



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 131

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7000

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 6

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Einsam eller einsleg?

Lonely or alone?

Nikoline Henriette Sjursæther Devig
Kandidatnr: 131

Bachelorutdanning i sjukepleie

Avdeling for helsefag/institutt for sjukepleie/Campus
Førde

Vegleiar: Anne Marie Sandvoll

04.06.2019

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.

Innholdsfortegnelse

Samandrag	i
Summary	ii
1 Innleiing	1
1.1 Samfunnsperspektiv	1
1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv	1
1.3 Bakgrunn for val av tema	2
1.4 Problemstilling med avgrensing	2
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Oppgåva si oppbygging	3
2 Metode	3
2.1 Kva er metode?	3
2.2 Søkeord og database	4
2.3 Pensumlitteratur og nettsider	5
2.4 Kjeldekritikk	5
3 Teoridel	7
3.1 Kjenneteikn på den einsame eldre	7
3.2 Heimesjukepleiar som sosial kontakt	8
3.3 Heimesjukepleie som arena for meistring	9
4 Resultat	10
4.1 Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie	10
4.2 Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien	11
4.3 <i>Embracing the present and fearing the future: The meaning of being an oldest old woman in a rural area</i>	12
4.4 <i>Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations</i>	13
5 Diskusjon - Korleis kan heimesjukepleiar bidra til å førebygge einsemd og fremje meistring hos einslege eldre?	14

5.1 Korleis opplev eldre livet i einsemd?	14
5.2 Kartlegging av psykososiale behov	16
5.3 Ingen er like.....	17
5.4 Samarbeid med samfunnet.....	19
6 Konklusjon	20
7 Litteraturliste	22
Vedlegg 1	25
Vedlegg 2	25
Vedlegg 3	25

Samandrag

Einsam eller einsleg?

I denne bacheloroppgåva, som er ein litteraturstudie, har eg valt å skrive om korleis heimesjukepleiar kan bidra til å førebygge einsemd og fremje meistring hos einslege eldre. Sjølv om einsemd ikkje er rapportert som eit stort problem (Jakobsen, 2019), er det likevel eit problemområde eg ønska å fordjupe meg i. Dette for å ha kunnskap til å kunne gjere ein forskjell for den eldre når eg kjem ut i arbeidslivet. For at eldre skal kjenne meistring og oppleve kvardagen som mindre einsam, er det viktig at sjukepleiaren anerkjenner seg sjølv som sosial kontakt, og at vi ser den eldre for den han er. Dersom vi set eit større fokus på einsemd, og samarbeider med pårørande og sosiale aktørar, vil den eldre kjenne seg sett og få moglegheit til å leve livet – heile livet.

Summary

Alone or lonely?

In this Bachelor's thesis, which is a literature study, I have chosen to write about how home nurses can help prevent loneliness and promote mastery in single elderly people. Although loneliness has not been reported as a major problem (Jakobsen, 2019), it is still a problem area I wanted to immerse myself in, so that I have the knowledge to be able to make a difference for the elderly when I come out to work. For the elderly to know coping and experiencing everyday life as less lonely, it is important that the nurse recognizes himself as social contact and that we see the elderly for who he is. If we put a greater focus on loneliness and cooperate with relatives and social actors, the elderly will feel seen and have the opportunity to live life - all their lives.

1 Innleiing

1.1 Samfunnsperspektiv

Einsemd kjem i større grad fram i medialyset i dag enn for berre nokre få år sidan. Forskarar hevdar kronisk og alvorleg einsemd rammar mellom 6 og 8 prosent av befolkninga (Jakobsen,2019). Seinast i mai kunne ein lese om russ som tek ansvar for eit inkluderande miljø, eller studentar som opprettar Facebook-grupper for einsame studentar. Kva så med den eldre generasjonen, som gjerne har andre preferansar for sosial omgang enn den yngre garde? Forventa levealder ved fødsel har aldri vore høgere enn i 2018. For gutar var den 81,0 år, for jenter 84,5 år (Statistisk sentralbyrå [SSB],2019). I 2017 var det i alt 217 059 personar i alderen 67 år og eldre som tok i mot helse- og omsorgstenester (SSB,2018). Det vil i tida framover vere auka behov for helse- og omsorgstenester. Dette krev at samfunnet har tilbod som dekker eldre sine sosiale behov, slik at den eldre har ein verdig og variert kvardag.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (2003) skal bidra til å sikre at personar som tek i mot pleie- og omsorgstenester etter kommunehelsetenesta får ivaretatt sine grunnleggande behov. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) §3, seier at kommunen skal utarbeide skriftlege nedfelte prosedyrar som skal sikre at brukarane får tilfredsstilt grunnleggande behov, mellom anna sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet. Stortingsmelding 15 *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* er ei reform som går over ein 5-års periode frå 2019-2023. Reforma handlar om korleis eldre skal få fortsetje å ha gode kvardagar, også når helsa byrjar å svikte (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD],2018).

1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv

Sjukepleiaren skal hjelpe med å førebygge eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning, samt finne mening i desse erfaringane (Travelbee,2005, s. 29). Ut frå eit sjukepleiefagleg perspektiv har sjukepleiarar plikt til å ivareta grunnleggande behov (Lillemoen,2016, s. 299). Birkeland og Flovik (2014, s.70) viser til at einsemd hos eldre kan føre til isolasjon og sjukdom. Eg meiner det difor i høgste grad er naudsynt å rette merksemda mot denne

pasientgruppa. Vi som sjukepleiarar må anerkjenne at vi er ei viktig sosial kontakt for pasientane, sjølv om dette ikkje blir eksplisitt definert i det aktuelle oppdraget i heimen. Vidare må vi anerkjenne at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess (Travelbee,2005, s. 29). Sjukepleiarar blir vist ei spesiell tillit når vi kjem heim til pasientane. Dette medfører at vi må ha fokus på korleis pasientane opplev sin situasjon, og korleis vi kan bidra utover det aktuelle oppdraget vi er der for (Birkeland & Flovik,2014, s. 74).

1.3 Bakgrunn for val av tema

Etter kvart som eg har tileigna meg kunnskap innan somatikk og psykiatri, har samanhengen mellom desse felta blitt tydelegare. Gjennom ulike praksisperiodar har eg oppdaga at den psykiske biten er minst like viktig som den fysiske. I heimesjukepleia har eg møtt eldre med ulike føresetnadar sosialt sett. Nokre har mange pårørande og venner til stades, medan andre stort sett har personale frå heimesjukepleia som sosial omgangskrets. I praksis har eg sett korleis nokre eldre blir aukande inneslutta og har vanskar med å engasjere seg når det er sosiale tilbod tilgjengeleg. Det kan sjå ut som den eldre ikkje har ork eller vilje til å delta. Realiteten kan vere at det er utfordrande å ta steget for å bli med. Det er sjølvsagt ulike årsaker til at ein held seg til heimen, men eg ynskjer å utforske korleis vi kan skape meistring i kvardagen til dei eldre, slik at deltaking i eit sosialt liv blir mogleg.

