



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 1063

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Empowerment, en måte å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?

**Antall ord \*:** 8989

**Tro- og loverklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen** Nei  
**konfidensiell materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

## **BACHELOROPPGAVE**

### **Empowerment, en måte å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?**

Kull: 2015

Antall ord: 8989

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Emnekode: SYKHB3001, Kandidatnummer: 1063, Innleveringsfrist: 26.04.2018

## **Sammendrag**

**Tittel:** Empowerment, en måte å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?

**Bakgrunn:** Bakgrunn for valgt tema er en kombinasjon av flere faktorer. Antibiotikaresistens er en økende utfordring de fleste steder i verden, også i Norge. Antall eldre i Norge vil øke i årene som kommer. Som en konsekvens av at antallet eldre øker, samt utilstrekkelig antall helsepersonell kan det være nødvendig å tenke innovativt for å drive et bærekraftig helsevesen og mulighet å dekke pasientenes behov.

**Problemstilling:** På hvilke måte kan empowerment bidra til å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?

**Hensikt:** Å tilegne mer kunnskap og bevissthet om hvordan det kan påvirke en sykehjemsbeboer å være smittebærer av MRSA. Og belyse hvordan empowerment kan fremmes ved pasientinformasjon, og velferdsteknologi.

**Metode:** Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det blir inkludert seks forskningsartikler i denne oppgaven. Studiene er funnet i søkebasen Cinahl.

**Funn:** Forskningsartiklene i denne oppgaven som relaterer seg til det å være MRSA- smittet og sykehjemsbeboer, peker på flere faktorer som kan bidra til sosial tilbaketrekning. I forskningsartiklene som omhandler sykehjemsbeboere fremkommer det at sykehjemsbeboere ofte kan føle de har mangel på sosialt nettverk, som kan bidra til sosial tilbaketrekning og en passiv rolle. Sosial tilbaketrekning kan påvirke beboerens psykososiale behov. Informasjonsintegrasjon blant beboere, og bruk av velferdsteknologi mellom beboer og pårørende blir drøftet som mulighet til å fremme empowerment, og føre beboeren i en sosialt aktiv rolle, som kan påvirke beboerens psykososiale behov.

**Nøkkelord:** MRSA, Meticillinresistente staphylococcus aureus, Sykehjem, Sykehjemsbeboer, selvoppfatning, identitet, empowerment, pasientkunnskap, velferdsteknologi, videokommunikasjon

## **Abstract**

**Title:** Empowerment, a way to accommodate the psychosocial needs of a nursing home resident infected with MRSA?

**Background:** The background for the selected subject is a combination of several factors. Antibiotic-resistance is an increasing challenge in most areas in the world, also in Norway. The number of elderly people in Norway are increasing in the forthcoming years. A consequence of the increased number of elderly and an inadequate number of health care professionals' calls for innovation to ensure a sustainable health care system, in order to accommodate patients' needs.

**Research question:** In which way can empowerment thinking contribute to accommodate the psychosocial needs of a nursing home resident infected with MRSA?

**Aim:** To acquire more knowledge, skills and awareness around how it can affect a healthcare resident with carrier of MRSA in the illumination of how empowerment thinking can be promoted through patient information and welfare technology.

**Method:** This assignment is a literature study. There will be included six research articles in this assignment. The research articles are found in the search database Cinahl.

**Findings:** The research articles referred to in this bachelor thesis, which relate to being MRSA-infected and nursing home resident, points at several factors that can contribute to social withdrawal. The research articles dealing with nursing home residents reveals often they lack social networking, which can contribute to social withdrawal and enters into a passive role. Social withdrawal may affect the residents' psychosocial needs. Information integration among residents in combination with use of welfare technology between residents and relatives is duly discussed as an opportunity to promote empowerment, and lead the resident in a socially active role that may affect the residents' psychosocial needs.

**Keywords:** MRSA, Methicillin resistance staphylococcus aureus, nursing home, nursing home resident, self-perception, identity, empowerment, patient-knowledge, welfare technology, video communication

Emnekode: SYKHB3001, Kandidatnummer: 1063, Innleveringsfrist: 26.04.2018

## Innhold

1.0	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4	Begrepsavklaringer .....	2
1.5	Oppgavens oppbygning .....	3
2.0	Teori .....	4
2.1	Teoretiske perspektiv .....	4
2.1.1	Aldringsteori.....	4
2.1.1	Teorier om psykososiale forhold og helse.....	5
2.2	MRSA-smitte hos den eldre beboer på sykehjem .....	6
2.3	Psykososiale forhold.....	6
2.3.1	Identitet, selvoppfatning .....	6
2.3.2	Krise og frykt .....	7
2.3.3	Ensomhet og sosial isolasjon.....	7
2.3.4	Sosialt behov .....	8
2.4	Sykepleiers rolle og funksjon .....	9
2.4.1	Empowerment og mestring .....	9
2.4.2	Holdninger og etikk.....	10
2.4.3	Pasientinformasjon .....	10
2.5	Velferdsteknologi – videokommunikasjon.....	11
3.0	Metode.....	12
3.1	Hva er metode.....	12
3.1	Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetoder .....	12
3.1.1	Kvalitativ metode .....	12
3.1.2	Kvantitativ metode .....	12
3.2	Litteraturstudie som metode .....	13
3.3	Kilde- og metodekritikk.....	13
3.4	Forskningsetikk .....	15
4.0	Resultat.....	16
4.1	Artikkel 1 .....	16
4.2	Artikkel 2.....	16
4.3	Artikkel 3 .....	17
4.4	Artikkel 4.....	17

4.5	Artikkel 5 .....	18
4.6	Artikkel 6 .....	18
4.7	Relevans for oppgaven. ....	19
5.0	Drøfting .....	20
5.1	På hvilke måte kan det å være sykehjemsbeboer smittet med MRSA, påvirke beboerens psykososiale behov?.....	20
5.2	Hvilke betydning kan de psykososiale behovene ha for en beboer smittet med MRSA sin fysiske helse?.....	22
5.3	På hvilke måte kan sykepleier fremme empowerment hos beboeren for å imøtekomme det psykososiale behovet til beboeren? .....	24
5.3.1	Holdninger og kunnskaper hos sykepleier .....	24
5.3.2	Empowerment i form av tilstrekkelige kunnskaper hos beboeren .....	25
5.3.3	Empowerment i form av videokommunikasjon mellom beboer og pårørende ..	26
6.0	Avslutning .....	30
7.0	Litteraturliste .....	31
	Vedlegg .....	I
	Praktisk fremgangsmåte i litteratursøk:.....	I
	Artikkel 1 .....	I
	Artikkel 2 .....	I
	Artikkel 3: .....	I
	Artikkel 4: .....	II
	Artikkel 5: .....	II
	Artikkel 6: .....	II

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min bacheloroppgave har jeg valgt å ta for meg beboere smittet med MRSA i sykehjem. Grunnlag for valg av tema er at antibiotika-resistente bakterier er en økende utfordring de fleste steder i verden; også stigende i Skandinavia, herunder Norge (Andersen, 2016, s. 46). Antibiotikaresistens er ifølge World Health Organization (2017) en av de største truslene for blant annet global helse og utvikling i vår tid.

På mitt utvekslingsopphold i Italia, erfarte jeg manglende kunnskaper om antibiotika-resistens, sammenliknet med Norge hvor vi får gode kunnskaper om det gjennom sykepleieutdanningen. Som blivende sykepleier, ser jeg på dette temaet som en utfordring, således har dette området fengst min interesse for å utvide mine kunnskaper innen forebygging, veiledning og behandling av pasienter med antibiotika-resistente infeksjoner i norske institusjoner. Jeg har i praksis arbeidet med pasienter smittet med ulike varianter av antibiotikaresistens. Det som fanget min interesse i denne sammenheng var Meticillinresistente staphylococcus aureus.

Eldre mennesker er den største gruppen mottakere av kommunens pleie- og omsorgstjenester. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene ga i 2012 hjelp til over 270 000 personer hver dag, og tallene er jevnt stigende. Ca. 75% av disse er eldre. Av dem som mottar pleie- og omsorgstjenester, bor ca. 40 000 på sykehjem. Ca. 20% av alle innbyggere over 80 år befinner seg til enhver tid i sykehjem (Romøren, 2014, s. 29-30). I denne oppgaven ser jeg det som høyst relevant å fokusere på en pasientgruppe som stadig blir mer aktuell. Mine erfaringer med antibiotikaresistente bakterier i praksis er på sykehjem, noe som gjør det lettere å relatere teorien til praksis.

Den aldrende befolkningen vil fortsette å øke, noe som kan få konsekvenser både av økonomisk, sosialt, politisk og kulturell art (United Nations, 2002).

Tallet på eldre over 80 år vil fordobles de neste 35 år. I forhold til veksten i tallet på eldre, blir det færre i yrkesaktiv alder og færre middelaldrende til å yte omsorg for et økende antall eldre (St.meld. nr.25 (2005-2006)). Slike utfordringer gjør det nødvendig å tenke nytt og kreativt for mulighet til å dekke de fremtidige behovene til pasientene.

Derfor har jeg valgt å inkludere velferdsteknologi, i form av videokommunikasjon, for å undersøke hvilke rolle denne innovative løsningen kan ha som supplement til å dekke beboerens psykososiale behov.

## 1.2 Problemstilling

På hvilke måte kan empowerment bidra til å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?

