



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Ver så snill, ikkje gå!

Please, don't go!

Av: Sandra Sølvberg Mo

Bachelor i sjukepleie, Høgskulen på
Vestlandet, campus Førde
Fakultet for helse- og sosialvitskap/ Institutt
for helse- og omsorgsvitskap/ Bachelor
sjukepleie

Rettleiar: Hilde Søreide

Innleveringsdato: 1. juni 2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel

Ver så snill, ikkje gå!

Bakgrunn for val av tema

Med høgare alder aukar sjansen for oppleving av tap av nære, og tap av sosioøkonomisk status. Dette kan føre til isolering og einsemd (World health organization, 2017). Eldre einslege er av dei med minst sosial kontakt (Statistisk Sentralbyrå, 2016). I praksis har eg opplevd einslege åleinebuande pasientar som ofte kjenner seg einsame. Dei treng nokre som kan sette seg ned og prate og lette på denne kjensla. Til tross for dette blir det sjeldan vektlagt som ein del av sjukepleia. Det er dei praktiske oppgåvene som blir prioritert. På bakgrunn av dette ynskjer eg å finne kunnskap om korleis vi kan bidra til å hjelpe desse pasientane, og i større grad vektlegge tema som einsemd og sosiale behov.

Problemstilling

Korleis bidra til å redusere einsemd hjå einslege eldre?

Metode

Dette er eit litteraturstudie, der eg nyttar pensum, forskning og rapportar som omhandlar temaet einsemd. Eg nyttar også lovverk. Eg nyttar databasane Academic Search Elite, Svemed+ og Pubmed, og bibliotekbasen Oria for å finne forskning som viser oss tidlegare funn kring tema. Eg knyter til slutt dette saman med egne erfaringar for å belyse tema.

Konklusjon

Oppgåva syner at personsentrert sjukepleie og måten sjukepleiar kommuniserer på er med på å hindre einsemd. Einsemd er eit lite synleg og svært vanskeleg tema som kan bli skugga av skam (Birkeland, 2013, s. 120). Det kan lett bli oversett, feiltolka eller nedprioritert.

Nøkkelord: Einsemd, einslege, eldre, sosialt nettverk, heimesjukepleie

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Presentasjon av tema i eit samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	1
1.3 Problemstilling og avgrensing av problemstilling.....	1
Omgrepsavklaring:	2
1.4 Vidare løysing av oppgåva	2
2 Metode	3
2.1 Søke- og utvalsprosessen	3
2.1.1 Søk etter forskingslitteratur	3
2.1.2 Val av forskingslitteratur	3
2.1.3 Søk etter anna litteratur.....	5
2.2 Kjeldekritikk.....	5
3 Teori.....	7
3.1 Mellommenneskelege forhold	7
3.2 Omsorg	7
3.3 Einslege eldre	7
3.4 Relasjon	8
3.5 Kommunikasjon.....	8
3.6 Livskvalitet.....	8
3.7 Rammar i heimesjukepleia	9
3.8 Kontinuitet.....	9
3.9 Sosiologi.....	10
3.10 Nasjonale føringar	10
4 Presentasjon av funn frå forskning.....	11
5 Korleis bidra til å redusere einsemd hjå einslege eldre?.....	13
5.1 Personsentrert sjukepleie	13
5.1.1 Tid til å lytte.....	13
5.1.2 Sjukepleiar som kontaktledd	15
5.2 God kommunikasjon for å hindre einsemd.....	16
5.2.1 Gode haldningar	17
5.2.2 Tillitsfull relasjon	17
6 Konklusjon	20
Referansar	21
Vedlegg.....	25

1 Innleiing

1.1 Presentasjon av tema i eit samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv

Dei siste 10 åra har det vore stor auke i den eldre befolkninga over 67 år (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Dette gjeld også globalt. Ifølgje World health organization (2017) vil talet eldre over 60 år nesten fordoblast innan år 2050. Med alderen følger større sjanse for utvikling av sjukdommar og funksjonsnedsettingar, oppleving av tap av sine nære, og tap av sosioøkonomisk status. Dette kan føre til mellom anna isolering og einsemd (World health organization, 2017). Eldre og einslege er dei som har minst sosial kontakt, når det kjem til både venner og familie (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Den sosiale situasjonen til eldre kan pregast av både fysiske, psykiske og sosiale forhold. Det er viktig å legge meir vekt på den psykososiale delen av pleia (Birkeland, 2013, s. 116). Det må leggjast fokus på ei meir personsentrert omsorg som tar omsyn til kvar enkelt sine behov (Thorsen, 2014, s. 69), og lyttar til kva pasientane meiner er viktig (Bindels et al., 2014, s. 186), og

1.2 Bakgrunn for val av tema

Eg var i praksis i heimesjukepleie for eit år sidan. Der opplevde eg at mange eldre heimebuande seier dei føler seg einsame og ynskjer seg nokon som kan sette seg ned og prate. Ofte har mine oppgåver som student i praksis basert seg på å lære seg rutinar, medikamenthandtering og prosedyrar. Den tida eg får til prat, er den tida det tar å dusje, gje medisin eller henge opp ein Nutrison for sondeernæring. Det eg opplever som vanskeleg, er å gå frå den einsame pasienten som ser på meg med eit blikk som ser ut til å seie «ikkje gå frå meg». Det er ikkje alltid eit veldig synleg problem, slik som eit trykksår eller ødematøse bein. Det er ikkje alltid innarbeidd i rutineane, som sårstellet eller dusjen kvar onsdag, men det er ein del av grunnleggande sjukepleie, der alle behov skal ivaretakast. Eg, som sjukepleiarstudent, følte på eit ansvar, og kom fram til mi problemstilling som skildra under.

1.3 Problemstilling og avgrensing av problemstilling

Korleis bidra til å redusere einsemd hjå einslege eldre?

Eg rettar mi oppgåve mot einslege eldre pasientar som mottar heimesjukepleie, utan avgrensing av kjønn. Oppgåva gjeld eldre som bur åleine og har avgrensa sosialt nettverk. Fokuset er retta mot den sosiale situasjonen sin samanheng og tyding i forhold til einsemd.

Omgrepsavklaring:

Eldre: I denne oppgåva er eldre dei som er 65+ år, fordi studiane i oppgåva hovudsakleg fokuserer på denne aldersgruppa. Folkehelseinstituttet definerer eldre som menneske over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2017).

Heimesjukepleie: Heimesjukepleie er helsehjelp ytt av profesjonelle for ein pasient og pasientens pårørande i eigen heim, der ein skal ivareta pasienten sine grunnleggande behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

Einsemd: Einsemd er ein smertefull og ubehageleg kjensle som inneber sagn av ynskja kontakt (Skårderud et al., 2010, s. 448).

Sosialt nettverk: Eit sosialt nettverk består av uformelle relasjonar mellom menneske som samhandlar relativt regelmessig med kvarandre (Finset, 1986, s. 13).

1.4 Vidare løysing av oppgåva

Oppgåva presenterast i ei innleiing, med bakgrunn for val av tema, problemstilling og ordforklaringar. Deretter kjem eit kapittel om metode der eg vil forklare korleis eg har gått fram for å finne litteratur og forskning, og presentere dette. I kapittel tre vil eg vise teorien eg har brukt i oppgåva mi. I kapittel fire kjem presentasjon av funn frå forskinga eg har nytta. Deretter drøftar eg problemstillinga mi ved å knyte saman teori og forskning med eigne erfaringar for å belyse tema. Eg avsluttar oppgåva med ein konklusjon.

2 Metode

Metode er noko som fortel oss korleis vi skal gå fram for å finne eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s.51). Oppgåva mi er forma som eit litteraturstudie, som baserer seg på å formulere ei tydeleg problemstilling som skal svarast på gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant litteratur og forskning (Mulrow & Oxman, 1997, (sitert i Forsberg & Wengström, 2016, s. 27)).

