

Livsglede for eldre

 **Emnenavn:** Organisering og veiledning for støttekontakter, avlastere og frivillige

**Utdanningskull:** 2014

**Skrevet av**: Camilla Rasch



**INNHOLDSFORTEGNELSE:**

1. **INNLEDNING**
	1. **Bakgrunn for valg av tema**
	2. **Hensikt med oppgaven**
	3. **Problemstilling**
	4. **Avgrensning**
2. **TEORI**
	1. **Livskvalitet**
		1. Helse og sosialdepartementets definisjon
		2. 2.1.2. Siri Næss´ definisjon
		3. 2.1.3. Anton Aggernæs´ definisjon
	2. **Lover, forskrifter og stortingsmeldinger**
		1. Verdighetsgarantiforskriften
		2. Helse- og omsorgstjenesteloven
		3. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenester
		4. Mestring, muligheter og mening
		5. Morgendagens omsorg
	3. **Livsgledesykehjem**
	4. **Meningsfulle opplevelser**
	5. **Brukermedvirkning og myndiggjøring**
3. **DRØFTING**
4. **KONKLUSJON/OPPSUMMERING**
5. **LITTERATURLISTE**
6. **INNLEDNING:**

I innledningen vil jeg først presentere bakgrunnen for valg av tema i oppgaven, deretter vil jeg utdype hensikten, forklare problemstillingen og til slutt gi en kort beskrivelse av avgrensninger som er blitt gjort.

* 1. Bakgrunn for valg av tema

Det er lovbestemt at personer som bor på sykehjem skal få dekket sine grunnleggende behov, som også innebærer en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Selv om dette er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, er et helhetlig tilbud i de fleste en utfordring å gjennomføre i praksis. Min erfaring fra praksis er at det Regjeringen lover ikke samsvarer med eldreomsorgens hverdag. Etter min mening er det for mye fokus på beboernes diagnoser og begrensninger på sykehjem, fremfor å synliggjøre deres ressurser og interesser. Dette medfører at de som bor på sykehjem ikke får dekket det helhetlige omsorgstilbudet de har krav på. Grunnet knappe ressurser blir resultatet ofte at sosial og kulturell aktivitet blir nedprioritert, noe flere undersøkelser også viser til. Som Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) markerer er også sosiale, eksistensielle og kulturelle behov grunnleggende elementer for å oppnå et helhetlig omsorgstilbud. For å øke fokuset på sosiale og kulturelle behov er det utviklet en nasjonal sertifiseringsordning av Livsgledesykehjem (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Jeg ønsker å undersøke om sertifiseringsordningen vil ha noen betydning for sykehjemsbeboernes livskvalitet.

* 1. Hensikt med oppgaven

Eksamensoppgaven har som hensikt å understreke betydningen av sosiale, eksistensielle og kulturelle opplevelser. Jeg vil belyse hva lovverket og Regjeringen sier i forhold til dette og knytte det opp mot eldreomsorgens praksis. Jeg vil forsøke å fremme betydningen av sertifisering av Livsgledesykehjem og poengtere hvordan det kan bidra til å fremme livskvalitet til den enkelte beboeren.

* 1. Problemstilling

Min problemstilling er som følger:

*”Hvordan kan et Livsgledesykehjem fremme opplevelsen av livskvalitet hos beboerne?”*

* 1. Avgrensning

For å avgrense oppgaven tar jeg for meg sykehjemsbeboere generelt, uavhengig av diagnoser, ressurser eller funksjonsnivå̊. Mennesket har mange behov og ulike faktorer som påvirker livskvalitet. På bakgrunn av oppgavens størrelse har jeg lagt vekt på meningsfulle opplevelsers betydning for beboernes livskvalitet og valgt ut noen Livsgledekriterier sertifiseringsordningen fremmer, som jeg mener er betydningsfullt for den enkelte eldre.