## 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven vil sentrere de psykososiale reaksjonene som kan oppstå ved å være smittebærer. Hovedfokuset vil sentrere identitetsfølelse og selvoppfatning, men andre begrep blir også inkludert for en helhetlig forståelse.

Det legges ikke vekt på fysisk isolasjon. Dette er på grunnlag av folkehelseinstituttet (2009) sine retningslinjer, som ikke anbefaler langvarig fysisk isolasjon på sykehjem. Ikke-isolerte beboere kan fritt oppholde seg i fellesrom på egen avdeling eller enhet og utenfor institusjonen. Oppgaven ekskluderer fellesaktiviteter og sosialisering som skjer i samhandling med andre beboere. Empowermenttenkningen vil omhandle anerkjennelse av beboerens kompetanse på seg selv, medvirkning og maktfordeling ved hjelp av kunnskap og velferdsteknologi.

I min besvarelse vektlegges ikke beboere med kognitiv svekkelse.

## 1.4 Begrepsavklaringer

**Pasient/beboer:** En pasient er, ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2017) § 1-3, en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet. Begrepet pasient og beboer blir brukt om hverandre som synonymmer i teoridelen. I drøftingsdelen holder jeg meg til å bruke begrepet beboer, fordi pasienter som mottar helsehjelp på sykehjem i praksis omtales som beboer. Beboeren omtales i hankjønn.

**Pårørende:** Pårørende er, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2017) § 1-3, den pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Ofte er dette familierelatert som ektefelle, barn over 18 år, søsken eller lignende.



**Meticillinresistente staphylococcus aureus (MRSA):** Meticillinresistente staphylococcus aureus er betegnelsen på stammen av bakterien gule stafylokokker som har utviklet resistens (motstandsdyktighet) mot Meticillin. Metecillin var det første penicilinet som ikke ble brutt ned av enzymer fra stafylokokker (Midtvedt, 2013, s.106). Meticillinresistente staphylococcus aureus forkortes til MRSA og vil heretter bli omtalt som MRSA.

**Empowerment:** Empowermentegrepet kan være vanskelig å oversette til norsk. Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse (Tveiten, 2014, s. 175). Begrepet empowerment og empowermentstenkning blir, i denne oppgaven, omtalt som et begrep som speiler tankegangen i denne prosessen.

**Velferdsteknologi:** Teknologiske innovasjoner i helsesektoren kalles gjerne velferdsteknologi. Helsedirektoratet (2012) definerer innovasjon i helsesektoren som «en ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren». I denne oppgaven blir velferdsteknologi i form av videokommunikasjon belyst. I drøftingen blir begrepet omtalt som videokommunikasjon.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

I min oppgave har jeg valgt følgende disposisjon; I kapittel 2.0 har jeg samlet relevant litteratur, og gjengitt relevante teorier rundt oppgavens problemstilling. Kapittel 3.0 omfatter hvilke metoder som er benyttet i denne studien, samt kildekritikk. I kapittel 4.0 har jeg brukt litteratur, teorier og forskning som tidligere er presentert til å drøfte og belyse relevante temaer, for å kunne fortolke og svare på problemstillingen.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil aktuell teori rundt problemstillingen bli presentert, slik at en har kunnskap før en skal lese metode og drøfting. Det blir først presentert teoretiske perspektiv, deretter blir det trukket frem litteratur som er relevant for problemstillingen.

### 2.1 Teoretiske perspektiv

#### 2.1.1 Aldringsteori

Jeg har inkludert to aldringsteorier. Jeg er bevisst på at teoriene kan generalisere den eldre. Jeg har valgt å inkludere teoriene for å skape rom for forståelse rundt beboerens sosiale rolle i drøftingskapitlet.

##### *Tilbaketrekningsteorien*

I denne teorien er det to elementer som virker i samme retning; alderdommens «naturlige» tilbøyelighet til tilbaketrekning og samfunnsforhold som skyver ut eldre mennesker. Teorien hevder at den enkelte, som en forberedelse til døden, erfarer en biologisk fundert drift i retning av å trekke seg tilbake fra samfunnet. En trekker seg tilbake fra sosiale roller og nettverk, blir mindre utadvendte og mer innadvendt. Tilbaketrekningsteorien minner oss på og tar nødvendige forbehold om at ikke all aktivitet nødvendigvis er av det gode eller er ønsket av den enkelte (Thorsen, 2015, s.62).

##### *Aktiviseringsteorien*

Aktivitetsteorien er ikke en utarbeidet teori, men en måte å tenke på, altså et verdistandpunkt. Teorien hevder at aktivitet er gunstig i alderdommen. Aktivitet må oppmuntres og ikke hindres. Aktivitetsteorien avspeilte idealet om at en passivt tilbaketrukket alderdom var et ideal som kom i stadig mer utakt med et dominerende aktivitetsideal i det senmoderne samfunnet. Aktivitetsteorien er i dag et generelt utgangspunkt for opptrening og rehabilitering, for støtte til eldre menneskers deltakelse i samfunnet og for studier av vilkårene for at eldre skal kunne delta (Thorsen, 2015, s.61-62).

### 2.1.1 Teorier om psykososiale forhold og helse

I dette punktet vil tre teorier om sammenheng mellom psykososiale- og fysiske forhold bli presentert. Disse teoriene blir inkludert i drøftingen for å skape rom for forståelse av hvordan de psykososiale forholdene, kan påvirke beboeren helhetlig.

#### *Direkte effekt-teorien*

Denne teorien går ut på at sosial støtte har direkte innvirkning på helsen. Psykososiale forhold påvirker biologiske mekanismer (hormon- og immunsystemet) og kan enten styrke eller svekke motstandskraften. Et støttende sosialt nettverks styrker helsen ved at en opplever tilhørighet og føler seg verdsatt. Dette bidrar til livskvalitet og styrker motstandskraften uavhengig av stress og belastninger. Mangel på et støttende sosialt nettverk kan bidra til sykdom fordi en står alene og blir mer overveldet av alle kravene i en situasjon. Med svekket motstandskraft blir en mer sårbar for somatiske helseplager og psykiske problemer (Helgesen, 2016, s. 145).

#### *Bufferteorien, indirekte effekt-teorien*

Denne teorien går ut på at sosial støtte er en buffer mot virkningen av belastninger og påkjenninger. Et sosialt støttende nettverk har en dempende virkning på stressopplevelsen som gjør at en hendelse oppleves som belastende, fordi en vet at støtten er der når det er nødvendig. Når personer får hjelp, hindrer det at belastninger utvikler seg videre til sykdom, psykiske problemer eller redusert mestringsevne. Imidlertid syns buffervirkningen best under kriser (Helgesen, 2016, s. 145).

#### *Teori om sammenheng mellom stress og immunsystemet.*

Den første teorien om sammenhengen mellom stress og immunsystemet ble uformet av Segerstrom og Miller (sitert i Renolen, 2015, s.158). Teorien omhandler relasjon mellom stress og immunsystemet. Teorien gikk ut på at alt stress virker hemmende på immunsystemet. Bevisførselen kom fra undersøkelser som viste at mennesker som var utsatt for kronisk stress, var særlig utsatt for infeksjonssykdommer.

En senere teori skilte mellom virkningen av akutt og kronisk stress. Akutt stress øker immunreaksjonen, og kronisk stress nedsetter immunreaksjonen (Renolen, 2015, 158).

## 2.2 MRSA-smitte hos den eldre beboer på sykehjem

Selv om mange eldre er spreke og selvhjulpne, vil flertallet før eller siden oppleve en periode med alvorlige skrøpeligheter og store behov for hjelp før de dør. Behov for hjelp oppstår når kombinasjonen av aldring og sykdom fører til funksjonstap, det vil si sviktende evne til å mestre oppgaver og roller i dagliglivet (Romøren, 2014, s. 29).

Hos ellers friske mennesker forårsaker gule stafylokokker sjelden alvorlig infeksjon (Elstrøm, 2014, s. 297). Aldersforandringer gir endringer i de fleste organer og medfører redusert reservekapasitet, og økt sårbarhet for sykdom og skader (Ranhoff, 2014, s. 80). Eldre kan derav være en utsatt gruppe for å tilegne seg MRSA-infeksjon.

## 2.3 Psykososiale forhold

De psykososiale behovene omhandler menneskets psyke, det sjelelige eller mentale, som kan beskrives som menneskets sjeleliv. Psykososiale behov ved sykdom har sitt utgangspunkt i sykdom som opplevd fenomen, det vil si hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2015, s.14). Litteraturen som er inkludert i dette kapittelet, vil bli kunne bidra til en forståelse av hvordan det å være sykehjemsbeboer smittet med MRSA kan påvirke de psykososiale forholdene.

### 2.3.1 Identitet, selvoppfatning

Ifølge Berulfsen og Gundersen (sitert i Solvoll, 2016, s. 107) kommer begrepet identitet fra det latinske ordet idem og betyr «en og samme» eller «den samme». Identitet handler om menneskers opplevelse av å være seg selv (Solvoll, 2015, s.19). Det å være beboer på langtidsavdeling på sykehjem kan i seg selv utfordre og undergrave en persons identitet og verdighet på ulike måter. Å være beboer på langtidsavdeling på sykehjem, innebærer å flytte fra eget hjem til institusjon, karakteristika ved en kollektiv livsform som preger de fleste institusjoner og innvirkning av fysiske og kognitive svekkelser. Dette er alle faktorer som kan true beboerens identitet (Meyer og Owen, sitert i Hauge, 2015, s.273).

