



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ensomhet hos eldre

**Karoline Eikenes & Emilie
Strømmen**

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie
Førde

Veileder: Danuta Zablotna

Innleveringsdato: 30. november 2018

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel

Ensomhet hos eldre

Bakgrunn for valg av tema

Både i Norge og andre land er det forventet en økning av eldre i befolkningen. I Norge bor en av fire alene, 37% av disse er i aldergruppen over 66 år. 217 059 personer i aldersgruppen 67 år og eldre mottok i 2017 helse- og omsorgstjenester, noe som utgjør om lag 60 prosent av alle som mottok slike tjenester. Det er enslige eldre som har minst sosial kontakt og har få nære personer. Vi har som studenter i praksis opplevd at mange enslige eldre i hjemmet har gitt uttrykk for at de er ensomme og gjerne skulle hatt noen å snakke med. Vi har erfart at det ofte er lite fokus på de psykososiale behovene til pasientene, og at det ofte er liten tid igjen etter at oppdraget er utført til å sette seg ned å prate.

Problemstilling

Hvordan forebygge ensomhet blant enslige eldre?

Metode

Dette er en litteraturstudie, der vi har brukt pensumbøker, forskningsstudier, rapporter og annen relevant litteratur i forhold til vårt tema, ensomhet. Vi har benyttet oss av databasene Academic Search Elite, SveMed+ og Pubmed. For å finne frem til lover og forskrifter så gjorde vi søk i lovdata sine nettsider. Vi har svart på problemstillingen ved å drøfte den opp mot forskning, teori og egne erfaringer.

Funn og konklusjon

Ensomhet er et viktig tema i eldreomsorgen, men som ofte bli nedprioritert eller feiltolket. Ordet ensomhet er knyttet til tvetydighet og skam. Det er for lite kunnskap om ensomhet og hva vi som sykepleiere kan gjøre i det forebyggende arbeidet. Det trengs bedre rutiner, slik at de som har behov for sosial støtte blir sett og ivaretatt. Det er nødvendig å utarbeide gode rutiner for å kartlegge

ensomhet, i tillegg til pasientenes sosiale situasjon. Sykepleierne må ha kunnskap om de individuelle pasientenes egne verdier, ønsker og behov. Som sykepleier må en danne tillitsfulle relasjoner til pasientene, slik at pasientene føler seg trygge på å dele sine indre tanker og følelser. Tjenestene må bli mer personsentrerte, der pasientenes behov og ønsker går foran fastlagte rutiner.

Videre er det viktig at sykepleierne har en god kommunikasjon og ei åpen holdning til pasientene, og tar seg tid til å se pasientene som unike individ, og lytter til pasientene. Kommunikasjon handler ikke alltid om ordene som blir sagt, men også om kroppsspråket og holdningene som blir vist.

Nøkkelord

Eldre, ensomhet, sosialt nettverk, forebygge, hjemmesykepleie

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling med avgrensning	2
1.3 Definisjon av omgrep i problemstillingen	2
1.4 Oppgavens oppbygging videre	3
2 Metode	4
2.1 Valg av metode	4
2.2 Litteratursøk	4
2.2.1 PICO- skjema	4
2.2.2 Søkeord	5
2.2.3 Søkeprosess	5
2.3 Valg av litteratur	6
2.4 Kildekritikk	6
3 Teoridel	8
3.1 Mellommenneskelige forhold	8
3.2 Ensomhet	8
3.3 Helsefremmende og forebyggende sykepleie	9
3.4 Hjemmesykepleien	9
3.5 Sosialt nettverk	9
3.6 Relasjon og kommunikasjon	10
3.7 Lovverk og retningslinjer	11
4 Presentasjon av forskning	13
5 Drøfting	19
5.1 Sosialt nettverk og kvaliteten på relasjonene	19
5.2 Kartlegge sosialt nettverk	22
5.3 Sykepleierne som kontaktledd	23
6 Konklusjon	26
7 Referanse	27
Vedlegg 1	31
Vedlegg 2	32
Vedlegg 3	35

1 Innledning

Både i Norge og andre land er det forventet en økning av eldre i befolkningen. I følge Statistisk Sentralbyrå (2018) har det de 10 siste årene vært en økning i befolkningen over 67 år (SSB, 2018). På verdensbasis er det ifølge World Health Organization (2017) stor økning i den eldre befolkningen, og det er forventet at populasjonen over 60 år nesten vil doble seg i perioden mellom 2015-2050 (WHO, 2017). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2016) viser at en av fire av landets befolkning bor alene, 37 prosent av disse er i aldersgruppen over 66 år. Det er også enslige eldre som har minst sosial kontakt og har få nære personer (SSB, 2016). Denne økningen av eldre mennesker i befolkningen viser et behov for å sette fokus på den psykisk og sosiale delen av eldreomsorgen. Det har også vært en økning i antall personer som mottar en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Antallet i befolkningen som mottar omsorgstjenester øker med alderen. Det var i alt 217 059 personer i alderen 67 år og eldre som mottok helse- og omsorgstjenester i 2017, noe som utgjør om lag 60 prosent av alle som mottok slike tjenester (Mørk, Beyrer, Haugstveit, Sundby & Karlsen, 2018, s. 4).

Regjeringen godkjente 19.juni 2009 samhandlingsreformen. Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest der de bor. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. En av bakgrunnene for at samhandlingsreformen ble utarbeidet var at tjenestene bar preg av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I 2015 foreslo regjeringen å øke støtten til arbeidet med å forebygge ensomhet blant eldre med ti millioner kroner. I eldre år kan sviktende helse og tap av nære personer og nettverk føre til isolasjon og ensomhet. Dette gjør det vanskeligere å mestre hverdagens utfordringer og å leve med sykdom. Forslaget til regjeringen ville styrke innsatsen for å redusere ensomhet hos eldre og legge til rette for økt sosial kontakt og aktivitet (Regjeringen, 2015). Vi går inn i en fremtid med flere enslige eldre, som står i fare for å oppleve ensomhet i ulike grader.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har som studenter i praksis opplevd at mange eldre, spesielt hjemmeboende, har gitt uttrykk for at de er ensomme og gjerne skulle hatt noen å snakke med. Vi har erfart at det ofte er lite fokus på de psykososiale behovene til pasientene, og at det ofte er liten tid igjen etter at oppdraget er utført til å sette seg ned å prate. Den tiden vi hadde til å prate, var den tida det tok å ta på støttestrømper, administrere medisiner eller hjelpe til ved dusj. Vi opplevde det som veldig utfordrende når vi måtte gå fra en pasient som tydelig ønsket at vi skulle være der lengre. Ofte fortsatte pasientene å snakke etter at vi hadde sagt «ha det» for å holde oss igjen. Dette resulterte i at vi satt igjen med en vond følelse av at vi ikke hadde tatt skikkelig vare på pasientene og deres behov. Denne erfaringen har gjort til at vi vil undersøke hva sykepleiere kan gjøre for å forebygge ensomhet blant enslige eldre hjemmeboende. Hva kan vi gjøre for å bli flinkere til å se hele pasienten, og ikke bare de grunnleggende fysiske behovene i hjemmesykepleien, og hvilke tiltak som kan iverksettes for at de eldre skal føle seg mindre ensomme.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Hvordan forebygge ensomhet blant enslige eldre?

Vi har valgt å avgrense problemstillingen vår til eldre i alderen 65 år og oppover, uavhengig av kjønn. Pasientgruppen vår bor hjemme og mottar hjemmesykepleie. Vi har valgt å avgrense pasientgruppen til å gjelde de som har et begrenset sosialt nettverk. Nettverket til pasientgruppen består i hovedsak av familie, og på grunn av fysiske begrensninger, som følge av aldersforandringer, har problemer med å komme seg på besøk til andre. Hjemmesykepleien står for mye av den sosiale kontakten i hverdagen. Pasientgruppen har ikke kognitiv svikt eller en demenssykdom. Vi legger vekt på det sosiale nettverket og hva vi som sykepleiere kan gjøre for å forebygge ensomhet.

1.3 Definisjon av omgrep i problemstillingen

Eldre:

Ordet eldre brukes om personer fra midten av 60 åra og oppover (Romøren, 2014, s. 32).

Enslig:

Å være enslig betyr at en person bor alene i sin bolig og/eller tilbringer mesteparten av tiden alene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 69).

Ensomhet:

Ensomhet er en smertefull og ubehagelig tilstand som innebærer et savn etter ønsket kontakt. Følelsen av ensomhet kan være svak eller intens og av kort eller lang varighet (Moksnes, 2016, s. 448).

Sosialt nettverk:

Et sosialt nettverk er et sett av relasjoner mellom mennesker som samhandler med hverandre mer eller mindre regelmessig over tid. Et sosialt nettverk har en bestemt mengde aktører og en bestemt mengde relasjoner (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 135).

Forebygge:

Forebyggende arbeid handler om at sykepleiere søker å identifisere mulige problemer før de oppstår eller utvikler seg til å bli alvorlige problemsituasjoner (Kirkevold, 2015, s. 203).

Hjemmesykepleie:

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokuset primært er rettet mot å ivareta pasientenes grunnleggende behov. Sentrale fokus er trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientenes opplevelse av sin situasjon (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

1.4 Oppgavens oppbygging videre

Vi vil i kapittel to ta for oss valg av metode, og hvordan vi har gått frem for å finne relevant forskning og litteratur. I kapittel tre vil vi presentere teori som vi knytter opp mot problemstillingen vår. Videre vil vi i kapittel fire presentere funn fra forskningen som vi har brukt. I kapittel fem kommer drøftingen, der vi vil drøfte problemstillingen opp mot forskning, teori og egne erfaringer. Til slutt vil vi i kapittel seks samle trådene til en konklusjon.

2 Metode

I følge Dalland (2017, s. 51) er metode noe som forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En mye brukt definisjon på metode er skrevet av sosiologen Vilhelm Aubert:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.»

(Sitert i Dalland, 2017, s.51).

