



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ensomhet hos eldre hjemmeboende

Loneliness among home – dwelling older
people

Kandidatnummer: 340

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Førde

Innleveringsdato: 13.12.2021

Jeg 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, § 12-1

Sammendrag

Tittel: Ensomhet hos eldre hjemmeboende

Bakgrunn: Samfunnet er i konstant endring, i tråd med dette vil det også være behov for nytenking innenfor helsetjenestene, så vel som helsepolitikken. Andelen eldre vil øke markant i årene fremover. Over en tredjedel av menneskene som bor alene i Norge er 67 år eller eldre. Som følge av avinstitusjonaliseringen og desentraliseringen i helsetjenestene vil pasienter som skrives ut til hjemmet ha et større pleiebehov enn før. Selv om de eldre mottar hjemmesykepleie, blir de overlatt til seg selv store deler av dagen. Dette kan føre til ensomhet og isolasjon.

Problemstilling: Hvordan forebygge ensomhet blant hjemmeboende eldre?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har brukt pensumbøker, forskning studier, rapporter og annen relevant litteratur knyttet til temaet ensomhet. Jeg har benyttet meg av databasene Academic Search Elite, CINAHL, medline, Svemed+, og PubMed. For å finne frem til lover og forskrifter har jeg søkt i lovdata sine nettsider. Jeg har svart på problemstillingen ved å drøfte den opp mot forskning, teori og egne erfaringer

Funn/ konklusjon: Ensomhet hos eldre er en sammensatt problemstilling som har både fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Temaet er ofte tabubelagt og blir derfor feiltolket eller nedprioritert. Det trengs bedre rutiner i hjemmesykepleien som ivaretar hele pasienten og deres behov. For å ivareta pasienten kreves det kontinuitet i pleien, dyktige sykepleiere som er genuint interessert i pasienten, i tillegg til gode rutiner for kartlegging og oppfølging for å identifisere hva pasienten trenger. Samtidig må sykepleieren ha evnen til å vise empati og skape en god relasjon så pasienten lettere kan åpne seg opp. Det kreves tydelig kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. Smartteknologi kan bidra til å forebygge ensomhet, men det må ikke erstatte den fysiske kontakten. Det må tilpasses den enkeltes pasientens behov og ønske.

Nøkkelord: Ensomhet, eldre, hjemmesykepleie, forebygge, sosialt nettverk

Summary

Title: Loneliness among home – dwelling older people

Background: Society is constantly changing, in line with this there will also be a need for new thinking within the health services, as well as health policy. The proportion of older people will increase significantly in the years ahead. Over a third of the people living alone in Norway are 67 years or older. As a result of the deinstitutionalization and decentralization in the health services, patients who are discharged to the home will have a bigger need for care than before. Even though the older people receive home nursing care, they are left to fend them themselves for large parts of the day. This can lead to loneliness and isolation.

Thesis statement: “How to prevent loneliness among older people living at home?”

Method: The thesis is a literature study, where I have used textbooks, research studies, reports and other relevant literature related to the topic of loneliness. I have used databases Academic Search elite, CINAHL, medline, Svemed+, and PubMed. To find laws and regulations, I searched the law data`s website. I have answered the problem by discussing it against research, theory, and my own experiences.

Results/Conclusion: Loneliness in the elderly is a complex issue that has both physical, mental, and social aspects. The topic is often taboo and is therefore misinterpreted or downgraded. Better routines are needed in home nursing that take of the entire patient and their needs. To take care of the patient, continuity of care is required, skilled nurses who are genuinely interested in the patient, in addition to good routines for mapping and follow up to identify what the patient needs. At the same time, the nurse must have the ability to show empathy and create a good relationship so that the patient can more easily open up. Good communication is required, both verbally and nonverbally. Smart technology can help prevent loneliness, but It must not replace physical contact. It must be adapted to the individual patients' needs and wishes.

Key words: Loneliness, older adults, home nursing, prevention, social network

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2	<i>Problemstilling.....</i>	2
1.3	<i>Avgrensning og hensikt</i>	2
2	Teori.....	3
2.1	<i>Ensomhet.....</i>	3
2.2	<i>Sykepleieteoretiske perspektiv</i>	4
2.3	<i>Kommunikasjon og relasjon</i>	4
2.4	<i>Empati</i>	5
2.5	<i>Sosialt nettverk.....</i>	5
2.6	<i>Tilbud til den eldre pasienten</i>	6
2.7	<i>Hjemmesykepleie</i>	7
2.8	<i>Lovverk og retningslinjer</i>	7
3	Metode.....	9
3.1	<i>Valg av metode</i>	9
3.2	<i>Søke- og utvalgsprosess</i>	9
3.3	<i>Søk etter annen litteratur eller valg av litteratur</i>	10
3.4	<i>Kildekritikk.....</i>	10
4	Forskning.....	11
4.1	<i>Artikkel 1</i>	11
4.2	<i>Artikkel 2</i>	12
4.3	<i>Artikkel 3</i>	12
4.4	<i>Artikkel 4</i>	13
4.5	<i>Artikkel 5</i>	14
4.6	<i>Kort presentasjon om hovedfunn</i>	14
5	Drøfting.....	16
5.1	<i>Viktigheten av god relasjon/grunnlaget for god relasjon</i>	16
5.2	<i>Kartlegge sosialt nettverk.....</i>	18
5.3	<i>Tiltak rettet mot den ensomme eldre.....</i>	20
6	Konklusjon.....	23
7	Referanseliste.....	24
8	Vedlegg 1.....	1

1 Innledning

Samfunnet er i stadig endring, helsepolitikken og helsetjenestene er intet unntak (Fjørtoft, 2016, s. 18). I årene framover vil andelen eldre i Norge øke markant og St.meld.nr. 29 (2012- 2013) rapporterer om at flere eldre ønsker å bo hjemme. Videre er det også et helsepolitisk mål at flere skal kunne bo hjemme lengre og motta nødvendig pleie og omsorg i hjemmet (Meld. St. 29, (2012-2013). Tall fra statistisk sentralbyrå viser at det er 1 005 637 mennesker som bor alene i private husholdninger i Norge, over en tredjedel av disse er 67 år eller eldre (Statistisk sentralbyrå, 2021b). I 2020 var det en økning på 10,8 % fra 2016 i hvor mange som mottok hjemmesykepleie (Statistisk sentralbyrå, 2021a). Som følge av avinstitusjonaliseringen i Norge og stigende antall eldre, vil det forekomme et større behov for hjemmesykepleie. Samtidig så vil desentraliseringen av spesialist helsetjenestene føre til at oppgavene gradvis blir overført til primærhelsetjenesten. Det vil da bli færre liggedøgn og økt poliklinisk behandling. Som et resultat av denne politikken vil pasientene som skrives ut til hjemmet ha et større pleiebehov. Dette kan være med å skape et større trykk på primærhelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 18–20). Selv om de eldre mottar hjemmesykepleie, vil de fremdeles tilbringe mesteparten av dagen alene. Konsekvensen av dette kan være at pasientene opplever ensomhet og isolasjon (Birkeland, 2013). Forskning trekker frem at ensomhet hos eldre kan øke risikoen for tidlig død med 14 prosent og flere steder i verden er de bekymret for eldre som er isolert og bor alene (Holdt-Lunstad, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er ensomhet hos eldre. Bakgrunn for valg av tema bygger på egne erfaringer fra jobb i hjemmesykepleien og praksis i helsevesenet gjennom bachelorstudiet i sykepleie. Flertallet av pasientene jeg har truffet som assistent og sykepleierstudent er eldre mennesker, og av disse gir en større andel uttrykk for at de har et ufrivillig redusert sosialt nettverk som kan sees i sammenheng med tap i nære relasjoner, alder og generell helsesvikt. Mange av de nevnte pasientene uttrykker også at de ikke lenger føler seg like selvstendig som før, ofte i forbindelse med tap av bilførerretten. De eldre opplever gjerne manglende evne til å få gjort noe med det.

Min erfaring er at psykososiale behov blir nedprioritert. Jeg har erfart at mange eldre mennesker gir uttrykk for at de er ensomme, og at besøk av hjemmesykepleien er høydepunktet i dagen deres. Samtalen flyter, men vi har som oftest bare tid til å gjøre det mest nødvendige, og det oppleves at pasienten prøver å holde deg igjen. Som medmenneske og framtidig sykepleier er jeg opptatt av at alle blir sett. På bakgrunn av dette ønsker jeg å fordype meg i temaet og øke egen kunnskap om ensomhet hos eldre. Denne litteraturstudien vil være til nytte for meg, da jeg ønsker å lære mer om temaet, samle kunnskap og sortere kunnskapen for å være bedre rustet i møtet med denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Hvordan forebygge ensomhet blant hjemmeboende eldre?