2.1 Søke- og utvalsprosessen

2.1.1 Søk etter forskingslitteratur

Eg var innom fleire databasar, som eg fann via høgskulen sitt bibliotek, og fann at Svemed+, Academic Search Elite (med avgrensing Cinahl med full tekst og Medline) og Pubmed var nyttige for mitt tema. Eg nytta også høgskulen si bibliotekbase, Oria, for å finne studiar som ikkje inngjekk i det andre databasane. Ved behov for omsetting av ord frå eller til engelsk, nytta eg Svemed+ og Google Translate. Eg avgrensa til studiar publisert innan dei siste 5 åra. Orda eg nytta i søka mine var basert på problemstillinga mi og ord eg fann i studiar kring dette temaet; «ensomhet/ loneliness/ social isolation», «alone», «eldre/ aged/ elderly/ old», «sosialt nettverk/ social network/ social support», «hjemmesykepleie/ home care services/ home health care/ home healthcare» og «quality of life». Eg var innom svært mange studiar i søkeprosessen, og vil difor berre vise til dei av relevans for oppgåva. For oversikt over søkeprosess med treff, sjå Vedlegg 1.

Eg fokuserte på kvantitative tverrsnittstudiar, kvalitative studiar og ein blandingsstudie, fordi dei synleggjer viktigheita av temaet på ulike måtar. Kvantitative tverrsnittstudiar seier noko om prevalens eller førekomst (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 95), og kvalitative studiar tar føre seg subjektive og heilskaplege forståingar av menneske og deira opplevingar (Nortvedt et al., 2012, s. 72).

2.1.2 Val av forskingslitteratur

Eg fann til saman seks studiar som vart vurdert som nyttige for oppgåva.

«Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings» (Bindels et al., 2014). I denne kvalitative studien frå Nederland vart 23 eldre brukarar i heimesjukepleia intervjuet. Hensikta med studien er å evaluere

om omsorga gjeven i omsorgsprogramma oppfyller behova til eldre menneske (Bindels et al., 2014, s. 179-180).

«Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie» (Kirchhoff, Grøndahl & Andersen, 2015). Denne kvantitative tverrsnittstudien føregjekk i ein austleg kommune i Noreg, og tar føre seg førekomsten av einsemd blant brukarar av heimesjukepleie, og i kva grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleia bidrar til oppleving av einsemd. Resultata er basert på utfylte spørjeskjema frå 118 brukarar i heimesjukepleia. Spørsmåla inkluderte brukarane si oppleving av einsemd, eigenskapar ved brukarane sitt sosiale nettverk og deira vurdering av kvaliteten på sjukepleia (Kirchhoff et al., 2015, s. 266).

«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» (Birkeland, 2013). Dette er ein kvalitativ studie som vart gjort i to store kommunar i Noreg. 20 pasientar som bur åleine i sin eigen heim vart intervjuja individuelt, og 6 heimesjukepleiarar deltok i gruppeintervju. Dei fortel om si oppleving kring pasienten sin sosiale situasjon når pasienten er gammal, bur åleine og mottar hjelp frå heimesjukepleia (Birkeland, 2013, s. 116-117).

«Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and perceived Life Stress» (Kadowaki, Wister & Chappell, 2015). Dette er ei blandingsstudie som føregjekk i Canada. 3244 menn og kvinner deltok. Studien samanliknar dei som får mot dei som ikkje får oppfylt behova sine i heimesjukepleie med tre indikatorar for «Quality of life» (livskvalitet); tilfredsheit, einsemd og stress (Kadowaki et al., 2015, s. 75).

«Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone» (Stanley, Conwell, Bowen & Van Orden, 2013). Dette er ein kvantitativ tverrsnittstudie frå USA, der 830 eldre menn og kvinner som nyttar seg av heimesjukepleie vart plukka ut i Rochester-området i New York for å svare på ei spørjeundersøking. Hensikta med studien var å finne assosiasjonane mellom einsemd og det å eige kjeledyr, og kjeledyr som potensiell kjelde til sosial tilhørslse (Stanley et al., 2013, s. 394-395).

«Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care» (Kajonius & Kazemi, 2015). Denne kvantitative tverrsnittstudien baserer seg på spørjeskjema utfylt av 95,000 eldre deltakere fra sjukeheimar og heimesjukepleie i Sverige. Studien såg på kva som påverkar tilfredsheita hos eldre i eldreomsorga når det kjem til personlege faktorar (angst, helse og einsemd) og prosessfaktorar (behandling, tryggleik, tilgjenge på personale og tid). Den samanliknar resultat frå heimesjukepleie og sjukeheimar (Kajonius & Kazemi, 2015, s. 928).

2.1.3 Søk etter anna litteratur

Mesteparten av bøkene eg nyttar kjem frå pensumlista på heimesida til skulen: «Sykepleie i hjemmet» (Birkeland & Flovik, 2014), «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold, Brodtkorp & Ranhoff, 2014), «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2017), «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» (Grov & Holter, 2015), «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2012), «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012), «Omtanke» (Nortvedt, 2016), «Bære eller bryte» (Røkenes & Hanssen, 2012) og «Psykiatriboken» (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Gjennom ei pensumbok oppdaga eg boka «Samfunnsliv: Innføring i sosiologiske tenkemåter» (Martinussen, 2001). «Att göra systematiske litteraturstudier: värdering, analys och presentation» (Forsberg & Wengström, 2016) fann eg ved å lese gjennom tidlegare bacheloroppgåver. Bøkene «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (Travelbee, 1999) og «Familien og det sosiale nettverket» (Finset, 1986) fann eg ved å søke på bibliotekbasen Oria. Eg søkte manuelt på nettet for å finne lovdata si side, og søkte derifrå etter lover og forskrifter. Eg gjorde også manuelle søk for å finne fram til rapportane «Samhandlingsreforma», «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» og «Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger», statistikk om aldring frå Statistisk Sentralbyrå og World Health Organization, og «Yrkesetiske retningslinjer». Kjeldekritikk fann eg på Kildekompasset, som eg fann via nettsida til skulen.

2.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å gjere greie for om litteraturen ein nyttar er truverdig og relevant (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). Eg nyttar studiar både på engelsk og norsk, som ikkje er eldre enn 5 år, og annan litteratur som hovudsakeleg ikkje er 10 år og yngre, med nokre unntak. Litteraturen eg nyttar er relevant og omhandlar tema einsemd, heimesjukepleie, sosialt nettverk og/ eller sosial omsorg. Studiane skulle omhandle eldre pasientar over 65 år, og studiane skulle kome frå land som liknar Noreg. Kildekompasset si nettside fungerte som kjeldekritikk for alle utvalde studiar, mellom anna for å forsikre om at studiane følgjer IMRAD-strukturen (innleiing, metode, resultat og diskusjon)

(Kildekompasset). Bøkene eg nyttar kjem hovudsakleg frå pensumlista i sjukepleiarutdanninga, som eg ser på som sikre kjelder. Internasjonal litteratur har eg nytta for å vise relevans for tema på verdsbasis. Svakheita med metoden min er at eg tolkar andre sitt arbeid, og spesielt ved engelskspråkleg litteratur er sjansen for feiltolking høgare. Ein anna svakheit er mi eiga forforståing kring temaet medan eg vurderer og skriv frå litteraturen. Det kan finnast meir relevant litteratur som eg ikkje har funne eller hatt tilgang til. Nokre studiar omhandlar også deltakarar under 65 år. Dette kan gje lågare relevans for resultata. Eg valde likevel å inkludere desse, anten fordi studiane tar omsyn til aldersvariablar, eller fordi dei fleste av deltakarane er over 65 år.

3 Teori

3.1 Mellommenneskelege forhold

Amerikansk sjukepleiarteoretikar Joyce Travelbee (1999) definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess, der sjukepleiaren hjelp eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebygge eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning, og å finne meaning i erfaringane. Sjukepleiar og pasient påverkar kvarandre i ein stadig prosess som er resultatet av samspelet mellom dei. (Travelbee, 1999, s. 29-30). I sjukepleie kan det skje ein menneskeleg reduksjonsprosess, der ein ikkje ser sjuke menneske som menneske, men som ein sjukdom eller ei oppgåve (Travelbee, 2001, s. 64). I eit menneske-til-menneske forhold, derimot, stiller ein seg til kvarandre som unike menneskelege individ. Eit slikt forhold er godt, konstruktivt, gjensidig, og tar vare på den sjuke sine behov (Travelbee, 1999, s. 171-177).