1. **TEORI:**

I teoridelen vil jeg først i 2.1. vise til ulike definisjoner av begrepet ”livskvalitet”, deretter vil jeg i punkt 2.2. belyse lovverk, forskrifter og stortingsmeldinger som har med temaet i oppgaven å gjøre. Under punkt 2.3. vil jeg forklare hva et Livsgledesykehjem er og beskrive noe om sertifiseringsordningen, samt litt om formålet til Stiftelsen Livsglede for Eldre. Jeg vil i 2.4. komme inn på meningsfulle opplevelsers betydning og til slutt i punkt 2.5. beskrive brukermedvirkning og myndiggjøring relevans.

* 1. **Livskvalitet**

Det finnes flere definisjoner på livskvalitet, Rustøen (1991) sier livskvalitet rommer alle sider ved vår tilværelse og Valset (2005) mener livskvalitet er knyttet til forventningen om tilfredsstillelse av grunnleggende behov. Jeg har valgt å avgrense det helhetlige perspektivet på livskvalitet og ha hovedfokus på hvordan meningsfulle aktiviteter har påvirkning på livskvaliteten hos beboere på sykehjem. Under kommer et par definisjoner, som vil understreke at meningsfullhet har betydning for den enkeltes opplevelse av livskvalitet.

* + 1. Helse og sosialdepartementets definisjon

Det er uklarhet omkring hvordan begrepet livskvalitet best kan defineres, noe som har ført til ulike definisjoner ut fra ulike perspektiver. Helse- og omsorgsdepartementet skriver at livskvalitet må betraktes som en subjektiv opplevelse, som medfører at livskvaliteten ikke kan observeres direkte (Helse- og sosialdepartementet, 1999).

* + 1. Siri Næss´ definisjon

Psykolog Siri Næss er anerkjent for å ha arbeidet lenge med begrepet *livskvalitet*. Hun knytter begrepet opp mot psykisk velvære – ”å ha det godt”. Næss mener individets opplevelse av høy eller lav livskvalitet påvirkes av den grad individet er aktivt og erfarer noe meningsfullt og opplever samhørighet – som påvirker individets grunnstemning av glede (Næss, 1986 i Rustøen, 1991).

* + 1. Anton Aggernæs´ definisjon

En annen som har definert livskvalitet er Psykiater Anton Aggernæs. Han mener livskvaliteten påvirkes av fire områder: Den første er elementære biologiske behov, som omhandler søvn, hvile, fysisk aktivitet, ernæring osv. Det andre området er behov for varme menneskelige kontakter, som har med kvaliteten på individets sosiale nettverk. Behov for meningsfull beskjeftigelse er det tredje området og handler om å foreta seg noe som har verdi og betydning. Det siste området er behov for et variert, spennende og engasjerende handle- og opplevelsesliv handler om å ikke kjede seg – men heller skape spenning i hverdagen (Aggernæs, 1988 i Rustøen, 1991). Behovene Aggernæs har valgt ut har mye til felles med psykologen Abraham Maslows behovshierarki (Rustøen, 1991).

* 1. **Lover, forskrifter og stortingsmeldinger**
		1. Verdighetsgarantiforskriften

Forskrift om en verdig eldreomsorg har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på for å oppnå en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Det heter også i forskriften at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal legge til rette for en eldreomsorg som skal sikre den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Samtidig som det også legges vekt på at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Verdighetsgarantiforskriften, 2010).

* + 1. Helse- og omsorgstjenesteloven

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har blant annet som formål å sikre et individuelt tilpasset tilbud, som skal dekke den enkeltes behov. Formålet er også at personer skal få mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Videre skal kommunen ha fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, hvor de skal arbeide for at det blir satt i verk ulike velferds- og aktivitetstiltak for eldre som har behov for det (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

* + 1. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenester

I Kvalitetsforskriften angis hva som er ønskelig standard og hva som bør tilstrebes av tilbud i eldreomsorgen. Forskriften har som formål å sikre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov. Den skal bidra til å sikre et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, hvor den enkelte gis medbestemmelse i dagliglivet. Selvstendighet og styring av eget liv, sosiale behov (fellesskap og aktiviteter) og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter er noen punkter forskriften trekker frem, som har betydning for at vedkommende skal oppleve å få dekket alle sine grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