1.4 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan heimesjukepleiar bidra til å førebygge einsemd og fremje meistring hos einslege eldre?

Førebygging er eit vidt tema, difor avgrensar eg oppgåva til korleis sjukepleiar kan oppdage einslege kvinner og menn over 75 år, som kan vere utsett for einsemd. Somatikk er ofte utgangspunktet for hjelp frå heimesjukepleia (Birkeland,2013, s.119), difor vel eg å avgrense oppgåva til merksemd på pasienten sin psykososiale situasjon. Eg vil også setje noko av drøftinga inn i eit samfunnsmessig perspektiv, for å skape eit overordna blikk på problemstillinga.

1.5 Begrepsavklaring

Det er ulike teoriar om einsemd. Einsemd er ei subjektiv oppleving og ikkje det same som å vere åleine. Einsemd er når den enkelte føler at han er for seg sjølv, knytt til ein smerteleg lengsel eller sagn etter ein eller fleire personar. Dette kan knytast til at ein kjenner seg svikta, avvist, gløymd, uønskt og lukka ute frå fellesskapen (Halvorsen,2005, s. 42).

1.6 Oppgåva si oppbygging

Oppgåva er tredelt med innleiing, hovuddel og avslutning. I innleiinga kjem det fram samfunns- og sjukepleieperspektiv, kvifor eg har valt temaet og problemstilling med avgrensing. Hovuddelen består først av eit kapittel om kva framgangsmåte som er nytta og vil innehalde metode, søkjeord og database samt kjeldekritikk. Vidare i hovuddelen kjem relevant teori og forskning som belyser korleis sjukepleiaren kan førebygge einsemd og fremje meistring hos eldre heimebuande. Teorien og funna vil drøftast i slutten av hovuddelen saman med egne erfaringar. I avslutninga forsøker eg å svare på problemstillinga.

2 Metode

I dette kapittelet tek eg føre meg kva metode og litteraturstudie er. Vidare vil eg gjere greie for søkje- og utvalsprosessen for litteraturen eg har nytta. Til slutt vil eg sjå på styrker og svakheiter med litteraturen eg har nytta.

2.1 Kva er metode?

Metode fortel noko om korleis vi skal gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Metode er ein framgangsmåte for å løyse problem og komme fram til ny kunnskap. (Dalland,2017, s.51). Bakgrunnen for val av metode støttast på det som kan belyse ulike spørsmål eller problemstillingar på best mogleg måte (Dalland,2017, s. 51).

Til denne oppgåva er det nytta litteraturstudie som metode. I ei litterær oppgåve finn ein fram data frå eksisterande forskning, fagkunnskap og teori. Data ein leitar etter avheng av kva ein ønskjer å finne ut (Dalland,2017, s. 207). Eg ønskjer å sette fokus på eldre som tek i mot hjelp frå heimesjukepleia.

Innan metode er det to ulike retningar; kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvantitativ metode gjev data i form av målbare einingar. Tala gjev moglegheit til å føreta rekneoperasjonar, til dømes kor stor prosent av befolkninga som er avhengig av sosial hjelp. Kvalitative metodar har som mål å fange opp meining og oppleving som ikkje let seg måle eller talfestast. Begge metodane bidreg på kvar sin måte til ei betre forståing av samfunnet vi lev i (Dalland,2017, s. 53).

2.2 Søkeord og database

Eg har nytta Oria til søk etter relevant faglitteratur som omhandlar mellommenneskelege forhold, omsorg og einsemd blant eldre. Det er mykje litteratur på området, eg har difor selektivt valt ut relevant litteratur og teori for oppgåva mi. Eg har valt ut i frå kven bøkene er skriven av og innhaldet i bøkene. Ut over dette vil eg nytte pensum litteratur som har blitt nytta gjennom studieforløpet. Det ville også vere interessant å sjå korleis politikken stiller seg til eldreomsorga.

For å finne relevant forskning til å belyse problemstilling mi, har eg søkt etter fagfelleverderte artiklar i Academic Search Elite, Svemed+ og Oria. Eg har tilstreba å finne forskning som ikkje er eldre enn 10 år. Dette for å utelukke artiklar som mogleg kunne vere utdaterte (Dalland, 2015, s. 162). Søkjeprosessen er lagt til som vedlegg.

Ved søk i Academic Search Elite nytta eg søkjeorda *oldest old, rural areas og home nurs**. Då eg sette saman søkjeorda med AND fekk eg 3 treff. Av desse tre valde eg to artiklar; *Embracing the present and fearing the future: The meaning of being an oldest old woman in a rural area* (Ness, Hellzen og Enmarker, 2014a) og *Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's*

narrations (Ness et al.,2014b). Artiklane er utført i Noreg av same forskarane, der den eine omhandlar menn og den andre kvinner. Forskarane har fokus på einslege som mottek hjelp frå heimesjukepleia. Det er nytta kvalitativ tilnærming gjennomført med forteljande intervju som metode.

Søkeorda eldre, ensomhet og hjemmesykepleie vart nytta i Svemed+. Då eg sette søkjeorda saman og avgrensa til peer reviewed, fekk eg 3 treff der eg valde artikkelen *Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie*. Dette er ein kvalitativ studie der det er nytta individuelle kvalitative forskingsintervju og fokusgruppeintervju som metode (Birkeland,2013). Vidare nytta eg søkeorda uformell, omsorg, hjemmesykepleie i Oria og fekk 10 treff, eg valde då artikkelen *Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien*. Dette er ei tverrsnittundersøking blant heimesjukepleiepasientar (Kirchhoff & Andersen,2015).

2.3 Pensumlitteratur og nettsider

Eg har valt å nytte pensum litteraturen *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff,2013) og *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Flovik,2014), som vil vere relevant for oppgåva. Vidare har eg nytta bøkene *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid* (Halvorsen,2005) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee,2005) då dette er litteratur som omhandlar emnet eg ønskjer å belyse. Eg har også valt å nytte Statistisk Sentralbyrå, Lovdata og Stortingsmelding nr. 15 i oppgåva for å finne nye og relevante offentlege publikasjonar, lover og statistikk.

2.4 Kjeldekritikk

Ved søk etter kjelder var det viktig å finne kjelder som var relevante for å svare på problemstillinga, kjeldene måtte både vere relevante og pålitelege. Kjeldekritikk betyr at ein må vurdere og karakterisere litteraturen ein finn slik at kjelda let seg bruke til å beskrive og belyse problemstillinga. Vidare skal det vere forståeleg for lesaren kva type kjelder som blir nytta (Dalland,2017, s. 158-159). For å sikre at artiklane er relevant for mi oppgåve har eg nytta sjekklister for kvalitative- og prevalens studiar frå Helsebiblioteket (2016). I det vidare viser eg ulike styrker og svakheiter ved kjeldene eg har nytta.