3.2 Omsorg

Ifølgje norsk sjukepleiar og filosof Martinsen (1989) er omsorg ein sosial relasjon. Omsorg vil seie at ein evnar å vise forståing for andre. Omsorg skal vere ekte, og ein må stille seg til andre med haldningar som anerkjenner situasjonen til den andre personen (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 44). Det er viktig at sjukepleiar si haldning ikkje er prega av likesæle og lite engasjement (Travelbee, 1999, s. 153). Omsorg er knytt til empati (Nortvedt, 2016, s. 71). Empati er evna til å forstå andre sine subjektive og personlege opplevingar og erfaringar (Nortvedt, 2016, s. 112). Personsentrert omsorg er individualisert pleie og omsorg, retta mot den enkelte sine særeigne behov (Thorsen, 2014, s. 69).

3.3 Einslege eldre

Eldre er definert som menneske over 65 år (Folkehelseinstituttet, 2017). Å bu åleine og vere einsleg vil seie at personen bur åleine i sin eigen bustad og kanskje er mykje åleine (Victor, Scambler, Shah & Cook, 2002, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69). Det treng ikkje bety at dei er einsame eller isolert, men for nokre er det nettopp det som skjer (Birkeland & Natvig, 2009, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69)). Eit menneske er sosialt isolert når det misser kontakten med omverda. Dette kan kome av geografiske avgrensingar, fysisk handikap eller avgrensa nettverk, sistnemnde ofte grunna dødsfall. Ufrivillig sosial isolasjon kan opplevast som svært vanskeleg. Einsemd handlar om korleis mennesket har det med seg sjølv i kontakt med andre. Det er ei indre kjensle (Birkeland & Flovik, 2014, s. 69-70).

3.4 Relasjon

Integritet stammar frå det latinske *integritas*, som tyder å vere heil (Andersson, 1994, (Sitert i Kirkevold, 2014, s. 95)). Levine (1991) snakkar om pasienten sin sosiale integritet som grunnleggande prinsipp i sjukepleie. Det vil mellom anna seie at sjukepleiar respekterer og kjenner til den sosiale, kulturelle og etniske bakgrunnen til pasienten (sitert i Kirkevold, 2014, s. 98). For å yte integritetsbevarande sjukepleie er det viktig å etablere ein ivaretakande relasjon (Mahoney, LaRose & Mahonet, 2013; Evardsson, Varrailhon & Edvardsson, 2014, (sitert i Kirkevold, 2014, s. 103)). Relasjon er kontakten mellom pasienten og sjukepleiaren. Menneske er avhengig av fellesskap i ein sosial samanheng, som også heimesjukepleia er ein del av (Martinsen, 2003; Alsvåg & Gjengedal, 2000, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 26)). Ein relasjon er prega av tillit og tryggleik (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 242). Ein utviklar tillit når ein kan stole på at det som blir sagt, er sant. Dette har ein livsverdi (Hummelvoll & da Silva, 2012, s. 91). Ifølgje Kants «universaliserbarhetskrav på etiske maksimer eller normer», er tillit ein føresetnad for ekte fellesskap og samver (sitert i Hummelvoll & da Silva, 2012, s. 91). Relasjonar kan også opplevast som vanskelege og negative, til dømes ved at ein blir undervurdert av den andre parten (Dahl, 2012, (sitert i Eriksen, 2015, s. 893)).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er når sjukepleiaren og den sjuke observerer kvarandre, og utvekslar tankar, kjensler og haldningar. Det er gjennom kommunikasjonen at sjukepleiaren formidlar omsorg for andre, og dette skjer ofte non-verbalt gjennom blikkontakt og måten tenestene blir utført på. Intensjonane til sjukepleiaren og hans/ hennar oppfatning av den sjuke blir kommunisert i pleiesituasjonen. Dersom sjukepleiar ikkje viser interesse for den sjuke, vil den sjuke reagere tilsvarande mot dette (Travelbee, 1999, s. 137-138). Ein av årsakene til kommunikasjonssvikt kan vere at sjukepleiaren lar vere å lytte til pasienten. Å lytte er ein aktiv prosess som krev at ein gjev heile si merksemd til pasienten. Mangelfull lytting kan oppfattast som interesseangel (Travelbee, 1999, s. 160-161).

3.6 Livskvalitet

Å bu heime sjølv om ein er hjelpetrengande bidrar i stor grad til eit sjølvstendig og uavhengig liv, noko som kan bety mykje (Hinck, 2004, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 29)). Ei meir praksisnær omtale av omgrepet livskvalitet er trivsel og velvære (Næss, 2001, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 29)). Når ein vurderer livskvaliteten til pasienten er viktige faktorar evne til å føle samhøyr og sosial

kontakt, samt moglegheit for aktivitet og underhaldning (Birkeland & Kristoffersen, 2004, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 29)).

3.7 Rammar i heimesjukepleia

Heimesjukepleie blir utøvd i heimen til pasienten, og sjukepleiaren kjem inn på det private området til pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13). Heimesjukepleia er eit alternativ til institusjonsomsorg, noko mange eldre set pris på, fordi dei med dette tilbodet kan leve meir eller mindre som dei vil (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13-15). Samhandlingsreforma legg fram at helsetenesta skal gå i ei ny retning, med større fokus på førebygging og tidleg innsats. I tillegg blir brukarmedverknad i større grad vektlagt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Brukarmedverknad vil seie at ein forstår korleis den andre opplev si verd, at ein anerkjenner den andre som ein likeverdig, aktiv samarbeidspartnar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 38). Målet med samhandlingsreforma er mellom anna at tilbodet i kommunane skal bli betre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Noreg har fleire utfordringar i høve prioritering, som gap mellom ressursar og behov, gap mellom mål og resultat og manglar i rammeverk. Ein må prioritere ressursbruk i form av sengeplassar, utstyr, transport, tid og merksemd. Dette kan vere vanskeleg. Interessene er mange og konsekvensane kanskje store (Norges offentlige utredninger, 2014, s. 16-18). Å seie ja til ein, tyder kanskje å seie nei til nokon andre (Norges offentlige utredninger, 2014, s. 31). I heimesjukepleia følger ein førehandsdefinerte oppgåver, og skal utføre desse på ei viss tid. Det er ikkje avsett tid til fortolking og omprioritering. Ein kan tenke seg dette tidspresset som ei stoppeklokke (Tønnessen & Nortvedt, 2012, (sitert i Fermann & Næss, 2014, s. 254)). Prioritering ser ut til å skje på grunnlag av tid heller enn pasienten sine behov (Fermann & Næss, 2014, s. 254). Både lav bemanning og tidspress går utover kvaliteten på pleietilbodet (Gautun & Hermansen, 2011, (sitert i Brodtkorp & Ranhoff, 2014, s. 207)).

3.8 Kontinuitet

Kontinuitet har ein relasjonell, administrativ og informativ karakter (Olsen, 2013, (sitert i Fermann & Næss, 2014, s. 255)). Den relasjonelle kontinuiteten handlar om relasjonane ein etablerer mellom heimesjukepleiar og pasient (Fermann & Næss, 2014, s. 255). Å ha nokre faste som kjem på besøk kan redusere kjensla av uføreseie (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014, (sitert i Fermann & Næss, 2014, s. 255)). Fugelli (2010), professor i sosialmedisin, seier at kontinuitet heng saman med kvalitet, og difor er det viktig å bygge eit trygt, nært og opent forhold over tid (sitert i Trier, 2015, s. 899).