1.3 Avgrensning og hensikt

Problemstillingen blir avgrenset til enslige, eldre mennesker over 65 år som bor hjemme og mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Den er ikke knyttet til en bestemt diagnose og er uavhengig av kjønn. Videre vil oppgaven fokusere på eldre med begrenset sosialt nettverk. Hensikten med oppgaven er å belyse temaet ensomhet hos eldre og øke egen kunnskap om risikofaktorene, og hvordan vi kan forhindre ensomhet og ivareta hele pasientene. Jeg vil benytte meg av forskning, lovverk, fag, pensumlitteratur og sykepleierteori for å svare på problemstillingen.

2 Teori

2.1 Ensomhet

Ensomhet kan beskrives som et emosjonelt ubehag, hvor vi kjenner på en ubestemt lengsel eller et savn etter kontakt og felleskap med andre mennesker (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52). Mennesker flest har et behov for nære og sosiale relasjoner for å oppleve psykisk velvære og optimal livskvalitet. Etter hvert som vi blir eldre mister man familie, venner og sosiale nettverk som har vært knyttet til ulike aktiviteter. Dette kan øke opplevelsen av ensomhet. Ensomhet er en vond opplevelse og kan føre til psykiske plager dersom den ikke tas grep om. I noen tilfeller vil det også føre til redusert matlyst, dårlig søvnkvalitet og isolasjon som kan resultere i ensomhet. Når noen står alene brukes ofte begrepet ensomhet til å beskrive det, men det er nødvendig å vite at noen mennesker foretrekker å være alene og trives alene. Opplevelsen av ensomhet vil variere, noen opplever den som håndterbar og andre som noe negativt og vanskelig. Ensomhet per definisjon er ikke ansett for å være det samme som å være alene (Fjørtoft, 2016, s. 117–118).

Eldre er spesielt utsatt for ensomhet da tap av relasjoner, sykdom og funksjonshemming kan gjøre det vanskelig å holde kontakten med andre, og etablere nye vennskap. Ensomhet kan da bli et resultat og det kan påvirke den eldre pasienten fysisk og psykisk og blant annet føre til understimulering (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 124). Forekomsten av depresjon og angst øker i takt med økende alder og kan vanligvis knyttes til ensomhet og isolasjon. Personer som har et negativt syn på alderdom og som ikke er villige til å akseptere fysiske endringer, vil ha vanskelig for å takle tap og tilpasse seg nye situasjoner (Ranhoff, 2020, s. 162–163).

For svært mange i dagens samfunn er det viktig å lykkes sosialt og temaet ensomhet kan være forbundet med nederlag og skam. Det vil også bære med seg et visst tabu for å snakke om opplevelsen av ensomhet. Mangel på sosial støtte og ensomhet øker risikoen for psykiske lidelser. I litteraturen skilles det mellom ulike typer opplevelse av ensomhet, følelsesmessig isolasjon og sosial isolasjon. Fravær av en person man har nær relasjon til kan føre til følelsesmessig isolasjon. Mangel på sosialt nettverk og evnen til å knytte nære relasjoner kan føre til sosial isolasjon. Kvalitet og kvantitet er betydningsfullt for det sosiale nettverket (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52).

2.2 Sykepleieteoretiske perspektiv

Joyce Travelbee vektlegger den mellommenneskelig siden ved sykepleien.

I følge Travelbee er sykepleie en «*mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse*» (Kristoffersen, 2011c, s. 214). Travelbee sin sykepleiedefinisjon er bygget på et eksistensialistisk menneskesyn.

Med et eksistensialistisk menneskesyn menes en tankegang hvor det handler om mennesket som individ og den eksistens. Hun mener at lidelse og smerte er uunngåelig i menneskelivet. Travelbee mener derfor at sykepleieren skal forholde seg til ethvert menneske som en unik person, og at vi er alle forskjellige fra hverandre. Travelbee mener at sykepleieren må etablere et menneske- til – menneske forhold for å kunne oppfylle sykepleierens mål, hensikt og ivareta pasienten (Kristoffersen, 2011c, s. 213–219).

2.3 Kommunikasjon og relasjon

Ordet kommunikasjon betyr «gjøre sammen». Ved kommunikasjon formidler man tanker og følelser til hverandre. På denne måten bygger vi tillit og kontakt. Kommunikasjon er derfor et viktig redskap for å etablere gode relasjoner og forstå mennesker (Fjørtoft, 2016, s. 179).

Sykepleieren må ha evnen til å forstå andre og til å selv gjøre seg forstått. Videre må kommunikasjon tilpasses den enkelte pasienten. Det er derfor viktig å være tydelig, hyggelig, lytte aktivt, være imøtekommende og ha evnen til å stille klargjørende spørsmål. Det er også viktig å være bevisst på kroppsspråk og egen væremåte (Kristoffersen, 2011b, s. 180).

Travelbee formidler at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene en sykepleier har for å etablere et godt menneskelig forhold til pasienten. Mennesker kommuniserer kontinuerlig verbalt og non- verbalt. Travelbee forklarer at det er gjennom kommunikasjon vi blir kjent med pasienten som person, det kan være utfordrende fordi pasientene er ulike. Ved hjelp av god kommunikasjon kan vi identifisere den enkelte pasient sine behov. På den måten kan vi planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011c, s. 221).

En sykepleier skal kunne danne en relasjon til pasienten. Med relasjon menes det at vi har en forbindelse eller samhörighet. En god relasjon består av nærhet, ansvar, kontakt og

kontinuitet. Gode relasjoner består også av pålitelighet og forutsigbarhet. Som sykepleier vil det derfor være fordelaktig og ikke være synlig preget av hverken tidsnød eller stress, men heller ta deg god tid til hver pasient (Hummelvoll, 2012, s. 395).

Sykepleieren må ha evne til å vise respekt, engasjement, formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme. Relasjon til pasienten vil innebære at vi blir påvirket av pasientens situasjon følelsesmessig. Dette er nødvendig for å gjenkjenne ubehaget og livskvaliteten pasienten opplever (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84). En trygg relasjon er avgjørende for å få god kontakt med pasienten. Pasienter ønsker at pleieren skal være vennlig, hjelpsomme og interessert i dem som enkeltpersoner. Gode relasjoner oppstår i over tid og i samvær med mennesker som ønsker oss vell. De fleste eldre foretrekker å etablere relasjon til en eller noen få sykepleiere. Dette skaper forutsigbarhet og trygghet da de slipper å formilde sine behov og preferanser gang på gang (Thorsen, 2011, s. 119). God relasjon er og viktig da man går inn i andre sine private hjem (Fjørtoft, 2016, s. 27–28).

2.4 Empati

Med empati menes evnen man har til å sette seg inn i andre sine følelser, på den måten får vi innsikt i pasienten og forståelse for hvordan etiske konflikter og dilemmaer kan løses slik at vi kan fremme pasientens beste interesse (Hummelvoll, 2012, s. 104). For å skape betydningsfulle møter er det nødvendig å være seg selv, ekte og nær. Empati vil være med å styrke forståelsen, og som sykepleier kreves det å være til stede når pasienten letter på trykket, uansett om det er preget av angst eller glede (Hummelvoll, 2012, s. 422).

Et overordnet mål i sykepleien er at pasienten skal føle seg trygg, vel og ivaretatt av sykepleieren. Dette innebærer å smile, selv når man er sint, eller holde tårene tilbake etter negative tilbakemeldinger, eller utrykke optimisme selv når en er trist (Kristoffersen, 2011a, s. 189).