Forskningsartiklane har eg funne i Academic Search Elite, Oria og Svemed+ då dette er databasar som høgskulen anbefaler. IMRaD- strukturen er ei norm for oppbygging av forskningsartiklar som er mykje brukt, av den grunn har eg nytta IMRaD for å vurdere artiklane si oppbygging (Dalland,2017, s. 163). Eg har nytta sjekklister for kvalitative- og prevalens studiar, for å kontrollere at det er klart formulerte problemstillingar og at designet er egna for å svare på problemstillinga til forskarane. Vidare har eg vurdert om resultatane er relevante og om dei kan stole på (Helsebiblioteket,2016).

Eg ønskjer å fange opp korleis eldre opplev å bu åleine, samt korleis dei opplev heimesjukepleia som sosial kontakt. Difor har eg i stor grad leita etter kvalitative studiar. Eg har nytta tre kvalitative studiar og ein kvantitativ studie, der samtlege er 6 år eller yngre. Forskningsprosjekta har føregått i Noreg, men to av artiklane er skriven på engelsk. Dette kan medføre feiltolking i prosessen. Det er ei styrke at forskinga har føregått i Noreg då oppgåva mi er avgrensa til Noreg. Likevel kan dette medføre ei svakheit då det ikkje gjev innblikk i heimesjukepleia sin sosiale funksjon i andre land.

Pensumbøkene *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff,2013) og *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Flovik,2014) inneheld mange sekundærkjelder og er basert på relevant forskning. Det vil difor vere nokre sekundærkjelder i oppgåva, som til dømes Antonovsky. Dette kan føre til svakheiter i teksten fordi sekundærkjelder kan vere ei oversett utgåve av den primære kjelda, både av sekundærforfattaren og deretter av meg (Dalland,2017, s. 162). Eg har også valt å nytte Statistisk Sentralbyrå, Lovdata og Stortingsmelding nr 15. Dette er kjelder som har statleg tilknytning og eg vurderer dei difor som pålitelege kjelder med ei styrkande effekt på oppgåva. *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid* (Halvorsen,2005) og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee,2005) er bøker av eldre dato, difor er det naudsynt å vurdere relevansen. For å vurdere relevans opp mot utgjevsdato har eg vurdert innhaldet, kvifor forfattaren har skriva om dette, kven teksten er skriva for og kva som er føremålet med teksten (Dalland,2017, ss. 160-161). Ut i frå dette har eg kome fram til at bøkene er relevante og ei styrke for oppgåva.

3 Teoridel

I dette kapittelet presenterast relevant teori som kan vere med å belyse problemstillinga.

3.1 Kjenneteikn på den einsame eldre

Mange eldre som bur åleine taper kjensla av samanheng og opplev livet som mindre meiningsfullt grunna sjukdom og plager. At ein har ei kjensle av samanheng i livet er ein helsefremjande måte å forhalde seg til liv og helse, slik Antonovsky sin teori om salutogenese beskriv. Det er tre komponentar i denne teorien: at den enkelte har kunnskap om og forståing for sin eigen livssituasjon, at vedkommande opplev livet som handterbart trass hindringar, og at vedkommande opplev livet som meiningsfullt trass konsekvensane av sjukdom og plager. Særleg meiningsfullheit er viktig; om ikkje livet opplevast som meiningsfullt, har det lite å seie om ein har kunnskap om helsesvikt, og har ein praktisk handterbar situasjon (Fermann & Næss,2013, s. 212).

Eldre menneske opplev seg ofte redusert til sine helse- og funksjonsproblem, medan personen «bak» ikkje blir sett. Dei er særleg utsett for trugslar mot sin eigen integritet, fordi personalet ikkje ser og anerkjenner den enkelte sin personlegdom. I staden for behandlast pasienten som eit objekt, ein sjukdom eller eit sett med oppgåver (Kirkevold,2013, s. 96). Gamle trur oftare enn yngre at dei er underlagt ekstern kontroll, dette inneber at ein trur at det som skjer er eit resultat av ytre krefter som ikkje kan påverkast (Thorsen,2013, s. 66).

Den enkelte opplev ei biologisk fundert drift i retning av å trekke seg tilbake frå samfunnet, som ei førebuing til døden. Ein trekk seg tilbake frå sosiale roller og nettverk, blir mindre utadretta og meir innadvendt. Vidare bidreg tilbaketrekkingsteorien til at eldre opplev seg sjølv som reduserte grunna alderdommens naturlege tilbøyelegheit til tilbaketrekning og samfunnsforhold som skyv gamle ut (Thorsen,2013, s. 60).

3.2 Heimesjukepleiar som sosial kontakt

Som heimesjukepleiar er vi kanskje den einaste som er innom pasienten den dagen. Vi blir difor viktige for pasienten sitt sosiale nettverk. Sjukepleie har ein grunnleggande helsefremjande og førebyggande karakter, der målet er å bevare pasientens heilheit eller integritet (Kirkevold,2013, s. 92). Dersom vi ikkje tek omsyn til vedkommande sin sosiale kontekst, vil det vere umogleg å ivareta pasientens heilheit eller integritet. Vi må kjenne til og respektere pasienten sine sosiale, kulturelle og etniske bakgrunn og vite korleis den enkelte forstår og plasserer seg innanfor sin sosiale kontekst (Kirkevold,2013, s. 94).

Alle menneske er meir forskjellige enn dei er like. Dersom ein har dette som utgangspunkt vil ein lettare unngå den vanlege feilen; å rekne med at den andre er lik seg sjølv, og at ein dømmar andre ut frå kva ein sjølv ville og ikkje ville gjort. Likevel er det nokre likskapar mellom individ som er viktig at den profesjonelle sjukepleiaren har forståing for. Dette dreier seg om felles livserfaringar som alle menneske, om dei lev lenge nok, før eller seinare vil stå ovanfor. Desse allmenneskelege livserfaringane dreier seg mellom anna om sjukdom og smerte (fysisk, psykisk eller åndeleg lidning), og i siste instans møte med døden (Travelbee,2005, ss. 57-58).

Vi som sjukepleiarar må opparbeide eit menneske-til-menneske-forhold. I eit slikt forhold betraktar og stiller sjukepleiaren og den sjuke seg til kvarandre som unike menneskelege individ, ikkje som «sjukepleiar» og «pasient». Det er først når den enkelte opplev den andre som menneske at ei reell kontakt oppstår. Menneske-til-menneske-forholdet er eit verkemiddel som gjer det mogleg å hjelpe eit individ med å førebygge eller meistre sjukdom og lidning, og finne mening i desse erfaringane. Dette forholdet kjem ikkje av seg sjølv. Sjukepleiaren må gå inn i kvart møte for å lære den sjuke å kjenne, samt finne fram til og ivareta hans behov (Travelbee,2005, s. 171).