Det er gjerne en sammenheng mellom hvordan menneske tenker om seg selv (identitet) og dets oppfatning av egenverd. Egenverd er hvilke betydning og verdi vi gir oss selv (Solvoll, 2015, s.19). Selvoppfatningen er viktig for sosial kontakt. En overveiende positivt selvoppfatning er som oftest en forutsetning for å ta initiativ til kontakt med andre og for å ha

tro på at en har noe å bidra med i en samhandling. Hvordan en ser på sitt sosiale selv er også bestemmende for hvilke sosial posisjon en inntar og innholdet i den sosiale kontakten (Helgesen, 2016, s. 146). Familie og venner er sentrale for selvoppfatning, utveksling av støtte, nærhet og omsorg (Thorsen, 2015, s.69).

### 2.3.2 Krise og frykt

Når vi utsettes for så store følelsesmessig påkjenninger at våre vanlige beskyttelsesmekanismer bryter sammen, det vil si at vår mestringsevne overskrides, kommer vi i følelsesmessig ubalanse. Det oppstår en krise.

En livskrise oppstår når en livshendelse ikke mestres. En påkjenning kan oppleves som liten for noen. Andre kan oppleve den samme typen livshendelse som en katastrofe, og livshendelsen kan da utvikle seg til en krise (Eskeland, 2017, s.45). En krise kan ifølge Cullberg (sitert i Eskeland, 2017, s. 47) deles inn i forskjellige faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. En krise utløser reaksjoner som viser seg i tanker, følelser og atferd (Renolen, 2015, s.192). I krisesituasjoner er familie og venner de som best kan gi hjelp og støtte (Renolen, 2015, s. 207).

Frykt er en reaksjon på en opplevelse av en trussel. Trusselen er først og fremst rettet mot et ytre objekt. Ved frykt viser tankene tegn til kognitiv innsnevring, det er vanskelig å få med seg nyanser og oppmerksomheten rettes mot en selv. Tankene har også en tendens til å bli katastrofetanker. Frykt har opplevde dimensjoner innenfor kroppen, følelsene, tankene og handlingene. Følelsene er preget av ubehag og psykisk smerte, og handlingene kan bli preget av uro og unnvikelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010, s. 292).

### 2.3.3 Ensomhet og sosial isolasjon

Ensomhet er en subjektiv opplevelse av savn på menneskelig kontakt. Noen føler seg ensomme selv om de har mange rundt seg, andre er ikke ensomme selv om de er mye alene. En avgjørende faktor er i hvilke grad det å være alene er en ønsket situasjon, basert på eget valg (Smebye og Helgesen, 2015, s.51-52). Weiss (sitert i Helgesen, 2016, s.153) skiller mellom to typer ensomhet; følelsesmessig isolasjon, og sosial isolasjon. Følelsesmessig isolasjon skyldes at en ikke har tilgang til et sosialt nettverk og noen å knytte seg til.

Sosial isolasjon er at en person som av ulike grunner blir avskåret fra kontakt med verden omkring seg (Birkeland og Flovik, 2014, s. 70).

Ensomhet og manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015).

#### 2.3.4 Sosialt behov

Nærhet og felleskap med andre er for de fleste en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfylt. De aller fleste mennesker har behov for å motta og gi omsorg, og å oppleve at andre trenger dem. Å være knyttet til andre gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter gir en følelse av at en hører sammen med andre. Andre viktige behov er å bli verdsatt og få bekreftelse på seg selv, noe som er viktig for personutvikling og velvære. Videre gir det trygghet å kunne regne med sosial støtte fra andre når en har behov for det. Disse behovene tilfredsstilles gjennom kontakt med andre i de ulike grupper og sammenhenger vi lever i (Smebye og Helgesen, 2015, s.41-42).

Et sosialt nettverk kan ifølge Schiefloe (sitert i Helgesen, 2016, s. 144) defineres som «et sett av relativt varige, uformelle relasjoner mellom mennesker». Det er en arena der sosial støtte og kapital kan utvikles og brukes. Menneskene i et sosialt nettverk betyr noe for hverandre – på godt og vondt (Fugeli og Instad, sitert i Helgesen, 2016, s. 144). En viktig ressurs i nettverket er ifølge Schiefloe (sitert i Helgesen, 2016, s.144) sosial støtte. Hva en person trenger av sosial støtte fra nettverket sitt, er individuelt. Det avhenger av om vedkommende vedkjenner seg behovet for sosial støtte, og hvilke livssituasjon han eller hun befinner seg i (Funfgeld-Connett, sitert i Helgesen, 2016, s. 143). Et menneske som har mye sosial støtte har et menneskelig sikkerhetsnett rundt seg. I vanskelige situasjoner kan det være god støtte i slike nettverk. Da den tette kontakten fører til at personer lettere gjenkjenner behov og hjelper hverandre (Helgesen, 2016, s. 143-144).

Sosial støtte består i hovedsak av emosjonell og instrumental støtte (Funfgeld-Connett, sitert i Helgesen, 2016, s. 144). Emosjonell støtte innebærer å trøste og hjelpe for å lindre usikkerhet, angst, depresjon eller håpløshet. Iblant kan det å vite at noen er tilgjengelig ved behov, være tilstrekkelig. Sykepleier har en viktig rolle i å gi emosjonell støtte til pasienter og pårørende (Cocoo mfl., sitert i Helgesen, 2016, s. 144). Instrumentell støtte innebærer praktisk hjelp (Helgesen, 2016, s. 144).

## 2.4 Sykepleiers rolle og funksjon

I dette kapittelet blir det inkludert teori som kan bidra til forståelse av hvordan sykepleier kan bidra til å imøtekomme beboerens psykososiale behov.

### 2.4.1 Empowerment og mestring

Empowerment handler om å ha eller ta kontroll over det som påvirker egen helse.

Verdens helseorganisasjon foreslår en strategi for det helsefremmende arbeidet som kan forstås som en prosess. Denne prosessen bidrar til at den enkelte, og samfunnet generelt, øker kontrollen over avgjørelser og handlinger som berører helse. Hovedprinsippet i denne strategien er å omfordele makt fra fagpersoner eller «ekspertene», for eksempel sykepleiere, til pasientene, eller «ikke-ekspertene». Hensikten med maktomfordelingen er å styrke den enkeltes ressurser, uavhengighet og tro på seg selv (WHO, sitert i Tveiten 2014). Det er tre grunnleggende prinsipper i helsefremming ut fra dette: pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktomfordeling (Tveiten, 2014, s. 175). Dette er sentrale prinsipper i empowermenttekningen.

Gibson (sitert i Tveiten, 2014, s. 177) definerer empowerment som en sosial prosess som bidrar til å identifisere, fremme og styrke folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser slik at man kan oppleve å ha mest mulig kontroll i sitt eget liv eller de faktorer som påvirker egen helse. Med utgangspunkt i denne definisjonen kan man forstå betydningen av at sykepleieren er pasientens samarbeidspartner og samarbeider med pasienten om å identifisere, fremme og styrke mulighetene for å ta mest mulig kontroll over det som påvirker helsen (Tveiten 2014, s.177).

Mestring kan ifølge Heggen (sitert i Tveiten, 2014, s.174) forstås som å klare noe på egenhånd, som å takle stress eller sykdom, slik at man kommer seg videre på en god måte. Mestring handler om å ha tilgang på ressurser, til kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr og evne til å utnytte dette.

Mestring definert som positiv responsutfallsforventning, tar ikke bort beboerens stressaktivisering, men vil gi en kortvarig stressaktivering som ikke er relatert til negative helseutfall (Helsedirektoratet, 2017).

### 2.4.2 Holdninger og etikk

Holdninger kan ifølge Raaheim (sitert i Renolen, 2015, s. 231) defineres som «En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter ovenfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter».

Tillit er forutsetningen for all meningsfylt samhandling. Slik sett er tillit også en forutsetning for at respekt og likeverd ivaretas i ethvert kontaktforhold. Tilliten er fundamentale, og mistillit oppstår av mangel på tillit. Tillit og respekt er uløselige knyttet til hverandre. På samme måte kan det å bli møtt med mistillit oppleves som krenkende (Bø, 1996, s. 134-135). Krenkelse er et omfattende begrep. Skau (sitert i Bø, 1996, s. 139) definerer krenkelse slik: «å krenke et annet menneske innebærer å ydmyke det og få det til å føle seg mindre verdt. Det innebærer å tilføre et menneskes selvbilde betydelige skår og brister».

Sykepleierens profesjonelle omsorg er en omsorg som er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter (Kristoffersen og Nordtvedt, 2015, s.87).

I henhold til Helsepersonelloven § 4 (2017) skal alt helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

### 2.4.3 Pasientinformasjon

Pasientinformasjon innebærer medisinsk informasjon om sykdom og behandling, krav og forskrifter (Tveiten, 2014, s.181). Pasientinformasjon kan forstås som en forutsetning for brukermedvirkning eller en aktiv pasientrolle (Ekeland og Heggen, sitert i Tveiten, 2014, s. 182). Brukermedvirkning, anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv og maktfordeling peker på en aktiv pasientrolle. Veiledningen handler nettopp om å legge til rette for at pasienten medvirker, om anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv og om maktfordeling. Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten, 2014, s.182-184).

