



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	28-02-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	469
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7177
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	77
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	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



# Bacheloroppgave

Ensomhet hos eldre som mottar hjemmesykepleie

Loneliness among elderly who receive home nursing care

Kandidatnummer: 469

Bachelor i sykepleie, Haugesund

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Antall ord: 7177

Innleveringsfrist: 28. 04. 2022

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

**Bakgrunn:** Ensomhet rapporteres hyppigere blant de eldste i befolkningen, omtrent 4 av 10 over 80 år er ensomme, og rundt halvparten av de alene hjemmeboende eller som har svekket helse, er plaget av ensomhet. En studie fra 2015 viste at 19,5 prosent av 118 pasienter i hjemmesykepleien i en kommune opplevde ensomhet ofte eller alltid. For de ensomme eldre kan ensomhet bidra til å forsterke allerede eksisterende helseproblemer eller øke risikoen for å utvikle helseproblemer. Langvarig ensomhet er forbundet med redusert livskvalitet og både fysisk og psykisk funksjonsnivå.

**Problemstilling:** Hva kan være aktuell sykepleie for å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene og mottar hjemmesykepleie?

**Hensikt:** Å øke kunnskap og bevisstheten rundt eldre og ensomhet, samt øke kunnskap rundt hvordan en hjemmesykepleier kan hjelpe eldre med ensomhet.

**Metode:** Litteraturstudie basert på syv forskningsartikler, relevant pensum- og faglitteratur.

**Resultater:** Resultatene i de ulike forskningsartiklene beskriver ulike temaer som ensomhet, sosial kontakt og aktivitet. Også tiltak for å forebygge ensomhet fremkommer i artiklene. Disse tiltakene er blant annet personsentrert tilnærming, kartlegging av ensomhet og sosialt nettverk, fremme egenomsorg, og tilrettelegge for daglige aktiviteter og sosial kontakt.

**Konklusjon:** Det finnes aleneboende eldre som mottar hjemmesykepleie som lider av ensomhet. Tiltak som å praktisere en personsentrert tilnærming i pleien, identifisere og kartlegge ensomhet, kartlegge sosialt nettverk, fremme egenomsorg, og tilrettelegge for aktiviteter og sosial kontakt kan bidra til å forebygge ensomhet hos eldre hjemmeboende.

**Nøkkelord:** Ensomhet, eldre, forebygge, hjemmesykepleie

## Abstract

**Background:** Loneliness is mostly reported among the oldest people in the population, approximately 4 out of 10 were 80 years old and felt lonely, and about half of the alone living at home and has impaired health, were lonely. A study from 2015 showed that 19,5 percent out of 118 patients who received home care in one community felt lonely most of the time or all the time. Loneliness can contribute to amplify already existing health problems or increase the risk of developing health problems. Prolonged loneliness is connected to reduced quality of life and both physical and mental function level.

**Research question:** What can be relevant nursing to prevent loneliness among elderly who receive home nursing care?

**Objective:** To increase knowledge and awareness about loneliness among elderly, as well as increase knowledge about how a nurse in home nursing care can help lonely elderly.

**Design:** Literature study based on seven research papers, syllabus, and non-fiction literature.

**Results:** Some of the topics that were described in the articles were loneliness, social contact, and activity. Also, interventions to prevent loneliness were presented. Some of these interventions were person-centred practice, mapping loneliness, mapping social network, promote self-care, and facilitate activities and social contact.

**Conclusion:** There are elderly who lives alone at home and receive home nursing care who are suffering from loneliness. Interventions such as person-centred practice, mapping and identifying loneliness, mapping social network, promote self-care, and facilitate activities and social contact are important to prevent loneliness among older people who lives by themselves.