I dette kapitlet tar vi for oss valg av metode, hvordan vi har gjennomført litteratursøket, valg av litteratur og kildekritikk.

2.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven som vi har skrevet er en litteraturstudie. I en litteraturstudie systematiserer vi kunnskap fra eksisterende kilder (Thidemann, 2015, s. 79). For at vi skulle gjennomføre en litteraturstudie var vi avhengige av å finne relevant og god forskning knyttet til vår problemstilling. Vi brukte både kvantitative, kvalitative og tverrsnittstudier, da vi ønsket å få et generelt overblikk over hvor mange enslige eldre i hjemmet som opplevde ensomhet, i tillegg til at vi ville finne studier som gikk litt mer i dybden. Med «dybden» mener vi hvordan eldre selv opplevde ensomheten, hva som påvirket den og hvilken rolle sykepleierne hadde. De kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Tverrsnittstudier er en studie der informasjonen samles på en planlagt måte i en bestemt populasjon på et gitt tidspunkt. Metoden brukes når man ønsker å finne ut av forekomst, fordeling eller sammenhengen mellom ulike variabler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinart, 2012, s. 95).

2.2 Litteratursøk

2.2.1 PICO- skjema

Vi startet vår søkeprosess ved at vi brukte PICO- skjemaet for å gjøre problemstillingen vår mer presis og søkbar. Et PICO- skjema består av pasient/problem, intervensjon/tiltak, sammenligning og utfall/effekt (Thidemann, 2015, s. 86). Vi var ikke ute etter å gjøre noen sammenligninger av tiltak og

valgte derfor å ekskludere sammenligning fra skjemaet vårt. PIO- skjemaet ligger som vedlegg nr. 1 i oppgaven.

2.2.2 Søkeord

Vi begynte søket etter forskningsartikler ved å finne ut hvilke søkeord vi skulle bruke. For å gjøre dette brukte vi MeSH (Medical Subject Headings), som blant annet brukes i Medline, PubMed, SveMed+ og delvis i Cochrane Library (Thidemann, 2015, s. 87). Vi brukte MeSH via Svemed+, i tillegg til at vi benyttet oss av nøkkelord fra artikler. Dette resulterte i søkeordene:

«ensomhet/loneliness/social isolation», «eldre/elderly/old/aged», «home care/home care services/home health nursing/home health care», «sosialt nettverk/social network/social support», «prevent», «animals/pet», «technology».

2.2.3 Søkeprosess

Vi har i søkeprosessen brukt flere databaser som vi fant via høyskolen sitt bibliotek. Vi brukte databasene Academic Search Elite (avgrenset søket med CINAHL with full text og MEDLINE), Svemed+ og Pubmed. I tillegg til høyskolen sine databaser, gjorde vi et søk på sykepleien.no der vi fant relevant forskning. Vi valgte disse databasene da de var relevante i forhold til vårt tema.

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, har vi valgt å bruke inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 84). Inklusjonskriterier som vi har brukt i søket vårt er fagfelleverdert, artikler, alder 65+, full tekst og engelsk. I databasen SveMed+, som er en nordisk artikkelbase, brukte vi ikke inklusjonskriteriet språk, for å ikke miste relevante forskningsartikler. Ekskluderingskriteriet vårt har vært publikasjoner som ikke er eldre enn 5 år. Vi har i ett par tilfeller, der vi har brukt referanselistene til artikler som vi har funnet, utvidet søket til å gjelde publikasjoner som ikke er eldre enn syv år. Dette begrunner vi med at vi leste artiklene og fant de relevante for vår oppgave, og vurderte at innholdet fremdeles var oppdatert og gjeldende i dag.

Når vi gikk inn i databasene og skulle starte søkeprosessen brukte vi ordene AND, OR og NOT, som er de vanligste innen søk i fagspesifikke databaser (Thidemann, 2015, s. 88). Vi startet med å bruke OR mellom søkeordene og lagret søkeresultatet. I neste steg brukte vi AND mellom søkeordene noen som resulterte i et mer spesifikt og begrenset søkeresultat. Vi gikk igjennom søkeresultatet ved at vi leste overskrifter og abstrakt for å finne ut om forskningsartiklene var nyttige og relevante for vårt arbeid. Totalt så gjorde vi fem søk, dette resulterte i åtte forskningsartikler som vi valgte å nytte i

oppgaven vår. Vedlagt i oppgaven har vi laget en tabell over database, søkeord og søkeresultat for hver enkelt forskningsartikkel. Tabellen ligger som vedlegg nr. 2 i oppgaven.

2.3 Valg av litteratur

Vi har i denne oppgaven benyttet oss for det meste av pensumbøker i sykepleieutdanningen: «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2017), «Bære eller briste» (Røkenes & Hanssen, 2012), «Sykepleie i hjemmet» (Birkeland & Flovik, 2014), «Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten» (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014), «Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn» (Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016), «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» (Grov & Holter, 2016), «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving» (Thidemann, 2015), «Helt- ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2016), «Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis» (Gammersvik & Larsen, 2016) og «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinart, 2012). «Grunnleggende sykepleie- bind 1» og «Grunnleggende sykepleie- bind 3» (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015) hadde vi fra før av som alternative pensumbøker. Boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (Travelbee, 1999) fant vi ved å lese igjennom referanselister fra tidligere bacheloroppgaver. For å finne frem til lover og forskrifter så gjorde vi søk i lovdata sine nettsider. Rapportene om «Samhandlingsreformen» og «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017» var det veilederen vår som tipset oss om. Videre gjorde vi også søk der vi fant frem til statistikk om aldring fra Statistisk sentralbyrå og World Health Organization.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere om litteraturen som vi har funnet er troverdig og relevant i forhold til vårt tema eller problemstilling (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152-153). Forskningen som vi har benyttet oss av er fagfelleurdert og ikke eldre enn syv år. At forskningen er fagfelleurdert vil si at den har gått igjennom en vurderingsprosess der kvalitet og viktigheten av publikasjonen har blitt vurdert (Nortvedt et al., 2012, s. 197). Annen litteratur, med noen unntak, har ikke vært eldre enn 10 år. Litteraturen vår er relevant ved at de omhandler tema som ensomhet, eldre, forebygging, hjemmesykepleie og sosialt nettverk. Mange av bøkene som vi har benyttet oss av er en del av pensumlisten i sykepleierutdanningen, og vi anser disse som sikre kilder. En del av forskningen vår er på engelsk, så en svakhet her er at det må oversettes til norsk, noe som kan resultere i feiltolkninger. I noen studier har de inkludert deltakere under 65 år. Vi har allikevel valgt å inkludere disse studiene fordi at de fleste deltakerne var 65 år og eldre. I følge Dalland (2017, s. 171) er en primærkilde den

opprinnelige utgaven av en tekst, mens en sekundærkilde kan være en oversatt utgave av den primære kilden. Vi har i hovedsak bare benyttet oss av primærkilder med noen unntak. Vi har prioritert bøker av siste utgave, i tillegg til primær forskning.

3 Teoridel

3.1 Mellommenneskelige forhold

Den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee var i sin teori opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt, men også ulikt alle andre (Travelbee, 1999, s. 5). Hun definerte sykepleie som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). En av grunntankene er at sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold. Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 171). Forholdet er gjensidig viktig og meningsfylt og den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177).

3.2 Ensomhet

Å være alene og å være ensom er ikke det samme. Ensomhet er knyttet til savn eller mangel på kontakt og felleskap med andre (Smebye & Helgesen, 2015, s. 51). Følelsen av ensomhet kan være svak eller intens og ha kort eller lang varighet. Ensomhet er en trussel mot livskvaliteten og kan gi en følelse av at meningen med livet svinner hen og blir borte (Moksnes, 2010, s. 448). De aller fleste har behov for å motta og gi omsorg og oppleve at andre trenger dem. Det å være knyttet gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter gir en følelse av tilhørighet (Smebye & Helgesen, 2015, s. 42).

Vi lever i et samfunn der det er viktig å være sosialt vellykket, så ensomhet kan føles som et nederlag og assosiert med skam. Familie og nære venner er primærgrupper innenfor sosial kontakt. Dersom det foregår en oppsplitting mellom familie og slektninger, slik at man bor langt fra hverandre, svekkes muligheten for sosial kontakt og støtte. Uten mulighet for å være sosiale kan man bli mer utsatt for påkjenninger og sykdommer (Smebye & Helgesen, 2015, s. 48).

Robert S. Weiss (1989, 1973) skiller mellom to typer ensomhetsopplevelse: følelsesmessig isolasjon, som skyldes mangel på en fortrolig person, og sosial isolasjon, som kommer av at en ikke har tilgang til et sosialt nettverk og kan derfor ikke knytte seg til noen. Både kvaliteten og kvantiteten på det sosiale nettverket er betydningsfullt (Smebye & Helgesen, 2015, s. 52).

Når helsen svikter kan pasientene oppleve sosial isolasjon. Det blir vanskeligere å komme seg ut, og særlig personer som bor alene, er utsatt. Ved økende alder kan de eldre begynne å tape venner på

grunn av sykdom og død, og det blir vanskeligere å etablere nye relasjoner eller vennskap. Ensomhet kan bli resultatet, og dette kan påvirke den emosjonelle tilstanden og føre til understimulering (Kirkevold, 2014, s. 130).

3.3 Helsefremmende og forebyggende sykepleie

Begrepene helsefremming og sykdomsforebygging er komplekse og kompliserte. Helsefremming tar for seg aktiviteter som fremmer helse. Ofte omtales helsefremming og sykdomsforebygging sammen, og det kan være vanskelig å skille mellom de to ulike begrepene. Tiltak overfor pasienter kan også virke helsefremmende og sykdomsforebyggende, selv om det er to motsatte begreper. Sykdomsforebyggende kan ses på som et negativt begrep, fordi det setter oppmerksomhet på sykdom, mens helsefremming er mer positivt fordi oppmerksomheten kommer på helse. I sykepleiesammenheng settes det fokus på den konkrete pasientsituasjonen, og det settes i gang enten helsefremmende eller sykdomsforebyggende tiltak ut i fra pasientenes behov. I noen tilfeller kan et sykdomsforebyggende tiltak ha helsefremmende «bivirkninger» (Alvsvåg, 2012, s. 79).