Sjukepleiaren skal hjelpe den sjuke til å halde fast ved håpet og unngå håplausheit. Oppgåva til sjukepleiaren er også å hjelpe til å oppnå håp igjen for den som opplev håplausheit. Det er ikkje mogleg å hjelpe den sjuke med mindre sjukepleiaren er tilgjengeleg og villig til å snakke med den sjuke om til dømes angst og frykt. Sjukepleiaren skal vere observant for teikn på

fysiske, samt psykiske plager og gje kvalifisert og medfølande omsorg. Ein måte å frata den sjuke håpet på, er ved å vere lite merksam på vedkommande sine fysiske behov og velvære. Enkelte sjuke vil ikkje krevje noko av sjukepleiaren fordi dei trur ho har det for travelt, det er då vår oppgåve å gje den hjelpa det er behov for og ved usikkerheit har vi eit ansvar for å spørje vedkommande. Ansvar for at hjelpa blir tilbydd og gitt, ligg på sjukepleiaren, ikkje den sjuke (Travelbee,2005, ss.123-124).

Som nemnt ovanfor må sjukepleiaren kjenne den gamle både som sjuk, og som menneske. Når det gjeld å bli kjend med pasienten som menneske, må tilnærminga vere mindre styrt frå sjukepleiaren si side. For å få informasjon om noverande familie og sosiale forhold er intervjuform godt egna. Når ein skal få eit bilete av livet pasienten har levd og korleis dette har forma dei, krevjast det meir spontan og uformell tilnærming gjennom samtalar. Det vil variere kor mykje den eldre ønskjer å dele, ein viktig faktor er om pasienten opplev at sjukepleiaren er oppriktig interessert i han som person. I langtidsrelasjonar er pasienten avhengig av at sjukepleiaren bidreg med å verne om og oppretthalde vedkommande si sjølvrespekt og identitet. Det kan i slike tilfelle vere nyttig å ta i bruk livshistoriedokument, der nøkkelinformasjon om pasienten kartleggast, og til dømes fotografi/personlege dokument oppbevarast. Eit slikt dokument kan brukast som ramme om ein samtale med pasient eller pårørande. Likevel er det viktig å nytte det med varsemd, det er kunn opplysningar som kan bidra til god sjukepleie som skal etterspørjast (Kirkevold & Brodtkorb,2013, ss. 121-122).

3.3 Heimesjukepleie som arena for meistring

Samfunnet legg på mange måtar til rette for tilbaketrekking med pensjonering, aldersgrenser og barrierar mot samfunnsmessig deltaking. Tilbaketrekkingsteorien hevdar at aktivisering vil virke mot naturen og forhindre den naturlege aldringsprosessen. I motsetnad til tilbaketrekkingsteorien er aktivitetsteorien retta mot at aktivitet er gunstig i alderdommen, aktivitet må oppmuntrast og ikkje hindrast (Thorsen,2013, s. 60). Som sjukepleiar er det mange moglegheiter for å oppmuntre til aktivitet og fremje meistring for dei eldre.

Meistring defineres som personenes vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner (Lazarus og Folkman,1984, s. 141)

[Thorsen,2013, s. 65].

Meistring kan vere god eller dårleg, det handlar om tilnærminga til situasjonen, ikkje resultatata. Individet sine fysiske føresetnadar – helse og sjukdom, og innarbeida ferdigheiter, vanar, kunnskapar, intelligens og personlege eigenskapar er faktorar som heng saman med meistring. Meistring skjer i samspelet mellom individet og omgjevnadane, og er avhengig av både individuelle føresetnadar og på miljøet. Difor er det viktig at helsepersonell tek omsyn til kva omgjevnadar den enkelte lev i, kva støtte han eller ho kan få og kva barrierar som fins i nærmiljøet når vi skal understøtte personen si meistring (Thorsen,2013, s. 65).

Personar som opplev at dei har større kontroll og meistring, har vanlegvis høgare trivsel. Som nemnt trur eldre ofte at dei er underlagt eksternal kontroll. Dersom den eldre får tilførsel av ressursar, til dømes fysisk trening, god behandling, førebyggjande og rehabiliterande innsats og eit godt tilrettelagt miljø, kan den enkelte si meistring betrast. I heimen kan vi som sjukepleiarar bidra til å fremje meistring ved å nytte dei ressursane vi har til å påverke eit utfall, som materielle, sosiale eller individuelle ressursar. Helsepersonell kan snu ein negativ utviklingsspiral til ein positiv ved å endre personens tolking av årsakar, slik at han eller ho ikkje lenger opplev sjølv å ha skuld i tilbakegong (Thorsen,2013, s. 66).

4 Resultat

Eg har funne fire forskingsartiklar som eg meiner vil hjelpe å svare på problemstillinga.

4.1 Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie

Tre temaområder oppsummerer den sosiale situasjonen til einslege heimesjukepleiepasientar. Det er prega av tausheit og tvitydigheit, dei sosiale tapa eldre er utsett for og for det tredje er nokre prega av alvorleg sjukdom kombinert med einsemnd og utryggheit (Birkeland,2013, s. 118).

Einsemd er ikkje eit dominerande problem om ein ser pasientgruppa som heilheit.

Pasientane og sjukepleiarane bekreftar at dei eldre er åleine og einslege, men det medfører ikkje nødvendigvis einsemd. Mykje tyder likevel på at nokre av pasientane opplevde einsemd og/eller sosial isolasjon, sjølv om ordet einsemd vart lite nytta. Heller nyttast uttrykk som om det er lange dagar, då det blir for pågåande å spørje direkte. Det er eit stort spekter av oppfatningar av ordet einsemd. Nokre eldre beskriv einsemd som noko unormalt, medan andre seier at dei likar einsemda. Tvitydigheita gjer det utfordrande for sjukepleiarane å tolke signal på einsemd og sosiale vanskar (Birkeland,2013, s. 119).

Dess eldre ein blir, jo større er fråfallet av ektefelle, venner og søsken. Eldre pregast emosjonelt, praktisk og sosialt. Særleg praktiske konsekvensar vart framheva, til dømes praktisk hjelp i huset, og hjelp til å komme seg ut. Pasientane la særleg vekt på dei reint sosiale og praktiske konsekvensane av sosiale tap. Sjukepleiarane framheva emosjonelle reaksjonar på tap av ektefelle og såg tapsreaksjonen som ei viktig årsak til einsemda (Birkeland,2013, ss. 119-120).

Ei relativt lita gruppe pasientar hadde låg terskel for åleinetid. Sjølv om det var få pasientar, opplevde dei tilsette problemet som stort. Problemet viste seg gjennom eit ønskje om å ha personale til stades i mykje større grad enn det som var mogleg ut i frå det fysiske hjelpebehovet. Det vart føreslått både det eine og det andre, men dei eldre ønskja kunn personalet. Åtferda var ein konsekvens av alvorleg sjukdom med påfølgjande emosjonelle vanskar (Birkeland,2013, s. 120).