2.5 Sosialt nettverk

Sosialt nettverk defineres som «*bånd mellom mennesker*». Nettverket omhandler nærmiljø og består av uformell og formell kontakt (Hummelvoll, 2012, s. 603–604). Støtten menneskene i det sosiale nettverk gir kan være emosjonell, sosial eller praktisk. Mennesker som kan være

inkludert i nettverket er venner, arbeidsplass, naboer, familie, frivillige organisasjon, hjemmesykepleie, eller ulike aktiviteter/arenaer hvor vi treffer mennesker. Nettverket vil bidra til at mennesker føler en tilhørighet og at man har noen som man kan stole og støtte seg til når det er behov. For pasienten i hjemmet er det sosiale nettverk en viktig ressurs da de har betydning for hvordan den enkelte klarer seg selv. Flere eldre har hjemmesykepleien som den eneste sosiale kontakten (Fjørtoft, 2016, s. 115–117). Kartlegging av det sosiale nettverket er nødvendig, og sykepleieren har et faglig og moralsk ansvar for å utføre grundige presise vurderinger etter beste evne (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 116–117). For å sikre en god kartlegging, kan en benytte seg av nettverkskart. Sykepleieren noterer da ned de forskjellige menneskene i nettverket til pasienten og hvilken relasjon de har. Dette vil gjøre det lettere for sykepleieren å få en oversikt over ressursene til pasienten og videre identifisere hvilke sykepleietiltak som trengs. Det sosiale nettverket vil være ulikt fra pasient til pasient (Kirkevold, 2020c, s. 147–148).

2.6 Tilbud til den eldre pasienten

Tilbud til den eldre pasienten er ment som tiltak som skal være med å fremme sosiale relasjoner og forbygge ensomhet i hverdagen til de eldre pasientene. Dette innebærer at de eldre har forskjellige møteplasser og aktivitetstilbud som de kan benytte seg av. Et sosialt tilrettelagt miljø, kan være med å fremme den sosiale kontakten. Videre kan opplevelsen av mestring være med å redusere følelsen av ensomhet. Et resultat av dette vil være en økt følelse av kontroll som fremmer større trivsel i hverdagen hos pasienten. Mennesker blir med selektiv med alderen, og ambisjonsnivået blir senket til et mer realistisk nivå. Som helsepersonell kan en være med å endre personens oppfatning av livssituasjon, gi informasjon og sosial støtte (Thorsen, 2020, s. 44–45). Eldresenter er et godt tilbud som finnes i de fleste kommuner. Målet er å begrense eller hindre sosiale og helsemessige problemer. Pasientene kan her delta på forskjellige aktiviteter, gå til fotpleier eller frisør og spise måltider med andre på samme alder. På den måten vil de kjenne på sosial kontakt og ha en felles møteplass. Trimgrupper er et annet godt alternativ som gjør at den eldre pasienten kan være i fysisk aktivitet samtidig som de får sosial kontakt (Ranhoff, 2020, s. 168).

I dagens samfunn er det store forventninger til at teknologi skal kunne bidra til velferdsutfordringene, og økningen av eldre i befolkningen. Velferdsteknologi består av

teknologiske hjelpemidler som skal bli tilpasset den eldre sine behov og hjelpe med å fremme mestring, samfunnsdeltakelse og livskvalitet. De forskjellige hjelpemidlene skal bidra til at flere skal kunne bo hjemme, da de skal tilby trygghet for pasienten, assistere mennesker med kognitiv svikt slik at de kan leve og mestre et hverdagsliv i egen bolig, i tillegg til å dekke for sosial kontakt hos den eldre pasienten. Men teknologi kan og være med å forsterke isolasjon og ensomhet (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 212–214).

2.7 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en offentlig helsetjeneste som er lovpålagt og tjenesten drives av kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleien skal tilby helsehjelp og hjelp til pleie og omsorg i hjemmet når det er behov og er derfor en primærhelsetjeneste. Behovet kan komme når sykdom rammer, når helsen svikter, alderdom eller grunnet ulike livssituasjoner. De vanligste vedtakene består av hjelp til administrering av medisiner, personlig hygiene, ernæring, ta av og på kompresjonsstrømper, observasjoner av blodtrykk, blodsukker og vekt og hjelp til sårstell (Næss, 2020, s. 248). Hensikten til hjemmesykepleien er å bidra til at pasienten kan mestre hverdagen i eget hjem og hjelpe pasienten til å leve så godt som mulig og bo hjemme så lenge som mulig, så lenge det er ønskelig og forsvarlig for pasienten. For å sikre at hver enkelt pasient har det bra og får den pleien de trenger er nødvendig med et helhetlig menneskesyn. Dette vil og gjøre det lettere å imøtekomme og ivareta de pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 17). Hjemmesykepleien skal å bidra til at pasienten har meningsfulle hverdager og gode opplevelser (Meld. St. 29 (2012- 2013)).

2.8 Lovverk og retningslinjer

Lov om pasient og brukerrettigheter er relevant da den ses på som en grunnstein for alle helsetjenester. Loven skal sikre at befolkningen får tjenester av god kvalitet. Videre skal den fremme tilliten mellom pasient og helse og omsorgstjenestene, fremme sosial trygghet, samt ivareta respekten for den enkelte pasients liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre er helse og omsorgstjenesten loven fra 2011 relevant da den utdyper at helsepersonell har som jobb å ivareta pasientens fysiske og psykiske helse. Helse og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) skal bidra til å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjon. Loven har som formål å fremme sosial trygghet, bedre

levestandardene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre skal loven sikre at tjenestetilbudet er av kvalitet, likeverdig og tilgjengelig for hver bruker (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Formålet til kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene er å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivarett sine grunnleggende behov med respekt for den enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Videre skal de yrkesetiske retningslinjer utgjøre kvalitetskrav for sykepleiere, det står blant annet at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasient behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3 Metode

3.1 Valg av metode

Metode kan defineres som en framgangsmåte for å belyse spørsmål og data på en planmessig måte, hvor metode er verktøyet eller et hjelpemiddel som blir brukt til problemløsning og til fremhenting av ny kunnskap. Metoden hjelper oss å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s.111). Bacheloroppgaven min er en litteraturstudie. I litteraturstudie samles kunnskap fra eksisterende kilder og systematiseres før man går gjennom de med et kritisk blikk og til slutt samfatter det (Thidemann, 2019, s. 79). Jeg har hentet data fra forskning, teori og pensumlitteratur fra bachelor i sykepleie (Dalland, 2017, s. 207).

For gjennomføringen av litteraturstudien måtte jeg finne relevant og god forskning som kan knyttes til min problemstilling. Jeg har brukt kvalitative og kvantitativ studie, da jeg ønsket å få et overblikk over hvor mange enslige eldre i hjemmet som opplevde ensomhet, hva de lengtet etter og tiltakene som kan iverksettes for å forebygge ensomhet hos eldre. De kvalitative dataene fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Søke- og utvalgsprosess

For å finne relevant forskning har jeg benyttet meg av en rekke ulike databaser knyttet til Høgskolen på Vestlandet. Jeg søkte etter forskning som var relevant til min problemstilling og vurderte de kritisk etter helsebiblioteket sine sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

Etter bredt søk i søkemotoren ESBCO og databaser som medline, CINAHL og academic search elite i tillegg til søk på svemed+, sykepleien.no og PubMed satt jeg igjen med flere gode artikler. Jeg endte opp med 13 artikler hvor 8 ble droppet fordi det ikke var spesifikke nok for min problemstilling. Søkeordene jeg har brukt er «elderly», «home care or home nursing», «loneliness», «elderly patient» and «home care nursing” and “loneliness”, “ensomhet hos eldre», «eldre», «hjemmesykepleie», «ensomhet», healthcare home, smart home, elderly»,

«alone- living, social network, older patient» og «prevent loneliness» «older adults». Søket ble begrenset til innenfor 5 år for å prøve å finne relevant og oppdatert forskning.

3.3 Søk etter annen litteratur eller valg av litteratur

I oppgaven vil jeg i tillegg til forskning benytte meg av faglitteratur. Jeg har valgt meg ut noen bøker, lover og yrkesetiske retningslinjer som jeg vil benytte meg av for å svare på problemstillingen. Relevant litteratur har jeg funnet gjennom pensumlistene til bachelorstudiet i sykepleie. Annen relevant litteratur har jeg funnet på biblioteket sine sider gjennom søk Oria.

3.4 Kildekritikk

Med kildekritikk menes evnen til å vurdere om litteraturen som er funnet er troverdig og relevant med hensyn til min problemstilling. Når vi benytter oss av kilder må vi være kritiske (Dalland, 2017, s. 152-153). Forskningen jeg har benyttet meg av er ikke eldre enn 5 år og har gjennomgått vurderingsprosess hvor kvalitet og viktigheten av publikasjonen har blitt vurdert (Nortvedt et al., 2012, s. 197), med unntak av en artikkel som er fra 2015. I den ene studien var det en person på 58 år som deltok, men de andre var 65 år og eldre og jeg har derfor tatt studien med i oppgaven.