**Keywords:** Loneliness, elderly, home health care/home nursing care, prevention

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	6
1.1	Presentasjon av tema .....	6
1.2	Teoretisk perspektiv .....	7
1.2.1	Ensomhet.....	7
1.2.2	Hjemmesykepleie .....	8
1.2.3	Helsefremmende og forebyggende arbeid .....	8
1.3	Tidligere forskning .....	9
1.4	Sammenheng på samfunnsnivå.....	9
1.5	Lovverk.....	10
1.6	Hensikt .....	10
1.7	Avgrensning og presisering.....	11
1.8	Problemstilling .....	11
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	12
2.1	Metode .....	12
2.2	Litteraturstudium som metode .....	12
2.2.1	Kvalitativ og kvantitativ metode .....	12
2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
2.4	Fremgangsmåte ved litteratursøkene .....	14
2.5	Etiske vurderinger.....	16
2.6	Kildekritikk .....	17

<b>3</b>	<b>Resultat og funn</b> .....	18
3.1	Synteseanalyse .....	18
3.1.1	Tilstrebe en personsentrert tilnærming.....	18
3.1.2	Bidra til mer sosial kontakt.....	19
3.1.3	Bidra til aktivitet på ulike nivå.....	19
<b>4</b>	<b>Diskusjon</b> .....	23
4.1	Tilstrebe en personsentrert tilnærming .....	23
4.2	Bidra til mer sosial kontakt.....	25
4.3	Bidra til aktivitet på ulike nivå .....	28
<b>5</b>	<b>Oppsummering og implikasjoner for praksis</b> .....	30
<b>6</b>	<b>Referanseliste</b> .....	32
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b> .....	36
7.1	Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie.....	36

## Innholdsfortegnelse for tabeller

<b>Tabell 1:</b>	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
<b>Tabell 2:</b>	PICO-skjema .....	15
<b>Tabell 3:</b>	Oppsummering av søkestrategi og utvalgte artikler.....	15
<b>Tabell 4:</b>	Oversikt over utvalgte artiklers innhold.....	20

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Presentasjon av tema

Antall eldre i dagens norske samfunn har aldri vært så høyt. Eldre over 65 år utgjorde nesten 17 prosent av den norske befolkningen og antallet forventes å øke fram mot år 2040, viser en rapport fra Statistisk Sentralbyrå i 2017 (Rogne & Syse, 2017, s. 9). Samme rapport belyser at majoriteten av de eldre i Norge mottar helsetjenester i hjemmet, der aldersgruppen 80 – 89 år utgjorde 28 prosent av de 223 000 personene som enten bor på sykehjem eller får hjemmetjenester i 2015 (Rogne & Syse, 2017, s. 189). Eldre defineres som personer mellom 60 og 74 år, mens de gamle er over 75 år (Engstad, 2017, s. 542). Ensomhet rapporteres hyppigere blant de eldste i befolkningen, omtrent 4 av 10 over 80 år er ensomme, og rundt halvparten av de alene hjemmeboende eller som har svekket helse, er plaget av ensomhet (Prop. 64 L (2019 – 2020), s. 7 – 8). Verdens Helseorganisasjon (WHO et al., 2021, s. 3) anslår at omtrent 20 – 34 prosent av de eldre personene i 25 europeiske land er ensomme. Det er derfor rimelig å hevde at ensomhet er et utbredt helseproblem i mange land.

For de ensomme eldre kan ensomhet bidra til å forsterke allerede eksisterende helseproblemer eller øke risikoen for å utvikle helseproblemer. Langvarig ensomhet er forbundet med redusert livskvalitet og både fysisk og psykisk funksjonsnivå (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 82). Ifølge WHO et al. (2021, s. 4 – 5) kan sosial isolasjon og ensomhet hos eldre øke risikoen for fysiske lidelser som hjerte- og karsykdommer og hjerneslag, samt psykiske lidelser som for eksempel kognitiv svikt, demens, depresjon og angst. Ved å identifisere risikofaktorene hos den enkelte pasienten, kan man iverksette tiltak for å forebygge ensomhet og sosial isolasjon (WHO et al., 2021, s. 4 – 5). Kirchhoff et al. (2015, s. 266) belyser i sin studie noen av risikofaktorene for å bli utsatt for ensomhet og/eller sosial isolasjon hos hjemmeboende eldre, som kan være dårlig sosialt nettverk, svekket helsetilstand og opplevelsen av dårlig kvalitet på pleien i hjemmet. Deres studie fra 2015 viser at 19,5 prosent av 118 pasienter i hjemmesykepleien opplevde ensomhet ofte eller alltid (Kirchhoff et al., 2015, s. 266).