3.4 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien består av offentlige tjenesteytere som kommer inn på det private området, altså i hjemmet til pasientene. I hjemmesykepleien settes det fokus på praktiske situasjoner og praktisk hjelp, og på den grunnleggende sykepleien, som ofte blir gitt over lang tid. De ansatte blir godt kjent med pasientene og gir oppfølging gjennom sykdomsforløpet. Sykepleiere i hjemmesykepleien har et selvstendig ansvar og deres kompetanse er avgjørende for at pasientene kan leve et optimalt liv til tross for helsesvikt og sykdommer. Hovedmålet og hensikten med hjemmesykepleie er å bidra til at de som ønsker å bo hjemme skal få den muligheten så lenge som det er mulig og forsvarlig. Et viktig faktum i hjemmesykepleien er å utøve sykepleie i forhold til pasientens ønsker og behov, og hvordan pasientene ønsker at sykepleien skal utføres (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13-14).

3.5 Sosialt nettverk

Sosialt nettverk defineres som bånd mellom mennesker, og kan bestå av både formell og uformell art, som individet beveger seg innenfor. Det uformelle nettverket kan bestå av venner, familie og naboer, som kan gi støtte og hjelp under en kortere til lengre periode. Familie og nære venner har en lojalitet som kan tåle lengre tids hjelp og støtte. Ved formelt nettverk kan enn få mer profesjonell hjelp og rådgiving (Hummelvoll, 2014, s. 603-604).

Ved å ha et stabilt nettverk kan man oppnå følelsesmessig støtte og verdsetting, informasjon og hjelp til å orientere seg i omverdenen og til å mestre problemer, vennskap, felles interesser og verdier, og materiell støtte og behov. For at nettverket skal holdes ved like bør det være en gjensidig kontakt og en viss regularitet i kontaktforholdene. Å ha noen fortrolige som man føler står enn nær har mye å si for følelsen av livskvalitet og helse. Ved å ha et godt sosialt nettverk kan man evne å tåle og mestre bedre motstand og livspåkjenninger som skulle dukke opp. Det er viktig at en føler at det er en balanse mellom å gi og få støtte (Hummelvoll, 2014, s. 603).

Sosialt nettverk kan deles i underkategoriene; emosjonell- og instrumentell støtte. Innenfor emosjonell støtte innebærer det å trøste og hjelpe for å lindre usikkerhet, angst, depresjon og håpløshet. Ved instrumentell støtte gir man praktisk hjelp, skaffe utstyr eller mat, tilby penger, husvære eller lignende (Smebye & Helgesen, 2015, s. 44).

Mange påkjenninger og vanskelige perioder kan føles lettere om man har noen å dele dem med, som venner og familie. Det kan oppleves som tillitsfylt for en venn når en åpner seg opp om vanskelige ting i livet. For vedkommende som opplever noe tungt kan det føles godt å snakke om sorg eller vanskeligheter. Dersom sorgen eller den tunge tiden varer over en lang periode kan det oppleves som ubehagelig å snakke om, fordi en kan føle at man legger en for stor og tung byrde på den andre. Andre felleskap enn familie og venner kan da være til hjelp. Å møte andre i samme situasjon kan gi en følelse av trøst, støtte, hjelp og sosial tilhørighet (Solvoll, 2015, s. 35).

3.6 Relasjon og kommunikasjon

Når en skal bygge en relasjon er det viktig å starte med å være høflig og hilse vennlig på pasientene, der en forteller navnet og hvilken funksjon en har. Det er viktig å vise interesse for pasientenes ve og vel. Ved å vise interesse legger man til rette for at pasientene opplever å føle seg trygg på å dele personlige erfaringer (Heyn, 2015, s. 373-374). Trygge relasjoner er preget av åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet, akseptasjon og evne til å nå hverandre (Thorsen, 2015, s. 119). Forholdet mellom pasientene og sykepleiere er vesentlig for opplevelsen av god sykepleie og psykososial støtte (Eriksen, 2015, s. 900).

Å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer å la seg påvirke av den andre personens situasjon. Vi påvirkes følelsesmessig av å se at pasientene ikke har det godt. Å påvirkes følelsesmessig av den andres situasjon har betydning for hvordan vi forstår pasientenes ubehag, livskvalitet osv. Det er viktig å være i stand til å skille mellom private og profesjonelle relasjoner. Private relasjoner bygger

på gjensidighet og følelsesmessige bånd der begge parter gir og mottar omsorg. Ved profesjonell relasjon handler relasjonen mer om asymmetri og ensidighet. Den ene parten er forpliktet til å yte omsorg i kraft av yrkets utøvede funksjon, og sykepleiere kan ikke forvente å få noe igjen (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 84-85).

Kommunikasjon forstås som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess hvor man påvirker andre og selv påvirkes. I samhandling mellom mennesker er kommunikasjon nødvendig for felleskapet gjennom samvær, samtale eller samforståelse (Hummelvoll, 2016, s. 420). Kommunikasjon skjer ved hjelp av symbol, primært gjennom ord, men også gjennom den non verbale kommunikasjonen, som klær, håndtrykk og kroppsholdninger. Som sykepleier er det derfor viktig å ha innlevelse i den andres situasjon for å vite hvilke symboler som er passende for å formidle ideer og kunnskaper (Hummelvoll, 2014, s. 421).

Mennesker har et usynlig territorium eller et personlig rom. Hvor nært mennesker slipper inn i dette rommet er avhengig av tilliten og kjennskapet. Sykepleiere og andre helsepersonell må arbeide bevisst med å skape trygghet og tillitsforhold til pasientene slik at åpenhet blir mulig. Det er viktig at sykepleiere observerer pasientene og vedkommendes behov for nærhet og omsorg, eller om pasientene ønsker avstand (Hummelvoll, 2014, s. 425).

3.7 Lovverk og retningslinjer

Sykepleiernes profesjonelle omsorg er omsorg basert på fagkunnskaper, etikk og juridiske rettigheter. Med fagkunnskaper menes at sykepleiere skal ha kunnskap om de ulike pasienters situasjoner, reaksjoner og behov for hjelp. Det er viktig å ha kompetanse til å handle og sette i gang tiltak ut i fra pasientenes behov. Sykepleier skal ha forståelse og empati for pasientenes situasjon. Etikk har med valg av handling å gjøre. Sykepleier skal være i stand til å reflektere over moralsk adferd. Det finnes da yrkesetiske retningslinjer som utgjør kvalitetskrav for sykepleie som det er enighet om i profesjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 87-88).

Forskriftene om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting skal til å sikre at personer som mottar pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten skal få dekket sine grunnleggende behov, med respekt for selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1). Videre fremgår det i paragraf 3 at kommunen skal etablere et system av prosedyrer der formålet er at: tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstre-

ber at brukere får tjenestene vedkommende har behov for til rett tid. Det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud. Med de grunnleggende behov menes det at personene som mottar helsetjenester skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i tjenesten. Pasientene eller brukere skal få dekket sine fysiologiske behov, samt sine psykiske og sosiale behov. Ved sosiale behov inngår det at tjenestebrukere skal ha mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3).

I følge lov om pasient- og brukerrettigheter skal befolkningen være sikret tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til å fremme tilliten mellom pasientene og helse- og omsorgstjenesten ved å fremme sosial trygghet og ivareta respekt for pasientenes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) har som formål å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Loven er også til for at den enkelte får mulighet til å bo og leve selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestetilbudet skal også tilrettelegges med respekt for integritet og verdighet. I følge paragraf 3-1 står det at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). I følge paragraf 3-3, helsefremmede og forebyggende arbeid, skal kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Helse- og omsorgstjenesten skal sette i verk velferds- og aktivitets tiltak til de som har behov for det (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3).

4 Presentasjon av forskning

Litteratursøket vårt resulterte i åtte forskningsartikler. Vi vil her gi en presentasjon av hver enkelt artikkel, hvilken metode som er brukt, utvalg, hensikten med studiene og forskningsfunn. Vedlagt som vedlegg nr.3 i oppgaven ligger en tabell for oversikt over forskningsartiklene og innhold.

«Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients» av Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R., Ofei- Doodoo, S., DiLollo, A., Webster, N., . . . Nance, A., (2016).

Dette er en kvalitativ studie som ble gjennomført i USA. Det ble utført 40 personlige intervju av brukere av hjemmebaserte tjenester. Formålet med denne studien var å undersøke ulike nettverkstyper hos brukere av hjemmebaserte tjeneste basert på egenskaper av deres sosiale nettverk. Det ble også undersøkt hvordan nettverkstyper var knytt til sosial isolasjon, forholdskvalitet og ensomhet.

Fire nettverkstyper ble funnet, familie, mangfoldig, begrenset og religiøst. Familiemedlemmer omfattet nesten halvparten av deltakernes sosiale nettverk, og venner utgjorde mindre enn en tredjedel. Brukere med familie, mangfoldige og religiøse nettverk hadde betydelig mer positive relasjoner enn de med begrenset nettverk. Brukere med begrenset nettverk hadde betydelig høyere andel sosial isolasjon og var ensommere enn de i mangfoldige og familiære nettverk. Flere av brukerne følte seg isolerte, 6 % av brukere i det familiære nettverk, 43% i det religiøse nettverket og 75% i det begrensede nettverket. Ingen i det mangfoldige nettverk følte seg isolert. Funnene antyder derfor at brukere av hjemmebaserte tjenester er knyttet til de sosiale nettverkene de er en del av. Av de fire nettverkstypene har brukere med begrenset nettverk høyest risiko for negative resultater.

«Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone» av Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen, C., Van Orden, K. A., (2013).