Litteraturen som er hentet fra pensumbøker er i noen tilfelle eldre enn 10 år. Jeg har valgt å ta litteraturen med da den er godt faglig etablert og er en del av pensumet på sykepleieutdanningen. Litteraturen i oppgaven min er relevant fordi den omhandler tema eldre, ensomhet, forebygging, hjemmesykepleie, sosialt nettverk og tiltak knyttet til dette. Bøkene jeg har benyttet meg av er som sagt en del av pensumet på sykepleierutdanningen og jeg anser derfor disse som sikre kilder.

I ettertid har jeg innsett at jeg kunne hatt med enten flere artikler eller mer relasjonsteori som trakk i forskjellige retninger. Dette ville gitt meg et bredere perspektiv på problemstillingen.

4 Forskning

Litteratursøket mitt førte til 5 forskningsartikler. I denne delen av oppgaven vil jeg gi en kort presentasjon av hver enkelt artikkel, metoden som er brukt, utvalg, hensikten med studiene og forskningsfunn (Se vedlegg 1 for systematisk oppsett av artiklene).

4.1 Artikkel 1

“Experiences of longing in daily life and associations to wellbeing among frail older adults receiving home care: a qualitative study” av Hemberg et al., (2020). Publisert i International Journal of Qualitative Studies on Health and Well – Being. Volume 15, 2020 – Issue 1.

Dette er en kvalitativ studie fra Finland hvor hovedmålet var å utforske trivsel, sosial deltakelse og ensomhet blant sårbare eldre voksne som mottar hjemmesykepleie. Studien sin hensikt var å utforske opplevelsen av lengsel i dagliglivet og forholdet mellom lengsel og velvære hos sårbare eldre i alderen 65 år eller eldre fra et omsorgs vitenskapelig perspektiv. Det ble utført 17 intervjuer, hvor fokuset var livskvalitet, trivsel, sosiale og kulturelle aktiviteter og opplevelser av ensomhet. Det ble inkludert tre ulike temaer i intervjuguiden: aktiviteter og interesser (tidligere og nåværende), opplevelser av ensomhet og ønsker fra samfunnet om hvordan de kunne gi støtte for å lindre ensomhet blant skrøpelige eldre voksne. Spørsmål som «hva gir deg livsglede og velvære i dagliglivet», «hva mangler, drømmer eller lengter du etter i hverdagen» «er det noen som kan hjelpe deg med å oppfylle de tingene du lengter etter?». Resultatene avdekket tre temaer: lengsel etter sosial kontakt, lengsel etter naturen og lengsel etter kreativitet, estetikk og musikk. Lengsel var positivt knyttet til trivsel når de eldre kunne oppfylle sine lengsler. Studien gir en forståelse for hva de sårbare eldre lengter etter, og at deres sårbarhet gjør at de lengter mer og har vanskelig for å komme i gang å gjøre noe med det på grunn av deres skrøpelighet. Denne forståelsen kan hjelpe omsorgsarbeider til å forstå hvordan de kan gjøre noe med lengselen til pasientene. For å støtte eldre mot å oppnå velvære er både omsorgspersoner, venner, og familie og nøkkelpersoner i denne bevegelsen (Hemberg et al., 2020a).

4.2 Artikkel 2

“Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients” av Medvene et al., (2015). Publisert i *Aging & Mental Health*. Volume 20, 2016 – Issue 5.

Dette er en kvalitativ studie som ble gjennomført i USA. Det ble utført 40 personlige intervjuer av brukere i hjemmebaserte tjenester. Hensikten med studien var å undersøke ulike nettverkstyper hos pasientene, basert på deres egenskaper og deres sosiale nettverk. I studien ble det også undersøkt hvordan de ulike nettverkstypene var knyttet til sosial isolasjon, forholds kvalitet og ensomhet. De fant fire ulike nettverkstyper: familie, mangfold, begrenset og religiøst. Nesten halvparten av deltakerens sosiale nettverk bestod av familiemedlemmer, venner utgjorde mindre enn en tredjedel. Brukerne med nettverk bestående av familie, mangfold og religion hadde betraktelig flere positive relasjoner enn de med begrenset nettverk. Brukerne med begrenset nettverk hadde høyere andel sosial isolasjon og var mer ensomme, enn de i mangfold, familiære og religiøse nettverk. Det var flere brukere som følte seg isolert, 6% av brukere i det familiære nettverk, 43% i det religiøse nettverket og 75% i det begrensede nettverket. I det mangfoldige nettverket var det ingen som følte seg isolert. Funnene heller derfor mot at brukere av hjemmebaserte tjenester er knyttet til de sosiale nettverkene de er en del av. Brukerne med begrenset nettverk har høyest risiko for negative resultater av de fire som var med i studien (Medvene et al., 2016).

4.3 Artikkel 3

“Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adult and their family caregivers” av Karlsen et al., (2018). Publisert i *Journal of Clinical Nursing*. Volume 28, Issue 7-8.

Studien er en kvalitativ undersøkelse som ble gjennomført i Norge. Deltakerne var eldre voksne, bosatt i egne hjem. De mottok hjelp fra hjemmesykepleien og hadde nylig mottatt teletjenester. Det ble gjennomført 18 intervjuer med de eldre, i tillegg til 7 nære pårørende. Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av den vedvarende bruken av telecare for eldre voksne og deres pårørende. Telecare omfatter flere teknologiske løsninger som skal fremme sikkerhet og øke selvstendigheten til eldre mennesker som er bosatt hjemme.

Telecare ses på som en del av løsningen i hjemmetjenester for at eldre skal få bo hjemme lengst mulig framover i tiden. Tidligere studier har vist at telecare er komplekst og at det fortsatt er dårlig forståelse av eldre og pårørendes erfaring med bruk av det. Resultat viste at de eldre opplevde økt trygghet og uavhengighet. Noen opplevde utfordringer, men de fortsatte å bruke tjenesten. Pårørende opplevde at telecare kunne lette bekymringene deres, men de kjente på økt ansvar som førte til ambivalente følelser mellom å ville etterkomme de Eldres ønske om å bo hjemme og stresset og bekymringen dette medførte. Studien konkluderer med at telecare kan forbedre omsorgen som tilbys av hjemmetjenestene, men det må vurderes med sammenheng med bistand og andre tiltak som gis til den enkeltes spesifikke behov. Pårørende kan ha nytte av telecare, men telecare kan også øke omsorgsbyrden deres (Karlsen et al., 2018).

4.4 Artikkel 4

“Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people” av Tomstad et al., (2017). Publisert i International Journal of older people nursing.

Studien er en tverrsnitt studie som ble gjennomført i Norge. Studien hadde som hensikt å undersøke forekomsten av ensomhet blant et utvalg av norske eldre hjemmeboende mennesker i alder <65 år, og identifisere hva som kan være mulige faktorer til deres ensomhet. Det var totalt 2052 mennesker med i studien. De svarte på et spørreskjema, hvor de ble spurt om de ofte følte seg ensom eller ikke, helse relaterte spørsmål, bakgrunn spørsmål og instrumenter for å måle deltakerens følelse av psykiske problemer, ernæring, egen omsorgsevne og kontakt med familie, venner og naboer. 11,6% (239) deltakere rapporterte at de ofte følte seg ensomme. Faktorer som gikk igjen hos de var: å bo alene, ikke være fornøyd med livet, psykiske problemer, liten følelse av tilhørighet, ikke ha kontakt med naboer og være i fare for underernæring. Studien viser til at det å føle seg ensom er et helse relatert problem blant hjemmeboende eldre, som inkluderer sosiale, psykiske og fysiske aspekter. Utfordringer er at flere av disse menneske har begrensede ressurser til å overvinne følelser av ensomhet. Studien fastslår at varig ensomhet blant eldre hjemmeboende personer krevet en overordnet, personsentrert og tidkrevende tilnærming av sykepleiere. Helsepersonell må være oppmerksomme på ensomme eldre hjemmeboende, og fagpersoner må være kompetente nok til å vurdere kompleksiteten i disse Eldres respektive situasjoner for

å gi tilstrekkelig støtte og hjelp. Det kan være behov for sykepleiere med avansert kunnskap i geriatrisk sykepleie for å gi slik hjelp. Helseledere og politikere bør følge nøye med på tilstrekkelig vurdering, støtte og hjelp til denne sårbare gruppen (Tomstad et al., 2017).

4.5 Artikkel 5

“Smart technology and the meaning in life of older adults during the Covid-19 public health emergency period: a cross-cultural qualitative study” av von Humboldt et al., (2020). Publisert i International review of psychiatry. Volum 32, Issue 7-8.