Jeg mener det er viktig å belyse temaet, på bakgrunn av statistikken og egen erfaring. Jeg har selv erfart at det er lite fokus på de psykososiale behovene til pasientene i hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien er den eneste sosiale kontakten mange eldre har i løpet av en dag. Disse erfaringene har blitt motivasjonen min for valg av tema og problemstilling for denne oppgaven. Derfor vil jeg undersøke hvordan sykepleiere kan gjøre forebyggende arbeid mot ensomhet hos eldre som bor alene hjemme for å øke livskvaliteten deres. I tillegg vil jeg ha et helsefremmende perspektiv, det vil si å rette fokuset mot den eldre pasientens opplevelse av velvære og mestring (Larsen, 2018, s. 42).

## 1.2 Teoretisk perspektiv

Her skal jeg presentere teori som belyser min problemstilling. Jeg vil beskrive relevant teori knyttet til ensomhet, hjemmesykepleie og helsefremmende og forebyggende arbeid.

### 1.2.1 *Ensomhet*

Birkeland og Flovik (2014, s. 70 – 71) definerer ensomhet som en «indre opplevelse» av å være isolert fra andre mennesker. Det er en subjektiv følelse og er knyttet til hvordan hver enkelt person føler og bedømmer seg selv i forhold til mellommenneskelig kontakt. Ensomhet kan oppleves som noe vanskelig og ubehagelig, også selv om man er sammen med andre mennesker. Ensomme personer er disponert til å få psykiske vansker som angst og depresjon. Det er spesielt to faktorer som knytter seg til periodevis ensomhet; helsesvikt og dødsfall hos nære personer. Gjennom kommunikasjon med pasienten kan man vurdere om en person er ensom, ved å se på den helsemessige tilstanden og graden av sosialt nettverk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 70 – 71). Moksnes (2018, s. 496) beskriver ensomhet som en smertefull og ubehagelig tilstand på grunn av et savn av ønsket kontakt. Denne følelsen kan være svak eller intens og kort- eller langvarig. Ensomhet er en trussel mot livskvaliteten, og pleiere i omsorgstjenesten erfarer at det er nødvendig med tid og rom for å ivareta de sosiale og emosjonelle behovene, ettersom praktisk hjelp til mange eldre ikke er tilstrekkelig. (Moksnes, 2018, s. 496).

### *1.2.2 Hjemmesykepleie*

Birkeland og Flovik (2014, s. 13) beskriver hjemmesykepleie som en offentlig tjeneste som i stor grad har fokus på praktiske situasjoner og praktisk hjelp, samt grunnleggende sykepleie i hjemmet. Videre er det også fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13). Mange eldre som bor alene og mottar hjemmesykepleie er preget av at de tilbringer mange timer alene i løpet av en dag. Årsaker til det kan være at besøkene er av kort varighet, det er problematisk å komme seg ut, sosialt nettverk opphører, og kontakten med familien kan være tilfeldig og ustabil. Sykepleiere har en sosial rolle og en sosial funksjon de skal fylle, i tillegg til de fysiske og praktiske behovene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 71 – 73). Kommunehelsetjenesten vil i tiden framover få desto flere pleiefaglige oppgaver som tidligere hørte hjemme i spesialisthelsetjenesten. Sykehusene vil redusere antall sengeplasser, minske liggetiden og overføre nye pasientgrupper til dagbehandling, dermed vil mange utfordringer bli overført til kommunene (Ingstad, 2013, s. 184). På grunn av den reduserte liggetiden blir pasienter med stort hjelpebehov utskreven og introdusert for hjemmesykepleien. De kommunale helse- og omsorgstjenestene får krevende oppgaver og økt press. Hjemmesykepleiens omfang utvides stadig og er nødt til å prioritere til tross for at de anser det som en trussel mot omsorgskvaliteten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 17 – 18).