3.9 Sosiologi

Sosiologi er læra om samfunnet og relasjonane mellom menneske og grupper som utgjør samfunnet (Martinussen, 2001, s. 13). Dahlgren og Whitehead (1991) skildrar ein sosial helsemodell med ulike faktorar som avgjer menneske sin helsetilstand. Inst i sirkelen er biologiske og generiske faktorar, vidare følgjer individuelle faktorar, deretter sosialt nettverk, leve- og arbeidsvilkår, og til slutt generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige føresetnadar. Alle faktorane har innverknad på eit individ sin sosiale situasjon (sitert i Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 14-15). Maslow's behovspyramide framstiller sosiale behov som grunnleggande. Tilhøyrslø, fellesskap, kjærleik, venskap og ei kjensle av aksept er nokre av desse (sitert i Eriksen, 2015, s. 891). Sosial aktivitet er noko som skjer i samspel med andre. Denne aktiviteten kan oppretthalde stabil glede (Lerdal & Grov, 2015, s. 824).

3.10 Nasjonale føringar

I Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene står det at tenesteapparatet og tenesteytarar skal sikre at brukarane får tenestene dei har behov for til rett tid. Ein skal sørge for at pasienten opplever respekt, føreseielegheit og tryggleik i høve tenestetilbodet. Ein skal også sørge for at sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet blir ivaretekne (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det at sjukepleiar skal ivareta pasientane sine behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Helse- og omsorgstjenesteloven seier at tenestene skal vere forsvarlege. Dette vil mellom anna seie at pasient eller brukar skal motta heilskapleg og koordinert helse- og omsorgstenestetilbod, at dei skal gis eit verdig tenestetilbod og at tilstrekkeleg fagkompetanse skal sikrast i tenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Verdighetsgarantiforskriften seier at omsorga skal tilretteleggast slik at den bidrar til ein verdig, trygg og meiningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §1).

4 Presentasjon av funn frå forskning

«Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings» (Bindels et al., 2014). Studien skildrar korleis tap av nære personar kan resultere i einsemd. Det er mange som av ulike årsaker ikkje har kontakt med familien. Fleire av pasientane er avhengige av andre for å komme seg ut grunna funksjonsnedsetting eller sjukdom. Etter tap av ektefelle er det fleire som ikkje deltar like mykje i sosiale aktivitetar, noko som resulterer i at dei misser sitt sosiale nettverk. Nokre føler også at dei ikkje er til nytte for andre lenger, og ventar på å få døy fordi dei trur ingen vil sakne dei (Bindels et al., 2014, s. 183-184).

Pasientane skildrar sjukepleiarane som ein ressurs for å gjenopprette kontakt med andre og å kjenne tilhøyrse. Sjukepleiarane overtar oppgåvene som familiemedlem har gjort tidlegare. Samstundes fungerer sjukepleiaren som eit kontaktledd, og får pasientane i kontakt med andre profesjonelle. Dei kjenner seg trygge når dei har ein sjukepleiar å kontakte. Pasientane set pris på om sjukepleiar tar seg tid til å prate. Sjukepleiar har ei rolle som aktiv lyttar. Slik kan pasientane få uttrykk for indre tankar. Det er viktig at det er ein sjukepleiar som pasientane kjem overeins med (Bindels et al., 2014, s. 185-186).

«Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie» (Kirchhoff et al., 2015). Studien seier at 19,5% av deltakarane i studien opplever einsemd ofte eller alltid, medan mesteparten, 40,7%, opplev det innimellom. Alder har ikkje mykje å seie, men åleinebuande har større sjanse for å føle seg einsame. Det er også funn som viser signifikante samanhengar mellom einsemd og kvaliteten på relasjonar. Det er svært viktig for pasientane å ha ein fortruleg å snakke med, og tilsette i heimesjukepleia blir også sett på som fortrulege. Omfang, frekvens eller varigheit av tilbodet er ikkje av stor betydning i forhold til einsemd. Derimot er det funne at pasientane ynskjer ei meir personsentrert tilnærming på pleia, og det er viktig at personale har kompetanse og profesjonalitet. Viktigast for kvalitet på pleia er at pasientane sine behov og ynskjer går framfor fastlagte rutinar (Kirchhoff et al., 2015, s. 271-276).

«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» (Birkeland, 2013). Funna i denne studien er at einsemd ikkje er eit omfattande problem i heilskap. Å vere einsleg og åleine tyder ikkje alltid på at ein er einsam. Det er likevel somme som opplev einsemd og sosial isolasjon. Men einsemd er ikkje eit ord som blir brukt mykje, og det verkar for pågåande å spørje direkte om temaet. Omgrepet er prega av teiing og tvitydighet. Dette kan gjere det utfordrande for sjukepleiarar å tolke signal på einsemd og sosiale vanskar. Nokre gongar er det sjukepleiarane som opplev pasientane som einsame, utan at dette

kanskje stemmer. Dess eldre ein blir, dess større er fråfall av det sosiale nettverket. Dette påverkar pasientane både emosjonelt, praktisk og sosialt. Det er vanskelegare for nokre av pasientane å komme seg ut av huset på eiga hand. Einsemd kan også kome som ein emosjonell reaksjon på tap av nære. Sosialt går vanskane på at pasienten ikkje lenger er ein aktiv del av eit gjensidig nettverk, sidan nettverket forsvinn (Birkeland, 2013, s. 118-120).

«Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and perceived Life Stress» (Kadowaki et al., 2015). Funna indikerer at positive sosiale relasjonar kan redusere einsemd. Dersom pasientane føler pleiebehova i heimen blir oppfylt, kan dette resultere i mindre einsemd. Opplevinga av einsemd kan styrkast av faktorar som funksjonsnedsetting og det å vere ugift (Kadowaki et al., 2015, s. 81-82). Hjelp frå heimesjukepleia med å auke sjølvstende og sjølvkjensle og å vedlikehalde sosial kontakt kan vere med på å fremje individuell, sosial og miljømessig motstandsdugleik (Kadowaki et al., 2015, s. 84).

«Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone» (Stanley et al., 2013). Studien viser at prevalensen av einsemd er høgare hos dei som ikkje eiger kjeledyr. Førekomsten av einsemd hos kjeledyreigarar er 36% lågare. Det viser seg også at dei som bur åleine utan kjeledyr, har spesielt høg sjanse for å oppleve einsemd (Stanley et al., 2013, s. 395-396).

«Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care» (Kajonius & Kazemi, 2015). Det er funne at einsemd har samanheng med tilfredsheit i omsorga, men at pasientar i heimesjukepleia generelt opplev meir tilfredsheit og mindre einsemd enn dei på sjukeheimar. Pasientar som bur heime kjenner seg og tryggare enn dei på sjukeheimane, og helsepersonalet blir oppfatta som meir tilgjengelege. Prosessfaktorar, altså tryggleik, korleis ein blir behandla av personalet, og tilgjenge av personale framstår som viktigast for opplevd tilfredsheit. Mønsteret skildrar at med aldring blir helsa verre. Av dette følger angst og deretter einsemd. Dette heng saman med generell tilfredsheit. Funna indikerer at tryggleik og god behandling er effektive motstandsfaktorar mot vanskar i aldringa sett i samanheng med einsemd (Kajonius & Kazemi, 2015, s. 931-933).

5 Korleis bidra til å redusere einsemd hjå einslege eldre?

I drøftinga vil eg belyse tema med egne erfaringar, forskning og anna litteratur. Eg skal diskutere korleis personsentrert sjukepleie og kommunikasjon kan vere med på å hindre einsemd.

5.1 Personsentrert sjukepleie

I heimesjukepleiepraksis følgde ein sjukepleiar til ein pasient eg ikkje hadde vore hos før, Fru Olsen. Ho smilte og verka glad for at vi kom på besøk. Pasienten budde åleine litt ute på landet, var ganske gammal, og klarte seg for det meste sjølv. Vi hjelpte pasienten med praktiske oppgåver, prata smått innimellom, og deretter var besøket over. Pasienten byrja å hulke og grine like før vi skulle gå. Når eg sette meg ned med ho, sa ho at ho var alltid er einsam, og ynskja at nokon kunne sitte og prate. Eg satt der ei stund med pasienten, det var vondt å sjå Fru Olsen ha det sånn. Litt etter snudde sjukepleiaren seg til meg og kviskra «vi må berre gå, elles blir vi verande her lenge, ho er sånn kvar gong». Når eg tenker tilbake skulle eg ønske eg protesterte meir enn eg gjorde, men det var vanskeleg når sjukepleiaren argumenterte med at vi hadde andre som trengte oss. For det stemte jo. Eg lurte på kvifor det ikkje var satt av tid til sosialt samver med denne pasienten. Tidspresset blir ei stadig unnskyldning - ein må difor finne ein måte å unngå dette på.