* + 1. Mestring, muligheter og mening

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006); *Mestring, muligheter og mening – morgendagens omsorgsutfordringer,* oppsummerer regjeringen sin strategi for å møte dagens og framtidas omsorgsutfordringer i den kommunale omsorgstjeneste. Regjeringen angir både strategier og tiltak for de nærmeste årene og oppsummeres i Omsorgsplan 2015, hvor *aktiv omsorg* er en av hovedstrategiene som fremmes for fremtidens omsorgstjenester. Aktiv omsorg er en tilpasset prosess som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet for den enkelte gjennom hele livsløpet. Rundskrivet vektlegger kultur, aktivitet og trivsel, noe stortingsmeldingen mener er store utfordringer og understreker at dagens kommunale helse- og omsorgstjenester kommer til kort, som spesielt vil ramme personer som bor på sykehjem og har et stort behov for bistand. Det vil medføre at sosial og kulturell aktivitet vil bli nedprioritert for å opprettholde daglig pleie (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Det er derfor behov for å styrke og systematisere innsatsen i omsorgstjenesten på det kulturelle og sosiale området. Målsettingen med å rette fokuset mot Aktiv omsorg er å gi den enkelte mer mening i hverdagen og å styrke den enkeltes livskvalitet og mestring gjennom å øke aktivitetstilbudet i de kommunale om- sorgstjenestene og ved å tilrettelegge for en aktiv alderdom (Disch & Lorentzen, 2012)

* + 1. Morgendagens omsorg

Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013); *Morgendagens omsorg,* har omsorgsfellesskap som en av sine hovedsaker. Meldingen har valgt å ta for seg noen av omsorgstjenestenes floker og svake sider, og se om det er mulig å finne nye tilnærmingsmåter og løsninger som kan snu på dette. Meldingen sier noe om hvordan tjenestene i mange tilfeller kommer sent inn og er ikke like gode på å ivareta forebyggende virksomhet, opptrening, rehabilitering, fysisk, sosial og kulturell aktivitet. Derfor har de blant annet valgt en nasjonal frivillighetsstrategi som et av målene for etterstrebe en aktiv omsorg. Et av elementene er en nasjonal sertifiseringsordning for Livsgledesykehjem i regi av Stiftelsen Livsglede for Eldre. Dette for å styrke den aktive omsorgen, og for å få økt fokus på sosiale og kulturelle behov hos eldre (St. meld. nr. 29, 2012-2013).

* 1. **Livsgledesykehjem**

*“Stiftelsen Livsglede for Eldre er en sosial velferdsorganisasjon som arbeider for at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag. Gjennom gode opplevelser skal vi stimulere sosiale, åndelige og kulturelle behov for den enkelte”* (Livsglede for Eldre, 2005-2014). Deres visjon er å skape livsglede for alle eldre, gjennom å gi liv til årene, og fremme lysten til å leve. Som gjenspeiles i deres slagord: *“Lev livet – livet ut”* (Livsglede for Eldre, 2005-2014).

Det er godt dokumentert at mange sykehjem kan fungere som et passiviserende oppbevaringssted, fordi det blant annet er mangel på aktivitet og stimuli til beboerne (Foss & Wahl, 2002). I Norge har Stiftelsen Livsglede for Eldre etablert konseptet Livsgledesykehjem, som det tidligere ble nevnt er en sertifisering av sykehjem for å ivareta den enkelte beboers sosiale, kulturelle og åndelige behov (Seppola, 2013). Prosessen for å sertifisere et sykehjem handler om en omgjøring av rutiner og arbeidsmåter hvor man da klarer å sette livsglede i system, dette skal føre til økt livsglede i hverdagen på sykehjemmet. Det er ni livsgledekriterier som må oppfylles for å kunne bli sertifisert som Livsgledesykehjem:

1. Alle ansatte på sykehjemmet skal vite hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer.
2. Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
3. Virksomheten skal tilrettelegge for at beboeren får komme ut i frisk luft minst en gang i uka.
4. Virksomheten skal tilrettelegge for at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
5. Virksomheten skal tilrettelegge for kontakt med dyr.
6. Virksomheten skal tilrettelegge for sang, musikk og kultur i hverdagen.
7. Virksomheten skal tilrettelegge for å skape en hyggelig ramme rundt måltider.
8. Virksomheten skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pårørende.
9. Virksomheten skal tilrettelegge for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

 (St. meld. nr. 29, 2012-2013)

* 1. **Meningsfulle opplevelser**

Undersøkelser viser at beboere på sykehjem som regel er fornøyd med fysisk pleie og omsorg, men at de i stor grad savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet (Helsetilsynet, 2003). Kirkevold & Engedal (2006 i Slettebø, 2008) har gjort en studie av omsorgskvalitet i sykehjem i Norge. Studien viser at eldre får god fysisk sykepleie, men at det var svikt når det gjaldt å dekke behovet for fritidsaktiviteter og mulighet til å komme seg ut. Psykososiale behov blir gjerne nevnt som utfordring, men på et mer underordnet nivå og ikke som et premiss for vurdering av livskvalitet (Høyland & Ribe, 2005).

Selv om den kulturelle stimulien har stor betydning for den enkeltes livskvalitet, er det er imidlertid store variasjoner i sykehjemmene når det gjelder tilbud av opplevelser (Valset, 2005). Aktivitetsteorien bygger på at ulik form for aktiviteter er gunstig, må oppmuntres og forebygger en passiv alderdom (Thorsen, 2008). De mest skrøpelige eldre har begrenset mulighet til delta i aktiviteter på egenhånd, desto viktigere blir det at de får den stimulans som ligger i opplevelser i og utenfor institusjon (Valset, 2005). Et eksempel er det å kjenne vind, sol, regn eller snø i ansiktet. Å komme ut er noe de fleste av oss tar som en selvfølge, men slik er det dessverre ofte ikke på sykehjem. Det må det aktivt legges til rette for at beboerne som ønsker, får mulighet til å komme ut (Hauge, 2005). Stimuli fra omverden har stor betydning for den eldres livskvalitet og må prioriteres (Kaasa, 2010). Westlund & Söberg (2005 i Slettebø, 2008) framhever at en salutogen tilnærming er nødvendig i eldreomsorgen, som en motsats til den innflytelsen som Maslows behovshierarki har fått. Det blir lett slik at det bare er de fysiologiske behovene som prioriteres.

Sosiologen Aron Antonovskys (1988 i Thorsen, 2008) teori om salutogenese fokuserer på faktorene som fremmer personens helse, fremfor det medisinske fokuset på sykdom (patagonese). Teorien bygger på tre komponenter:

1. Forståelighet: en enkelte har kunnskap og forståelse for sin egen livssituasjon
2. Håndterbarhet: at vedkommende opplever livet som håndterbart til tross for hindringer
3. Meningsfullhet: at vedkommende opplever livet som meningsfullt tross konsekvenser og plager

Antonovsky mener alle komponentene er viktig for at mennesket skal oppleve sammenheng i tilværelsen, samtidig som han understreker at meningsfullhet er av spesiell betydning (Antonovsky, 1988 i Fermann & Næss, 2008)

Meningsfulle kulturopplevelser kan gi bedre selvopplevd helse og livskvalitet, forebygge sykdom og lindre plager, og vil ha en positiv betydning for den gamles levetid (Knudtsen mfl., 2005 i Slettebø, 2008). Det er viktig å ivareta den enkeltes ønsker og interesser når det kommer til aktivitetsopplevelser, ellers blir resultatet fort at de eldre kun blir mottakere i fellesaktivitetene, fremfor at de deltar aktivt – noe som virker passiviserende (Hauge, 2005).