Informasjon, undervisning og veiledning er viktige metoder i helsekommunikasjon.

Sykepleierens ansvar i helsekommunikasjon innebærer formidling av kunnskap, forståelse for og forutsetninger for formidlingen og også konsekvenser av formidlingen for pasienten.

Emnekode: SYKHB3001, Kandidatnummer: 1063, Innleveringsfrist: 26.04.2018



Sykepleieren må også være bevisst pasientens evne til å oppfatte, forstå og bruke informasjon og kunnskapen som formidles (Tveiten, 2014, s. 183-184).

## 2.5 Velferdsteknologi – videokommunikasjon.

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygget, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet. Velferdsteknologi styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Det kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (Helsedirektoratet 2012).

Velferdsteknologi er rettet mot eldre pasienter, personer med kroniske sykdommer samt personer med funksjonsnedsettelse i forskjellige former og grader. I tillegg er velferdsteknologi ett av flere verktøy som kan tas i bruk i det helsefremmende arbeidet, for eksempel for å forebygge fall, ensomhet og kognitiv svikt. Ut fra brukernes behov kan man dele velferdsteknologiske løsninger i fire hovedkategorier; trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (Ingstad, 2014, s. 220-222).

I denne oppgaven fremkommer bruk av videokommunikasjon for å bedre sosial kontakt, herav videokommunikasjon. Videokommunikasjon er en form for teknologi som kan brukes i sosial kontakt. Herav inngår blant annet Skype, pc og liknende (Folkehelseinstituttet, 2014b).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2017, s.76).

En definisjon på metode er beskrevet av sosiologen Vilhelm Aubert; «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2015, s. 111).

### 2.1 Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetoder

Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2015, s. 112).

#### 3.1.1 Kvalitativ metode

De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2015, s. 112). Kvalitative intervjuer gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser av det vi studerer, slik av problemstillingen kan belyses fra flere sider (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 71-85). Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, slik som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger og få frem nyanser (Thidemann, 2017, s.78).

#### 3.1.2 Kvantitativ metode

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2015, s. 112). Enhetene er tall, såkalte harde objektive data, det vil si eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2017, s.77). Kvantitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessig når en ønsker objektive data for å få representative oversikter, fordelinger, frekvenser, årsak-virknings-forhold, for å teste ut hypoteser og teorier, vite hvordan flere forhold samvarierer, og for å foreta sammenligninger og finne tydelig mønstre, slik at kunnskapen kan generaliseres (Thidemann, 2017, s. 78).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

For å besvare min problemstilling blir systematisk litteraturstudie brukt som metode. Systematisk litteraturstudie vil si at man bruker data som er samlet inn av andre, sekundærdata. Sekundærdata er data en finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende. Problemstillingen blir drøftet i lys av teori og data fra vitenskapelige artikler. I en litteraturstudie setter man seg inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene man inkluderer (Thidemann, 2017, s. 77).

Søkeprosessen etter forskningsartikler er gjort i faglig anerkjente databaser. Jeg har brukt Svemed+, Pubmed og Cinahl i min søkeprosess. Alle resultatene som er brukt, ble funnet i Cinahl. For optimalt og systematisk artikkelsøk har jeg tatt utgangspunkt rammeverket PICO, ved utforming av artikkelsøk. PICO inkluderer følgende faktorer; P: Pasient, I: Intervention, C: Comparison og O: Outcome (Thidemann 2017, s. 86).

Praktisk fremgangsmåte for litteratursøk er vedlagt som vedlegg.

### 3.3 Kilde- og metodekritikk

Kildekritikk handler om å bruke kilder på en reflektert måte, slik at forskeren i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner. Hovedelementene i allmenn kildekritisk tilnærming er: autentisitet, troverdighet, representativitet og tolkning/betydning (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 60-61).

For å sikre forskningsartiklenes kvalitet har jeg brukt sjekklister for kvaliteten på ulike forskningsdesign som er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten, herav; sjekkliste for kvalitativ forskning publisert på Folkehelseinstituttets (2014a) nettside og sjekkliste for vurdering av prevalensstudie publisert på Folkehelseinstituttets (2006) nettside.

Forskningen som blir benyttet i denne oppgaven er ikke eldre enn 10 år, for å sikre at det ikke er rom for feiloppfatning relatert til utgått forskning. Forskningen er både resultater fra Skandinavia, og internasjonalt. Ved bruk av skandinaviske, spesielt norske, artikler kan overføringsverdien være mer relevant som kan gjøre det mindre sannsynlig med mistolkning. Jeg har brukt internasjonale studier relatert til velferdsteknologi, da dette er et tema med

begrenset forskning. Det er tatt i betraktning at bruk av internasjonale studier kan føre til at overføringsverdien er mindre relevant, noe som kan skape rom for mistolkning.

På bakgrunn av at det er noe begrenset forskning på den spesifikke problemstillingen jeg ønsker å belyse, blir det i denne oppgaven brukt forskning på omkringende temaer rundt problemstillingen, for å skape rom for forståelse.

I Andersson, Lindholm og Fossum (2011) sin studie inkluderes deltakere i alderen 21-90 år og i Skyman, Sjöström, og Hellström (2010) inkluderes deltakere i alderen 35-76 år. Dette kan påvirke resultatene da eldre kan reagere annerledes enn yngre på å være MRSA-smittet. Jeg har likevel valgt å inkludere disse to studiene fordi de bidrar til å gi et helhetlig overblikk over opplevelsen med å være smittet med MRSA.

I studiene til Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman, og Gustafson (2013), Demiris, Oliver, Hensel, Dickey, Rantz, og Skubic (2008) og Siniscarco, Love-Williams og Burnett-Wolle (2017) er beboere med kognitiv svekkelse ikke ekskludert. Jeg er bevisst på at dette kan påvirke resultatene. Ut i fra min tolkning er disse resultatene relevante både for kognitiv friske beboere, og beboere med kognitivt svekkede. Derfor har jeg valgt å inkludere disse studiene i min oppgave.

Jeg har også brukt min arbeidserfaring fra praksis og deltidsarbeid på sykehjem, som mulighet til å se hvordan noe av teorien kan relateres til praksis. Mine erfaringer vil på denne måten kunne fungere som en ytterligere kildekritikk.

Jeg har i den grad mulig brukt primærkilder, og videre supplert med sekundærkilder for å skape et bedre oversikt over temaene jeg skriver om. I studien blir forskningsartikler av kvalitativ art hovedsakelig brukt. Dette kan påvirke oppgavens reliabilitet, fordi det er et begrenset antall deltakere. På den annen side gir kvalitative studier bedre innsikt i den subjektive opplevelsen, som er nødvendig for å forstå min problemstilling. Funnene samstemmer også med litteratur, som øker reliabiliteten.

Denne studien er en litteraturstudie som vil si at man bruker data som er samlet inn av andre, altså sekundærdata. Sekundærkilder kan medføre fortolkninger, som kan gjøre at man misforstår originalkildens intensjon.

### 3.4 Forskningsetikk

Alle som driver med forskning innen helsefagene må gjøre det etisk forsvarlig.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helse har utarbeidet retningslinjer og veiledere. Retningslinjene kan sammenfattes i tre typer hensyn som en forsker må tenke gjennom: 1) Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, 2) informantenes plikt til å respektere informantens privatliv og 3) forskerens ansvar for å unngå skade (Christoffersen, Johannessen, Tuft og Utne, 2015, s. 45). I studiens søkeprosess har det blitt tatt hensyn til at disse etiske aspektene er ivaretatt.

Til tross for at dette er en litteraturstudie åpner oppgaven for erfaringsbaser kunnskap i drøftingsdelen. Jeg har valgt å trekke inn noe kunnskap jeg har fått gjennom praksis ved sykepleierutdanningen, og fra deltidsarbeid på sykehjem. Jeg har da sørget for å anonymisere innholdet, i henhold til Helsepersonelloven (2017) § 21 om taushetsplikt. Informasjon som er hentet fra andre er oppgitt med referanser gjennom hele teksten, slik at ikke litteratur som er hentet fra andre blir oppgitt som mitt.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra forskningsartiklene jeg har inkludert i denne oppgaven og relevans for problemstillingen bli presentert.

### 4.1 Artikkel 1

#### **MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences.**

**Forfattere:** Andersson, Lindholm og Fossum (2011).

**Hensikt:** Denne kvalitative studien har som hensikt å beskrive pasienters oppfatning og opplevelse av å være MRSA positiv.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene i studier er at MRSA-smittede pasienters reaksjoner på å være MRSA positiv ofte er sjokkerende og kan oppleves stigmatiserende, slik som spedalskhet eller pest. Pasientene følte seg skitten og opplevde at de var en trussel for omstendighetene. Frykt for å smitte andre og bli avvist var følelser som gikk igjen blant pasientene. De viktigste funnene fremkom som et tema: å være utsatt for andres uvitenhet, og å være en trussel mot andres helse.

Utilstrekkelig kunnskap blant både personell og pasient førte til unødvendige misforståelser, som skapte frykt, sosial isolasjon og lidelse.