Dette er en tverrkulturell kvalitativ studie. Studien har til sammen 351 deltagere i aldrene 65-87 år fra Spania, Portugal, Mexico og Italia. Alle deltagerne ble intervjuet på morsmål i sitt hjemland. Studien inkluderte kun kognitivt friske eldre. Studien sin hensikt var å undersøke hvordan teknologiske enheter også referert til som smartteknologi kan påvirkes eldres opplevelse av mening i livet, i en tid med redusert menneskelig kontakt. Smartteknologi ble brukt til å holde kontakt med venner og familie og sørget for en opplevelse av å være sosial med andre. Smartteknologien ga og mulighet til å delta i aktiviteter, som møter i frivillige foreninger, følge med på kulturelle begivenheter på nett, samt følge kurs for å lære nye ferdigheter som språk eller fag. Flere brukte og smartteknologien for å følge religiøse seremonier eller gudstjenester. Studien konkluderer med at smartteknologi kan bidra til uavhengighet og mening med livet, til tross for at teknologi kan være vanskelig for enkelte. Men det er viktig å forstå hvordan eldre bruker smartteknologi, for å redusere avstanden mellom eldre og hjelpeapparatet (von Humboldt et al., 2020).

4.6 Kort presentasjon om hovedfunn

Etter å ha lest igjennom forskingen er det disse punktene som utmerker seg når det gjelder ensomhet hos eldre:

- Lengsel etter sosial kontakt, naturen, kreativitet, estetikk og musikk
- Utfordringer til å få gjort noe med lengselen
- Familie, venner og omsorgspersoner er nøkkelpersoner
- Fire ulike nettverkstyper: familie, mangfold, begrenset og religiøst,

- Flere nettverk skaper positive relasjoner, begrenset nettverk opplever mer sosial isolasjon og ensomhet
- Hjemmesykepleien er for flere et sosialt nettverk,
- Smarthjem som mulig løsning for at eldre skal få bo hjemme lengre, eldre opplever utfordringer med smarthjem, men og økt trygghet og uavhengighet.
- Faktorer til ensomhet: å bo alene, ikke være fornøyd med livet, psykiske problemer, liten følelse av tilhørighet, ikke ha kontakt med naboer og være i fare for underernæring.
- Følelsen ensom er knyttet til sosiale, psykiske og fysiske aspekter.
- Utfordringen er begrensede ressurser til å overvinne følelser av ensomhet
- Varig ensomhet krever et overordnet, personsentrert og tidkrevende tilnærming av sykepleiere
- Smartteknologi kan hjelpe eldre til å holde kontakt med nærmiljøet sitt og sørge for en opplevelse av å være sosial med andre
- Smartteknologi kan gi mulighet for å delta på ulike aktiviteter over nett

5 Drøfting

5.1 Viktigheten av god relasjon/grunnlaget for god relasjon

En relasjon mellom sykepleier og pasienten ses på som essensielt, da det kan ha noe å si for hvordan vi får hjulpet pasienten. Relasjon baserer seg på grunnleggende tenking om at alle mennesker har et behov for forbindelse eller samhørighet (Hummelvoll, 2012, s. 395). Selve relasjonen mellom sykepleier og pasient, vil innebære at vi lettere kan oppdage ubehag eller forandringer hos pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84). Personlige erfaringer støtter opp under dette, da jeg gjennom jobben har erfart at dersom jeg har god relasjon til pasienten, vil de åpne seg mer opp.

Fjørtoft (2016, s.117-118) sier at ensomhet ikke kan sammenlignes med det å være alene. Studie peker videre på at pasienter som har flere gode relasjoner er mindre utsatt for ensomhet og isolasjon (Medvene et al., 2016). Dog peker Fjørtoft (2016, s.115) på at hjemmesykepleien er den eneste sosiale kontakten til mange eldre pasienter. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasienten betyr mye. En god relasjon vil samtidig gjøre det lettere for sykepleieren å ivareta pasienten på en helhetlig måte, forebygge, oppdage, identifisere og iverksette nye tiltak etter pasientens behov.

Videre er god relasjon bygget på kommunikasjon, empati, ærlighet, optimisme, aksept og tillit. Pasienter ønsker derfor at sykepleier som kommer til dem skal være vennlige, hjelpsomme og interessert i dem som enkeltpersoner. Dette stemmer godt overens med Travelbee sin teori om å danne et menneske- til- menneske forhold og forholde oss til enhver pasient som et unikt individ (Kristoffersen, 2011c, s. 213–219). Pasientene bryr seg egentlig ikke om tiden, men selve personen og dens personlige faktor, samt at deres behov blir ivaretatt som enkelt pasient. Samtidig skaper det trygghet hos pasienten dersom sykepleieren genuint er interessert i dem og de får mulighet til å skape en relasjon (Fjørtoft, 2016, s. 118). Ut ifra dette kan det tenkes at pasienten ønsker å ha relasjon med en eller et få antall sykepleiere. Dette kan bidra til å skape forutsigbarhet og trygghet da pasienten slipper å fortelle om sine behov og preferanser gang på gang (Thorsen, 2011, s. 119).

Samtidig vil en god relasjon innebære tydelig kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, dette tydeliggjør både Travelbee (Kristoffersen, 2011c, s. 221) og Fjørtoft (2016, s.179). Det er slik vi blir kjent med pasienten som person. Dersom pasienten opplever manglende samsvar mellom verbal kommunikasjon og kroppsspråk kan dette føre til usikkerhet, og resultere til at pasienten mister tilliten til sykepleieren, og at relasjonen som er bygget opp vil bli svekket. Sykepleieren bør derfor ta av seg ytterklærne, sette seg ned og ta seg tid til enhver pasient (Hummelvoll, 2012, s. 395; Kristoffersen, 2011a, s. 180).

Selve relasjonsdannelse kan allerede ta lang tid fra før av (Thorsen, 2011, s. 119) og det legges fram at kontinuitet ses på som en viktig grunnstein i relasjonsdannelsen (Hummelvoll, 2012, s. 395; Kirkevold, 2020b, s. 99). I praksis er dette noe pasientene ytrer et stort ønske om å få til. Dette har vært en gjenganger fra de gangene jeg har vært på jobb eller i praksis i hjemmesykepleien. Kontinuiteten vil og være med å bidra til at pasienter kjenner på trygghet og forutsigbarhet. Samtidig vil det være lettere for pasienten å åpne seg mer opp for sykepleieren, dersom de samme kommer tilbake. Ut ifra dette kan det og tenkes at sykepleieren lettere kan oppdage ubehag eller forandringer hos pasienten, både fysisk, psykisk og sosialt. Selv om teorien (Thorsen, 2011, s. 119) sier at det bør være kontinuitet i tjenestene og pasientene ønsker det. Er dette utfordrende å få til. En årsak til dette er tidspresset i hjemmesykepleien. Videre kan tjenesten være preget av mangel på personale og sykemeldinger som igjen gjør det vanskelig å sikre kontinuitet (Fjørtoft, 2016, s. 187). Det kan derfor tenkes at relasjonsdannelse med den eldre pasienten kan ta lengre tid, som følge av lite kontinuitet i tjenestene og den store variasjonen av personale pasienten må forholde seg til (Kirkevold, 2020a, s. 95).

På den andre siden kan dannelsen av relasjon imidlertid ikke alltid følges til punkt og prikke. Som sykepleier jobber du med mennesker, og det er ikke alle pasientene som har forutsetning for å kommunisere sine meninger, eller interesse av å ha en god relasjon. Samtidig er det viktig at sykepleieren ikke tar seg nær av dette og fokuserer på pasienten som en helhet for å bidra til å dekke deres behov for pleie fysisk, psykisk og sosialt. Sykepleieren må imidlertid ikke glemme at det ikke er alle pasienter som er i stand til å være en del av, eller ønsker en god relasjon. Videre gir teorien rom for tolkning om hva en god relasjon består av,

da Travelbee formidler at alle mennesker er unike og har ulike behov (Kristoffersen, 2012, s. 213–219).