4.2 Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien

Meir enn halvparten av pasientane vurderte si psykiske helse som ganske god eller svært god. Rundt ein tredjedel opplevde si fysiske helse som ganske god eller svært god. Verken kjønn eller alder hadde statistisk signifikante samanhengar med pasientane sin eigenvurderte helsetilstand. Dei fleste pasientane hadde familie og vener i sitt sosiale nettverk, og flesteparten opplevde kontakta som tilfredsstillande. Analysen viste ein statistisk samanheng mellom frekvensen på kontakta med familiemedlemmar og

tilfredsheit på kontakta. Pasientar som møtte barn/barnebarn dagleg eller fleire gonger i veka var oftare tilfreds med kontakta. Vidare var det signifikante funn mellom pasientar som opplevde den fysiske helsa som god eller svært god, og hyppigare kontakt med venner (Kirchhoff & Andersen,2015, ss. 365-366).

Når det gjeld kor ofte pasientane tok i mot uformell omsorg frå familie og venner, fekk dei fleste med barn og/eller barnebarn uformell omsorg frå familien. 39 prosent tok i mot omsorgstenestene dagleg eller fleire gonger i veka. Analysen viser at kvinnelege pasientar som budde åleine fekk oftare hjelp frå familie enn menn. Vidare er det ein statistisk signifikant samanheng mellom pasientar sin eigenvurderte psykiske helsetilstand og frekvensen på uformell omsorg. Pasientane som vurderte sin psykiske helsetilstand som dårleg, rapporterte at dei sjeldnare fekk uformell omsorg frå familie enn pasientane som vurderte den psykiske helsetilstanden som god. Mesteparten av den uformelle omsorga frå nettverket var praktisk bistand (Kirchhoff & Andersen,2015, ss. 366-367). Vidare var det ein statistisk signifikant samanheng mellom frekvensen på uformell og formell omsorg. Pasientar som fekk fleire besøk dagleg frå heimesjukepleia, fekk også oftare uformelle omsorgstenester frå familiemedlemmar (Kirchhoff & Andersen,2015, s. 367).

4.3 Embracing the present and fearing the future: The meaning of being an oldest old woman in a rural area

Strukturanalysen gav fire tema som oppsummerer dei eldre kvinnene sitt syn på korleis det er å bu åleine og ta i mot heimesjukepleie (Ness et al.,2014a, s.4).

Det første temaet viser at kvinnene er tilfreds med sitt noverande liv trass tap, fallerande helse, aukande alder og den avgrensa levetida. Til trass for ein utfordrande kvardag aksepterer, handterer og finn dei meining i livet. Kvinnene finn mellom anna positive aspekt ved å vere åleine, dette inneber ei kjensle av takksemd for å vere åleine i staden for kjensler av einsemd. Kontakt med barn og venner på telefon motverkar kjensle av einsemd. Når helsa fallerar og dei har fått nedsett funksjonsevne finn kvinnene ofte meining i å gjere delar av husarbeidet eller å kunne fortsetje med handarbeid (Ness et al.,2014a, s. 4).

Kvinnene uttrykker takknemlegheit for noverande liv og hjelp frå heimesjukepleia. Dei er takknemlege for å framleis kunne bu heime, beherske delar av husarbeidet og evne å komme seg opp av senga sjølv. Kvinnene er også takknemlege for den praktiske og psykologiske hjelpa frå heimesjukepleia i kvardagen og dreg fram ulike eigenskapar blant formelle omsorgspersonar. Alle omsorgspersonane i heimesjukepleia er viktige og blir sett på som verdifulle (Ness et al.,2014a, s. 5).

Tida er avgrensa, så kvinnene forsøker å leve i augneblinken. Tanken på å miste ulike kroppsfunksjonar er noko dei prøver å unngå. I staden forsøker kvinnene å verdsette, og få mest mogleg ut av kvar dag. Frykta er ikkje å døy, men den ligg i å potensielt måtte flytte frå heimen sin grunna forverra helse eller nye sjukdommar, særleg demens er ei dominerande frykt (Ness et al.,2014a, ss. 5-6).

Kvinnene kjenner seg trygge i heimen, og finn ei trygghet i å ha heimesjukepleia når det trengs. Dei kan ringe heimesjukepleia for psykisk og praktisk støtte. Dette blir trekt fram som viktig for kvinnene. Dei kjenner seg trygg på å få den støtta som trengs, når dei ber om det (Ness et al.,2014a, s. 6).

4.4 Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations

Resultata av denne studien er vist i tre tema som oppsummerer dei eldre mennene sitt syn på korleis det er å bu åleine (Ness et al.,2014b, s. 3).

Mennene har ei kjensle av usikkerheit som minkar når omsorgspersonar eller familie besøker. Usikkerheita grunnar i redusert helse, aukande alder og det faktum at dei er åleine. Samtlege er opptekne av at det kan skje noko gale og at det kan ta lang tid før nokon finn dei. Likevel er mennene takknemlege for praktisk og psykisk hjelp frå familie og heimesjukepleia. Mennene ønskjer ikkje å be om hjelp for ofte, trass behov, fordi dei ikkje ønskjer å presse forholdet til familie og formell omsorgsgjevar. Mennene ser på omsorgspersonellet sin jobb som krevjande og fryktar å vere avhengig av omsorg. Det

faktum at mennene innser at livssituasjonen og alderen kan føre til eit aukande hjelpebehov er noko som skremmer dei (Ness et al.,2014b, ss. 3-4).

Sjølv om helsa forverrast, finn mennene ny meining med livet. Nokre køyrer framleis bil, og nyttar dette for å fjerne kjensla av einsemd og oppsøker nye sosiale arenaer. Med redusert helse, mykje tid åleine og fare for å misse førarkortet er det fleire som vurderer å flytte nærare lokalsamfunnet for å møte andre menneske utan å måtte vere avhengig av bil. Mennene ser nye moglegheiter i livet og kjenner seg då mindre avhengig og isolerte (Ness et al.,2014b, s. 4).

Positive tankar og haldningar hjelper mennene til å handtere kvardagen og ikkje dvele på einsemda. Det er likevel ein kamp mellom å ha eit positivt syn på livet og negative tankar knytt til isolasjon og einsemd. Sjølv om mennene har fallerande helse fyllast kvardagen med aktivitetar som gjev meining. Det blir trekt fram som noko positivt at daglegdagse aktivitetar tek lengre tid enn før, då dette hjelper til å fylle tida. Vidare er bøker og å reflektere over minner frå tidlegare tider meiningsfult (Ness et al.,2014b, ss. 4-5).