### 4.2 Artikkel 2

#### **Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.**

**Forfattere:** Skyman, Sjöström, og Hellström (2010).

**Hensikt:** Denne kvalitative studien har hensikt å få kunnskap om pasienters opplevelse av å bli smittet av MRSA på sykehuset og deretter bli isolert på en klinikk for infeksjoner.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene i studien er at pasientene følte seg krenket over å ha blitt smittet av MRSA på sykehuset, og isolasjonen ble beskrevet som traumatisk. Til tross for dette tok pasientene ansvar for å ikke spre smitten.

Pasientene opplevde at de ikke mottok pleie på lik linje med andre pasienter, og at de manglet informasjon om MRSA. Pasientene følte seg sårbare grunnet negative reaksjoner fra personalet, familiemedlemmer og andre pasienter. Holdningene til de ansatte var ifølge

pasientene, uprofesjonelle. De var veldig stigmatiserende, og pasientene følte at de var pestsmittet.

Konklusjonen i studien er at det er stort behov for økning av kunnskap om MRSA og smittemåte, blant pasienter og helsepersonell.

### 4.3 Artikkel 3

#### **Safe, but lonely: living in a nursing home.**

**Forfatter:** Slettebø (2008).

**Hensikt:** Denne kvalitative studien har til hensikt å beskrive en gruppe sykehjemsbeboeres opplevelse av å bo på sykehjem.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene var at å bo på sykehjem er en trygg, men ensom opplevelse. Å føle seg respektert, trygg og å få omsorg fra personalet, samt et hint av autonomi var betraktet som positive faktorer blant deltakerne. Sykepleiers pålitelighet, og omfanget de møter beboernes sosiale behov er funn som ser ut til å trenge forbedring. Det gis uttrykk for at beboerne følte at sykepleierne ikke hadde tid til dem.

Det verste, ifølge beboerne, med å bo på sykehjem viser seg å være ensomhet og mangelen på sosiale kontakt med familie, venner og sykepleiere.

### 4.4 Artikkel 4

#### **Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional Settings: A Comparative Study.**

**Forfattere:** Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman, og Gustafson (2013).

**Hensikt:** Denne kvantitative studien har som formål å undersøke sammenhengen mellom grad av sosial kapital og ensomhet blant svært gamle som bor hjemme og på langtidsinstitusjoner.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene er at ensomhet ble opplevd av 55% av dem som ofte eller noen ganger bor på institusjon. Tilsvarende funn blant hjemmeboende var 45%. Ensomhet var nært relatert til blant annet å bo alene og til depresjon. Færre eldre som bodde på institusjon hadde ukentlig telefonkontakt med venner og slektninger.

En betydelig forskjell i ensomhet ble funnet blant veldig gamle som bor på institusjon i forhold til hyppigheten av besøk forrige uke. Av dem som ikke besøkte/hadde besøk

rapporterte 65,3% følelse av ensomhet, sammenliknet med 41,7% av dem som besøkte noen/fikk besøk.

#### 4.5 Artikkel 5

##### **Use of videophones for distant caregiving: an enriching experience for families and residents in long-term care.**

**Forfattere:** Demiris, Oliver, Hensel, Dickey, Rantz, og Skubic (2008).

**Hensikt:** Denne kvalitative studien har hensikt å undersøke rollen videoteknologi kan ha for å forbedre kommunikasjonen mellom beboere på langtidsinstitusjon og deres familiemedlemmer.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene er at deltakerne var entusiastiske og opplevde en følelse av nærhet, inkludering av beboeren i familiesituasjoner, og reduserte følelser av skyld og isolasjon. Alle deltakerne så fordeler ved å kunne se deres kjære ansiktsuttrykk, i samtaler, og uttrykte det som en fordel i samtaler som involverte følelser.

Å forbedre kommunikasjonen mellom langtidsbeboere og omsorgspersoner er viktig ikke bare for familiemedlemmene, men også for beboerne, fordi de ofte sliter med isolasjon og mangel på et sosialt nettverk. Tekniske problemer og utfordringer ble identifisert, men deltakerne vektla følelsen av nærhet og inkludering av beboeren i familiesituasjoner som hovedfordeler med denne teknologien.

#### 4.6 Artikkel 6

##### **Video Conferencing: An Intervention for Emotional Loneliness in Long-Term Care**

**Forfattere:** Siniscarco, Love-Williams, og Burnett-Wolle (2017).

**Hensikt:** En kvalitativ studie som undersøker videokonferanse (Skype), for å redusere ensomhet blant langtidsinstitusjonsbeboere.

**Hovedfunn:** Hovedfunnene i denne studien er at opplevelsen av følelsesmessig støtte økte noe, men ikke betydelig, ved bruk av videokommunikasjon. Sosial isolasjon, og emosjonell ensomhet ble noe redusert, men ikke betydelig.

Uforventet, økte geriatrisk depresjon noe, men endret seg ikke betydelig. Deltakerne uttrykt at det å kunne se deres kjære var fornøyelse og en behagelig opplevelse.

Noen av deltakerne opplevde at det til tider, var vanskelig å bruke videokommunikasjonen, og at de trengte teknisk støtte.



#### 4.7 Relevans for oppgaven.

Artikkel 1 og artikkel 2 omhandler opplevelsen ved å være MRSA-smittet. Det er essensielt å ha forståelse for pasientens opplevelse av å være MRSA-smittet, for å forstå hvordan det kan påvirke beboerens psykososiale behov i denne konteksten.

Artikkel 3 og artikkel 4 omhandler den subjektive opplevelsen og hvordan de sosiale relasjonene kan påvirkes ved å bo på sykehjem. Det er nødvendig å ha forståelse for beboerens subjektive opplevelse ved å bo på sykehjem, for å kunne forstå hvordan det kan påvirke beboerens psykososiale behov.

Artikkel 5 og artikkel 6 belyser hvilke rolle videokommunikasjon kan ha for beboere i sykehjem. Artikkene er relevante for min oppgave fordi de kan bidra til å belyse hvordan videokommunikasjon kan bidra til empowerment, for å imøtekomme beboerens psykososiale behov.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil forskning og faglitteratur bli drøftet for å belyse problemstillingen.

Kapitlet er delt inn i 3 underkapitler, for å skape et oversiktlig blikk.

Temaene som blir drøftet er hvordan MRSA-smitte kan påvirke de psykososiale forholdene til beboeren, hvilke betydning de psykososiale forholdene kan ha for fysiske forhold og hvordan empowerment kan brukes til å imøtekomme beboerens psykososiale behov. Ut i fra empowermenttenkningen kan man forstå at sykepleier fungerer som beboernes samarbeidspartner, hvor både beboeren og sykepleier har makt. Likevel tenker jeg at det er sykepleiers funksjon og ansvar å bidra til empowerment.

### 5.1 På hvilke måte kan det å være sykehjemsbeboer smittet med MRSA, påvirke beboerens psykososiale behov?

For å kunne imøtekomme beboerens psykososiale behov, er det nødvendig å ha en forståelse for hvilke utfordringer de psykososiale behovene kan møte i denne konteksten.

Deltakerne Skyman, Sjöström, og Hellström (2010) sin studie beskriver at de opplever det krenkende å hatt bli smittet av MRSA. Holdningene til de ansatte var ifølge deltakerne uprofesjonelle, og stigmatiserende. Deltakerne følte ikke at de mottok pleie på lik linje med andre pasienter. Deltakerne beskriver en følelse av å være pestsmittet. Følelsen av å være pestsmittet fremkommer også i Andersson, Lindholm, og Fossum (2011) sin studie. Her blir opplevelsen også beskrevet som å være skitten, og spedalsksmittet.

Det er, med grunnlag i overnevnte, rimelig å trekke en tråd mellom beskrivelsene til deltakerne og en krenkende samhandling. Å krenke et annet menneske innebærer å ydmyke det, å få det til å føle seg mindre verdt. Å krenke et annet menneske innebærer også å tilføre et menneskes selvbilde betydelige skår og brister (Bø, 1996, s. 139).

Holdningene til de ansatte kan ha innvirkning på beboerens psykososiale behov fordi holdningene kan oppfattes som krenkende. Krenkelse kan påvirke selvoppfatning til beboeren. Negativ selvoppfatningen kan også ha betydning for initiativ til sosial kontakt og føre beboeren i en passiv rolle. Dette speiler tilbaketrekningsteoriens syn om samfunnsforhold som skyver ut eldre mennesker (Thorsen, 2015, s.62).

Dersom beboeren ikke selv identifiserer seg selv som en tilbaketrukket og passiv person, kan det å bli ført i en passiv rolle også påvirke beboerens identitetsopplevelse.

Å føle seg pestsmittet kan også ha innvirkning på beboerens identitetsopplevelse. Identitet omhandler menneskers opplevelse av å være seg selv (Solvoll, 2015, s.19).

Å føle seg pestsmittet kan medføre en følelse av å være til fare for omgivelsene. Ved å føle seg som en fare for omgivelsene, kan beboeren føle seg annerledes fra den han pleier å være. Beboeren har gjerne tidligere ikke oppfattet seg selv som en fare. Dermed er dette avvikende fra den han pleier å være og hans identitet.

I studien til Skyman, Sjöström, og Hellström (2010), fremkommer det også at deltakerne følte seg sårbare grunnet negative reaksjoner fra personalet, familiemedlemmer og andre pasienter. Endret oppfattelse fra omgivelsene, kan gjerne føre til en endret oppfattelse av en selv, som dermed også kan være en faktor som kan true beboerens identitetsfølelse. Det er gjerne en sammenheng mellom menneskets identitetsfølelse og dets oppfatning av egenverd (Solvoll, 2015, s.19). Opplevelse av egenverd påvirker den generelle selvoppfattelsen. Den truede identitetsopplevelsen kan altså true beboerens selvoppfatning.