Personlig har jeg opplevd at det er lettere å få en god relasjon når jeg har bedre tid hos pasienten. Dette bekreftes og i litteraturen til Hummelvoll (2012, s. 395). Som sykepleier har jeg erfart og det er min subjektive mening at pasienten vil bli bedre ivaretatt, og relasjonen vår vil bli bedre med større grad av kontinuitet og bedre tid. Dette har imidlertid vist seg å ikke være så lett som følge av tidspress i hjemmesykepleien, eller helsevesenet generelt. I dette tilfelle kan en lure på om pasientens rett blir ivaretatt. Tidligere erfaringer bygger opp under dette. Ved flere anledninger har jeg måtte velge mellom hvem av pasientene som skal få hjelp først, fordi alle sto oppført på samme tidspunkt. Selv om alle pasientene fikk hjelp, så opplevde jeg dette som utfordrende og uetisk. En årsak til dette var at en måtte velge mellom hvilken pasient som var mest viktig, eller den som ble minst sint. En konsekvens av dette var at relasjonen vår allerede var negativt ladet før jeg gikk inn døren, som følge av at jeg måtte velge mellom pasientene. Pasientene ble som oftest misfornøyde, oppgitt eller sint da de ikke følte at de fikk hjelp til riktig tid, eller alle behovene dekket. Dette kan trekke i retning av at tjenestene bør endres på et strukturelt nivå.

5.2 Kartlegge sosialt nettverk

Ensomhet kan være en smertefull opplevelse, fordi det er en kompleks problemstilling som har fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Det skilles imidlertid mellom to typer ensomhet. Fravær av en person som vi har nær relasjon til, som kan føre til følelsesmessig isolasjon. Den andre er mangelen på sosialt nettverk og evnen til å knytte nære relasjoner, som kan resultere i sosial isolasjon (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52).

Selv om noen pasienter har et godt nettverk, så er det ikke nødvendigvis sagt at vedkommende ikke er ensom. Teorien (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52) og studie (Medvene et al., 2016) peker imidlertid på at pasienter med redusert nettverk eller ingen nettverk er i større grad utsatt for ensomhet. Flere eldre har ofte et redusert nettverk som følge av tap i nære relasjoner, og det er heller ikke like lett for den eldre pasienten å komme seg ut som før. Dette kan blant annet føre til at pasienten har vanskelig for å etablere nye vennskap og

nettverk. Dette stemmer godt overens funn fra forskning hvor flere eldre opplever manglende evne til å få gjort noe med ensomheten (Tomstad et al., 2017)

Opplevelsen av ensomhet vil imidlertid variere, noen vil oppleve det som overkommelig og andre som noe negativt og vanskelig. Forskning trekker i retning av at de som har et større nettverk er bedre utrustet i møtet med vanskelige situasjoner (Medvene et al., 2016).

Samtidig peker teorien på at det sosiale nettverket kan bety noe for hvor godt den eldre pasienten klarer seg i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 115–117). Videre legger både studie (Medvene et al., 2016) og teori (Hummelvoll, 2012, s. 603–604) fram at nettverket til den eldre pasienten hovedsakelig består av familie. Familien vil ofte gi praktisk, emosjonell og sosial støtte. Dette stemmer godt overens med egne erfaringen fra jobben i hjemmesykepleien. Pasientene forklarer at hjelp, støtte og kontakt med familie, venner og naboer betyr mye. Samtidig finnes det og pasienter som har familie som bor langt vekk, eller som ikke har så god kontakt med familien. Disse mottar derfor ikke hjelp, støtte eller sosial kontakt. Dog har mennesker flest et behov for sosial kontakt med andre mennesker, og ikke bare familien. Med tanke på at det er hovedsakelig familie som legges fram som største delen av nettverket og som nøkkelpersoner, viser det at flere eldre har et redusert sosialt nettverk.

Videre sies det at kvaliteten og kvantiteten betyr mye for det sosiale nettverket (Smebye & Helgesen, 2011, s. 52). Det klargjøres og at flere ulike nettverk vil bidra til flere positive relasjoner (Medvene et al., 2016). Dette kan føre til at pasienten kjenner på økt trivsel, tilhørighet og støtte og videre bidra til å forebygge ensomhet hos den eldre pasienten. Sykepleieren må derfor tidlig kartlegge det sosial nettverket for å skille ut ressursene til pasienten. Videre kan kartlegging av det sosiale nettverket gjøre det lettere for sykepleieren å identifisere pasientens psykiske og sosiale behov. Sykepleieren kan blant annet oppdage gode ressurser i nærområdet og få kartlagt hvilken hjelp pasienten mottar og hvilken relasjoner vedkommende har, ved bruk av et nettverkskart (Kirkevold, 2020c, s. 147–148). Ut ifra dette kan sykepleieren iverksette tiltak slik at en får ivaretatt de sosiale og psykiske behovene like godt som de fysiske. Videre er det viktig å ta hensyn til hver sin livssituasjon, da disse vil være ulike. Selv om sykepleieren ønsker å hjelpe må en samtidig respektere at det er noen pasienter som ønsker å være alene og som trives med å være alene (Fjørtoft, 2016, s. 118).

I helse og omsorgstjenesten loven fra 2011 står det at helsepersonell sin jobb er å ivareta pasientens fysiske og psykiske helse. Videre har helse og omsorgstjenestene loven (2011, §1-1) som formål å fremme sosial trygghet og forebygge sosiale problemer. Samtidig skal loven sikre at tjenestetilbudet er av kvalitet, likeverdig og tilgjengelig for hver bruker. Dermed vil det være nødvendig med regelmessig kartlegging. Imidlertid må en bruke litt skjønn da en skal kartlegge behovene. Helsepersonell må være oppmerksom på den eldre sin sosiale situasjon, men det trengs ikke kartlegging hvert besøk.

Jeg har selv erfart viktigheten av at sykepleieren kartlegger det sosiale nettverket til pasienten og støtten pasienten mottar. Samtidig ser jeg et økende behov for tiltak som dekker pasientens emosjonelle og sosiale behov. Selve kartleggingen gjelder som oftest bare kroppslige og fysiske behov. Den sosiale situasjonen blir glemt bort. Dette kan tyde på at kartlegging av det sosiale nettverket er nedprioritert. På den andre siden er hjemmesykepleien presset på tid som igjen gir redusert mulighet til å kartlegge de mer sosiale behovene og ligge til rette for at disse blir ivaretatt.

5.3 Tiltak rettet mot den ensomme eldre

Pasientene har flere vedtak som støtter opp fysiske behov (Næss, 2020, s. 248). Selv om pasienten mottar hjelp og får dekket disse behovene, kan man stille spørsmål om det er godt nok. De fysiske behovene er i de fleste tilfeller godt ivaretatt, men det er mindre fokus på de psykiske og sosiale behovene til pasienten. Jeg opplever lite fokus på dette til tross for at det eksplisitt står i lovverk og yrkes etiske retningslinjer at pasienten skal få hjelp til å dekke de fysiske, psykiske og sosiale forholdene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Den eldre pasienten trenger et sosialt tilrettelagt miljø, eller andre tilbud som kan fremme sosial kontakt og mestring. Dette kan være med å bidra til at pasienten sin opplevelse av ensomhet blir redusert. Samtidig blir en mer selektiv med alderen og behovene til den eldre pasienten vil endre seg, i takt med nettverket rundt og egen funksjonsevne. Sykepleieren må derfor utforme nye vedtak dersom det observeres vedtak som ikke oppfyller pasientens krav om ivaretagelse om sosiale behov (Næss, 2020, s. 248).

Ensomhet ses på som et tabubelagt tema for mange, da det bringer assosiasjoner med psykiske lidelser og mangel på sosial kontakt. Utfra teorien (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 124) og studie (Medvene et al., 2016) tolkes det som om mange eldre opplever ensomhet, men uten å gi direkte uttrykk for det. Dette samsvarer og med egne erfaringer fra jobben i hjemmesykepleien. De eldre gir uttrykk for at det er så lange dager, jeg vil ikke forstyrre noen, det er ikke synd i meg. Det er da tydelig at selve temaet ensomhet er preget av skam. Som sykepleier ivaretar vi de mest grunnleggende fysiske behovene i hjemmesykepleien. Men de psykiske og sosiale sidene blir ofte glemt. Dette kan tyde på at kulturen for helhetlig menneskesyn ikke er tilsted for alle. Dette kan være fordi personalet er for uerfaren, dårlig opplært, eller kanskje de har et annet menneskesyn. I studien til Tomstad et al. (2017) kommer det godt fram at ensomhet hos eldre krever erfarne sykepleiere som tar seg tid til pasienten, ser deres behov og ivaretar de.