### *1.2.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid*

Mæland (2021, s. 15 – 17) beskriver at forebyggende helsearbeid i hovedtrekk dreier seg om å fremme helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Det innebærer økt livskvalitet, stimulere egen evne til fungering og mestring, og tilrettelegge for best mulig helseutvikling. De faktorene som kan styrke ressursene for god helse er utgangspunktet i begrepet helsefremmende arbeid. Det kan gi mulighet for personlig, økonomisk og sosial utvikling, i tillegg til økt livskvalitet. Brukermedvirkning er her helt avgjørende, og ideen om at folk skal få kontroll over sin egen helse, empowerment, står sentralt (Mæland, 2021, s. 15 – 17). Empowerment handler om maktoverføring, og kan i et sykepleieperspektiv forstå som en aktiv pasientrolle der sykepleier tilpasser hjelpen ut fra pasientens ressurser og mulighet

for deltakelse (Gammersvik, 2018, s. 119 – 120). For å forstå helsefremmende arbeid i praksis bedre, er salutogenese en relevant teori med fokus på faktorer som skaper helse. Målet er å optimalisere evnen til å leve med sine helseutfordringer ved legge til rette for mestring i hverdagen. For å oppnå helse bør man fokusere på faktorer som fremmer helse og faktorer som forebygger eller reduserer helseproblemer (Langeland, 2018, s. 157).

### 1.3 Tidligere forskning

Det finnes tidligere forskning rundt temaet. Hagan et al. (2014, s. 683) hevder at bruken av ny teknologi og en gruppearbeidsintervensjon er effektive tiltak for å redusere ensomhet hos eldre mennesker. Mer nøyaktig var bruken av videosamtaler via dataprogrammene Skype eller MSN minst én gang i uken svært effektivt for å redusere ensomhet (Hagan et al., 2014, s. 683). I den samme studien kom det frem at det var begrenset bevis på hvor vellykket én-til-én intervensjon var, mens en strukturert gruppearbeidsintervensjon var desto mer effektiv (Hagan et al., 2014, s. 689 – 691). I en annen tidligere studie kommer det frem at ensomhet kan være en konsekvens hos eldre mennesker som har smerter over lang tid. Ved å iverksette og behandle smerter tidlig kan både lindre det fysiske ubehaget og forebygge ensomhet. Sykepleiere bør vurdere pasientens psykososiale helseutfall hvis personen har smerter. Dersom smertene eller smertestillende hindrer pasienten i å være sosial, kan sykepleietiltak være å henvise personen til andre måter å sosialisere på, for eksempel telefonsamtaler eller søke om besøksvenn i organisasjoner (Emerson et al, 2018, s. 1458).

### 1.4 Sammenheng på samfunnsnivå

Samhandlingsreformen viser til at det vil bli store utfordringer i årene fremover på grunn av eldrebølgen og stadig flere vil få kroniske og sammensatte sykdomstilstander (St.meld. 47 (2008 – 2009), s. 14). Dermed vil samhandlingsbehovet øke, nye strukturer har blitt videreutviklet og hjemmesykepleien har derfor gjennomgått endringer som innebærer at institusjonen har fått en ny og omfattende rolle (St.meld. 47 (2008-2009), s. 56).

Hjemmesykepleien har som overordnede oppgave å bistå pasienter til å meste sin egen

hverdag og få hjelp til grunnleggende behov, i tillegg til andre medisinske utfordringer (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21). Det oppleves imidlertid at det sosiale behovet blir oversett og ikke blir like ivaretatt, selv om det også er et grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 68).

### 1.5 Lowerk

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer samværet mellom personer og kommuner når det gjelder ytelse av primærhelsetjenester, og er derfor viktig for sykepleieres yrkesutøvelse i kommunene (Molven, 2016, s. 30). Kommunen har blant annet ansvar for å tilby helsetjeneste i hjemmet, og utarbeide en individuell plan for enhver pasient og bruker som har behov for langvarige tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2, §7-1). Loven er i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven som også uttrykker retten til individuell plan hos pasienter og brukere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-5). Pasient- og brukerrettighetsloven beskytter pasienter og gir de mange rettigheter (Molven, 2016, s. 30). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene bygger videre på å sikre at pasienter får ivaretatt basale behov med respekt for det enkelte menneskets autonomi, egenverd og livsførsel. I forskriften står det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som skal sikre at det gir et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. I tillegg skal kommunen tilfredsstille sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1, §3). Sykepleiere har et ansvar, som blir illustrert av det Norske Sykepleierforbundets sine yrkesetiske retningslinjer til Norsk Sykepleierforbund. De går ut på at sykepleiere har et ansvar for etisk forsvarlig yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, u.å.a). I retningslinjene står det blant annet at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og livsmot (NSF, u.å.b).