Å bo på langtidsavdeling på sykehjem kan i seg selv utfordre og undergrave en persons identitet på ulike måter. Å bo på langtidsavdeling på sykehjem kan inkludere det karakteristiske ved en kollektiv livsform som preger de fleste institusjoner. Det kan også innebære fysiske og kognitive svekkelser. Dette er faktorer som kan true beboerens identitetsopplevelse og initiativ til sosial kontakt (Meyer og Owen, sitert i Hauge, 2015, s.273). Behovet for hjelp, som kan prege en sykehjemsbeboer, kan påvirke beboerens selvoppfatning, mestringsfølelse og uavhengighetsfølelse.

Deltakerne i studien til Andersson, Lindholm, og Fossum (2011) beskriver at frykt for å smitte andre var dominerende. Frykt har opplevde dimensjoner innenfor kroppen, følelsene, tankene og handlingene. Følelsene er preget av ubehag og psykisk smerte og handlingene kan bli preget av uro og unngåelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010, s. 292). Med utgangspunkt i dette kan en tolke at frykt for å smitte andre kan føre til unngåelse av sosiale situasjoner og dermed føre beboeren i en retning av passivitet og tilbaketrekning.

I Slettebø (2008) sin studie fremkommer det at ensomhet og mangel på sosial kontakt er et reelt problem hos sykehjemsbeboere. Det gis uttrykk for at pleierne «ikke hadde tid til dem»

(Slettebø 2008). Hvordan helsearbeidere disponerer sin arbeidstid, kan gjenspeile deres holdninger og følelser ovenfor de ulike beboerne. Min erfaring tilsier at det ofte er mange arbeidsoppgaver, og begrenset tidsrom å utføre disse oppgavene på. Dette kan føre til at pleierne glemmer å se etter det unike mennesket. De ser oppgavene som skal gjøres i møte med den enkelte beboer, men ikke personen med de rike erfaringene og ressursene som blir ervervet gjennom et langt liv. Dette kan gjerne oppleves som krenkende, og utfordre beboerens selvoppfatning. Mangel på mennesker å omgås, kan også føre til en sosialt passiv rolle fordi det ikke er fysisk mulig og sosialiseres.

## 5.2 Hvilke betydning kan de psykososiale behovene ha for en beboer smittet med

### MRSA sin fysiske helse?

For å belyse helheten av hvilke betydning de psykososiale behovene har for beboeren, blir det her belyst hvordan de psykososiale behovene kan påvirke beboerens fysiske helse.

Basert på drøftingen over kan det å være sykehjemsbeboer smittet med MRSA påvirke beboerens identitet og selvoppfatning. Selvoppfatningen er viktig for all sosial kontakt. En overveiende positivt selvoppfatning er som oftest en forutsetning for å ta initiativ til kontakt med andre (Helgesen, 2016, s. 146). Med utgangspunkt i dette, kan man tolke en sammenheng mellom negativ selvoppfatning og redusert initiativ til kontakt med andre. Både å være bærer av MRSA, og å være sykehjemsbeboer ser ut til å kunne påvirke beboerens psykososiale behov, på en slik måte at det kan føre beboeren i en sosialt passiv og tilbaketrukket rolle. En passiv og tilbaketrukket rolle kan føre til redusert inkludering i sine sosiale relasjoner.

I Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman, og Gustafson (2013) sin studie fremkommer det at 55% av deltakerne på sykehjem opplevde ensomhet. Det fremkommer også i studien til Slettebø (2008) at beboere i sykehjem opplevde økt opplevelse av ensomhet. I Slettebø (2008) sin studie opplevde deltakerne at mangelen på sosial kontakt med familie, venner og sykepleier, var blant de største utfordringene med å bo på sykehjem. En avgjørende faktor for opplevelse av ensomhet er i hvilke grad det å være alene er en ønsket situasjon, basert på eget valg (Smebye og Helgesen, 2015, s.51-52). En kan hevde at å være MRSA-bærer og også sykehjemsbeboer, ofte er ufrivillige tilstander. Dette kan dermed være faktorer som kan føre

til økt opplevelse av ensomhet og følelse av manglende sosial støtte. Dette er faktorer som kan medføre redusert opplevelse av sosial støtte.

Mangel på et støttende sosialt nettverk kan bidra til sykdom fordi en står alene og blir mer overveldet av alle kravene i situasjoner. Med svekket motstandskraft blir en mer sårbar for somatiske helseplager og psykiske problemer (Helgesen, 2016, s.145). Med utgangspunkt i dette kan en stille spørsmål ved om beboere på sykehjem som er MRSA-smittet, er i større risikogruppe for å få en MRSA-infeksjon, nettopp fordi de psykososiale forholdene påvirker de biologiske mekanismene, som kan svekke motstandskraften (immunsystemet), og gjøre pasienten mer disponibel for en slik sykdom.

På den annen side kan empowerment, og «en aktiv pasientrolle», potensielt kunne påvirke beboerens initiativ til sosial kontakt, og dermed påvirke muligheten beboeren har for sosial støtte. Et støttende sosialt nettverks styrker helsa ved at en opplever tilhørighet og føler seg verdsatt. Dette bidrar til livskvalitet og styrker motstandskraften (immunsystemet) uavhengig av stress og belastninger (Helgesen, 2016, s. 145). Dette gir grunnlag til å stille spørsmål ved om empowerment, kan virke forebyggende mot å tilegne seg en MRSA-infeksjon, nettopp fordi sosial støtte bidrar til styrket immunforsvar som kan gjøre beboeren mer rustet til å motarbeide en slik infeksjon.

Empowerment, og «en aktiv pasientrolle» kan også føre til mestring. Mestring vil ikke ta bort beboerens stressaktivisering, men den vil gi en kortvarig stressaktivering som ikke er relatert til negative helseutfall (Helsedirektoratet, 2017). En teori om relasjon mellom stress og immunsystemet forklarer at akutt stress øker immunreaksjonen, og kronisk stress nedsetter immunreaksjonen (Reolen, 2015, s.158). Med utgangspunkt i dette kan en tolke at å tilegne beboeren kunnskap som bidrar til at beboeren selv mestrer situasjonen sin, kan føre til kortere eller redusert stressaktivisering. Dette kan øke eller stabilisere immunreaksjonen, istedenfor å nedsette den slik som ved kronisk stress. Sett i slik lys, er det mulig at empowerment i form av å tilegne beboeren kunnskaper som fører til mestring og økt immunreaksjon, kan en innvirkning på risikoen for å tilegne seg en MRSA-infeksjon, fordi økt immunreaksjon kan gjøre beboerens kropp mer rustet til å motarbeide seg en slik infeksjon.

## 5.3 På hvilke måte kan sykepleier fremme empowerment hos beboeren for å

### imøtekomme det psykososiale behovet til beboeren?

Når noen strever med selvoppfatning og identitetsfølelse, kan det ha sammenheng med at de ikke syns de mestrer sin egen situasjon. Hjelp til styrket identitet kan handle om hjelp til ta kontroll over og å mestre sin egen hverdag (Solvoll, 2016, s.125).

I empowermentstenkingen er tre prinsipper sentrale; anerkjennelse av beboerens kompetanse på seg selv, medvirkning og maktomfordeling.

#### 5.3.1 Holdninger og kunnskaper hos sykepleier

Under dette punktet er prinsippet om anerkjennelse av beboerens kompetanse på seg selv relevant. Det vil, i en slik situasjon, være vanskelig å anerkjenne beboerens kompetanse på seg selv dersom sykepleier ikke selv har kompetansen. Sykepleier må innhente informasjon dersom vedkommende ikke har tilstrekkelig informasjon til å handle i samsvar med det som er lovpålagt. I henhold til Helsepersonelloven (2017) § 4 er det lovpålagt helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I studien til Slettebø (2008) fremkommer det at sykepleiers pålitelighet trenger forbedring. Dette samsvarer med funnene i både Andersson, Lindholm, og Fossum (2011) og Skyman, Sjöström, og Hellström (2010) sine studier, hvor deltakerne opplevde at sykepleier hadde manglende kunnskaper. Sykepleierens profesjonelle omsorg er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter (Kristoffersen og Nordtvedt, 2015, s.87). Manglende kunnskaper og holdninger i samsvar med dette, kan bidra til å påvirke den helhetlige omsorgen, og påliteligheten til sykepleieren.

Ved å handle i samsvar med fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter kan sykepleier også bidra å trygge pasienten, skape tillitsforhold og generelt bidra til bedre samhandling.

Samhandling og en god relasjon mellom sykepleier og beboer er sentralt i empowermentprosessen (Tveiten, 2014, s.177).

Tillit er forutsetningen for all meningsfylt samhandling. Slik sett er tillit også en forutsetning for at respekt og likeverd ivaretas i ethvert kontaktforhold. Mistillit kan oppstå av mangel på tillit (Bø, 1996, s. 134-135). Mistillit kan oppleves krenkende.

Slik sett kan det å handle i samsvar med fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter bidra til å redusere krenkelse, som kan ha en gunstig effekt på beboerens selvoppfatning og initiativ til sosial kontakt. Det kan dermed bidra å føre beboeren i en aktiv, og selvstendig rolle.