5 Diskusjon - Korleis kan heimesjukepleiar bidra til å førebygge einsemd og fremje meistring hos einslege eldre?

I denne delen diskuterast teori og forsking opp mot problemstillinga, for å forsøke å svare på korleis sjukepleiar kan førebygge einsemd og fremje meistring hos einslege eldre. Eg tek føre meg korleis eldre opplev einsemd og korleis ein kan kartlegge psykososiale behov. Vidare drøftast tilhøvet mellom uformell og formell omsorg, samt korleis ein kan samarbeide med samfunnet for å betre den eldre sin kvardag. Eg vil også drøfte opp mot eigenopplevd praksis.

5.1 Korleis opplev eldre livet i einsemd?

Det viser seg at dei fleste eldre trivst i eige selskap og klarar seg bra trass i at dei er åleine (Ness et al.,2014ab; Birkeland,2013). Kvinnene i studien til Ness et al (2014a) kjente seg

sårbare, men på same tid trygge. Kvinnene takla ganske godt å vere åleine, og fann mykje indre styrke i å gjere tida meiningsfull, trass vissheita om at dei hadde avgrensa levetid. Kvinnene levde i ein balanse mellom å omfamne eit liv i einsemd, og å frykte framtida med stadig dårlegare helse. Likevel var det fleire som sa at dei prøvde å vere optimistiske og sjå moglegheiter i kvardagen, til trass for at tapa var mange og omfattande. Det kjem også fram at kvinnene er takknemlege, særleg over å ta i mot heimesjukepleie, fordi det mogleggjer at dei fortsatt kan bu heime (Ness et al.,2014a, s. 5). Trass i at eldre gjev uttrykk for å ha det bra, og seier at dei får hjelp med det som trengs, må ein vere bevisst på at enkelte sjuke trur sjukepleiaren har det for travelt, og unngår dermed å krevje meir enn det som oppfattast at sjukepleiaren er der for å gjere. Vi har dermed eit stort ansvar for å gje den hjelpa det er behov for, det er vi og ikkje pasienten som skal ha ansvaret for at hjelpa blir tilbydd og gitt (Travelbee,2005, ss.123-124).

Desse kvinnene ser moglegheiter i kvardagen, noko som kan forklarast ut frå modellen selektiv optimalisering med kompensering, dette konkretiserer meistringsteori. Modellen peiker på korleis personane blir meir selektive. Kvinnene konsentrerer seg om færre livsområde, optimaliserer utfoldinga på desse livsområda og vel aktivitetar som er meir tilpassa noverande funksjonsnivå (Thorsen,2013, s. 66). Helsepersonell har innverknad på meistring. Når ein får tilførsel av ressursar, til dømes god behandling og førebyggjande og rehabiliterande innsats, kan den enkelte si meistring betrast. Helsepersonell kan snu ein negativ utviklingsspiral til ein positiv. Dette kan gjerast ved å endre personens tolking av årsaker, slik at han eller ho ikkje lenger opplev seg sjølv som skuld i tilbakegangen (Thorsen,2013, s. 66).

Dei eldre opplev ofte at dei ikkje er i nokon sosial kontekst, dette pregar den sosiale situasjonen ved at eldre i større grad vert sittande heime og til dels vente på at heimesjukepleia eller andre aktørar skal komme (Birkeland,2013, ss.119-120). Eldre med svekka psykisk helsetilstand nyttar i mindre grad omsorgstilbod utanfor heimen, difor er det nærliggande å tru at denne pasientgruppa forsøker å få dekka mangelen ved hjelp av tenester frå heimesjukepleia (Kirchhoff og Andersen,2015, ss. 367-368). Dei fleste pasientane opplev kontakta med aktørane i nettverket som tilfredsstillande, likevel er det ein samanheng mellom redusert fysisk helsetilstand og kontakt med aktørar utanfor familien

(Kirchhoff & Andersen,2015, s.367). Dette kan forklarast ut i frå gjensidigheitsprinsippet, som vil seie at aktørane bidreg med like mykje for å oppretthalde relasjonen. Det var også ein signifikant samanheng mellom frekvensen på uformell omsorg frå familien og pasientane si eigenvurderte helsetilstand. Dei som vurderte den psykiske helsetilstanden som god, svarte at dei oftare fekk uformell omsorg enn dei med dårleg psykisk helse (Kirchhoff & Andersen,2015, ss.367-368).

5.2 Kartlegging av psykososiale behov

Det er ein føresetnad å få ei oversikt over den sosiale situasjonen for å ha grunnlag for å vurdere, og hjelpe, dersom den eldre er einsam. Ein av sjukepleiarane i studien til Birkeland (2013, s.119) trekk fram at det er somatik som er inngangsporten for å få hjelp av heimesjukepleia, og at det dermed ikkje er noko system for å kartlegge psykososiale behov. Difor tolkar ein gjerne ut frå eigen standard, som gjer at feiltolkingar av einsemd kan oppstå (Birkeland,2013, s.119). Heimesjukepleia må sikre at pasientar får tilfredstilt sosiale behov, som moglegheit for samvær og situasjon. Då kontakt med andre er eit grunnleggande behov (Birkeland & Flovik,2014, s. 68).

Ein mogleg inngangsport for å kartlegge psykososiale behov, er å nytte livshistoriedokument. Slik kan ein få innsikt i noverande familie og sosiale forhold. I langtidsrelasjonar er pasienten avhengig av at sjukepleiaren bidreg med å verne om og oppretthalde vedkommande si sjølvrespekt og identitet (Kirkevold & Brodtkorb,2013, ss. 121-122). Det er ikkje gitt at pasienten ønskjer å opne opp om sitt personlege liv med ein gong. Derfor må vi som sjukepleiarar opparbeide eit menneske-til-menneske-forhold. Om ikkje pasienten oppfattar og stiller seg til sjukepleiaren som eit unikt menneskeleg individ, vil ikkje den reelle kontakta oppstå. Dette medfører at vi som sjukepleiar ikkje vil kunne hjelpe pasienten med å førebygge eller meistre vanskane i kvardagen (Travelbee,2005, s. 171).

Like etter at ein av pasientane eg besøkte mista mannen sin, såg ho ikkje kva meininga med livet var. Oppgåva vart då å prøve å finne fram til sosiale tiltak som kunne fremje meistring og samtidig utvide hennar sosiale nettverk. Det kom etter kvart fram at ho kunne tenke seg å forbetre datakunnskapane sine. Ho fekk tilbod om å vere med på datakurs for eldre, men var

særs skeptisk til dette i starten og såg fleire hinder enn moglegheiter for å vere med. Etter litt motivasjon frå pårørande og heimesjukepleiar bestemte ho seg for å prøve. Allereie etter første kursdag hadde ho funne grobotn til eit sosialt fellesskap som både gav meistring og nye venner.

