Tu et al. International Journal of Nursing Studies Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey International 2006 Taiwan</p>	<p>Hvordan medvirking og selvstendighet innvirker på sykehjemsbeboernes livskvalitet</p>	<p>Tverrsnittsstudie. 8 sykehjem deltok. Spørreskjema. 112 deltok.102 fullførte. 65 år eller eldre.</p>	<p>Selv- bestemmelse og kontroll over eget liv.</p>	<p>Viktig for sykepleier å vite hva konsekvensene av at autonomi ikke blir ivaretatt.</p>

Bondevik, M. Geriatrisk sykepleie Livskvalitet hos norske hundreåringer 2012 Norge	Økt kunnskap rundt eldres tanker om nåtid og framtid for å kunne legge bedre til rette for hva som styrker deres identitet og livskvalitet	Kvalitativ studie. Dybdeintevju. 51 deltok fordelt på 15 komuner. Mellom 100 - 105 år.	Råderett over noe i eget liv, samt opplevd respekt var av betydning.	Dette viser betydningen av samhandling i relasjonen mellom pasient og sykepleier.
Stabell et al. Vård i Norden Mot opplevelse av integritet og verdighet - en streben og strid? 2003 Norge	Beskrive og drøfte meningsfylt opplevelse som de dukker opp gjennom samtaler med sykehjemsbeboere.	Hermeneutisk studie. 6 deltok. Samtaler. 1 ble trukket. Mellom 80 - 96 år.	Ønsker kontroll over eget liv, integritet og selvstendighet.	Sykepleier må være ydmyk overfor sykehjems- beboernes ønske om mest mulig selvstendighet.
Haugan, G. Scandinavian Journal of Caring Sciences Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self- transcendence in nursing home patients 2014 Norway	Se på betydningen av relasjonen mellom pasient og sykepleier for den psykiske helse og opplevelse av mening	Tverrsnitt- studie. 44 sykehjem i Midt Norge. 202 deltok. Mellom 65 - 105 år.	En god relasjon mellom pasient og pleier hadde positiv innvirkning på sykehjems- beboers livskvalitet.	Viser konsekvensen av hva en dårlig relasjon pleier/pasient kan få av betydning for beboer.

<p>Moe et al. Nursing Ethics The meaning of receiving help from home nursing care 2013 Norway</p>	<p>Belyse betydningen av å motta hjelp for eldre kronisk syke</p>	<p>Hermeneutisk tolkninger. Narrative intervju i Norge. Mellom 80 - 92 år.</p>	<p>De hjelpe-trengende ønsket å bli behandlet som likeverdige mennesker, og møtt med respekt. Dette var av betydning for deres indre styrke for å møte livets utfordringer. Noen sykepleiere var dyktige på dette andre ikke.</p>	<p>Vise hvordan sykepleier kan bidra til å øke beboernes indre ressurser for at de best mulige skal møte livets utfordringer, og derav øke deres livskvalitet.</p>
<p>Haugland et al. Nordisk Sygeplejeforskning, Samanhengen mellom helse-relatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheims – bebuarar 2013 Norge</p>	<p>Å undersøke kognitivt klare sykehjems - beboeres helse-relaterte livskvalitet, i sammenheng med ønske og frekvens av kontakt med egne barn</p>	<p>Tverrsnittstudie Intervju med 227 klare og orienterte sykehjems - beboere > 65 år, beboende på sykehjem > 6 mnd.</p>	<p>Økende grad av ønske om kontakt med egne barn er signifikant relatert til dårligere mental helse og emosjonell rollefungering</p>	<p>Viser til at sykepleiere bør tilrettelegge for at sykehjems-beboere får tettere kontakt med familie-medlemmer</p>