Sykepleier er kanskje en av dem beboeren har mest sosial kontakt med. På denne måten har sykepleiers holdninger mye å si for beboerens oppfattelse av seg selv. Det er derfor nødvendig at sykepleier har en åpen tilnærming, uten fordommer. Kunnskap gir rom for forståelse, som kan påvirke i hvor stor grad sykepleier kan trygge beboeren. Sykepleien bør utføres på en måte som ivaretar og styrker selvoppfattelsen og identiteten. Dette kan gjøres ved å bruke tid, lytte, bekrefte og anerkjenne beboeren. Sykepleier kan bidra til å fremme empowerment, ved å utføre sykepleien på en måte som styrker selvoppfattelse og identitet. Styrket selvoppfattelse og identitetsfølelse kan bidra til økt mestringsfølelse, kontrollfølelse og motivasjon til en mer aktiv sosial rolle. .

Sykepleierne er, på et sykehjem, ofte dem som har høyest kunnskapsnivå. Sykepleier bør bruke sin pedagogiske funksjon til å fremme en kunnskapsbasert praksis. Dette kan redusere krenkelse og fremmedfrykt blant pleierne, som kan redusere beboerens opplevelse av krenkelse, og dermed styrke beboerens selvoppfatning.

### 5.3.2 Empowerment i form av tilstrekkelige kunnskaper hos beboeren

Under dette punktet er prinsippene om anerkjennelse av beboerens kompetanse på seg selv og maktfordeling aktuelle. Sykepleiers funksjon i det helsefremmende arbeidet kan innebære å hjelpe beboeren til mestring gjennom læring og utvikling av kompetanse.

I studien til Skyman, Sjöström, og Hellström (2010) forteller deltakerne at de opplevde at de manglet informasjon om MRSA. I studien til Slettebø (2008) fremkommer det at autonomi ble betraktet som en positiv faktor blant deltakerne. Det er meningsløst å snakke om pasientautonomi, og «en aktiv pasientrolle», hvis pasienten ikke er tilstrekkelig informert eller ikke har bearbeidet og forstått den informasjonen han har fått (Renolen, 2015, s.136).

Hensikten med veiledning er å legge til rette for å styrke pasientens kompetanse til mestring (Tveiten, sitert i Tveiten, 2014, s. 175). Å ta i bruk en strategi som baserer seg på uavhengighet, tro på seg selv og mestring, kan bidra til å imøtekomme beboerens

psykososiale behov, fordi det kan bidra til økt mestringsfølelse som kan ha positiv effekt på beboerens selvoppfatning og identitetsfølelse.

Ved å tilegne beboeren tilstrekkelig kunnskap kan beboeren også bli tryggere i sin samhandling med pårørende. Økte kunnskaper kan redusere fremmedfrykten et smittebærerskap kan medføre. Den reduserte fremmedfrykten, og redusert behov for unnvikelse, kan ha innvirkning for hvordan pårørende og oppfatter beboeren. Pårørendes oppfattelse av beboeren kan påvirke beboerens egen oppfattelse av seg selv. Dermed kan dette ha innvirkning på beboerens identitetsfølelse. Frykt kan føre til verstefallstenkning, og kunnskap kan skape forståelse for at verstefallstenkningen ikke nødvendigvis er realistisk.

Kunnskap kan også bidra til å redusere de krenkende holdningene som blir beskrevet i studien til Skyman, Sjöström, og Hellström (2010). Det kan gjerne oppleves som en bekreftelse og anerkjennelse å få kunnskap, fordi man får forståelse for at det stigmaet og de fordommene som smittebærerskapet kan bære med seg, ikke nødvendigvis stemmer.

Økt kunnskap hos beboeren kan på denne måten bidra til å styrke beboerens identitetsfølelse og selvoppfatning. Det kan gjerne oppleves som en bekreftelse å få kunnskap. Beboeren kan «ta kontroll» over uvitenheten og fremmedfrykten, og dermed ta kontroll over sin situasjon.

### 5.3.3 Empowerment i form av videokommunikasjon mellom beboer og pårørende

I dette punktet er prinsippene om medvirkning og maktfordeling aktuelle.

I studien til Slettebø (2008) forteller deltakerne, som sagt, at de opplevde at sykepleierne ikke hadde tid til dem. Mangelfull tid til beboerne, kombinert med et økt antall eldre og redusert antall helsepersonell i fremtiden, kan føre til en utfordring med å dekke beboerens psykososiale behov. Et fremtidig bærekraftig helsevesen må gjerne tenkte innovativt for å kunne dekke slike behov.

Med utgangspunkt i overnevnt drøfting, kan en sykehjemsbeboer smittet med MRSA altså være en som trenger bekreftelse og anerkjennelse for å styrke sin selvoppfatning og identitetsfølelse. Familier og venner er sentrale for selvoppfatning, for utveksling av nærhet, omsorg og støtte (Thorsen, 2015, s.69). Beboerens sosiale nettverk kan også ha betydning for mestring av sykdom. Pårørende gir trøst på bakgrunn av at de kjenner pasienten og bryr seg om beboeren. Ifølge Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman, og Gustafson (2013) sin studie var



det en betydelig forskjell i ensomhet, relatert til besøk i løpet av sist uke. De som ikke fikk besøk opplevde betydelig mer ensomhet (65,3% av deltakerne), enn dem som fikk besøk (41,7%).

Ifølge Andersson, Lindholm, og Fossum (2011) opplevde mange av deltakerne at det å bli smittet av MRSA, var en traumatisk opplevelse som førte til en form for sjokkreaksjon. Sjokkfase er første fasen i en krise. Å være smittet av MRSA kan for noen oppleves som en krise. Vi er alle ulike mennesker som opplever og håndterer situasjoner ulikt.

Mange eldre starter sin rolle som beboer på sykehjemmet i en fase av livet der de befinner seg i en krise. Å flytte på sykehjem kan være en livshendelse, dersom man ikke mestrer denne livshendelsen kan det oppleves som en livskrise.

Dersom beboeren opplever situasjonen som en krise kan han ha ekstra behov for sosial støtte. I krisesituasjoner er familie og venner de som best kan gi hjelp og støtte (Renolen, 2015, s. 207). Ved bruk av videokommunikasjon kan beboeren oppleve og få en trygghet i at pårørende er tilgjengelig, dersom man skulle trenge det. Videokommunikasjon kan dermed, som instrumentell støtte, skape rom for økt emosjonell støtte. Videokommunikasjon kan gjerne også påvirke beboerens opplevelse av mestring, fordi han gjennom videosamtale kan «besøke» pårørende når han selv vil, fremfor at han kun har en passiv rolle som venter på fysisk besøk. På denne måten kan beboeren ta kontroll over sin sosiale situasjon.

I studien til Demiris et al. (2008) fremkommer det at deltakerne var entusiastiske, opplevde følelse av nærhet og inkludering i familiesituasjoner, ved bruk av videokommunikasjon.

Nærhet og inkludering kan være faktorer som øker opplevelser av å ha et sosialt støttende nettverk. I Siniscarco, Love-Williams, og Burnett-Wolle (2017) sin studie fremkommer det at opplevelsen av følelsesmessig støtte økte, opplevelse av sosial isolasjon og emosjonell ensomhet ble redusert, ved bruk av videokommunikasjon. Sosiale støtte kan bidra til å styrke beboerens selvoppfatning fordi han kan føle seg verdsatt og betydningsfull.

Videokommunikasjon kan bidra til å opprettholde det menneskelige sikkerhetsnett, et sosialt nettverk gir, som kan ha innvirkning på beboerens evne til å mestre situasjonen han er i.

Inkludering i sine nære relasjoner kan også bidra til å styrke følelsen av å ha samme rolle som tidligere, fordi beboeren i større grad får mulighet til å ivareta de relasjonene han tidligere har hatt. Dette kan styrke følelsen av å være «en og samme», altså beboerens identitet. Styrket

identitet vil kunne påvirke initiativ til sosial kontakt. Disse faktorene kan bidra til å imøtekomme beboerens psykososiale behov.

Med utgangspunkt i dette kan det være ideelt å inkludere pårørende for å imøtekomme beboerens psykososiale behov. En må ta hensyn til at det kan være ulike faktorer som påvirker hvilke grad pårørende ønsker og/ eller har mulighet til å inkluderes i beboerens liv. På lik linje må man ta hensyn til beboerens ønske om inkludering av pårørende.

Videokommunikasjon kan i denne sammenheng, fungere som et supplement for å imøtekomme beboerens psykososiale behov og bidra at beboeren i større grad klarer å utføre sine gjøremål av sosial art, selvstendig. Dette speiler empowermentttenkning, som peker i en retning av en aktiv rolle og aktiviseringsteorien.

Det er nødvendig å stille seg litt kritisk til bruk av videokommunikasjon hos sykehjemsbeboere. Det kan gjerne oppstå utfordringer relatert til slik tilnærming i praksis. Teknologi kan ikke erstatte fysisk omsorg fra en omsorgsnyter, men det kan være et supplement. Det er ikke alle mennesker som ønsker, eller har mulighet til å bruke slike løsninger. Det må tas i betraktning at dette kan være overveldende for enkelte beboere å skulle lære seg teknologi, som kan føre til stress og redusert mestringssevne. I studien til Siniscarco, Love-Williams, og Burnett-Wolle (2017) økte opplevelsen av «geriatrik depresjon». I samme studie opplevde noen av deltakerne også at det var noe vanskelig å bruke det teknologiske redskapet. Dersom beboerne ikke mestrer redskapet, virker det kanskje mot sin hensikt og redusere mestringsfølelsen hos beboeren.