### 1.6 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å øke bevisstheten og kunnskapen rundt eldre og

ensomhet. Ensomhet er knyttet til tabu og mange eldre sliter med å uttrykke ensomhet. Det psykososiale behovet blir ofte nedprioritert i hjemmesykepleien og derfor mener jeg at det er viktig å sette lys på dette temaet. Samtidig har oppgaven som mål å øke kunnskapen for hvordan en hjemmesykepleier kan hjelpe aleneboende eldre med ensomhet ettersom det er et utbredt problem.

### 1.7 Avgrensning og presisering

Studier viser at forekomsten av opplevd ensomhet øker med alderen, bostatus og redusert helsetilstand (Kirchhoff et al., 2015, s. 266). Jeg vil derfor avgrense oppgaven til å omhandle ensomhet hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie, ettersom man kan anta at flere av brukerne i hjemmesykepleien opplever ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 266). Jeg inkluderer også aleneboende eldre som ikke mottar hjemmesykepleie, ettersom disse personene også er utsatt for ensomhet. Videre avgrenser jeg oppgaven til gamle over 80 år, ettersom det er denne gruppen av befolkningen som oftere rapporterer ensomhet (Prop. 64 L (2019 – 2020), s. 7 – 8). Likevel inkluderer jeg også eldre over 65 år i søkene mine, ettersom de da regnes som eldre (Engstad, 2017, s. 542). Jeg vil i oppgaven benytte meg av ordet «eldre» selv om jeg henviser til de over 80 år. Pasientgruppen har ikke kognitiv svikt eller demenssykdom. I oppgaven bruker jeg begrepene «hjemmesykepleie» og «hjemmetjeneste», og henviser i begge tilfeller til «hjemmesykepleie», samme med begrepene «pasient» og «bruker».

### 1.8 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er: Hva kan være aktuell sykepleie for å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene og mottar hjemmesykepleie?

## 2 Metode

I dette kapitlet skal jeg ta for meg valg av metode. Deretter blir fremgangsmåten for litteratursøket beskrevet, samt presenterer jeg inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine og kilde- og metodekritikk.

### 2.1 Metode

Metode er ifølge Dalland (2017, s. 51 -52) den systematiske fremgangsmåten for hvordan man bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man bør velge fremgangsmåten ut ifra hvilken metode som man mener egner seg best til å belyse den problemstillingen man har valgt på en best mulig måte. Metode er med andre ord et hjelpeverktøy for å samle inn data som passer problemstillingen (Dalland, 2017, s. 51 – 52)

### 2.2 Litteraturstudium som metode

Jeg skal benytte litteraturstudie som metode i denne bacheloroppgaven. Det innhentes både kvantitativ og kvalitativ forskning, som blir undersøkt, sammenlignet og oppsummert for å besvare problemstillingen min. Thidemann (2019, s. 77) definerer litteraturstudiet som «... en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder». Det innebærer å innsamle allerede eksisterende litteratur, kritisk vurdere dem og til slutt sammenligne det hele. I denne type studie er det viktig med en systematisk tilnærming (Thidemann, 2019, s. 77). Et systematisk litteratursøk skal være planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). Hensikten med litteraturstudium er å fremvise en faglig oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen går ut på, samt beskrive fremgangsmåten på hvordan man kom frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

#### 2.2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ metode har som fordel å fremme mening og opplevelse som ikke lar seg måle