* 1. **Brukermedvirkning og myndiggjøring**

Regjering har lagt kortsiktige og langsiktige strategier for fremtidens omsorgsutfordringer. Den legger tydelige føringer for en sterkere brukerinnflytelse gjennom brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester (St.meld. nr. 25, 2005-2006).*”Retten til selvbestemmelse og til å ha makt og styring over eget liv vil være like sterk for alle”* (Askheim, 2012, s. 152). Å være avhengig av andre for å kunne dekke sine grunnleggende behov, vil for mange oppleves som mangel på autonomi og påvirke selvfølelsen (Foss & Wahl, 2002). For at beboerne på sykehjem skal kunne oppleve innflytelse på egen hverdag, er det en forutsetning at personalet legger til rette for myndiggjøring (St.meld. nr. 25, 2005-2006) og ivaretar beboernes egne ønsker (Sosial- og helsedepartementet, 2005-2015). Kaasa (2010) understreker viktigheten av at beboerne må få bestemme over det de har mulighet til, på bakgrunn av alt de har ”mistet” når de flyttet på sykehjemmet. Kaasa (2010) skriver at jo mer en person har mistet – desto mer viktig er det at beboeren får bestemme over det som er igjen. Myndiggjøring handler nettopp om at personer som er i en avmaktssituasjon skal styrkes til å opparbeide seg en kraft til å komme seg ut av denne avmakten og oppnå makt, styring og kontroll over eget liv (Askheim, 2012). Derfor bør personalet gi beboerne muligheten til å foreta egne valg som opprettholder opplevelsen av å ha kontroll over eget liv, til tross for deres sykdommer eller funksjonstap (St.meld. nr. 25, 2005-2006). Uavhengig av funksjonsnedsettelser er det viktig at mennesket ses på som et aktivt og handlende individ, som både kan og vil sitt eget beste, dersom forholdene legges til rette for det (Owren & Linde, 2011).

1. **DRØFTING**

Teorien viser at *livskvalitet* kan ses på med ulike perspektiver og i kan være vanskelig å definere på bakgrunn av at det er en individuell subjektiv opplevelse. På bakgrunn av at den ikke kan observeres direkte, må helsepersonellet tilrettelegge for at beboerne blir inkludert og får mulighet til å fremme sine interesser (Helse- og sosialdepartementet, 1999 og Næss, 1986 i Rustøen, 1991). Livskvalitet rommer alle sider ved vår tilværelse og vil ha betydning for hvordan vi opplever at våre grunnleggende behov er tilfredsstilt (Rustøen, 1991 og Valset, 2005). Våre behov er mange, men i oppgaven har jeg valgt å ha fokus på livskvalitet knyttet til behovet for meningsfulle opplevelser; som fritidsaktiviteter, kultur, fellesskap. Slike opplevelser er en viktig brikke for å oppnå en helhetlig opplevelse av livskvalitet. Både Næss og Aggernæs fremhever viktigheten med erfare noe meningsfullt for å fremme livskvaliteten (Næss, 1986 og Aggernæs, 1988 i Rustøen, 1991) - men når slike hverdagslige opplevelser er så viktige, hvorfor er ikke beboerne fornøyd med tilbudet?