Dette er en tverrsnittstudie som ble utført i Rochester, NY. Totalt var det 830 som mottok hjemmesykepleie, menn og kvinner, som deltok på studien og svarte på en spørreundersøkelse. Hensikten med studien var å beskrive sammenhengen mellom kjæledyr og ensomhet, og hvordan kjæledyr kan være kilde til sosial tilknytning, fremme helse og velvære hos eldre voksne.

Funnene fra studien viser at personer med kjæledyr hadde 36 % mindre sannsynlighet for å rapportere ensomhet enn personer som ikke hadde kjæledyr. Kjønn og alder hadde ikke noe betydning for utfallet. Det var imidlertid en betydelig sammenheng mellom det å eie et kjæledyr, bo alene og ensomhet. Deltakere som bodde alene og ikke hadde et kjæledyr hadde større sannsynlighet for å føle seg ensomme enn deltakere som bodde alene, men hadde et kjæledyr. Å eie et kjæledyr kan dempe følelsen av ensomhet blant eldre voksne, både menn og kvinner, og særlig blant de som bor alene. Funn fra studien indikerer at kjæledyr kan fungere som en meningsfylt kilde til sosial tilknytning og gi fordeler som økt velvære.

«Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future» av Van der Heide, L. A., Willems, C. G., Spreeuwenberg, M. D., Rietman, J. & Witte, L. P., (2012).

Dette er en kvantitativ studie fra Nederland. 85 brukere av hjemmesykepleien deltok og fullførte studien. Studien hadde en varighet på ett år, der deltakerne fikk prøve CareTV, i tillegg til at de i løpet av prøveperioden ble bedt om å svare på et spørreskjema angående følelser av ensomhet og sikkerhet. Hensikten med studien var å finne ut om CareTV kan brukes som et verktøy for eldre til å delta i meningsfulle sosiale kontakter gjennom video. I tillegg ville de evaluere implementeringsprosessen og identifisere utfordringer ved bruk av CareTV.

Funn fra studien viser at opplevelsen av ensomhet ble redusert betydelig innen ett år. CareTV var et egnet verktøy for eldre for at de kan leve lengre hjemme og for å redusere ensomhet. Følelsen av sikkerhet ble ikke forbedret, dette blir begrunnet med at det ikke ble brukt en validert skala for å måle dette. Når det gjelder evaluering av gjennomføringsprosessen og identifisering av utfordringer indikere studien at næringsutviklingen kan styrkes, og at de hjemmebaserte tjenestene kan ta ledelse i den prosessen.

«Betydningen av sosiale nettverk og kvaliteten på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie» av Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A., Andersen, K. L., (2015).

Dette er en tverrsnittstudie som blei gjennomført blant brukere av hjemmesykepleien i en bykommune på Østlandet med en populasjon på 729 brukere fordelt på fire soner. 118 brukere av hjemmesykepleien deltok og svarte på spørreundersøkelsen. Hensikten men denne studien var å

kartlegge forekomsten av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien, og undersøke i hvilken grad sosialt nettverk og kvaliteten på pleien bidrar til å påvirke brukernes opplevelse av ensomhet.

Hovedfunnene viste at 19,5 prosent av brukerne ofte eller alltid opplevde ensomhet, 40,7 % opplevde ensomhet av og til. Det var ingen sammenheng mellom ensomhet og variablene kjønn, alder eller utdanning. Bostatus og helsetilstand derimot hadde signifikant sammenheng med ensomhet. Andre funn fra studien viser at det ikke var noen sammenheng mellom ensomhet og om brukerne hadde familiære/ ikke- familiære relasjoner eller deltok i organisert virksomhet. Men det de fant som var av betydning var sammenhengen mellom ensomhet og brukernes vurdering av kvaliteten på den sosiale kontakten i nettverket, og om man hadde en fortrolig å snakke med. De som opplevde tilfredsstillende og hyppig kontakt med barn/barnebarn og venner, bekjente og naboer var mindre ensomme. Ett av det viktigste funnet var at det å ha en fortrolig å snakke med var av stor betydning. Her ble også ansatte i hjemmesykepleien definert av brukerne som fortrolige. Det var ikke noe sammenheng mellom omfang, varighet eller hyppighet av tjenestetilbudet og opplevelse av ensomhet. Brukerne ønsker en mer personorientert tilnærming på pleien, og at personalets kompetanse og profesjonalitet er viktig. Brukernes opplevelse av den sosiokulturelle atmosfæren, hvorvidt brukernes behov og ønsker går foran fastlagte rutiner, hadde imidlertid størst betydning.

«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» av Birkeland, A., (2013).

Dette er en kvalitativ studie som ble utført i to relativt store kommuner i Norge. Studien ble gjennomført i to faser og besto både av individuelle intervjuer med 20 brukere av hjemmesykepleien, samt fokusgruppeintervjuer med seks hjemmesykepleiere. Hensikten med studien var å få økt kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen disse pasientene befinner seg i. Hvordan opplever og erfarer henholdsvis pasienter og sykepleiere den sosiale situasjonen når en som pasient er gammel, bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien?

Funn fra studien sier at ensomhet ble hverken av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem. Ordet ensomhet var ofte preget av tushet og tvetydighet. Både sykepleiere og pasienter bekreftet enslighet og alenehet, men at det nødvendigvis ikke medførte ensomhet. I tillegg så uttrykte både pasienter og sykepleiere at de i liten grad brukte ordet ensomhet. Funnet tyder på at det er en utfordring for sykepleierne i det å tolke signaler på ensomhet og sosiale vansker. Andre funn handler om de sosiale tapene. Tap av ektefelle, venner og søsken. Det var de praktiske konsekvensene av et sosialt tap som var mest fremtredende. Som mangel på hjelp til praktiske ting i

huset, eller det å kunne få hjelp til å komme seg ut. Videre handler det om alvorlig sykdom og ensomhet. Noen av deltakerne hadde en lav terskel for alenetid. De hadde mer behov for tilstedeværelse av hjemmesykepleien enn hva de fysiske hjelpebehovet bestod av. Dette blei i studien tolka som et resultat av alvorlig sykdom.

«Variations in older persons` descriptions of the burden of loneliness» av Hauge & Kirkevold, (2011).

Dette er en kvalitativ intervjustudie utført i Norge. 12 deltakere i alderen 70-97 år med ulik bakgrunn, helsestatus og sosial status deltok i studien. Hensikten med studien var å undersøke hvordan eldre mennesker opplever og håndterer ensomhet. Følgende spørsmål ble stilt: Hva karakteriserer variasjoner i opplevelsen av ensomhet? Hva er forskjellene og likhetene i måtene deltakerne taklet ensomhet.

Funn fra studien indikerer at byrden av ensomhet varierer. Noen opplever en ensomhetsfølelse knyttet til en dyp og foruroligende følelse av ensomhet. Noen av deltakerne beskrev det som å være isolert, der ensomheten tok over livet. Andre deltakere beskrev at det følte seg verdiløse. At verden var i konstant forandring og at de ikke klarte å følge med. Følelsen av å være utdatert blei ofte forsterket når de var sammen med familie og venner. Mange av deltakerne opplevde seg maktesløse og manglet krefter og initiativ. Denne mangelen på styrke gjorde mange ting vanskelig for dem, inkludert praktiske, hverdagslige ting, samt å delta i sosiale relasjoner. Å gjøre ting på egenhånd virket helt umulig, som igjen førte til at de ble mer avhengig av andre for å håndtere ensomheten.

På den andre siden viser funn fra forskning at det er en annen type ensomhet, som er mindre alvorlig og som ikke synes å påvirke folk så dypt. I studien blir det skildret tre beskrivelser på hvorfor enkelte deltakere opplevde ensomhet som håndterbar. Hvor tilgjengelig og nær familien var, var av stor betydning. For eksempel når familien var vekke på ferie ble ensomheten mer tydelig. En annen beskrivelse var at ensomhet kunne være tvetydig. Noen kunne føle seg ensomme og alene selv om de ikke var alene og hadde mye familie rundt seg som de hadde god kontakt med. Den siste beskrivelse handler om å føle seg verdifull. Dette kunne relatere seg til hvordan familiemedlemmene viste omtenkksomhet eller interesse for den gamle personens daglige liv. Deltakerne fortalte at telefon, radio, fjernsyn, lese bøker og aviser, besøk til offentlige steder, husarbeid eller hagearbeid var ting som de brukte for å håndtere ensomheten når den dukket opp.

«Losing connections and receiving support to connect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings» av Bindels, J., Cox, K., De La Haye, J., Mevissen, G., Heijning, S., Van Schayck, O. C. P., ... Abma, T. A., (2014).

Dette er en kvalitativ studie fra Nederland. 23 brukere av hjemmesykepleien, menn og kvinner, deltok i dybdeintervjuer. I studien deltok tre eldre som medforskere. Målet med denne studien var å vurdere om omsorgen som tilbys i pleieprogrammene, var i samsvar med eldre personers behov.

Funnene i denne studien viser at mange eldre opplever å være ensomme. Mange av deltakerne gir uttrykk for at de har et lite sosialt nettverk, og at de derfor tilbringer mye tid alene. Andre er avhengig av andre for å komme seg ut, på grunn av funksjonstap eller sykdom. På grunn av ulike årsaker var det mange som ikke hadde kontakt med familie sin. Eller at de forventet at deres barn eller andre slektninger skulle være for opptatt til å hjelpe dem, og de var redde for at det ville være en byrde for dem å spørre om hjelp. Tap av en ektefelle førte til at de deltok mindre på sosiale aktiviteter, som igjen resulterte i at de mistet mye av det sosialt nettverket. I noen intervjuer uttrykte eldre selv at de «ventet på å dø». Årsaken til dette var at de ikke følte seg til nytte for noen, og at de ikke kom til å bli savnet. Sykepleierne ble beskrevet som et kontaktledd mellom pasientene og tjenester fra andre fagfolk. I noen tilfeller tok sykepleierne over de oppgavene som familiemedlemmer tidligere gjorde. Deltakerne gav uttrykk for at de følte seg trygge når de hadde en sykepleier de kunne kontakte. Det sosiale aspektet var viktig for deltakerne, og de verdsatte den muligheten sykepleieren hadde til å snakke under et hjemmebesøk. Sykepleieren oppfylte en rolle som aktiv lytter, der deltakerne kunne uttrykke sine problemer og dele sin historie. Tillitsforhold mellom pasient og sykepleier fremmet deling av følelser og andre medisinske og fysiske problemer, og var et viktig aspekt av omsorgen. For at sykepleierne skal kunne gå inn i denne rollen var det viktig at det var en sykepleier som pasientene kom godt overens med og som de kjente.

«Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien» av Kirchhoff & Andersen, (2015).

Dette er en tverrsnittundersøkelse som ble gjennomført i en kommune på Østlandet. 127 brukere av hjemmesykepleien, menn og kvinner, deltok og svarte på spørreundersøkelsen. Hensikten med studien var å kartlegge nettverket til pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt hyppigheten og innholdet i den uformelle omsorgen fra familie og venner. Hensikten var også å finne sammenhenger mellom formell og uformell omsorg.

Funnene i denne studien viste at flere pasienter hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk og mottok uformell omsorg fra både familie og venner. Praktisk bistand var i hovedsak innholdet i den uformelle omsorgen. Et annet funn var at det var statistisk signifikant sammenheng mellom uformell og formell omsorg. Pasienter som fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien, mottok oftere uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer.

Mer enn halvparten av pasientene vurderte sin psykiske helse som ganske god eller svært god, mens rundt en tredjedel opplevde sin fysiske helse som ganske god eller svært god. Verken alder eller kjønn hadde betydelig sammenheng med deltakernes egenvurderte helsetilstand. Pasienter som vurderte sin psykiske helsetilstand som dårlig mottok uformell omsorg fra familie sjeldnere enn de som vurderte sin psykiske helsetilstand som god. Deltakernes egenvurderte fysiske helsetilstand hadde betydelig sammenheng med bostatus. Deltakerne som vurderte sin fysiske helsetilstand som god, hadde mer kontakt med venner og familie.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte problemstillingen vår opp mot forskning, teori og egne erfaringer.

5.1 Sosialt nettverk og kvaliteten på relasjonene

I sykepleiepraksis er relasjonen mellom sykepleiere og pasienter vesentlig. Sykepleiere og pasienter møtes som to mennesker med sine styrker og svakheter, som videre skal samarbeide for en helhetlig sykepleie og godt pasientforløp (Eriksen, 2015, s. 899). I møte mellom pasienter og sykepleiere er det viktig at sykepleier er klar over sitt spesielle ansvar. Mellom sykepleiere og pasienter ligger profesjonskunnskapen sykepleiere har, og sykepleierne skal derfor handle etter sine kunnskaper (Eriksen, 2015, s. 900).

Det å ha en relasjon til pasientene baserer seg på en grunnleggende tenking om at mennesket er avhengig av felleskap med andre mennesker (Birkeland & Flovik, 2014, s. 26). På bakgrunn av dette så er det ikke utenkelig at mange enslige eldre som tilbringer mye tid alene er ensomme eller opplever ensomhet av og til (Birkeland & Flovik, 2014, s. 69). Vi opplevde i praksis at når vi fikk mulighet til å bruke litt tid med pasientene, gjerne sette oss ned, snakke og bli kjent med dem, så ble dette satt utrolig stor pris på. Dette blir bekreftet i forskning, som sier at kvaliteten på den sosiale kontakten i nettverket, og om man har en fortrolig å snakke med, er viktig i forhold til opplevelsen av ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 278). Vi erfarte i praksis at vi ble mer fortrolige for pasientene etter hvert som vi hadde fått mulighet til å følge opp pasientene. Ved første møtet kunne det handle mer om å bli kjent, de nye inntrykkene og hjelpen som skulle gis. Da pasientene så at vi kom innom oftere eller mer regelmessig, følte de seg mer trygge på å fortelle om seg selv.

Kvaliteten på den sosiale kontakten er viktig både i det uformelle og det formelle nettverket (Kirchhoff & Andersen, 2016, s. 362). I det formelle nettverket finner vi blant annet hjemmesykepleierne (Kirchhoff & Andersen, 2016, s. 362). Pasientene opplever sosial kontakt med hjemmesykepleierne og verdsetter denne kontakten høyt. Dette viser hvilken viktig sosial funksjon sykepleiere har ovenfor pasientene (Birkeland, 2013, s. 120-122). Det som forskning sier om sykepleiernes funksjon opplevde vi også som sykepleiestudenter i praksis. Vi erfarte at for mange av pasientene var tilsynet fra hjemmesykepleien høydepunktet for dagen, og for mange den eneste sosiale kontakten i løpet av dagen. De hadde så mye å fortelle oss på den korte tiden vi hadde til disposisjon. Bare det å sette seg ned i de 10 minuttene vi hadde istedenfor å stå, hadde stor

betydning for kvaliteten på tilsynet. Vi følte at vi lyttet bedre og at vi viste at vi hadde tid til pasientene. Selv om mange av pasientene vi besøkte hadde familie og venner i nettverket sitt, så var det ikke alt de følte de kunne, som de sa, «plage de med» eller «jeg vil jo ikke være til bry». Som nevnt tidligere så bekrefter forskning at mye av den uformelle omsorgen familie og venner bistår med er praktisk bistand (Kirchhoff & Andersen, 2016, s. 367).

I følge Levine (1991) er ivaretagelsen av pasientenes sosiale integritet en av de grunnleggende prinsippene i utøvelsen av sykepleie (Siteret i Kirkevold, 2014, s. 98). Verdighetsgarantiforskriften (2010) skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at det bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §1). Relasjonen mellom sykepleiere og pasienter handler om å vise vennlighet, at pasienter opplever seg sett, og at det oppstår en slags «uformell og likeverdig» kontakt (Birkeland & Flovik, 2014, s. 26). Vi opplevde at når relasjonen vår til pasientene var trygg og forutsigbar, så stolte pasientene på oss. De vart trygge på at de fikk den hjelpen de trengte og at behovene deres ble ivaretatt. I følge Bindels et al. (2014, s. 186) må det opprettes ett tillitsforhold mellom pasientene og sykepleiere. Denne tilliten skapes ved at tjenesteyter viser kunnskap og kompetanse, lytter til pasientene, tar ansvar og yter omsorgsfull pleie der behovene til pasientene blir sett og ivaretatt (Bindels et al., 2014, s. 186).

Pasientene er avhengige av at hjelperne kjenner dem som personer og kan ivareta deres interesser og behov. Dette er viktig for at det skal være en viss kontinuitet i relasjonen mellom pasientene og sykepleiere (Kirkevold, 2014, s. 103). Det som Kirkevold (2014) sier blir bekreftet gjennom forskning, der funn viser til at det er av betydning for pasientene at sykepleierne er noen som de kjenner og som de kommer godt overens med (Bindels et al, 2014, s. 186). Gjennom praksisperioden vår opplevde vi at mange av pasientene var frustrert over at det var så mange forskjellig innom hele tiden. Dette er et resultat av at mange sykepleiere er i deltidsstillinger, utskifting av personale eller sykemeldinger som er med på å fragmentere tjenestene (Kirkevold, 2014, s. 103). Som studenter i praksis var det vi som var de fremmede. Vi gikk så klart sammen med noen, men vi var allikevel ukjent for pasientene. Å danne en ivaretagende relasjon til eldre krever tid, dette på grunn av at de ofte trenger mer tid for å bli kjent med og fortrolige med nye hjelpere (Kirkevold, 2014, s.103). Dette stemmer overens med våre erfaringer, der vi følte at det tok tid å bli kjent med alle pasientene. Det er ikke nok å bare gjøre oppdraget. Man må sette seg ned, gjerne snakke om helt hverdagslige ting før pasientene i det hele tatt føler seg trygge nok til å fortelle om mer personlige ting. Det som forskningen sier om dette er at pasientenes behov og ønsker må gå foran fastlagte rutiner (Kirchhoff et al, 2015, s. 275).

I følge Birkeland & Flovik (2014, s. 74) er det vanlig at kontakten med forskjellige mennesker varierer. Vi er forskjellige som mennesker, dermed knytter pasientene bedre kontakt med noen ansatte enn med andre (Birkeland & Flovik, 2014, s. 74). Det vi observerte i praksis var at det var ulike måter å bruke den tiden man hadde til disposisjon. Mye av arbeidet handlet om prioriteringer og planlegging av eget arbeid. Mangel på tid og at det går utover den sosiale kontakten er et gjennomgående tema i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2014, s. 74). Men allikevel varierer kontakten med den enkelte ansatte selv om alle stort sett har like liten tid. Sykepleierne bruker den tiden de har til rådighet forskjellig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 74). Et interessant funn fra forskningen «Betydningen av sosiale nettverk og kvaliteten på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie» viser at det ikke er noen sammenheng mellom omfang, varighet og hyppighet av tjenestetilbudet og opplevelsen av ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 274). Det kan sees i sammenheng med det som Birkeland og Flovik (2014, s. 74) sier om at kvaliteten kan variere selv om tiden er det samme.

Brukerne ønsker, som sagt tidligere, en mer personorientert tilnærming av pleien, der pasientenes behov og ønsker går foran fastlagte rutiner (Kirchhoff et al., 2015, s. 275). I praksis så opplevde vi at mange av pasientene gav uttrykk for at kvaliteten på tjenestene ikke var god nok. Det bar preg av at de visste at vi hadde tidspress og ikke følte de kunne si ifra om ting. I mange tilfeller var det nettopp fastlagte rutiner som var problemet. Pasientene som vi møtte i praksis gav uttrykk for at personalet var for bundet til de ulike tiltakene og prosedyrene, og andre behov ble satt til sides. Et tilfelle var en pasient som under kveldsstellet måtte på toalettet. Hun kviet seg til å fortelle det fordi hun visste at det kom til å ta ekstra tid, noe som hun visste vi ikke hadde. Vi erfarte at når vi lyttet til pasientene og satte deres behov først, hva som var viktig for dem ved det aktuelle tilsynet, så resulterte dette i en bedre relasjon. Tilsynet endte gjerne med «Jeg håper det er du som kommer igjen neste gang».