(Dalland, 2017, s. 52). Metoden gir innsikt i menneskelige uttrykk, enten handling eller språklig ytring (Forskningsetiske komiteer, 2009). I denne problemstillingen vil jeg få frem eldre pasienters erfaringer og oppfatning av å bo alene hjemme med begrenset sosial kontakt, hva som påvirket ensomhet, samt sykepleiernes perspektiv i møte på ensomme eldre og hvilken rolle de hadde. I tillegg vil jeg undersøke hvilke gode tiltak hjemmesykepleiere kan iverksette for å forebygge ensomhet. Da er ulike kvalitative forskningsmetoder velegnet (Forskningsetiske komiteer, 2009). Samtidig vil jeg også kartlegge forekomsten av ensomhet blant hjemmeboende eldre. Da er kvantitativ metode et godt valg, fordi metoden forholder seg til størrelser (Forskningsetiske komiteer, 2009). De kvantitative metodene går ut på å gi data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Tverrsnittstudie er en kvantitativ studie som beskriver prevalens ved å samle informasjon på en planlagt måte i et definert utvalg på et gitt tidspunkt. Metoden kan også utforske sammenhenger (Helsebiblioteket, 2016c). I studien til Petersen et al. (2020) ble systematisk litteraturstudie brukt. Systematisk litteraturstudie er en oppsummering og sammenligning av relevant forskning og eksisterende kunnskap i forhold til problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 79).

### 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Eldre som mottar hjemmesykepleie eller hjemmeboende eldre som ikke mottar hjemmesykepleie	Eldre som bor på sykehjem
Forskning publisert mellom 2012 – 2022	Forskning publisert før 2012.
Alle typer studiedesign	Ikke kronikker, rapporter, kommentarer eller annet som ikke følger forskningsdesign.
Engelsk og norsk språk.	Andre språk enn norsk eller engelsk.
Eldre over 65 år.	Voksne under 65 år.

Fagfelleverdert	Ikke fagfelleverdert
-----------------	----------------------

## 2.4 Fremgangsmåte ved litteratursøkene

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere søkestrategien min og søket jeg gjorde i databasene CINAHL og MEDLINE. Etter valg av tema og en midlertidig utforming av problemstillingen, benyttet jeg meg av rammeverket PICO (Tabell 2) for å utarbeide et systematisk og strukturert litteratursøk, samt operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar. I PICO står P for pasientgruppe eller problem, I for intervensjon, C for sammenligning og O for ønsket utfall (Thidemann, 2019, s. 82 – 83). C-en uteble ettersom jeg ikke skal sammenligne ulike tiltak i problemstillingen.

For å kunne utføre et systematisk søk og finne relevant litteratur, anvendte jeg databasene CINAHL og MEDLINE. Innledningsvis i søkeprosessen brukte jeg MeSH (Medical Subject Headings) for å finne ut hvilke søkeord jeg kunne bruke. MeSH brukes blant annet i MEDLINE. Emneordene i CINAHL kalles CINAHL subject headings og bygger til dels på MeSH (Thidemann, 2019, s. 86). Jeg benyttet både engelske og norske søkeord (MeSH-ord) for å finne artikler, og «AND» funksjonen slik at alle søkeordene ble inkludert. I MEDLINE brukte jeg dessuten både «AND»- og «OR»- funksjonene for å få et mer utvidet søk som ga meg mange treff. I to av søkene i CINAHL brukte jeg norske søkeord og ingen avgrensninger, fordi begge søkene førte til få resultater og treffene var relevante i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine. Årsaken til at søkene ble begrenset kan være fordi jeg benyttet norske søkeord. I de andre søkene i både CINAHL og MEDLINE der jeg brukte engelske søkeord, var det et større antall resultater der det var aktuelt å avgrense søket.

Avgrensningene jeg anvendte var alder over 65 og 80 år, artikler publisert mellom 2012 og 2022 og akademiske artikler. Jeg oppdaget underveis at «Loneliness», «Social isolation» og «Home health care» er gode søkeord i CINAHL. Eneste avgrensingen jeg brukte i MEDLINE var at artiklene må ha vært publisert de siste ti årene. Jeg endte opp med å velge syv relevante artikler, da de svarer på problemstillingen og oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine. Mer detaljert beskrivelse av søkehistorikken blir presentert i



tabell 3.