Når det kommer til Regjeringen, understreker de også betydningen av meningsfulle opplevelser. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) slår fast at sosiale behov, som fellesskap og tilpassede aktiviteter, er et grunnleggende behov som kommunen har ansvar for blir ivaretatt. Formålet med Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er nettopp å sikre et individuelt tilpasset tilbud, som skal dekke den enkeltes behov og gi den enkelte mulighet til å ha et en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre. En kan derfor lure på hvorfor det tilsynelatende er en så stor mangel på individuell tilpasning og tilrettelegging av et meningsfylt liv på̊ sykehjemmene i Norge, når det i lovverket er så tydelig hva som forventes. Kirkevold & Engedal (2006 i Slettebø, 2008) og Helsetilsynet (2003) er enige om at beboerne på sykehjemmet er fornøyde med den fysiske pleien og omsorgen som blir gitt, noe som viser at omsorgstjenesten har en mer patogen tilnærming, det vil si et mer et problem- og sykdomsorientertfokus – fremfor det å bygge på den endres ressurser (salotogonese) (Antonovsky, 1988 i Thorsen, 2008). Undersøkelsene viste at beboere i stor grad savner meningsfulle opplevelser med sosial kontakt og aktivitet, som samsvarer med mine erfaringer. Noe som tyder på at beboerne ikke får den innvirkningen i tjenestetilbudet de har krav (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Verdighetsgarantiforskriften (2010) understreker også viktigheten at det tilrettelegges for en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Det er mange fine ord som nevnes i lover og forskrifter, samtidig som formålene viser seg å ikke alltid stemme over ens med hva som praktiseres. De fysiologiske behovene er selvfølgelig også vesentlige for opprettholde den enkeltes livskvalitet (Aggernæs, 1988 i Rustøen, 1991), samtidig som det er enda viktigere å være klar over at det ikke *kun* er enkelte behov som skal prioriteres. Westlund & Söberg (2005 i Slettebø, 2008) mener en salutogen tilnærming i eldreomsorgen forebygger at det *kun* er de fysiologiske behovene som prioriteres. Fokuset blir da mer rettet mot faktorer som fremmer personens helhetlige helse (Antonovskys, 1988 i Thorsen, 2008) og påvirker vår opplevelse å ”å ha det godt” (Næss, 1986 i Rustøen, 1991). Livsglede for Eldre ønsker å fremme livsglede hos alle eldre ved å stimulere til sosial, åndelig og kulturell aktivitet (Seppola, 2013), noe som også Næss og Aggernæs bekrefter har en positiv innvirkning hos den enkeltes opplevelse av livskvalitet (Næss, 1986 og Aggernæs, 1988 i Rustøen, 1991).

Regjeringen gir uttrykk for at kommunale helse- og omsorgstjenester ikke strekker til når det gjelder å innfri gjeldende føringer om blant annet kulturelle aktiviteter, det er noe jeg også opplevde som ansatt på sykehjem. Regjeringen er også klar over at utfordringen fører til sosial og kulturell nedprioritering (St. meld. nr. 25, 2005-2006) – psykososiale behov beboerne har krav på blir et underordnet nivå som fører til redusert livskvalitet (Høyland & Ribe, 2005). Regjeringens forsøk på å møte fremtidens utfordringer på dette området medførte utvikling av Rundskrivet *Aktiv omsorg*, som har som formål å opprettholde livskvalitet for den enkelte i hele livsløpet, som samsvarer med Livsglede for Eldre´s slagord: *”Lev livet – livet ut”.* *Aktiv omsorg* har fokus på kultur, aktivitet og trivsel (St. meld. nr. 25, 2005-2006), noe som harmonerer med Livsglede for Eldre´s formål. Videre uttrykker Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) også at det stadig er utfordringer knyttet til å ivareta sosial og kulturell aktivitet hos de som har behov for det. For å arbeide mot prinsippene i Rundskrivet *Aktiv omsorg* ble det bestemt at et av tiltakene skulle være å utvikle en nasjonal sertifiseringsordning for Livsgledesykehjem, som har som mål om å fremme flere av utfordringene regjeringen har uttrykt.

De ni kriteriene sertifiseringsordningen fremstiller har som mål for å sette livsglede i system og øke fokuset på sosiale og kulturelle behov hos beboerne. Jeg har valgt å trekke frem tre av Livsgledekriteriene, som jeg mener vil ha størst betydning for beboernes livskvalitet; tilrettelegging for å komme seg ut i frisk luft, tilrettelegge for at beboerne får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler og tilrettelegging for sang, musikk og kultur i hverdagen (St. meld. nr. 29, 2012-2013).