Vi kan slå fast at mennesker har psykososiale behov. Å vektlegge det psykososiale behovet er nødvendig, både i forebygging og behandling av ensomhet, for at pasientene skal ha det bra og ha en følelse av god helse. Grunnleggende sykepleie er å betrakte mennesket med et holistisk syn, som vil si å se pasientene som et helhetlig og unikt individ (Eriksen, 2015, s. 896-897). I forskningsartikkelen «Losing connections and receiving support to connect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings» kommer det frem at eldre som mottar hjemmesykepleie verdsetter den muligheten sykepleiere har til å snakke under hjemmebesøket. Sykepleierne ble

sett på som aktive lyttere som de eldre kunne snakke med om problemer og hendelser i livet (Bindels et al., 2014, s. 186). Som sykepleiestudenter i praksis skulle vi innom fru Furuvik med dosetten hennes. Vi hadde god tid den dagen og bestemte oss dermed for å bruke litt tid på å prate. Vi så gleden i ansiktet hennes i det hun fikk fortelle om livet sitt og spennende opplevelser. Vi opplevde også at når vi skulle dra, så var det en helt annen tone i det fru Furuvik sa «ha det bra» og at hun nærmest strålte litt. I forskningen «Betydningen av sosiale nettverk og kvaliteten på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie» underbygges det at det å ha en fortrolig å snakke med har stor betydning for opplevelsen av å føle seg mindre ensom, og at ansatte i hjemmesykepleien kunne bli definert som fortrolig, ettersom at de hadde langvarig kontakt med pasientene. De Eldres opplevelse av tjenestene hadde betydning for opplevelsen av ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 279). Det føltes nok godt for fru Furuvik i det vi tok oss tid til å lytte til henne, men samtidig er det utfordrende og tidskrevende å dekke pasientenes fysiologiske behov, så da kan de sosiale behovene fort vike bort. Det er ikke alltid så lett å se pasientene som noe annet enn sykdom, diagnose eller en situasjon i en hektisk hverdag, der tid, økonomi og prioriteringer påvirker sykepleiernes helhetstenking og fokus. Det er heller ikke alltid like lett å lese personer, eller se pasientenes behov for å prate (Eriksen, 2015, s. 896-897).

5.2 Kartlegge sosialt nettverk

Byrden av ensomhet varierer. Noen opplever en ensomhetsfølelse knyttet til en dyp og foruroligende følelse av ensomhet, mens andre opplever ensomheten som håndterbar (Hauge & Kirkevold, 2011, s. 555-556). For sykepleiere kan det være en utfordring å tolke signaler på ensomhet, fordi ordet ensomhet ofte er preget av taushet og tvetydighet (Birkeland, 2013, s. 118-119). Vi opplevde at pasienter kunne si at de var så mye alene og hadde ingen å snakke med, men ved spørsmål om de følte seg ensomme så svarte de nei. Dette bekrefter forskning som sier at verken sykepleierne eller pasientene bruker ordet ensomhet når det er snakk om den sosiale situasjonen i hjemmet (Birkeland, 2013, s. 118-119). Sykepleiere har allikevel en unik mulighet til å kartlegge pasientenes risikofaktorer og ressurser (Ranhoff, 2014 s. 171-172). For å avdekke og forebygge ensomhet kan det være nødvendig med nettverkskartlegging. Det hjelper sykepleierne å få overblikk over de relasjonene som pasientene inngår i og i hvilken grad pasientene får sosial, emosjonell og praktisk støtte (Hummelvoll, 2014, s. 603). Forskning avdekket flere ulike nettverkstyper, men det som ofte gikk igjen var familie og venner (Medvene et al, 2016, s. 490). Det stemmer overens med vår oppfatning. De vi spurte svarte som regel at nettverket deres bestod i hovedsak av familie, noen hadde gjerne noen få venner som de hadde kontakt med via telefon. Familien var ofte innom og hjalp de med hverdagslige ting. Av forskning kommer det frem at det familie og venner i hovedsak bidrar med er praktisk støtte

(Kirchhoff & Andersen, 2016, s. 367). Men vi opplevde at de som hadde familien i nærheten fikk mest hjelp til praktisk ting, mens de som så familien sjeldnere gjerne fikk praktisk hjelp og emosjonell/sosial støtte når de var på besøk.

Vi har sett viktigheten av at sykepleierne kartlegger hvilken støtte pasientene får. For om de enslige eldre bare får dekket den praktiske støtten, hvem skal da dekke behov for sosial og emosjonell støtte? Som studenter opplevde vi at vi kunne være innom pasienter hver dag, gjerne for å administrere medisiner, ta på støttestrømper eller hjelpe ved stell. Det ble gjort kartlegging av pasientene, men det gjaldt de kroppslige og fysiske behovene. Den sosiale situasjonen var sjeldent i fokus annet enn at man gjerne visste om de hadde familie eller ikke. Kontaktsykepleieren kunne gjerne si at pasienten ikke hadde så stort nettverk, og nærmest antok at han/hun var ensom uten noe mer kartlegging. Dette viser også funn fra forskning som sier at selv om sykepleierne går inn i en rolle som sosial kontakt når de er på besøk, så blir det ikke gjort noen systematisk kartlegging av pasientenes sosiale situasjon (Birkeland, 2013, s. 119). I praksis i hjemmesykepleien følte vi at mye av fokuset var på prosedyrer, ansvar og sykepleieroppgaver på medisinerrommet, og at mye av dette bar preg av tidspress. Det tidspresset gjekk ofte utover den sosiale omsorgen ovenfor pasientene. Som studenter som ser at en pasient trenger å snakke, men der kontaktsykepleieren er snar med å ville komme seg videre når oppdraget er utført, er det ikke lett å si ifra. Forskningen «Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» (Birkeland, 2013, s. 199) bekrefter dette. Der viste funn at oppdrag bærer preg av praktisk hjelp, der den sosiale situasjonen i svært liten grad er nevnt (Birkeland, 2013, s. 119). Her ser vi at forskning viser til at innholdet i både det formelle og uformelle nettverket bærer preg av praktisk støtte. Utfordringen for sykepleierne er å finne de pasientene som er ensomme og som trenger hjelp. Når den sosiale kontakten ikke blir vurdert, kan pasienter oppfattes som ensomme uten at de er det. På samme måte kan det medføre at de som er ensomme ikke blir betraktet som dette (Birkeland & Flovik, 2014, s. 73). Dette henger gjerne sammen med skammen og tvetydigheten som ordet ensomhet forbindes med (Birkeland, 2013, s. 118). Derfor er det viktig at sykepleierne skaper en trygg relasjon bygd på et tillitsfullt forhold slik at man kan ha en meningsfull samtale med pasientene for å avdekke ensomhet (Bindels et al., 2014, s. 180).

5.3 Sykepleierne som kontaktledd

Det finnes ulike faktorer som har innvirkning på pasientenes sosiale nettverk, og det er viktig at sykepleiere har innsikt i og vurderer personenes individuelle og ytre faktorer som påvirker vedkommendes livssituasjon (Smebye & Helgesen, 2015, s. 46). Sykepleiere kan ved hjelp av samtaler

og observasjoner kartlegge de sterke og svake sidene ved nettverket. Videre kan sykepleiere støtte pasientene til å gjøre nødvendige endringer (Smebye & Helgesen, 2015, s. 46). Dette støtter også forskning, der sykepleierne ble beskrevet som et kontaktledd mellom pasientene, familier og tjenester fra andre fagfolk (Bindels et al., 2014, s. 185). Familie og venner er viktige støttespillere for pasienter i kriser og ulike situasjoner (Solvoll, 2015, s. 35). I forskningsartikkelen «Losing connections and receiving support to connect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings» viser det seg at på grunn av ulike årsaker så var det mange som ikke hadde kontakt med sin familie. Noen gav uttrykk for at de forventet at deres barn eller andre slektninger var for opptatt til å hjelpe dem og var redd for at de ville være en byrde for dem å spørre om hjelp (Bindels et al., 2014, s. 184). Som nevnt tidligere har vi erfart at eldre ofte sier at de kan føle seg som en byrde for sine pårørende og ønsker derfor ikke å «være til bry». Sykepleiere bør derfor hjelpe de eldre med mestring og tilpasning for å forebygge tilbaketrekking og sosial isolasjon (Ranhoff, 2014, s. 165). Dette kan gjøres ved å oppmuntre de eldre til å ta kontakt med familie, venner og naboer, eller oppsøke eventuelle eldresentre. Sykepleiere kan også oppmuntre pasientenes pårørende til å støtte den gamle, og for å holde oftere kontakt (Ranhoff, 2014, s. 165). Flere forskninger viser til at de som hadde kontinuerlig kontakt med familie, venner, naboer og bekjente hadde det bedre og var mindre ensomme (Kirchhoff et al., 2015, s. 268; Medvene et al., 2016, s. 492). Derfor mener vi det svært viktig at sykepleiere jobber kontinuerlig med å hjelpe pasientene til å opprettholde kontakt med andre.