<p>Moe et al. Nursing Reports, Daily life for chronically ill oldest old person 2012 Norge</p>	<p>Å belyse hvordan eldre, kronisk syke opplever mening i hverdagen, å forstå hvordan det oppleves å bo hjemme.</p>	<p>Dybdeintervju med 13 hjemmeboende deltakere fra 80 - 94 år, som mottok hjemme-sykepleie</p>	<p>Dagliglivet var besto av dårlige dager, som var preget av lidelse, og gode dager hvor den eldre hadde opplevelser som gjorde at hun nøt livet.</p>	<p>Belyser hvordan sykepleiers væremåte kan påvirke hverdagen til pasientene.</p>
<p>Drageset et al. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment 2013 Norge</p>	<p>Å undersøke forekomsten av diagnose og symptom på depresjon og angst, og bruken av medisiner mot dette. Å se på hvilken betydning sosial støtte har på depresjon og angst.</p>	<p>Tverrsnitt-observasjons studie. Intervju med 227 klare og orienterte deltakere, boende på sykehjem, fra 65-102 år.</p>	<p>Dobbelt så mange beboere hadde symptom på depresjon/ angst, som de som hadde en satt diagnose. Flere enn de som hadde diagnosen ble behandlet med medisiner. Sosial støtte gav mindre symptom på angst/depresjon</p>	<p>Viser hvordan sosial støtte kan påvirke mental helse i positiv retning.</p>

Haugland, B.Ø. Sykepleien, Forskning. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet 2012 Norge	Å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboeren har interesse av, og se hva de ansatte tror de har interesse av.	Tverrsnittstudie, spørre- undersøkelse blant	Beboere ønsket aktiviteter hvor de selv var delaktige, dette var stikk i strid med det pleierne antok.	Viser til betydningen av samhandling for å skape gode meningsfylte aktiviteter.
Slettebø, Å.Sykepleie vitenskap. Safe, but lonely: Living in a nursing home 2008 Norge	Å beskrive opplevelsen til en gruppe sykehjems beboere, av det å bo på sykehjem.	Innholds analyse. 14 klare og orienterte sykehjems beboere, boende på sykehjemmet > 3 mnd. ble intervjuet.	Å bo på sykehjem er trygt, men ensomt. Sosiale behov, bør ivaretas bedre.	Viser til betydningen av sosial støtte, og hvordan det oppleves når sosiale behov ikke blir møtt.
Hjaltadottir et al. Scandinavian Journal of Caring Science, Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents 2007 Island.	Å utforske betydningen av livskvalitet for skrøpelige eldre boende på sykehjem	Intervju med 8 klare og orienterte sykehjems beboere, 76-93 år, boende > 10 mnd.	Å føle seg trygg, ha en plass for seg selv, bli anerkjent som et eget individ, med røttene i sine familie var av betydning for livskvaliteten.	Viser betydningen av å bli anerkjent og respektert av sykepleiere

<p>Taylor et al. International Journal of Older People Nursing, "I accept it (staff assistance); no choice": an ethnographic study of residents' attitudes towards mobility within nursing homes 2013 Australia</p>	<p>Å utforske sykehjemsbeboeres syn på ulike faktorer som påvirket deres mobilitet/funksjons nivå.</p>	<p>Semistrukturert intervju og observasjoner av 15 klare og orienterte beboere fra 3 ulike sykehjem</p>	<p>Det ble funnet en sammenheng mellom beboernes holdning til sine funksjonstap og livskvalitet, og pleieres hjelp.</p>	<p>Viste til betydningen sykepleieres væremåte og måte de ga hjelp til beboere med funksjonstap.</p>
---	--	---	---	--

Vedlegg 3: analyse sub-kategorier.

Meningsbærende enheter	Sub-kategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none"> • Å bli møtt med respekt • Gode holdninger fra sykepleier • Betydningen av kunne gi omsorg • En følelse av å være til byrde • Likeverdig samhandling • Opplevelse av råderett • Resignasjon. • Tap av integritet • Individuell tilrettelegging • Å føle tilhørighet • Bekreftelse av identitet • Dyrking av hobbyer og interesser. • Opprettholdelse av funksjoner • Få god informasjon fra personalet • Gi omsorg • Relasjoner til familie, med-beboere og sykepleiere • Fellesskap og egenverd 	<p>Pasient-sykepleier-relasjonen.</p> <p>Holdninger, ressurser, bekreftelse, tillit, egenverd, integritet, likeverd, samhandling, livskvalitet, kommunikasjon</p> <p>Betydnings-fullhet, fellesskap, relasjoner, tilknytning, egenverd, glede, mestre, omsorg, informasjon, autonomi, sosial støtte, livskvalitet.</p>	<p>Betydningen av sosial støtte i pasient-sykepleier-relasjonen.</p> <p>Betydningen av sosial støtte for å fremme livskvaliteten.</p>