5.1.1 Tid til å lytte

Ifølgje Birkeland og Natvig (2009) kan pasientar som bur åleine og har lite sosialt nettverk oppleve einsemd (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69). Fru Olsen er einsam, men det verka som at behova til hennar vart meir eller mindre oversett. I sjukepleie kan det skje ein menneskeleg reduksjonsprosess, der ein ikkje ser sjuke menneske som menneske, men som ein sjukdom eller ei oppgåve (Travelbee, 2001, s 64). Dette kan resultere i at pasienten opplever sinne, sorg eller depresjon, avhengig av kven det gjeld. (Travelbee, 1999, s. 68). Med Fru Olsen var der ikkje noko menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient, for eit slikt forhold er godt, konstruktivt, gjensidig, og tar vare på den sjuke sine behov (Travelbee, 1999, s. 171-177). Sjukepleiarar skal ivareta pasientens behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Som sjukepleiarstudent merkar eg ofte tidspress, Fru Olsen er berre ein av mange. Ein må gjere vanskelege val angående prioritering av tid og merksemd. Seier ein ja til Fru Olsen, seier ein kanskje nei til Fru Hansen, som treng oss minst like mykje. Interessene er mange og konsekvensane kanskje

store (Norges offentlige utredninger, 2014, s. 16). Sosiale behov kjem dermed ofte i andre rekke når ein skal prioritere. Pasientane skal få eit verdig tenestetilbod (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1), men det er ikkje nok personale å spele på til alle pasientane som treng vår tid. Tidspresset vil ikkje bli mindre i framtida. Sjansane for sjukdommar og funksjonstap aukar med alderen, og vi blir eldre enn tidlegare. Det er auke på talet eldre i befolkninga (World health organization, 2017).

Einsemd blir forbunde med noko taust og vanskeleg. Det ligg ein viss skam rundt temaet (Birkeland, 2013, s. 120, Bindels et al., 2014, s. 186). Desse faktorane kan vere med på å skuggelegge temaet. I studien til Kajonius og Kazemi (2015) kjem det fram at einsemd er eit større problem på sjukeheimar enn i heimesjukepleia, og at ein i sjukeheimane bør ein investere meir tid med pasientane (Kajonius & Kazemi, 2015, s. 931). Dette kan vere sant for nokre, men grunna skam og tausheit rundt temaet einsemd, er det viktig å også ta omsyn til heimebuande pasientar som er einslege og har mangel på sosialt nettverk. Nokre må høyre stemma deira. For det er nettopp desse pasientane som kan vere utsette for einsemd (Birkeland & Natvig, 2009, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69)). Fru Olsen klarer seg for det meste sjølv, og treng lite hjelp til fysiske behov, men ho er einsam. Hennar ynskje er å ha nokon som kan sitte hos ho, men det er berre avsett tid til praktiske oppgåver som står i ein tiltaksplan laga for fem år sidan. Pasienten si stemme forsvann når sjukepleiarane ikkje lenger lytta etter hennar behov. Det oppstår ei kommunikasjonssvikt dersom ein ikkje lyttar til pasienten, og det kan oppfattast av pasienten som interesseangel (Travelbee, 1999, s. 160-161), noko som kan gjere det vanskeleg for pasienten å vere open. Eg meiner vi må dra temaet einsemd ut av skuggen, normalisere det og snakke om det. Brukarmedverknad må bli meir vektlagt (Helse og Omsorgsdepartementet, 2014). Dette krev at sjukepleiar kan forstå pasientens situasjon, og anerkjenne pasienten som ein likeverdig samarbeidspartnar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 38).

Vi ser at lytting og tid til prat er ei viktig del av omsorga (Bindels et al., 2014, s. 186). Ved å lytte til korleis pasienten har det i sin sosiale situasjon, og samtale kring vanskelege tema som einsemd, kan vi lettare kartlegge pasienten sin situasjon og unngå feiltolkingar og oversjøing av problemet (Birkeland, 2013, s. 121). Sjeldan har eg spurt ein pasient «er du einsam?», men så har det hendt at pasientar har sagt det til meg på eige initiativ, slik som Fru Olsen gjorde. Det er ikkje alle som gjer dette. Det er difor viktig å legge temaet på dagsorden, og gjere det lettare å kartlegge og setje i gong tiltak. Studien til Birkeland (2013) viser at nokre gongar er det sjukepleiarane som opplev pasientane som einsame (Birkeland, 2013, s. 119). Dette er praktisk talt ikkje mogleg, sidan det er ei indre kjensle, og sjølv om ein er åleine og einsleg, er ein ikkje nødvendigvis einsam (Birkeland & Natvig,

2009, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69)). Kanskje er det verre å ikkje fange opp einsemda til ein pasient (Birkeland & Flovik, 2014, s. 73). Sjølve har eg aldri vore med på eller høyrd noko om kartlegging av einsemd. Ein må finne eit godt system og danne gode rutinar for å kartlegge einsemd hos pasientar, slik at ein kan hindre feiltolkingar (Birkeland, 2013, s. 119) og uforsvarleg sjukepleie.

Eg har fleire gongar sett sjukepleiarar som utfører uforsvarleg sjukepleie som følgje av tidspresset. «Nyt det når du kan. Når ein er student kan ein velje å ta seg tid» seier sjukepleiarane til meg. Eg meiner at heller enn eit val frå mi side, burde pasienten sine behov vere ei føresetnad for all sjukepleie. Personsentrert omsorg er retta mot den enkelte sine særeigne behov (Thorsen, 2014, s. 69). Pasientar som får oppfylt sine behov i heimane, opplev mindre einsemd og har høgare livskvalitet (Kadowaki et al., 2015, s. 84). Det er nødvendig å fokusere meir på den sosiale støtta ein tilbyr pasientane som ein del av pleietilbodet, slik at ein kan minske sjansen for sosial isolasjon og einsemd (Kadowaki et al., 2015, s. 85). Ein gong opplevde eg at ein sjukepleiarar sa «vi reiser til pasienten fordi han likar at vi kjem og pratar litt». Dette er eit steg i riktig retning, men det er ikkje noko eg har opplevd som eit stort fokus i heimesjukepleia. Det er sjeldan innarbeidd i planane. Fru Olsen fekk ikkje dette tilbodet, sjølv om ho klart gav uttrykk for at ho trengte det. Tidsmangel går ofte negativt utover den sosiale kontakten. Korleis ein nyttar tida, til dømes ved å setje seg ned i fem minutt med pasienten, tyder mykje for mange (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 74).

5.1.2 Sjukepleiar som kontaktledd

Einsemd oppstår ofte dersom ein har avgrensa sosialt nettverk i kombinasjon med at det er vanskeleg å gjenopprette kontakt. Som sjukepleiar kan ein hjelpe pasientane å gjenopprette kontakten. Sjukepleiar blir pasientane sitt kontaktledd (Bindels et al., 2014, s. 185). Kjeledyr kan vere ei potensiell kjelde til sosial tilhøyrsløse, og kan minske opplevd einsemd (Stanley et al., 2014, s. 394). Kanskje kan kjeledyr delvis ta over rolla heimesjukepleiaren ikkje alltid klarar å fylle. Dersom pasient ynskjer, kan sjukepleiar ta kontakt med dei som tilbyr dette, slik at pasienten kan få prøve tilbodet. Som vi har sett, er tilhøyrsløse, fellesskap og kjensla av å vere akseptert nokre av dei grunnleggande sosiale behova i Maslow's behovspyramide (sitert i Eriksen, 2015, s. 891). Kjeledyr kan gje pasientane ei kjensle av at dei tyder noko for eit anna levande vesen, og at dei er til nytte. Dessutan kan det føre til at pasienten kjem seg ut av huset oftare (Stanley et al., 2014, s. 397). Eg har opplevd dette i praksis, men det er sjølv sagt avhengig av at den eldre klarar å ta vare på eit anna vesen. Dersom den eldre ikkje skulle klare dette ansvaret, og det går utover helse og økonomi, er ikkje dette gunstig (Stanley et al., 2013, s. 397). Sjukepleiar bør kartlegge effekten av tiltaket, og sjå om pasienten har

positivt utbytte, eller om det blir ein stressfaktor (Wagnild & Grupp, 1991, (sitert i Kadowaki et al., 2015, s. 85)). Ein annan måte ein kan gjere det på, er å tilby pasientane besøkshundar, noko eg ser meir og meir på sjukeheimar. Sjukepleiar si oppgåve blir å sette pasientar som ynskjer det i kontakt med den aktuelle organisasjonen. Kanskje kan pasienten vere med på tur med hund nokre gongar i veka.