Eldre blir prega av fråfall av ektefelle, venner og søsken, både emosjonelt, praktisk og sosialt, noko som er i tråd med funna til Birkeland (2013, s.119). Den sosiale situasjonen blir prega av at eldre ikkje lenger er i ein sosial kontekst der dei sjølv er ein aktiv del av eit gjensidig nettverk, då nettverket smuldra vekk. Den sosiale konteksten vert då delvis erstatta av ulike hjelpearar, inkludert familien, medan ein resten av døgnet vert sittande åleine (Birkeland,2013, s. 119-120).

5.3 Ingen er like

I heimesjukepleiepraksis gjekk eg til ei eldre, einsleg kvinne som for det meste haldt seg til senga. Eg hadde høyrte mykje positivt om eit dagsenter i nærleiken med fokus på handarbeid og musikk. Eg føreslo dagsenteret for kvinna, men blei fort avvist. Dette gav meg ei kjensle av at det mogleg låg noko meir bak enn manglande interesse. Kan denne kvinna ha mista kjensla av meining og sosial samanheng?

Alle har behov for å kjenne samanheng i livet på eit eller anna vis, dette er noko som verkar helsefremjande. Særleg å kjenne at livet er meningsfullt, trass konsekvensar av sjukdom og plager er viktig. Ofte er det slik at inngangsporten og prioriteten for hjelp i eldreomsorga er primære fysiologiske behov (Fermann & Næss,2013, s. 212). I løpet av heimesjukepleiepraksisen opplevde eg at samtlege tilsyn var knytt til ei spesifikk oppgåve, som sårstell, medisinar eller hjelp til morgonstell. Likevel opplevde eg at sjukepleiar tok initiativ til samtalar med den enkelte og snakka om laust og fast, gjerne knytt til sosiale tilstellingar. Denne sjukepleiaren tok utgangspunkt i det pasientane opplevde som viktig, og forsøkte å kartlegge hjelpetiltak for at vedkommande skulle få moglegheit til sosial utfolding (Fermann & Næss,2013, s. 212).

Dei fleste eldre som bur heime er nøgd med hjelpa dei får og einsemd blir ikkje rapportert som eit stort problem (Ness et al.,2014ab; Birkeland,2013; Kirchhoff & Andersen, 2015). Trass dette må vi som sjukepleiarar møte pasientane på eit individuelt grunnlag, fordi alle menneske er ulike (Travelbee,2005, s.57). Eg har sjølv vore i situasjonar der eg har tenkt at vedkommande må kjenne seg einsam, der han bur langt frå allfarveg, har eitt tilsyn om dagen og ikkje noko sosiale tilbod å delta på. På den andre sida har eg vore hos eldre som har fleire tilsyn for dagen av heimesjukepleia, samt tilsynelatande mykje pårørande på besøk og sosiale tilbod å delta på. Desse ønskjer ofte å ha heimesjukepleia hos seg lengst og mest mogleg. Førstnemnte beskriv at han trivst godt i eige selskap, medan sistnemnte kjenner i større grad på einsemd. I desse møta kjem det tydeleg fram at vi er meir ulik enn vi er lik. Likevel må ein som sjukepleiar ha i bakhovudet at vi alle har nokre felles livserfaringar, dette vere seg sjukdom, smerte av ulik karakter og døden (Travelbee,2005, s.58). Kanskje har denne andre personen i dømet hatt fleire vonde opplevingar gjennom livet som er vanskeleg å takle når han er åleine?

Sjukepleiaren har ein grunnleggande helsefremjande og førebyggande karakter, der målet er å bevare pasientens heilheit og integritet (Kirkevold,2013, s. 92). Likevel er det slik at eldre er utsett for trugslar mot eigen integritet. Ofte ser og anerkjenner vi ikkje kvar enkelt si personlegdom, snarare tvert imot reduserer vi pasientane til helse- og funksjonsproblem (Kirkevold,2013, s. 96). Etter kvart som eg hadde gått jamleg til den eldre kvinna lærte eg henne å kjenne og eg fekk høyre om alt det kjekke ho hadde gjort tidlegare i livet. Ho kjende seg no diverre låst til heimen og einsam i kvardagen. Eg prøvde på nytt å nemne dagtilbodet og vart positivt overraska då kvinna kunne tenkje seg å prøve tilbodet. Problemet låg i at ho ikkje kjende seg komfortabel med å reise «slik som eg ser ut». Sidan eg som student hadde moglegheit til å vere selektiv med kven eg skulle ha på lista mi, avtalte eg at neste gong det var dagtilbod skulle eg komme å hjelpe henne før avreise.

Dette viser kor viktig det er å bruke tid på å bli kjend med den enkelte og å forsøke å finne ut korleis ein kan hjelpe den eldre til å komme over «dørstokken» som ofte kan bli så vanskeleg når dei har vore åleine i lengre tid. Dersom sjukepleiaren ikkje tek omsyn til den sosiale konteksten, der vi kjenner til og respekterer pasienten sin sosiale, kulturelle og etniske bakgrunn, kan vi umogleg ivareta pasienten som heilheit, eller deira integritet

(Kirkevold,2013, s. 94). Vi må etablere ein ivaretakande relasjon, eldre som er i ein sårbar eller svekka situasjon er avhengig av at hjelparane kjenner dei som person og at vi tek vare på deira interesser og behov (Kirkevold,2013, s. 99).

5.4 Samarbeid med samfunnet

Kvardagen til eldre er gjerne prega av passivitet, keisemd og inaktivitet. Helse og omsorgssektoren må difor bidra til å skape gode augneblink og meningsfull aktivitet i kvardagen. Helse- og omsorgstenesta må innhente informasjon og kunnskap om den enkelte sin bakgrunn, interesser og livshistorie, samt nytte dette til å møte den enkelte sine behov. Dyr kan til dømes vere ei god hjelp mot einsemd, halde eldre i aktivitet og gje gode opplevingar i kvardagen (HOD,2018, s. 85). Kvalitetsreforma *Leve hele livet* er ei reform med konkrete og utprøvde løysingar på områder som ofte sviktar i tilbodet til eldre, deriblant aktivitet og fellesskap (HOD,2018, s. 7). Eldre får i for liten grad tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar, det er ikkje alle som dreg nytte av å til dømes samlast for å spele bingo på samfunnshuset (HOD,2018, s. 79).

Eg er sjølv frå gard og har ofte nytta dette som ein inngangsport for å bli kjend med dei eldre. Eg har opplevd at eldre med begynnande kognitiv svikt hugsar meg att, nettopp fordi eg har gardsbakgrunn. Særleg ei har vist stor interesse for bakgrunnen min og spør til stadigheit korleis det går på garden, og om det har kome lam. Eg ser kor ho lyser opp når eg viser bilete av dei nye lamma eller føl, og kor hjerteleg ho fortel om si karriere som bonde. Dersom vi i heimesjukepleia brukar tid på å bli kjend med den eldre og deira interesseområder kan ein, som i dette tilfelle, oppdage ulike interesser og dermed nytte informasjonen til å finne aktivitetstilbod som er passande og hjelpe dei eldre til å få nytta aktivitetstilboda.