De eldre kjenner ikke bare på ensomhet, men også lengsel etter natur, sosial kontakt, kreativitet, estetikk og musikk (Hemberg et al., 2020a). Både i studie (Hemberg et al., 2020b) og teori (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 124; Ranhoff, 2020, s. 162–163) ses det at utfordringen er manglende evne til å få gjort noe med ensomheten og lengselen. Hvordan kan vi da som sykepleier hjelpe de og forholde oss til begrensinger som kan oppstå med ivaretagelse av Eldres sosiale behov og lengsel. Som oftest har en ikke tid eller mulighet til å prioritere alle behovene. Det kan da være nødvendig at sykepleieren kobler på andre ressurser som kan bidra. Som nevnt i avsnittet kartlegging av sosialt nettverk vil et nettverkskart være et godt hjelpemiddel for å identifisere pasienten sine nærmeste ressurser. Det er og viktig å vite at det finnes flere andre tilbud til den andre pasienten. Dette må i midlertidig ses på fra kommune til kommune, da alle har ulike tilbud. Eksempler på eksterne ressurser kan være røde kors, Eldresenter og trimgrupper for å nevne noe. Røde kors tilbyr hjemmebesøk til den eldre pasienten, dette kan blant annet føre til at pasienten får sosial kontakt og en god samtale partner i hverdagen (Røde Kors, u.å.). Videre tilbys det Eldresenter. Her skal det være lagt opp til at den eldre får dekket sine sosiale behov, være i felleskap med andre mennesker, i tillegg til å utføre forskjellige aktiviteter og spise måltider sammen med andre. Dette kan bidra til livskvalitet hos den eldre og være med å forebygge ensomhet (Thorsen, 2020, s. 44–45). Flere steder tilbys det trimgrupper, eller trening for eldre. Dette blir gjerne drevet av andre en sykepleier selv. Sykepleieren må dermed holde seg oppdatert

på de ulike tilbudene i kommunene for å videreformidle det til pasienten. Samtidig må sykepleieren hjelpe pasienten med å legge til rette for deltakelse på disse tilbudene. Det kan innebære å bestille transport, ordne med følge, eller hjelpe til med søknadsskjemaer (Fjørtoft, 2016, s. 118).

Videre ses smarthjem og smartteknologi som en løsning på at eldre skal få bo hjemme lengre. Smarthjem skal blant annet bidra til at pasientene blir mer selvstendig i hverdagen og gi økt trygghet. På den andre siden er det imidlertid flere som opplever utfordringer med smarthjem og teknologien er ikke alltid til å stole på. Pårørende kjenner fremdeles på at de ikke strekker godt nok til og får dårlig samvittighet dersom de overlater pasienten for mye alene (Karlsen et al., 2018). Tidligere erfaring viser at flere pasienter er selvstendige i hjemmet og har gode hjelpemidler i smarthjemmet sitt. Selv om pasientene er selvstendige, går en ofte ut derfra med dårlig samvittighet da det ikke føles som pasienten får dekket de sosiale behovene.

For å forebygge selve ensomheten ses smartteknologi som en god løsning. Smartteknologi gjør det mulig for den eldre pasienten å være sosial med andre over nett i tillegg til å delta på ulike aktiviteter. Dette kan gi pasienten en følelse av tilhørighet og glede. Dette ses på som en god løsning for å forebygge ensomhet hos eldre ifølge studie til (von Humboldt et al., 2020). På den andre siden peker teorien (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 212–214) på at bruk av teknologi kan være med å øke isolasjon og ensomhet hos eldre, da de vil bli uavhengig av andre. Dette vil føre til at en ikke får den fysiske kontakten med andre mennesker som følge av at det er mindre mennesker som kommer innom dersom en blir for avhengig av teknologien som hjelpemiddel. Samtidig er det flere eldre som har problemer med å lære seg teknologien og en må derfor ha muligheten til å lære de opp og tilpasse behovene etter pasientens ønske (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 212–214). Det må derfor ses i perspektiv, samkjøres og ikke erstatte alle de fysiske besøkene. Egne erfaringer viser at det må være en balanse rundt dette. Dersom en overlater pasienten helt til seg selv kan en glemme de fysiske behovene da vi tror pasienten har det fint som følge av uavhengigheten han/hun får av smarthjem og smartteknologi. Om vi da har erstattet alle fysiske besøk har vi ikke mulighet til å følge opp pasienten og ivareta deres behov for helhetlig omsorg. Dette kan få konsekvenser. I tillegg vil det være vanskelig å fange opp den ensomme eldre.

6 Konklusjon

«Hvordan forebygge ensomhet blant hjemmeboende eldre?»

Igjennom arbeid med denne oppgaven har jeg økt kunnskapen rundt temaet ensomhet hos eldre, og sett hvordan vi kan forebygge dette. Ensomhet hos eldre er en sammensatt problemstilling som har både fysiske, psykiske, og sosiale aspekter. Selve temaet ensomhet er viktig i eldreomsorgen, og det forblir et viktig tema ettersom det kommer til å bli flere eldre hjemmeboende pasienter fremover. Temaet er ofte tabubelagt, og dette kan føre til at det blir feiltolket, nedprioritert, eller vanskelig å oppdage. For å ivareta pasienten er det behov for bedre rutiner i hjemmesykepleien. Dette innebærer kontinuitet, god relasjon og en genuin interesse for pasienten, det vil da være lettere for pasienten å åpne seg opp og forklare sine behov. Videre må det være bedre kartlegging som innebærer både fysiske, psykiske og sosiale behov. Sykepleieren må ha evne til å vise empati, ha tydelig kommunikasjon både verbalt og nonverbalt. Kartleggingen må gjøres regelmessig, og det bør utføres av samme pleier for og lettere kunne oppdage avvik fra normalen, det vil også gjøre det enklere å følge opp pasienten og sikre at tiltakene som er opprettet fungerer, eller om det trengs endring da pasientene sine behov kan endre seg over tid. For at dette skal kunne realiseres i en praktisk setting, er det nødvendig med en omveltning av omsorgsstrukturen, på tjeneste og systemnivå. Det må bemannes forsvarlig med fagpersoner som innehar relevant kompetanse innenfor eldreomsorg. Videre implikasjoner for praksis vil kreve et større fokus på mer systematisk og helhetlig kartlegging, i tillegg til forståelse, tilnærming og oppfølging av pasienten. Teknologi kan være gode hjelpemidler i forebygging av ensomhet og gjøre det lettere for den eldre og holde kontakten med sitt sosiale nettverk. Uavhengig av dette, må ikke teknologi erstatte all form for fysisk kontakt og nærvær, da det vil virke mot sin hensikt.

7 Referanseliste

Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, (2), 116–122. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>

Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til den eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 202–215). Gyldendal.

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

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Hemberg, J., Nyqvist, F., Ueland, V. & Näsman, M. (2020b). Experiences of longing in daily life and associations to well-being among frail older adults receiving home care: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1857950. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1857950>

Holdt-Lunstad, J. (2017). Ensomhet kan gi tidlig død. *Psykologtidsskriftet*.

<https://psykologtidsskriftet.no/forskningsnotiser/2017/01/ensomhet-kan-gi-tidlig-dod>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt—Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2018). Caring by Telecare? A Hermeneutic Study of Experiences among Older Adults and Their Family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.14744. <https://doi.org/10.1111/jocn.14744>

Kirkevold, M. (2020a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 84–97). Gyldendal.

Kirkevold, M. (2020b). Personsentret og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 98–114). Gyldendal.

Kirkevold, M. (2020c). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 141–159). Gyldendal.

Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 115–140). Gyldendal.

Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene* (LOV-1982-11-19-66). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1982-11-19-66>

Kristoffersen, N. J. (2011a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 133–196). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 161–206). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011c). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207–280). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83–133). 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). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R., Ofei-Dodoo, S., DiLollo, A., Webster, N., Graham, A. & Nance, A. (2016). Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients. *Aging & Mental Health*, 20(5), 485–493.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1021751>

Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5.november 2021 fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 245–261). Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H. (2020). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 160–172). Gyldendal.

Røde Kors. (u.å.). *Besøksvenn*. Hentet 9. desember 2021 fra

<https://www.rodekors.no/tilbudene/besoksvenn/>

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 41–70). Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2021a, 16. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Statistisk sentralbyrå. (2021b, 22. juni). *Familier og husholdninger*. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Thorsen, K. (2020). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3. utg., s. 35–52). Gyldendal.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 105–132). Gyldendal Akademisk.

Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Saevareid, H. I. & Söderhamn, U. (2017). Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4), e12162.