Tabell 2: PICO-skjema

<b>P</b> <b>Pasient/problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon/tiltak</b>	<b>O</b> <b>Outcome/ønsket utfall</b>
Eldre som mottar hjemmesykepleie  Ensomhet  Sosial isolasjon	Tiltak for å forebygge ensomhet og sosial isolasjon	Motvirke ensomhet hos eldre som mottar hjemmesykepleie og øke livskvaliteten deres.
Elderly who receives home nursing care  Loneliness  Social isolation	Interventions to prevent loneliness and social isolation.	Counteract loneliness among elderly who receives home nursing care and increase their quality of life.

Tabell 3: Oppsummering av søkestrategi og utvalgte artikler

<b>Søkedato:</b>	15.02.22	15.02.22	03.03.22	02.03.22	03.03.22
<b>Database:</b>	CINAHL	CINAHL	CINAHL	MEDLINE	CINAHL
<b>Søkeord:</b>	Ensomhet AND hjemmesykepleie	Loneliness AND Home health care	Loneliness AND social isolation AND older people	Loneliness OR Social isolation AND Aged OR Elderly AND Home care services OR Home health care	Hjemmesykepleie AND omsorg
<b>Avgrensninger:</b>	Ingen avgrensninger	Academic journals, alder 65+ og publisert mellom 2012 – 2022	Publisert mellom 2012 – 2022, Academic journals og aged, 80 & over.	Publisert de siste 10 årene	Ingen avgrensninger

<b>Treff og valgte artikler:</b>	Totalt 2 treff. Velger å bruke begge treffene da de er begge relevante:  Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie.  Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleie for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie.	Totalt 25 resultater. Velger å bruke 1 av dem:  "Homeless in life" – loneliness experienced as existential suffering by older adults living at home: a caring science perspective.	Totalt 38 resultater. Velger å bruke 2 av dem:  Does an impaired capacity for self-care impact the prevalence of social and emotional loneliness among elderly people?  The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review.	Totalt 41 treff. Velger å bruke 1 av dem:  Influence of home care on life satisfaction, loneliness, and perceived life stress.	Totalt 1 treff. Velger å bruke den artikkelen:  Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien
----------------------------------	---	--	---	--	--

## 2.5 Etske vurderinger

Dalland (2020, s. 168) beskriver forskningsetikk som en del av etikken som tar for seg planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen. Det er viktig å ivareta personvernet og sikre at deltakerne i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningen skal ikke skjer på bekostning av enkeltindividers integritet og velferd, målet er dessuten å vinne ny kunnskap og innsikt (Dalland, 2020, s. 168). Jeg har benyttet Helsebiblioteket (2016b) sine sjekklister for kvalitative studier, kvantitative studier og systematisk oversiktsartikler til å vurdere artiklene. Det legges ved eksempel på vurdering av kvalitativ artikkel som vedlegg (Vedlegg 1) (Helsebiblioteket, 2016a). Både Kirchhoff og Andersen (2015) og Kirchhoff et al. (2015) har gjennomført studiene i tråd med Helsinkideklarasjonen forskningsetiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen erklærer etiske prinsipper for medisinsk forskning, og slår fast at forskning som involverer personer, skal ta hensyn til personens velferd foran vitenskapens og samfunnets interesse (World Medical Association, 2018). Kirchhoff og Andersen (2015) er godkjent og registrert av personvernombudet. Studien til Birkeland (2013) ble i fase 1 vurdert av Regional etisk

komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og i både fase 1 og 2 vurdert av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste [NSD]. Også Kirchhoff et al. (2015) ble godkjent av NSD. Hemberg et al. (2019) sin studie følger retningslinjene til The Finnish National Advisory Board on Research Ethics. Disse etiske retningslinjene har blitt utformet for å beskytte mennesker som inngår i medisinsk forskning (Finnish National Board on Research Integrity TENK, 2021). Petersen et al. (2020) er en systematisk oversiktsartikkel og behøver derfor ikke en etisk vurdering. Det kommer ikke tydelig frem om studiene til Kadowaki et al. (2015) og Canjuga et al. (2018) er blitt etisk vurdert, men inkluderer dem likevel.