Eit eksempel på aktivitetstilbod er Inn på tunet (HOD,2018, s. 87). Inn på tunet er tilrettelagde og kvalitetssikra velferdstenester på gardsbruk. Tenestene skal gje meistring, utvikling og trivsel (Inn på tunet Norge [IPTN], u.å.). Då garden er eit miljø med dyr, natur og erindringsbilete som for mange verkar kjent, vil aktivitetane stimulere brukaren til ein aktiv og meningsfull kvardag. Det aukar moglegheita for å kunne bu heime lenger, og meistre dei

daglege gjeremåla betre. Dessutan trenar det evna til å kommunisere med andre menneske (IPTN, u.å.).

Eldre er takknemlige for den praktiske og psykiske støtta dei får av familie og heimesjukepleie. Trass for dette kjem det fram at dei eldre ikkje ønskjer å be om hjelp for ofte. Eldre vil ikkje presse forholdet til familien og heimesjukepleia (Ness et al.,2014b, s.5). Dei ønsker å fungere som sjølvstendige personar og finn nye moglegheiter i livet. Nokre har framleis moglegheit til å køyre bil og brukar då dette til å oppsøke nye sosiale arenaer, som til dømes å besøke sjukeheimen for å få seg ein kaffikopp (Ness et al.,2014b, s. 6).

Aktivitetsteorien er eit veileigna utgangspunkt for støtte til gamle si deltaking i samfunnet. Tilbaketrekkingsteorien tek naudsynte atterhald og minner oss om at ikkje all aktivitet nødvendigvis er av det gode eller ønska av den enkelte. Nokre menneske vil ha behov for ro og omsorg (Thorsen,2013, s. 61). Der aktivitetsteorien ser eldre som offer for eit utstøytande samfunn, ser tilbaketrekkingsteorien eldre som underlagt ei biologisk drift. Begge teoriane overser samspelet mellom individet og omgjevnadane, og ser ikkje gamle som ulike med ulike preferansar og vanar. Som ein kan sjå av studiane til Ness et al. (2014ab) trivst dei eldre kvinnene med å vere åleine, då det viktigaste er å få vere heime lengst mogleg. Mennene, på si side, fortel at det sosiale veg tyngre for trivselen, og dei ser ikkje vekk i frå å flytte nærare lokalsamfunnet.

6 Konklusjon

Einsemd er ikkje rapportert som eit stort problem i Noreg (Jakobsen, 2019). Likevel er det nokre som kjenner seg einsame og eg meiner difor einsemd må bli tatt på alvor og jobbast proaktivt med. For å førebygge einsemd og fremje meistring hos eldre i heimen er det i første instans viktig at sjukepleiaren ser den eldre som noko meir enn ein diagnose. Vi er nøydte å sjå personen bak og forsøkje å bli kjend med denne personen. Vidare opplev eg at sjukepleiaren må anerkjenne seg sjølv som ei sosial kontakt. Vi er diverre i mange tilfelle den einaste vedkommande ser i løpet av kvardagen. Ofte kjenner ein på eit tidspress, men eg trur vi vinn tillit og gjev den eldre meining dersom ein vel å sette seg ned når vi til dømes gir

medisinar og nyttar eit par minutt på å snakke. Oppmuntring til å vere med på sosiale tiltak vil virke meistringsfremjande og førebyggande for einsemd fordi den eldre kjenner seg sett og får nye impulsar i kvardagen. Grunna Stortingsmelding 15 vil det forhåpentlegvis i tida framover bli mogleg å finne aktivitetar som passar til den enkelte, som igjen kan skape meistring og motverke einsemd. Vidare vil eg påpeike at det kunne vore forska meir på spesifikke tiltak om korleis sjukepleiar kan førebygge einsemd og fremje meistring.

7 Litteraturliste

Birkeland, A. (2013) Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien*,(2), ss.116-122.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>

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

Damm Akademisk.

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

Fermann, T. & Næss, G. (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. | M. Kirkevold, K.

Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 212). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistet*. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*.

(Meld. St. 15 (2017-2018)). Henta frå

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Inn på tunet Norge SA (u.å). Dagaktivitetstilbud. Henta frå

<http://www.innpatunet.no/default.asp?Mode=Meny&HovedMenyId=881&UnderMenyId1=885&ThisMenyId=885>

Inn på tunet Norge SA (u.å). Inn på tunet. Henta frå

<http://www.innpatunet.no/default.asp?Mode=Meny&HovedMenyId=743&UnderMenyId1=878&ThisMenyId=878>

Jakobsen, S.E. (2019, 13.mai). Politikerne er bekymret for ensomhet. Men er det virkelig et økende folkehelseproblem? Henta frå <https://forskning.no/psykologi/politikerne-er-bekymret-for-ensomhet-men-er-det-virkelig-et-okende-folkehelseproblem/1333936>

Kirchhoff, J.W. & Andersen, K.L. (2015) Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien*,(4), ss.362-370 <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.56001>

Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2013). Kartlegging. | M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss.121-122). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2013). Den gamles integritet. | M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 92, 94, 96 & 99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (FOR-2003-06-27-792). Henta frå <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>

Lillemoen, L. (2016). Etikk i sykepleien. | E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 299). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ness, T.M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014a). Embracing the present and fearing the future: The meaning of being an oldest old woman in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* (9), ss. 1-11
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.25217>

Ness, T.M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014b). Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* (9), ss.1-8
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23088>

Statistisk sentralbyrå. (2018, 4.september). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*.

Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Henta frå

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>

Sønstebø, A. (2019,7.mars). *Andelen som dør, har aldri vært mindre*. Henta frå

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/andelen-som-dor-har-aldri-vaert-mindre>

Thorsen, K. (2013). Aldringsteorier. | M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.),

Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (ss. 60-61, 65-66). Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

1: Embracing the present and fearing the future: The meaning of being an oldest old woman in a rural area (Ness, Hellzen & Enmarker, 2014a).

2: Struggling for independence: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations (Ness, Hellzen & Enmarker, 2014b).

Søk i databasen: Academic Search Elite 25.04.2019

Søkeord	Avgrensing	Resultat	Valg av artikkel nummer:
#1 Oldest old		1,939	
#2 Rural areas		39,033	
#3 Home nurs*		31, 642	
AND	Peer Reviewed	3	1 og 2

Vedlegg 2

Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie (Birkeland, 2013).

Søk i databasen: Svemed+ 15.05.2019

Søkeord	Avgrensing	Resultat	Valg av artikkel nummer:
Eldre ensomhet hjemmesykepleie	Peer reviewed tidsskrifter	3	3

Vedlegg 3

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

Søk i databasen: Oria 15.05.2019

Søkeord	Avgrensing	Resultat	Valg av artikkel nummer:
Uformell omsorg hjemmesykepleie	Fagfellevurdert tidsskrift	7	1