<https://doi.org/10.1111/opn.12162>

von Humboldt, S., Mendoza-Ruvalcaba, N. Ma., Arias-Merino, E. D., Costa, A., Cabras, E., Low, G. & Leal, I. (2020). Smart technology and the meaning in life of older adults during the Covid-19 public health emergency period: A cross-cultural qualitative study. *International Review of Psychiatry*, 32(7–8), 713–722. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1810643>

8 Vedlegg 1

Forfatter/ Publiserings år/ Land/ Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Populasjon/utvalg	Funn	Konklusjon
Jessica Hemberg, Fredrica Nyqvist, Venke Ueland, Marina Näsman (2020) Finland International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being Volume 15, Issue 1	Experiences of longing in daily life and associations to wellbeing among frail older adults receiving home care: a qualitative study	Utforske opplevelsen av lengsel i dagliglivet og forholdet mellom lengsel og velvære hos sårbare eldre	Kvalitativ studie Intervju med tre ulike temaer inkludert: Aktiviteter og interesser, opplevelsen av ensomhet og ønsker fra samfunnet om hvordan de kunne gi støtte for å lindre ensomhet blant skrøpelige eldre.	17 mennesker, 65 år eller eldre som mottar hjemmesykepleie	Lengsel etter sosial kontakt Lengsel etter naturen Lengsel etter kreativitet, estetikk, og musikk Lengsel var positivt knyttet til trivsel når de eldre kunne oppfylle sine lengsler Omsorgspersoner, venner og familie er nøkkelpersoner for å støtte den eldre mot å nå velvære	Studien gir en forståelse for hva de sårbare eldre lengter etter, og at deres sårbarhet gjør at de lengter mer og har vanskelig for å komme i gang å gjøre noe med det på grunn av deres skrøpelighet. Denne forståelsen kan hjelpe omsorgsarbeider til å forstå hvordan de kan gjøre noe med lengselen til pasientene. For å støtte eldre mot å oppnå velvære er både omsorgspersoner, venner, og familie og nøkkelpersoner i denne bevegelsen

<p>Louis J Medvene, Kari M Nilsen, Rachel Smith, Samuel Ofei-Doodoo, Anthony DiLollo, Noah Webster, Anette Graham, Anita Nance</p> <p>(2015)</p> <p>USA</p> <p>Aging & Mental Health. Volume 20, 2016 – Issue 5.</p>	<p>Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke ulike nettverkstyper hos pasientene, basert på deres egenskaper og deres sosiale nettverk. I studien ble det og undersøkt hvordan de ulike nettverkstypene var knyttet til sosial isolasjon, forholds kvalitet og ensomhet</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>40 brukere i hjemmebaserte tjenester</p>	<p>Det ble funnet fire nettverkstyper: Familie, mangfold, begrenset og religiøst. Ca. halvparten av deltakerens sosiale nettverk bestod av familie. Venner utgjorde mindre en 1/3.</p> <p>Brukerne med nettverk bestående av familie, mangfold og religion hadde flere positive relasjoner enn de med begrenset nettverk.</p> <p>Brukerne med begrenset nettverk hadde høyere andel isolasjon og var mer ensomme. Det var flere brukere som følte seg isolert, 6% av brukere i det familiære nettverk, 43% i det religiøse nettverket og 75% i det begrensede nettverket. I det mangfoldige nettverket var det ingen som følte seg isolert.</p>	<p>Det konkluderes med at brukere at hjemmebaserte tjenester er knyttet til de sosiale nettverkene de er en del av. Brukerne med begrenset nettverk har høyest risiko for negative resultater av de fire som var med i studien.</p>
--	---	---	--	---	---	---

<p>Cecilie Karlsen, Carl Erik Moe, Kristin Haraldstad, Elin Thygesen (2018) Norge Journal of Clinical Nursing. Volume 28, Issue 7-8.</p>	<p>Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adult and their family caregivers</p>	<p>Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av den vedvarende bruken av telecare for eldre voksne og deres pårørende</p>	<p>Kvalitativ undersøkelse Intervju</p>	<p>18 eldre voksne som mottok hjemmesykepleie og nylig teletjenester + 7 pårørende</p>	<p>De eldre opplevde økt trygghet og uavhengighet Noen utfordringer, men fortsatte likevel å bruke tjenesten Pårørende opplevde at telecare kunne lette bekymringene deres, men de kjente på økt ansvar som førte til ambivalente følelser mellom å ville etterkomme de eldres ønske om å bo hjemme og stresset og bekymringen dette medførte</p>	<p>Telecare kan forbedre omsorgen som tilbys av hjemmetjenestene, men det må vurderes med sammenheng med bistand og andre tiltak som gis til den enkeltes spesifikke behov. Pårørende kan ha nytte av telecare, men telecare kan og øke omsorgsbyrden deres.</p>
--	---	---	--	---	---	---

<p>Solveig Tomstad, Bjørge Dale, Kari Sundslø, Hans Inge Sævereid, Ulrika Söderhamn (2017) Norge International Journal of older people nursing.</p>	<p>Who often feels lonely? A cross- sectional study about loneliness and its related factors among older home- dwelling people</p>	<p>Studien hadde som hensikt å undersøke forekomsten av ensomhet blant et utvalg av norske eldre hjemmeboende mennesker, og identifisere hva som kan være mulige faktorer til deres ensomhet.</p>	<p>Tverrsnitt studie Spørreskjema hvor de ble spurt om de ofte følte seg ensom eller ikke, helse relaterte spørsmål, bakgrunn spørsmål og instrumenter for å måle deltakerens følelse av psykiske problemer, ernæring, egen omsorgsevne og kontakt med familie, venner og naboer</p>	<p>2052 eldre hjemmeboende i alder <65 år</p>	<p>11,6 % deltakere rapporterte at de ofte følte seg ensomme. Faktorer til ensomheten: å bo alene, ikke være fornøyd med livet, psykiske problemer, liten følelse av tilhørighet, ikke ha kontakt med naboer og være i fare for underernæring. Studien viser til at ensomhet er et helse relatert problem blant hjemmeboende eldre, som inkluderer sosiale, psykiske og fysiske aspekter. Flere eldre har begrensede ressurser til å overvinne følelser av ensomhet</p>	<p>Studien konkluderer med at varig ensomhet blant eldre hjemmeboende mennesker krever et overordnet, personsentret og tidkrevende tilnærming av sykepleiere. Helsepersonell må være oppmerksomme på ensomme eldre hjemmeboende, og fagpersoner må være kompetente nok til å vurdere kompleksiteten i disse eldres respektive situasjoner for å gi tilstrekkelig støtte og hjelp. Det kan være behov for sykepleiere med avansert kunnskap i geriatrisk sykepleie for å gi slik hjelp. Helseledere og politikere bør følge nøye med på tilstrekkelig vurdering, støtte og hjelp til denne sårbare gruppen</p>
--	--	---	---	--	--	---

<p>Sofia von Humboldt, Neyda Ma Mendoza-Ruvalcaba, Elva Dolores Arias-Merino, Andrea Costa, Emilia Cabras, Gail Low, Isabel Leal (2020) Spania, Portugal, Mexico og Italia International review of psychiatry. Volum 32, Issue 7-8.</p>	<p>Smart technology and the meaning in life of older adults during the Covid-19 public health emergency period: a cross-cultural qualitative study”</p>	<p>Studien sin hensikt var å undersøke hvordan teknologiske enheter også refert til som smartteknologi kan påvirkes eldres opplevelse av mening i livet, i en tid med redusert menneskelig kontakt</p>	<p>Tverrkulturell kvalitativ studie</p> <p>Intervju (alle ble intervjuet på morsmål i hjemlandet sitt)</p>	<p>351 deltagere i alderen 65-87 år som var kognitive friske</p>	<p>Smartteknologi ble brukt til å holde kontakt med venner og familie og sørget for en opplevelse av å være sosial med andre. Smartteknologien ga og mulighet til å delta i aktiviteter, som møter i frivillige foreninger, følge med på kulturelle begivenheter på nett, samt følge kurs for å lære nye ferdigheter som språk eller fag. Flere brukte og smartteknologien for å følge religiøse seremonier eller gudstjenester.</p>	<p>Studien konkluderer med at smartteknologi kan bidra til uavhengighet og mening med livet, til tross for at teknologi kan være vanskelig for enkelte. Men det er viktig å forstå hvordan eldre bruker smartteknologi, for å redusere avstanden mellom eldre og hjelpeapparatet</p>
---	---	--	--	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	13-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	Katarzyna van Damme-Ostapowicz		

Deltaker

Kandidatnr.:	340
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7921
----------------------	------

Sett hake dersom Nei
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 44
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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