Fellesskap, og dei hyggelege fordelane ved å dele aktivitetar, kan føre til positive kjensler, motstandsdugeleik og styrking av sjølvbiletet (Rook, August & Sorkin, 2011, (sitert i Eriksen, 2015, s. 859). Moglegheit til å føle samhøyr og sosial kontakt, og moglegheit for aktivitet og underhaldning, er viktige faktorar for god livskvalitet (Birkeland & Kristoffersen, 2004, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 29)). God livskvalitet er ein pasientrettigheit (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Fru Olsen hadde mista partneren sin. Dette var noko som gjorde at ho deltok mindre i sosiale aktivitetar, og det igjen gjekk utover det sosiale nettverket. Dermed var moglegheitene for sosial aktivitet avgrensa til den tida sjukepleiaren kunne bruke på besøket. Sjukepleiarane bør lage ein tiltaksplan som inkluderer sosiale aktivitetar, og arrangere sosiale aktivitetar saman med pasientane dersom dei ynskjer det, eller oppmuntre pasientane til å delta på slike. Sjukepleiar kan sjølv delta i aktivitetane, eller tilby å sette pasienten i kontakt med menneske som tidlegare var ein del av nettverket. Sjukepleiar kan også motivere pasient til å delta i arrangement for å møte nye menneske. Desse kan gjerne vere i same situasjon som pasienten. Eg har vore med på liknande arrangement i praksis, og det var for fleire av pasientane dagen sitt høgdepunkt. Her var det dei som budde i omsorgsbustad eller på sjukeheim som deltok. For at dette tilbodet skal bli meir tilgjengeleg også for dei som bur heime, kan det vere ein idé at sjukepleiar får spesifikk funksjon som sosial støtte (Kadowaki et al., 2015, s. 85). Slik blir det kanskje vanskelegare å oversjå sosiale behov, eller å oppleve tidspress. Tilbodet vil kanskje ikkje passe for alle. Det finnast pasientar som opplev einsemd sjølv i samvær med andre (Bindels et al., 2014, s. 184). I dette tilfellet trengs det kanskje meir kartlegging og ei anna tilnærming.

5.2 God kommunikasjon for å hindre einsemd

I praksis som andreårig sjukepleiarstudent møtte eg ein svært flink sjukepleiar. Ho nytta tida hos pasientane så godt ho kunne. Måtte ho vere hos pasientane lenger enn planlagt, gjorde ho alt ho kunne for å få det til, og delegerte oppgåver ho ikkje rakk. Ein dag skulle vi besøke ein ny pasient, Herr Johansen. Då eg spurte kva vi skulle hos pasienten, fekk eg som svar: «Nei, vi skal sitte og drikke litt kaffi, spele kort og prate. Herr Johansen bur åleine og han likar å fortelje vitsar», svarte ho då. Eg

vart svært positivt overraska. Vi satt og lo og skratta saman med pasienten, som om vi var på besøk hos ein slektning. Sjukepleiaren og pasienten kommuniserte som om dei var nære kvarandre. Det var naturleg og gjensidig. Slik burde det vere, tenkte eg. Pasientar som treng sosial kontakt, burde få slike tilbod. Denne dagen kunne eg gå stolt heim og tenke «jammen er det kjekt å vere sjukepleiar».

Birkeland og Natvig (2008) snakkar om faktorar som er viktig for ivaretaking av sosiale behov hos pasientane, mellom anna omsorga ein utøver, kva person som besøker pasienten, korleis personen kommuniserer, innhaldet i kommunikasjonen, kontinuitet og fagleg dugleik hos dei tilsette (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 73).

5.2.1 Gode haldningar

Tidsmangel går ofte utover den sosiale kontakten, men også korleis tenesteytar oppfører seg (Birkeland & Natvig, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 75)). Eg nemnte tidlegare at sjølv pasientar som får sosiale behov dekkja, kan kjenne seg einsame. Kanskje er det haldningane vi må tenke meir på. Gjennom omsorga ein utøver, utviklar ein eit forhold som kan resultere i eit slags vennskap og sosial støtte, og det er viktig å vise gjensidig interesse (Roe, Whattam, Young & Dimond, 2001, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 74)). Ein må møte pasientane med positivitet og godt humør (Birkeland & Natvig, 2008, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 75)). Samstundes er det viktig at tenesteytar held på sin profesjonalitet og ikkje viskar ut grensene mellom profesjonell og privatperson (Roe et al., 2001, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 74)). Ved empati deltar ein samtidig som ein står utanfor som eit anna menneske (Travelbee, 1999, s. 193). Omsorg skal vere ekte. Ein må stille seg til andre med haldningar som anerkjenner situasjonen til mennesket ein møter (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 44). Haldningane skal ikkje vere prega av likesæle og lite engasjement (Travelbee, 1999, s. 153). Det er viktig for pasientane å bli behandla med respekt (Kajonius & Kazemi, 2016, s. 933). Sjukepleiaren som eg reiste saman med til Herr Johansen var blid, positiv, naturleg og profesjonell. Ho viste interesse for pasienten både med kropp og språk, og det var gjensidig. Ein kan oppnå mykje med gode haldningar. Det handlar om korleis tenesteytaren kommuniserer intensjonane sine til pasienten (Travelbee, 1999, s. 137).

5.2.2 Tillitsfull relasjon

Relasjonar er så grunnleggande i eit menneskeliv, at livet utan er utenkeleg for dei fleste (Nortvedt, 2016, s. 71). Då er det kanskje ikkje så rart at fleire opplever einsemd når dei bur åleine og har mista

dei nærmaste (Birkeland & Natvig, 2009, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 69)). Kvalitet i relasjonane har stor tyding for pasientane (Kirchhoff et al., 2015, s. 278). Kvalitet baserer seg på om det er gjensidigheit i relasjonen, og at ein er viktig for nokon andre (Kirchhoff et al., 2015, s. 278). Positive sosiale relasjonar kan redusere einsemd (Kadowaki et al., 2015, s. 81-82). Relasjon er dessutan viktig for integritetsbevarande sjukepleie (Mahoney et al., 2013; Evardsson et al., 2014, (Sitert i Kirkevold, 2014, s. 103)). Levine (1991) seier at den sosiale integriteten eit av dei grunnleggande prinsippa i sjukepleie (Sitert i Kirkevold, 2014, s. 98). Det er også viktig å ha ein fortruleg i nettverket. For mange er sjukepleiar den fortrulege i deira nettverk, noko sjukepleiarane må vere meir bevisst på (Kirchhoff et al., 2015, s. 279). For at pasienten skal tiltru seg og vere open om tankar og problem, er det nødvendig å opprette eit tillitsforhold (Bindels et al., 2014, s. 186). Eit forhold bygd på tillit kan vere med på å oppfylle behova til pasientane, ved at pasientane kan snakke om emosjonelle vanskar og frustrasjonar. For å opprette tillit, må tenesteytar vise kunnskap og ferdigheiter, ta ansvar og sikre at pasienten faktisk føler at behova blir ivaretatt (Bindels et al., 2014, s. 186). Dette kan vere vanskeleg dersom det blir sendt fleire ulike sjukepleiarar til ein og same pasient. Ein må stadig delegere og omprioritere, og pasienten ender kanskje ofte opp med ein framand på besøk. Pasienten vil kanskje ikkje føle seg trygg. Verdighetsgarantiforskriften seier at omsorga skal tilretteleggast slik at den bidrar til ein verdig, trygg og meiningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §1). Eg merkar at pasientane ikkje kjem like godt overeins med alle sjukepleiarane. Alle er forskjellige som menneske, og pasientane har kanskje god kontakt med nokre få av dei tilsette (Birkeland & Natvig, 2008, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 73)). Eksempelet mitt i casen om Herr Johansen, skildrar korleis ein god relasjon har oppstått over tid. Sjukepleiar og pasient kjende kvarandre. Kontinuitet er utruleg viktig, for det kan redusere kjensla av uføreseie (Gjevjon et al., 2014, (sitert i Fermann & Næss, 2014, s. 255)). Kontinuitet heng også saman med kvalitet, og difor er det viktig å bygge eit trygt, nært og opent forhold over tid (Fugelli, 2010, (sitert i Trier, 2015, s. 899)).