Det første kriteriet jeg ønsker å fokusere på er tilrettelegging for å komme seg ut i frisk luft. Eldre på sykehjem har ofte nedsatt funksjonsevne, som medfører reduserte muligheter til å gjennomføre aktiviteter på egenhånd. De eldre har likevel behov, som alle andre, og å bli stimulert på ulike områder er viktig for å oppnå at behovene er tilfredsstilt. Dette Livsgledekriteriet vil både forebygge passivitet og fremme livskvalitet hos beboerne (Valset, 2005 og Kaasa, 2010).

Det andre kriteriet jeg ønsker å markere er tilrettelegging for at beboerne får opprettholde sine hobbyer og interesser. Min erfaring er at mange beboere på sykehjem ikke klarer å ivareta sin rett til selvbestemmelse, dette markerer også Askheim (2012), dermed vil ulik tilrettelegging gi beboerne en mulighet for ivareta sine interesseområder og øke opplevelsen av å ha kontroll i eget liv. Som Owren & Linde (2010) sier, er mennesket et aktivt og handlende individ, som vil sitt eget beste – dersom forholdene legges til rette for det. Å legge til rette for at individet skal utvikle sine ressurser og ivareta sine interesser og hobbyer er derfor viktig for å gi beboerne mulighet for en aktiv alderdom (Disch & Lorentzen, 2012), som forebygger passivitet. Det vil øke deres opplevelse av autonomi og skape meningsfullhet i hverdagen. En meningsfull hverdag, der det tilrettelegges for at den enkelte mestrer sine interesser virker salutogent og fremmer livskvalitet (Antonovsky, 1988 i Thorsen, 2008).

Det siste Livsgledekriteriet jeg ønsker å nevne er tilrettelegging for sang, musikk og kultur i hverdagen, noe som er beskrevet som en av de største svakhetene i dagens omsorgstilbud (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Kriteriet er med på å styrke bevissthet rundt innsatsen på dette området forebygge at slike viktige opplevelser blir valgt bort. Thorsen (2008) understreker viktigheten av å forebygge en passiverende alderdom, mens Valset (2005) fremhever den kulturelle stimulienes betydning for å fremme livskvalitet.

1. **KONKLUSJON/OPPSUMMERING**

Hensikten med denne oppgaven er å understreke hvordan et Livsgledesykehjem kan bidra til å fremme livskvalitet hos eldre på sykehjem. Dette litteraturstudiet mener jeg viser at det er behov for en kulturforandring i eldreomsorgen, der fokus rettes mot det meningsfulle opplevelser for den enkelte må prioriteres. Min erfaring fra sykehjemmets passiviserende og rutinepreget hverdag, kan nok være vanskelig å komme seg ut av. Likevel mener jeg enkle og konkete Livsgledekriterier vil kunne bidra til det og fremme den enkeltes livskvalitet.

Å komme seg ut i frisk luft, opprettholde sine hobbyer og interesser, samt få mulighet til å delaktig i sang, musikk og kultur, er kriterier et Livsgledesykehjem skal rette seg mot. I dagens eldreomsorg blir de nevnte nedprioritert og regjeringen innrømmer at de kommer til kort med å klare å dekke de eldres helhetlige behov i dag og i fremtiden (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Betydningen av Livsgledekriteriene jeg viste til i drøftingen er blitt understrekt med undersøkelser og teori resulterer i at de har stor betydning for å fremme beboernes opplevelse av livskvalitet.

Denne oppgaven vil være relevant lesning for helsepersonell som jobber innen eldreomsorg. Det vil kulle være en påminnelse av viktige behov som har en tendens til å bli nedprioritert og bidra til at fokuset på meningsfulle aktiviteter fremmes på sykehjem. Videre ville det vært interessant å utføre en lengre tids deltagende observasjon på et Livsgledesykehjem og forsøkt å dokumentert hvilken effekt Livsgledekriteriene har på beboerens livskvalitet.