Et sosialt tilrettelagt miljø kan fremme sosial kontakt (Smebye & Helgesen, 2015, s. 49). Vi opplevde i praksis at mange pasienter ikke hadde nok informasjon om tilbudene i kommunen, og at de ofte trengte informasjon og veiledning rundt dette. Sammen med kontaktsykepleier sette vi oss ned og forklarte de ulike tilbudene pasientene kunne benytte seg av, i tillegg til at vi hjalp de med å fylle ut nødvendige skjemaer. Dette krever at sykepleierne holder seg oppdatert på kommunenes tilbud og frivillige organisasjoner. Røde kors er en av organisasjonene som arbeider for å bekjempe ensomhet blant eldre, og for å inkludere dem i felleskap. Et tiltak de har kommet ut med er blant annet besøksvenn der frivillige besøksvenner besøker ensomme mennesker i alle aldre (Røde kors, u.å.). Kontakt med kjæledyr som hund og katt kan gi en stor helsefremmende effekt (Ranhoff, 2014, s. 165). Røde kors har også sett i gang tiltak der besøksvenner kan ta med hund, og dette har hatt en positiv helseeffekt på ensomme siden dyr kan dekke nærhetlige menneskelige behov, som kos, varme og omsorg (Røde kors, u.å.). Effekten av kjæledyr blir bekreftet i forskningsartikkelen «Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone» der funn viser at dyr hadde positiv effekt for eldre som bodde alene og kunne være med på å forebygge

ensomhet (Stanley et al., 2013, s. 395). Dette erfarte vi også i praksis, der mange av de som hadde kjæledyr gav uttrykk for at det følte seg mindre alene og at de følte en sosial kontakt med kjæledyret. På den andre siden så erfarte vi at mange hadde hatt kjæledyr tidligere og skulle gjerne hatt det igjen. Men utfordringen deres var alt de praktisk rundt de å eige en hund eller en katt.

Sosiale medier kan være nyttige kanaler for at personer kan fortsette å opprettholde det sosiale nettverket (Solvoll, 2015, s. 35). Dette bekrefter funn fra forskningsartikkelen «Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future» der det kommer frem at moderne teknologi kan brukes som et verktøy for eldre til å delta i sosiale samtaler gjennom video (Van der Heide et al., 2012, s. 286). Vi har sett at sosiale medier og bruk av teknologi blir mer og mer brukt for å opprettholde sosiale kontakter. Familie, venner og bekjente kan dele bilder og opplevelser gjennom ulike kommunikasjonsverktøy. Det virtuelle nettverket kan være et godt supplement for ansikt-til-ansikt-samhandling, men ikke en erstatning (Smebye & Helgesen, 2015, s. 48). Vi har opplevd gjennom praksis at eldre allerede bruker teknologi for å holde kontakt med andre. Telefonen er ett av kommunikasjonsverktøyene som de eldre behersker og som kan ha stor sosial betydning (Birkeland & Flovik, 2014, s. 78). Det som forskningen sier på dette området er at mange eldre bruker blant annet telefon for å håndtere perioder med ensomhet (Hauge & Kirkevold, 2011, s. 555). I praksis erfarte vi at mange benyttet seg av telefonen for å holde kontakten med venner og familie. Men det var stor variasjon, noen tok selv initiativ til samtalene, mens andre ventet til andre tok kontakt. Selv om vi ser at det er mye positivt med denne utviklingen, byr det også på problemer. Moderne teknologi kan bli sett på som komplisert og vanskelig å benytte. I artikkelen «Variations in older persons descriptions of the burden of loneliness» kom det frem at eldre kunne føle seg utdaterte, siden verden er i konstant utvikling, opplevde de at de ikke klarte å følge med i tiden (Hauge & Kirkevold, 2011, s. 556). Mangen gav uttrykk for at de moderne kommunikasjonsverktøyene var vanskelige å benytte seg av (Van der Heide et al., 2012, s. 286).

6 Konklusjon

Vi har i denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan sykepleiere kan forebygge ensomhet hos enslige eldre i hjemmet. En viktig del av forebyggingsarbeidet er å utarbeide gode rutiner for å kartlegge ensomhet, i tillegg til pasientenes sosiale situasjon. Det er viktig at sykepleiere vet om pasientene får emosjonell, sosial og praktisk støtte. Uformell og formell omsorg får pasientene gjennom ulike sosiale relasjoner, som gjennom familie, venner, naboer, bekjente, hjemmesykepleien, frivillige organisasjoner, kommunale tilbud eller lignende. For at sykepleiere best mulig skal hjelpe de ensomme pasientene er det viktig å ha kunnskap om de individuelle pasientenes egne verdier, ønsker og behov. For pasienter kan det være vanskelig å snakke med hvem som helst om personlige tanker og opplevelser. Det er da viktig at sykepleierne jobber med å danne en tillitsfull relasjon til pasientene slik at pasientene føler seg trygge på å betro seg selv til sykepleierne om sine indre tanker og følelser. Tjenestene må bli mer personsentrerte der pasientenes behov og ønsker går foran fastlagte rutiner. Videre er det viktig at sykepleierne har en god kommunikasjon og ei åpen holdning til pasientene. De må ta seg tid til å se pasientene som unike individ, men også lytte til pasientene. Kommunikasjon handler ikke alltid om ordene som blir sagt, men også om kroppsspråket og holdningene som blir vist.

Sykepleiere må bli mer bevisst på hva rolle de har ovenfor pasientene. Sykepleieren har en støttende rolle ovenfor pasientene og kan da bli sett på som en fortrolig. Å være en fortrolig for pasienter kan være en fordel for videre samarbeid der sykepleiere kan fungere som et kontaktledd mellom pasienter, pårørende, kommunale tjenester og frivillige organisasjoner. De eldre vet ikke alltid hva som finnes av tilbud, og da er det viktig at sykepleiere har kunnskap om sosiale tilbud og tjenester. Som sykepleiere må man prioriterer og planlegger eget arbeid slik at de best mulig kan benytte seg av den tiden de har til disposisjon. Ved at sykepleiere kontinuerlig besøker de samme pasientene kan sykepleiere lettere følge opp pasientene. Det er også viktig at sykepleiere tørr å spørre pasientene om deres opplevelser og hva de ønsker og har behov for. Selv om pasienter er enslige trenger det ikke å bety at de føler seg ensomme. Det er forskjell på å være alene og å være ensom. Det er derfor viktig å høre på pasientenes opplevelse av situasjonen.

Ensomhet er et viktig tema i eldreomsorgen, men som ofte bli nedprioritert eller feiltolket. Ordet ensomhet er knyttet til tvetydighet og skam. Det er for lite kunnskap om ensomhet og hva sykepleiere kan gjøre i det forebyggende arbeidet. Det trengs bedre rutiner slik at de som har behov for sosial støtte blir sett og ivaretatt.

7 Referanse

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging- et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie* (s. 79-97). Bergen: Fagbokforlaget.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleie forskning*, 8, 114-122. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bindels, J., Cox, K., De La Haye, J., Mevissen, G., Heijing, S., Van Schayck, O. C. P., ... Abma, T. A. (2014). 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
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland (red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-164). 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. 887-905). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetgarantien) (FOR 2010-11-12-1426). Hentet 13. november 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Hauge, S. & Kirkevold, M. (2011). Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 3(26), 553-560. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00965.x
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV 2011-06-24-30). Hentet 2. november 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=omsorg&fbclid=IwAR126W0685_2ymAt_mcClaeO-EFyZAcgiQjHIW2ejxoYTMsDs3pXzwKOn2k
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363-395). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hummelvoll, K.J. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2015). Relasjonen mellom sykepleie og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s .83-127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A., & Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvaliteten på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sygepleieforskning*, 5(3), 266-282. Hentet 16. oktober 2018 fra https://www.idunn.no/nsf/2015/03/betydningen_av_sosiale_netterk_og_kvalitet_paa_pleien_for_o?fbclid=IwAR330rllPd-PcEBU86Lz0tbXOdMuN_qvc6Wo0SVvENlyu0LMIqHGO6XUaas
- Kirchhoff, J. W. & Andersen, K. L. (2016, 4. Januar). Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning*, 4(10), 362-370. doi:10.4220/sykepleienf.2015.56001
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis- sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 193-205). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & 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. (FOR-2003-06-27-792). Hentet 2. november 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=Forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie>
- Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R., Ofei-Dodoo, S., DiLollo, A., Webster, N. & Nance, A. (2016). Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients. *Aging & Mental Health*, 20(5), 485-493. doi:10.1080/13607863.2015.1021751
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. (rapport 2018/26).

- Hentet november 2, 2018 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358290?ts=165a44eac40&fbclid=IwAR31QJBY5iBcU2MHInoiQoZT3q1Zh400L6TaLIVuA7Am6x3Ocwyl2kx737U>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet oktober 24, 2018 fra regjeringen: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Moksnes, K. M. (2010). Livets siste faser. I F. Skåderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (red.), *Psykatrieboken: Sinn- kropp- Samfunn* (s. 446-486). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 2. november 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-172). Oslo: Gyldendals akademisk.
- Regjeringen (2015). Revidert nasjonalbudsjett 2015: Øker innsatsen for å forebygge ensomhet blant eldre. Hentet 10. oktober 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oker-innsatsen-for-a-forebyggeensomhet-blant-eldre/id2411072/>
- Røkenes, O. H., Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røde kors. (u.d). Besøksvenn. Hentet 28. oktober 2018 fra Røde kors: <https://www.rodekors.no/tilbudene/besoksvenn/>
- Røde kors. (u.d.). Besøksvenn med hund. Hentet 28. oktober 2018 fra Røde kors: <https://www.rodekors.no/tilbudene/besoksvenn/besoksvenn-med-hund/>

- Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen, C. & Van Orden, K. A. (2013). 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). Eldre og enslige har minst sosial kontakt. Hentet 10. oktober 2018 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/eldre-og-enslige-har-minst-sosial-kontakt>
- Statistisk Sentralbyrå. (2018). Vi nærmar oss 5,3 millionar. Hentet 10. oktober 2018 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-naer-mar-oss-5-3-millionar>
- Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2015). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 41-66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvoll, B.-A. (2015). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 15-36). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-H. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, R. (2015). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 105-126). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Van der Heide, L. A., Willems, C. G., Spreeuwenberg, M. D., Rietman, J. & de Witte, I. P. (2012). Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technology and Disability*, 24. 283-291. doi:10.3233/TAD120359
- World health organization (2017, desember). Mental health of older adults. Hentet 10. oktober 2018 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