Å bygge relasjon heng også saman med kvaliteten på tenestetilbodet. Gjennom eit godt tenestetilbod der ein gjennomfører ulike praktiske oppgåver, kan ein ubevisst bygge ein betre relasjon som kan minske oppleving av einsemd. Ikkje alle pasientar er nøgde med kvaliteten på tenestene, og får like gode tilbod som Herr Johansen. Det er ynskje om ei meir personsentrert pleie av høg kvalitet, som samsvarar med behova til pasientane. Pasientane ynskjer at behova deira skal komme framfor fastlagte rutinar (Kirchhoff et al., 2015, s. 278-279). Det er ikkje alltid lett, for pasientar kan ha ynskjer som kan gå negativt utover helsa deira. Ein må, i den grad det går, legge til rette og høyre på pasienten sine ynskjer slik at det blir tatt omsyn til (Kirchhoff et al., 2015, s. 279),

og hugse på at pasientens behov kjem først. Når pasientane plutselig blir åleine og ikkje har familie som støtte, tar sjukepleiar over nokre av oppgåvene familien hadde (Bindels et al., 2014, s. 185). I praksis har eg møtt pasientar som er svært klare på korleis dei ynskjer at vi skal utføre tenestene. Dersom eg gjer ein god jobb, følger pasientens ynskjer og behov og viser at eg har kunnskap kring deira situasjon, skjer det noko i samspelet mellom meg og pasienten. Det verkar som at pasienten blir tryggare og meir sikker på meg, smilar meir, og seier «eg håpar du kjem neste gong også». I praksis har eg sett korleis kunnskap, kvalitet og personsentrert pleie er viktige verdiar, og korleis desse dannar tillit og relasjon.

6 Konklusjon

Med denne oppgåva har eg forsøkt å finne faktorar som kan bidra til å redusere einsemd. Det er naudsynt med eit godt system og gode rutinar for kartlegging av einsemd, samt pasienten sin sosiale situasjon. Kommunikasjon er sentralt for å hindre einsemd. Ved å danne tillitsfulle relasjonar kan pasientane føle seg trygge til å vere opne om vanskelege kjensler som einsemd (Kirchhoff et al., 2015, s. 266). For at pasientane skal kjenne seg trygge på sjukepleiarane som kjem inn i heimen deira, må vi planlegge dagane slik at kontinuitet blir mogleg (Gjevjon et al., 2014, (sitert i Fermann & Næss, 2014, s. 255). Ei meir personsentrert sjukepleie, der sjukepleiar vektlegg behova til pasienten framfør rutinar, kan hindre einsemd (Kirchhoff et al., 2015, s. 278-279). Sjukepleiar har funksjon som aktiv lyttar (Bindels et al., 2014, s. 186), og må vise interesse og møte pasientar med gode haldningar, positivitet og godt humør (Birkeland & Natvig, 2008, (sitert i Birkeland & Flovik, 2014, s. 75)).

Sjukepleiarar må bli klar over si rolle som fortruleg (Kirchhoff et al., 2015, s. 279) og som sosial kontakt i pasientens liv. Sjukepleiarane kan lage tiltaksplanar for sosiale aktivitetar, slik at det blir lettare å prioritere tid til den sosiale delen av pleia. Ein avtalar ei tid, saman med pasientar som ynskjer det, der ein til dømes tar seg ein kopp kaffi og pratar. Sjukepleiar kan arrangere ulike sosiale aktivitetar saman med pasienten, der sjukepleiar anten deltar sjølv, eller set pasienten i kontakt med andre. Som kontaktledd kan sjukepleiar sette pasientar i kontakt med profesjonar som kan ha gode tilbod for pasientane. Kjeledyr kan vere med å motverke einsemd (Stanley et al., 2014, s. 394). Sjukepleiar kan òg tilby å sette pasienten i kontakt med tilbydarar av besøkshundtenester. Slik kjem pasienten seg ut av huset, og kan vere aktiv både fysisk og sosialt.

Einsemd hos einslege heimebuande pasientar er eit viktig tema, men er lite vektlagt i sjukepleiarutdanninga. Det er eit lite synleg og svært vanskeleg tema som kan bli skugga av skam (Birkeland, 2013, s. 120). Det kan difor lett bli oversett, feiltolka eller nedprioritert. Dette hindrar sjukepleiarane i å utføre sjukepleia pasientane har behov for og rett på. Undervisning og opplæring av studentar og sjukepleiarar er naudsynt. Eg konkluderer med dette at det trengs meir forskning og kunnskap kring temaet einsemd, samt sjukepleiaren si rolle hos einsame pasientar.

Referansar

Birkeland, A. (2013, 10. mai). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 8, 114-122. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0049

Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg). Oslo: Cappelen Damm

Bindels, J., Cox, K., De La Haye, J., Mevissen, G., Heijing, S., Van Schayck, O. C. P., ... Abma, T. A. (2014, september). Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. *International Journal of older people nursing*, 10(3), 179-189. doi:10.1111/opn.12066

Brodtkorp, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). (s. 197-209). Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). (s. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). (s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm

Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). (s. 238-264). Oslo: Gyldendal akademisk

Finset, A. (1986). Familien og det sosiale nettverket (2. utg). Oslo: Cappelen Damm

Folkehelseinstituttet. (2017, 6. juni). *Andelen personer over 65 år i befolkningen*. Henta 27. april 2018 frå <https://www.fhi.no/hn/eldre/andelen-personer-over-65-ar-i-befol/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4. utg). Stockholm: Natur & kultur

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* av 24. juni 2011. Henta 25. april 2018 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=forsvarlig%20sykepleie>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 3. oktober). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Henta 4. mai 2018 frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Hummelvoll, J. K., & da Silva, A. B. (2012). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). (s. 83-109). Oslo: Gyldendal akademisk

Kadowaki L., Wister, A. V., & Chappell N. L. (2015, mars). Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and perceived Life Stress. *Canadian Journal on Aging*, 34(1), 75-89.
doi:10.1017/S0714980814000488

Kajonius, P., & Kazemi, A. (2015, 27. januar). Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care. *The Gerontologist*, 56(5), 928-936.
doi:10.1093/geront/gnu170

Kildekompasset. *Kildekritikk: Vitenskapelige artikler*. Henta 25. april 2018 frå <http://www.kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler.aspx>

Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A., Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 266-282. Henta 16. april 2018 frå <https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2015/03/betydningen-av-sosiale-nettverk-og-kvalitet-paa-pleien-for-o>

Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). (s. 94-104). Oslo: Gyldendal akademisk

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.* av 1. juli 2003. Henta 19. april 2018 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lerdal, A. V., & Grov, E. K. (2015). Aktivitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg.). (s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm

Martinussen W. (2001). *Samfunnsliv: Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget

- Norges offentlige utredninger. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. (NOU rapport 8/2014). Henta 1. mai 2018 frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- Norsk Sykepleieforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 19. april 2018 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). (s. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006, mai). *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger: verktøy og erfaringer i noen europeiske land*. Henta 30. april 2018 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/808/Sosial-ulikhet-i-helse-som-tema-i-helsekonsekvensutredninger-IS-1305.pdf>
- Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen C., & Van Orden K. A. (2014, 18. september). Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging & Mental Health*, 18(3), 394-399. doi:10.1080/13607863.2013.837147
- Statistisk Sentralbyrå. (2016, 24. juni). *Eldre og enslige har minst sosial kontakt*. Henta 14. april 2018 frå <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/eldre-og-enslige-har-minst-sosial-kontakt>
- Statistisk Sentralbyrå. (2018, 23. februar). *Vi nærmar oss 5,3 millionar*. Henta 14. april 2018 frå <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-naer-mar-oss-5-3-millionar>
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). (s. 58-72). Oslo: Gyldendal akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg* av 12. november 2010.