Det er nødvendig å individualisere et eventuelt slikt verktøy, på lik linje med all sykepleie. For noen kan et slikt redskap være et alternativ, for andre ikke. Av erfaring fra sykehjem vil jeg påstå at ikke alle eldre har integrerte teknologiske kunnskaper.

Innovasjon er ikke nødvendigvis et ensidig gode. Eksisterende mønstre må vike dersom nye skal komme på plass. Dette kan føre til usikkerhet. Samtidig kan innovasjoner av slik art være en av nøklene til å løse de utfordringene norske helsetjenester står ovenfor i fremtiden.

Et dilemma som kan oppstå er hvem som eventuelt skal finansiere en slik løsning. Dersom den enkelte beboer skal finansiere, kan det oppstå skjevhet i omfanget av pleie. Dersom staten skal finansiere vil det kreve involvering av dem som legger føring for de helsepolitiske prioriteringene.

Til tross for at det kan oppstå utfordringer, er mitt helhetlige inntrykk at beboerne i studien til Demiris et al. (2008) og Siniscarco, Love-Williams, og Burnett-Wolle (2017) hadde positive erfaringer knyttet til videokommunikasjonens mulighet til å oftere se deres kjære. Dette kan spesielt være relevant for sykehjemsbeboere smittet med MRSA, fordi de i utgangspunktet kan slite med sin selvoppfatning og identitetsfølelse.

## 6.0 Avslutning

Denne oppgavens hensikt er å svare på problemstillingen «På hvilke måte kan empowerment bidra til å imøtekomme de psykososiale behovene til en sykehjemsbeboer smittet med MRSA?»

I oppgaven blir det kartlagt psykososiale faktorer som kan være utsatt hos en sykehjemsbeboer som er smittet med MRSA. Herav fremkommer beboerens selvoppfatning, identitetsfølelse, og mangel på sosial støtte. Dette er faktorer som kan føre beboeren i en passiv, og tilbaketrukket rolle, som speiler tilbaketrekningsteorien. Videre drøftes hvordan psykososiale forhold kan påvirke fysiske forhold.

Til slutt drøftes det hvordan empowerment i form av tilstrekkelig informasjon blant beboeren og bruk av videokommunikasjon mellom beboer og pårørende, kan bidra til å imøtekomme beboerens psykososiale behov. Beboeren kan gjerne ha et særlig behov for sosial støtte i denne kontekst. «En aktiv pasientrolle» med inkludering av sosialt nettverk via videokommunikasjon kan være gunstig.

Med utgangspunkt i drøftingen i denne oppgaven ser det ut som empowerment i form av pasientkunnskap og videokommunikasjon kan bidra til å imøtekomme en beboer smittet med MRSA på sykehjem sine psykososiale. Empowerment i denne sammenheng kan bidra å føre beboeren i en mer aktiv sosial rolle hvor han kan ta kontroll over sin situasjon. Dette kan være av betydning for beboerens selvoppfatning, identitetsopplevelse og sosial samhandling.

Temaene i min oppgave kan se ut til å trenge mer forskning, da det er temaer som ser ut til å bli mer relevant i fremtiden.

## 7.0 Litteraturliste

- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus, del 2 praksis og teori*. Moss: Elefantus Forlag/ Renaissance Media AS.
- Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53.  
doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg. s.68-78). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bø, A. K. (1996). *Omsorgens ansikt, om metode og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (s. 71-85). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Demiris, G., Oliver, D., Hensel, B., Dickey, G., Rantz, M., & Skubic, M. (2008). Use of videophones for distant caregiving: an enriching experience for families and residents in long-term care. *Journal Of Gerontological Nursing*, 34(7), 50-55
- Elstrøm, P. (2014). Smittevern i helsetjenesten. I M. Degré (Red.), *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg. s.287-295). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid* [Oslo]: Cappelen damm AS
- Folkehelseinstituttet. (2006). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie*. Hentet 16. april. 2018 Fra  
[https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste\\_prevalensstudier\\_2006.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste_prevalensstudier_2006.pdf)
- Emnekode: SYKHB3001, Kandidatnummer: 1063, Innleveringsfrist: 26.04.2018

- Folkehelseinstituttet. (2009, juni). *MRSA-veilederen*. Hentet 26. mars 2018 Fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/mrsa-veilederen.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2014a, 04. Oktober). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 16. april. 2018 Fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2014b, desember). *Velferdsteknologi for å støtte selvstendig liv for eldre og voksne med nedsatt funksjonsevne*. Hentet 21. april. 2018 Fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/notat\\_2014\\_velferdsteknologi.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/notat_2014_velferdsteknologi.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Hentet 21. april. 2018 Fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener og livsutfordringer* (3. utg. s. 141-163). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012, juni). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet 16. april. 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

- Helsedirektoratet. (2017, august). *Stress og mestring*. Hentet 21. april. 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_7#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7)
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt P. (2015). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1, sykepleiens grunnlag rolle og ansvar*. (2. utg. s. 83-127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Midtvedt, T. (2013). Antimikrobielle midler og resistensutvikling. I M. Degré (Red.), *mikrober, helse og sykdom* (2. utg. s. 103-109). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A. K., & Gustafson, Y. (2013). Social Capital and Loneliness Among the Very Old Living at Home and in Institutional Settings: A Comparative Study. *Journal Of Aging & Health*, 25(6), 1013-1035. doi:10.1177/0898264313497508
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2017). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#%C2%A71-3s](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3s)
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29- 38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. M. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Emnekode: SYKHB3001, Kandidatnummer: 1063, Innleveringsfrist: 26.04.2018

- Siniscarco, M. T., Love-Williams, C., & Burnett-Wolle, S. (2017). Video Conferencing: An Intervention for Emotional Loneliness in Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging*, 41(4), 316-329.
- Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, A. (2008). Safe, but lonely: living in a nursing home. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 28(1), 22-25.
- Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2015). Kontakt med andre. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg. s. 41-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvoll, B. A. (2015). Identitet og egenverd. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg. s. 15-36). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvoll, B. A (2016). Identitet og egenverd. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg. s. 105-137). Oslo: Gyldendal akademisk.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/sec1>
- Stubberud, D.G. (2015). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-37). Oslo: Gyldendal akademisk.



Thidemann, I. J. (2017) *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, K. (2015). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-70). Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2014). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (1. utg. s. 173-191). Bergen: Fagbokforlaget.

United Nations. (2002, 8-12. April). *Political declaration and Madrid International Plan of Acting and Ageing*. Hentet 23. april fra <http://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>

World health Organization. (2017, November). *Antibiotic resistance*. Hentet 16. april 2018 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>

## Vedlegg

### Praktisk fremgangsmåte i litteratursøk:

#### Artikkel 1

Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011), MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences.

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S 1	21.03.2018	Cinahl	MRSA OR methicillin resistant staphylococcus aureus	Published date: 2004-2017, Age group: 65+ years	780
S 2			S1	+ long-term care OR nursing home OR residential care OR assisted living	112
S 3			S 2	+ Institutionalized	2

#### Artikkel 2

Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010), Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S1	13.01.2018	Cinahl	MRSA OR methicillin resistant staphylococcus	AND patients perspective AND isolation	0
S2			MRSA OE Methicillin resistant staphylococcus	AND patients' perspective OR experiences OR perceptions AND isolation	28
S3			S2	AND published date 2006-2017	19

#### Artikkel 3:

Slettebø, A. (2008). Safe, but lonely: living in a nursing home.

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S1	01.04.2018	Cinahl	loneliness OR social isolation AND nursing home OR long term care OR residential care OR nursing homes	Published date: 2008-2018	431
S2			S1	+ Aged: 65+	243
S3			S2 + patients' perspective OR patients' views OR patients' opinion		42

#### Artikkel 4:

Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A. K., & Gustafson, Y. (2013), Social Capital and Loneliness Among the Very Old Living at Home and in Institutional Settings: A Comparative Study.

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S1	02.04.2018	Cinahl	Loneliness OR social isolation AND nursing home OR long term care OR residential care or nursing homes AND social	Published date: 2008-2018	351
S2	S1		S1 + social capital		8

#### Artikkel 5:

Demiris, G., Oliver, D., Hensel, B., Dickey, G., Rantz, M., & Skubic, M. (2008). Use of videophones for distant caregiving: an enriching experience for families and residents in long-term care.

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S1	03/04-2018	Cinahl	Videophone* AND nursing home OR long term care OR residential care OR nursing homes	Published date: 2008-2018	4

#### Artikkel 6:

Siniscarco, M. T., Love-Williams, C., & Burnett-Wolle, S. (2017), Video Conferencing: An Intervention for Emotional Loneliness in Long-Term Care

Søk nr.	Nedlastings dato	Database	Søkeord	Kriterier / Avgrensinger	Treff
S1	02.04.2018	Cinahl	Video AND nursing home OR long term care OR residential care OR nursing homes	Published date: 2008-2018	270
S2			S1 + family OR families OR caregiver OR carer OR caregiving )		73
S3			S2 + loneliness OR social isolation		3