Vedlegg 1

PIO- skjema

Pasient/problem	Intervensjon	Utfall/resultat
Hvem/hvilke	Hva	
Eldre enslige hjemmeboende	Forebygge	Opplevelsen av ensomhet

Vedlegg 2

Søkedato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Hva vi gjorde med treffene	Nyttet artikler
09.10.2018	Academic Search Elite (inkl. Medline og Cinahl med full tekst)	År 2013-2018 Engelsk Alder 65+ Fagfellevurdert Artikkel Full tekst	1.Loneliness OR alone OR social isolation	13 945	Lagret antall treff	
			2.Homecare OR home care services OR home health nursing	4183	Lagret antall treff	
			3.Elderly OR old	26 943	Lagret antall treff	
			4.Social network OR social support	8652	Lagret antall treff	
			1+2+3+4	6	Leste overskriftene/abstrakt	I artikkel vart nyttet. «Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients.»
16.10.2018	SveMed+	År 2012-2018 Fagfellevurdert Les online	1.Hjemmesykepleien OR home care	343	Lagret antall treff	
			2.Ensomhet OR loneliness	23	Lagret antall treff	
			1+2	5	Leste overskriftene/abstrakt	Tre artikler vart nyttet «Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemme-sykepleie»

						«Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» «Variations in older persons` descriptions of the burden of loneliness»
16.10.2018	Pubmed	År 2013-2015 Full tekst Engelsk	1.Loneliness OR social isolation OR alone	117 823	Lagret antall treff	
			2.Elderly OR old OR aged	1 076 772	Lagret antall treff	
			3.Home care OR home care services OR home health care	135 875	Lagret antall treff	
			4.Social network OR social support	112 799	Lagret antall treff	
			1+2+3+4	486		
			5. Prevent	105 559	Lagret antall treff	
			1+2+3+4+5	11	Leste overskriftene/abstrakt	En artikkel blei brukt «Losing connections and receiving support to connect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings»
17.10.2018	Sykepleien.no	År 2013-2018 Forskning	Ensomhet og eldre	9	Leste overskriftene	En artikkel vart nyttet

						«Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien»
17.10.2018	Academic Search Elite (inkl. Medline og Cinahl med full tekst)	År 2013-2018 Engelsk Alder 65+ Fagfellevurdert Artikkel Full tekst	1.Animals OR pet	83 765	Lagret antall treff	
			2.Loneliness OR social isolation	1345	Lagret antall treff	
			3. Elderly OR old OR aged	61 025	Lagret antall treff	
			4. Alone	12 668	Lagret antall treff	
			1+2+3+4	1	Leste abstrakt	En artikkel vart nyttet «Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone»»
		Åpnet søket til år 2012-2018	5.Technology	107 292	Lagret antall treff	
			6.Home care OR home care services OR home health care	156 764	Lagret antall treff	
			2+3+5+6	10	Leste overksriftene/abstrakt	En artikkel vart nyttet «implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future»

Vedlegg 3

Tittel/forfatter/år	Studiedesign	Innhold	Funn	Drøftingsområder
Tittel: «Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie» Forfatter: Arvid Birkeland Årstall: 2013 Tidsskrift: Sykepleien forskning	Kvalitative forskningsintervju på pasientene og fokusgruppe-intervju på sykepleierne 20 pasienter og 6 sykepleiere deltok Foregikk i Norge	Økt kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen disse pasientene befinner seg i.	-Ensomhet ble hverken av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem. -Ordet ensomhet blir ofte preget av taushet og tvetydighet. -Den sosiale situasjonen til pasientene er ellers preget av en kombinasjon av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, inkludert sosiale tap og alvorlig sykdom.	- Økt fokus på pasientens psykososiale situasjon og behov - Kartlegge og vurdere pasientens sosiale situasjon -Lytte til pasientens opplevelse av egen situasjon
Tittel: «Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients.» Forfatter: Medvene, et al., Årstall: 2016 Tidsskrift: Aging & Mental Health	Kvalitativ studie 40 menn og kvinner USA	Kartlegging av nettverk hos pasienter som mottar kommunale hjemmetjenester, og hvordan ulike nettverkstyper var knyttet til sosial isolasjon, forholdskvalitet og ensomhet	-Fire typer nettverk: Familie, diverse, begrenset og religiøse -Familiemedlemmer omfattet nesten halvparten av deltakernes sosiale nettverk -Pasienter med familie og religiøse nettverk hadde betydelig mer positive relasjoner enn de med begrenset nettverk -Pasienter med begrenset nettverk opplevde mer sosial isolasjon og ensomhet	- Familien som en viktig ressurs for pasientens sosiale nettverk -Kvaliteten på relasjonen
Tittel: «Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien	Tverrsnittstudie 118 brukere deltok	Forekomsten av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien, og hvilken grad sosiale	-19,5 prosent av brukerne hadde ofte eller alltid opplevd ensomhet,	Sykepleiere som fortrolige

<p>for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie»</p> <p>Forfatter: Kirchhoff, Grøndahl & Andersen</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Tidsskrift: Nordisk sygeplejeforskning</p>	<p>Norge</p>	<p>nettverk og kvaliteten på pleien bidrar til å påvirke brukerens opplevelse av ensomhet</p>	<p>-Brukerens helsetilstand og bostatus hadde en signifikant sammenheng med ensomhet.</p> <p>-God kvalitet på relasjonene mellom brukerne og aktørene, og en opplevelse av god kvalitet på pleien, førte til reduksjon i opplevd ensomhet.</p>	<p>-Personorientert pleie og faglig kvalitet</p> <p>-Relasjon og kvaliteten på relasjoner</p>
<p>Tittel: «Variationes in older persons` descriptions of the burden of loneliness»</p> <p>Forfatter: Hauge, S., Kirkevold, M.</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Hermeneutisk design</p> <p>21 kvinner og 9 menn</p> <p>Norge</p>	<p>Hvordan eldre opplever og håndterer ensomhet.</p>	<p>- Funn indikerer at opplevelsen av ensomhet varierer</p> <p>-Noen deltakere beskrev å oppleve en ensomhet som var smertefull, men likevel håndterbar.</p> <p>-Noen av deltakerne opplevde en dyp og ødeleggende ensomhet</p>	<p>-Pasientens egen opplevelse av tilværelsen</p> <p>-Vise interesse og verdsette verdier</p>
<p>Tittel: «Losing connections and receiving support to connect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings»</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>23 eldre kvinner og menn deltok</p> <p>Nederland</p>	<p>Hvorvidt omsorgen som tilbys i pleieprogrammene er i samsvar med behovene til eldre mennesker</p>	<p>-et tillitsfylt forhold til sykepleier var en viktig del av omsorgen.</p> <p>- Sykepleierne bidro til å gjenopprette en følelse av tilknytning og gav økt tilgang til ressurser i samfunnet.</p>	<p>- Tillit mellom sykepleier og pasient</p> <p>- Sykepleier som et bindeledd til andre ressurser</p>

<p>Forfatter: Bindels, Cox, De La Haye, Mevissen, Heijing, Schayck, Widdershoven & Abma</p> <p>Årstall:2014</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Older People Nursing</p>				
<p>Tittel: «Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone»</p> <p>Forfatter: Stanley, Conwell, Bowen & Van Orden</p> <p>Årstall:2013</p> <p>Tidsskrift: Aging & Mental Health</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>830 menn og kvinner over 60 år deltok</p> <p>New York, USA</p>	<p>Samanhengen mellom kjæledyr og ensomhet, og hvordan kjæledyr kan være kilde til sosial tilknytning, fremme helse og velvære hos eldre voksne.</p>	<p>-Funnene tyder på at kjæledyr kan gi fordeler for velvære.</p> <p>-Dempe følelsen av ensomhet hos eldre som bor alene</p> <p>- Eldre med kjæledyr hadde 36 % mindre sannsynlighet for rapportering av ensomhet</p> <p>- Eldre som budde alene og ikke hadde kjæledyr gav økt rapportering av ensomhet.</p>	<p>- Dyr som verdifulle kilder til sosial tilknytning.</p> <p>-Dyr som kilde til aktivisering</p> <p>-Setter dyrets behov fremfor en selv</p>
<p>Tittel: «Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges»</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>180 hjemmeboende menn og kvinner.</p> <p>Nederland</p>	<p>Vurdere hvorvidt CareTV/teknologiske løsninger kan brukes av eldre for å unngå ensomhet ved at de kan holde kontakten med andre.</p>	<p>-Følelsen av ensomhet sank</p> <p>-Sosial og emosjonell ensomhet sank signifikant</p> <p>-Vanskelig å beregne tryggheten for de ulike teknologiske løsningene</p>	<p>- Bruk av moderne teknologi for å opprettholde sosial kontakt</p> <p>-Trygghet ved bruk av teknologiske kommunikasjons verktøy</p>

<p>Forfatter: Loek A. van der Heidea et.al., Årstall: 2012 Tidsskrift: Technology and disability</p>				
<p>Tittel: «Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien » Forfatter: Kirchhoff & Andersen Årstall:2016 Tidsskrift: Sykepleien.no</p>	<p>Tverrsnittstudie 127 menn og kvinner Norge</p>	<p>Kartlegging av nettverket til pasienter som mottar hjemmesykepleie, i tillegg til frekvensen og innholdet i den uformelle omsorgen fra familie og venner. Sammenheng mellom formell og uformell omsorg.</p>	<p>- Flertallet hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk, og mottok uformell omsorg fra familie og venner. -Uformell omsorg inneholdt først og fremst praktisk bistand. - Betydningsfull sammenheng mellom formell og uformell omsorg. Pasienter med flere besøk av hjemmesykepleie daglig, fikk også oftere uformelle tjenester fra familiemedlemmer.</p>	<p>- Uformell og formell omsorg -Familien som en viktig ressurs</p>