Henta 7. mai 2018 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdig%20eldreomsorg>

World health organization. (2017, desember). *Mental health of older adults*. Henta 19. april 2018 frå <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Tabell for søkeprosessen

Vedlegg 2 – Tabell for presentasjon av forskning

Vedlegg 1 – Tabell for søkeprosessen

Dato for søk	Database	Avgrensingar	Søkeord	Antal treff	Kva eg gjorde med treffa	Nytta artiklar
11.04.2018	Academic search elite (Inkl Medline og Cinahl with full text)	År 2013-2018 Engelsk språk Artikkel Alder 65+ Fagfellevurdert Full tekst	(1)Loneliness	575	Lagra ant treff	
			(2)Aged OR elderly OR old	78 188	Lagra ant treff	
			1 + 2	271	Lagra ant treff	
			NOT children	217	Las overskrifter	«Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone»
16.04.2018	Svemed+	År 2013-2018 Fagfellevurdert Les online	(1)Sosial støtte OR social support	253	Lagra ant treff	
			(2)Ensomhet OR loneliness	20	Lagra ant treff	
			1 + 2	3	Las overskrifter/ abstrakt	«Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie »
			(3)Eldre OR aged	1463	Lagra ant treff	
			(4)Hjemmesykepleie OR home care services	27	Lagra ant treff	
			2 + 3 + 4	2	Las overskrifter/ abstrakt	«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie »
16.04.2018	Pubmed	År 2013-2018 Full tekst	(1)Social networks OR social support	8973	Lagra ant treff	
			(2)Loneliness OR social	54 021	Lagra ant treff	

			isolation OR alone			
			(3)Home care service OR home health care OR home healthcare	10 718	Lagra ant treff	
			(4)Aged OR elderly OR old	459 234	Lagra ant treff	
			1 + 2 + 3 + 4	61	Las overskrifter/ abstrakt	«Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings»
23.04.2018	Oria	År 2013-2018 Full tekst Fagfelleverdert Artiklar	(1)Old	1 510 612	Lagra ant treff	
			(2)Alone	1 256 285	Lagra ant treff	
			(3)Home care service	179 672	Lagra ant treff	
			(4)Loneliness	29 065	Lagra ant treff	
		Avgrensa emne: loneliness	1 + 2 + 3 + 4	133	Las overskrifter/ abstrakt	«Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care»
		År 2013-2018 Full tekst Fagfelleverdert Artiklar	(5)Quality of life	1 120 862	Lagra ant treff	
		Avgrensa emne: loneliness, older people, quality of life	1 + 4 + 5	52	Las overskrifter/ abstrakt	«Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and perceived Life Stress»

Vedlegg 2 – Tabell for presentasjon av forskning

Tittel/ Forfattar/ år	Studiedesign	Innhald	Funn	Drøftingsområde
<p>«Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings»</p> <p>Bindels, Cox, De La Haye, Mevissen, Heijing, Schayck, Widdershoven & Abma (2014).</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>23 eldre menn og kvinner deltok</p> <p>Føregjekk i Nederland</p>	<p>Evaluerer om omsorga gitt i omsorgsprogramma oppfyller behova til eldre menneske</p>	<p>-Å miste nære personar kunne resultere i einsemd</p> <p>-Tillitsforhold med sjukepleiar er viktig del av omsorga</p> <p>-Sjukepleiar er ein ressurs til å gjenopprette ei kjensle av tilhøyring</p>	<p>-Sjukepleiar som kontaktledd</p> <p>-Tillitsforhold mellom pasient og sjukepleiar</p> <p>-Å vere ein aktiv lyttar</p>
<p>«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie»</p> <p>Birkeland (2013).</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>20 pasientar og 6 sjukepleiarar deltok</p> <p>Føregjekk i Noreg</p>	<p>Auke kunnskap og forståing for den sosiale situasjonen til pasientane</p>	<p>-Einsemd er ikkje eit omfattande problem</p> <p>-Omgrepet er prega av taushet og tvetydighet</p> <p>-Fysiske, psykiske og sosiale forhold, inkl. sosiale tap, pregar den sosiale situasjonen</p>	<p>-Auka fokus på den psykososiale situasjonen</p> <p>-Lytt til pasienten</p>
<p>«Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie»</p> <p>Kirchhoff, Grøndahl & Andersen (2015).</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie</p> <p>118 brukarar deltok</p> <p>Føregjekk i Noreg</p>	<p>Førekkomsten av einsemd blant brukarar av heimesjukepleia, og i kva grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleia bidrar til oppleving av einsemd</p>	<p>-19,5 % av brukarane opplevde einsemd ofte eller alltid</p> <p>-40,7% opplevde einsemd iblant</p> <p>-Kvaliteten på relasjonar har betydning for oppleving av einsemd</p>	<p>-Fagleg kvalifisert helsepersonell</p> <p>-Skape relasjon</p> <p>-Kvalitet i relasjonar</p> <p>-Sjukepleiar som fortruleg</p>

			-Kvalitet på tenestetilbodet har betydning for oppleving av einsemd	
<p>«Influence of Home Care on Life Satisfaction, Loneliness, and perceived Life Stress»</p> <p>Kadowaki, Wister & Chappell (2015).</p>	<p>Blandingsstudie</p> <p>3244 menn og kvinner deltok</p> <p>Studien føregjekk i Canada</p>	<p>Samanliknar dei som får oppfylt sine behov i heimesjukepleie med dei som ikkje får det med tre indikatorar for «Quality of life»; tilfredsheit, einsemd og stress</p>	<p>-Positive sosiale interaksjonar påverkar einsemd</p> <p>-Mindre einsemd hos dei som fekk oppfylt sine behov</p>	<p>-Menneskeleg kontakt</p> <p>-Sosial deltaking i samfunnet</p> <p>-Arrangere sosiale aktivitetar</p>
<p>«Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone»</p> <p>Stanley, Conwell, Bowen & Van Orden (2013).</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie</p> <p>830 eldre menn og kvinner deltok</p> <p>Studien føregjekk i New York, USA</p>	<p>Beskriv assosiasjonane mellom einsemd og å eige kjeledyr, og kjeledyr som potensiell kjelde til sosial tilhøyrse</p>	<p>-Eigarar av kjeledyr hadde 36% mindre sjanse for oppleving av einsemd</p> <p>-Dei som budde aleine og ikkje eigde kjeledyr, hadde størst sjanse for å oppleve einsemd</p>	<p>-Å bety noko for andre</p> <p>-Å ha ansvar kan vere ein viktig verdi</p> <p>-Kjeledyr kan gi fleire helsefremmande fordelar</p>
<p>«Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care»</p> <p>Kajonius & Kazemi (2015).</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie</p> <p>95 000 eldre menn og kvinner deltok</p> <p>Studien føregjekk i Sverige</p>	<p>Ser på kva som påverkar tilfredsheita hos eldre i eldreomsorga når det kjem til personlege faktorar og prosessfaktorar</p>	<p>-Einsemd har samanheng med tilfredsheit</p> <p>-Dei som bur i heimane er meir tilfredse enn dei på sjukeheimar</p> <p>-</p> <p>Prosessfaktorar (tryggleik, bli behandla godt, tilgjengeleg personale) var viktigast for tilfredsheita</p>	<p>-Tid og tilgjenge på personale</p> <p>-Tryggleik og respekt</p>