1. **LITTERATURLISTE**
2. Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid – floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Bilde. Hentet fra: <http://kavlifondet.no/files/2014/03/livsgledeforeldre.png>
4. Disch, P. G. & Lorentzen, G. (2012). *Aktiv omsorg – prioritering, kompetanse kompetansebehov.* (Nr. 6). Sør: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra: <https://teora.hit.no/bitstream/handle/2282/1228/Aktiv_omsorg.pdf?sequence=1> [Nedlastet 5. november 2014]
5. Fermann T. & Næss G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M., Brotkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg for den gamle pasienten*. (S. 196-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
6. Foss, B. & Wahl, A. K. (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*. (18 utg. S. 35-39). Hentet fra: <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner> [Nedlastet 7. oktober 2014]
7. Hauge S. (2005): *Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter*: I: Nord, R., Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (Red.),[*Eldre i en brytningstid.*](http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=locationsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS_ILS050216724&vid=HIT&institution=HIT&displayMode=full) (S.156-164) Oslo:  Gyldendal Akademisk
8. Helsetilsynet. (2003). *Pleie og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.* Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf> [Nedlastet 1. november 2014]
9. Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende* (NOU 1999: 2) Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/002/PDFA/NOU199919990002000DDDPDFA.pdf [Nedlastet 5. november 2014]
10. Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Mestring, muligheter og mening*. (St. Meld. Nr. 25 2005-2006) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25- 2005-2006-.html?id=200879 [Nedlastet 11. oktober 2014]
11. Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* m.m.av 24. juni 2011. Hentet fra: http://www.lovdata.no/all/nl-20110624- 030.html [Nedlastet 11. oktober 2014]
12. Høyland, K., & Ribe, Å.  (2005) Gode boligtilbud - også når helsa svikter. I: Nord, R., Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (Red.),[*Eldre i en brytningstid.*](http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=locationsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS_ILS050216724&vid=HIT&institution=HIT&displayMode=full) (131-143). Oslo:  Gyldendal Akademisk
13. Kaasa, A. (2010). *Sosialt arbeid i samarbeid med frivillige*. (1. utg.). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
14. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting* etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html> [Nedlastet 19. oktober 2014]
15. Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). Plan for brukermedvirkning - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. (Nr. 4). Oslo: Sosial – og helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf> [Nedlastet 5. november 2014]
16. Livsglede for Eldre. (2005-2014). *Om Stiftelsen Livsglede for Eldre*. Hentet fra: <https://www.livsgledeforeldre.no/om-oss.html> [Nedlastet 11. oktober 2014]
17. Owren, T. & Linde, S. (2011). *Vernepleierfaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
18. Rustøen, T. (1991). *Livskvalitet - En sykepleieutfordring*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag.
19. Seppola, S. (2013). *Livsgledesykehjem*. Trondheim: Stiftelsen Livsglede for Eldre. Hentet fra: [http://www.livsgledeforeldre.no/images/statisk/livsgledesykehjem/Sertifiseringsordnin gen\_beskrivelse\_2013.pdf](http://www.livsgledeforeldre.no/images/statisk/livsgledesykehjem/Sertifiseringsordnin%20gen_beskrivelse_2013.pdf) [Nedlastet 19. oktober 2014]
20. Slettebø, Å. (2005). Etiske forhold i den gamles liv. I: Nord, R., Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (Red.),[*Eldre i en brytningstid.*](http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=locationsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS_ILS050216724&vid=HIT&institution=HIT&displayMode=full) (S. 244-252) Oslo: Gyldendal Akademisk
21. Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I: Kirkevold, M., Brotkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg for den gamle pasienten*. (S. 57-68). Oslo: Gyldendal akademisk.
22. Valset, S. 2005. Eldres livskvalitet og samfunnets rammefaktorer. I: Nord, R., Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (Red.),[*Eldre i en brytningstid.*](http://bibsys-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=locationsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS_ILS050216724&vid=HIT&institution=HIT&displayMode=full) (s. 23-45) Oslo: Gyldendal Akademisk
23. Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* av. 12. november 2010 nr. 1426. Hentet fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20101112-1426.html [Nedlastet 12. oktober 2014]