## 2.6 Kildekritikk

Kildekritikk kan forklares som å vurdere litteraturen jeg har søkt meg fram til og skal benytte meg av i oppgaven er troverdig og relevant for problemstillingen min (Dalland, 2017, s. 152 – 153). Alle de utvalgte artiklene er utført innen det siste tiåret, som er gunstig ettersom det er et fagfelt som vokser raskt. Tre av studiene er fra Norge. Kadowaki et al. (2015) sin studie er fra Canada, mens Canjuga et al. (2018) sin er fra Kroatia, og Hemberg et al. (2019) sin er fra Finland. Jeg har valgt å inkludere disse tre ettersom fokuset i studien er sammenhengen mellom ensomhet og eldre. Den siste studien er en systematisk oversiktsartikkel, Petersen et al. (2020), og har samlet artikler fra flere land. Jeg mener disse fire forskningsartiklene er relevant for problemstillingen min. Jeg har også brukt sjekklister for kvalitative og kvantitative studier, samt for systematisk oversiktsartikler, for å kritisk vurdere artiklene (Helsebiblioteket, 2016b) (Vedlegg 1). Det kommer ikke tydelig frem om Canjuga et al. (2018) er fagfellevurdert, men inkluderer den fordi den er relevant for problemstillingen. I tillegg har jeg brukt andre kilder, eksempelvis lovverk og pensum. En del av forskningen jeg har inkludert er på engelsk, som kan resultere i feiltolkninger når det oversettes til norsk. Jeg har også forsøkt å være så redelig jeg kan i forhold til metoden litteraturstudie, og de søkene jeg har gjort. Jeg er oppmerksom på å ikke forvrengte resultatene fra primærartiklene, samt overfortolke det artiklene egentlig har funnet frem til.

## 3 Resultat og funn

I denne delen skal jeg presentere resultatene fra de valgte artiklene. Litteratursøket mitt resulterte i syv forskningsartikler. Jeg skal utføre en syntese over resultatene som kommer frem i de inkluderte artiklene og som danner grunnlaget for drøftingen. Til slutt presenterer jeg metode, populasjon, hensikt, utvalg og noe forskningsfunn til alle artiklene i tabell 4.

### 3.1 Synteseanalyse

Jeg har analysert resultatdelen og funnet tre aktuelle drøftingstema som jeg vil vektlegge i diskusjonen. Thidemann (2019, s. 92) påpeker at analysering av tekst innebærer å granske hva teksten forteller. For å forstå materialet må man lese kritisk og reflektert. Det er nødvendig å lese teksten i sin helhet for å deretter lese i deler for å få en god forståelse av innholdet (Thidemann, 2019, s. 92). Ut ifra problemstillingen og de analyserte artiklene, har jeg valgt disse tre aktuelle drøftingstemaene:

- Tilstrebe en personsentrert tilnærming
- Bidra til mer sosial kontakt
- Bidra til aktivitet på ulike nivå

#### *3.1.1 Tilstrebe en personsentrert tilnærming*

Kirchhoff et al. (2015, s. 275) fant at en mer personsentrert tilnærming på pleien og god kompetanse var viktig for brukerne, og verdsatt når deres behov og ønsker overgikk fastlagte rutiner. Ifølge Birkeland (2013, s. 119) er system for kartlegging av ensomhet ikke-eksisterende. Sykepleierne fant det utfordrende å tolke signaler på ensomhet, samtidig som ordet «ensomhet» ble lite brukt av både sykepleierne og pasientene. Ensomhet er et tvetydig begrep og kan derfor forstås på mange måter (Birkeland, 2013, s. 119). Canjuga et al. (2018, s. 218) forteller at sykepleiere må fremme egenomsorg hos pasientene slik at de lengst mulig er selvstendige, noe som igjen reduserer ensomheten. Kadowaki et al. (2015, s. 84 – 85) fant at eldre personer som får oppfylt sine behov har mer livskvalitet og mindre

opplevd livsstress enn de med udekket hjemmehjelpsbehov. Hjemmesykepleieren bør kartlegge stressfaktorer, identifisere problemområdet og dernest iverksette tiltak

### 3.1.2 Bidra til mer sosial kontakt

Hemberg et al. (2019, s. 451) fant at tap av sosial kontakt kan føre til ensomhet. Birkeland (2013, s. 119 – 120) fant at de eldre preges av det både emosjonelt og sosialt, men spesielt praktisk. Mange eldre blir oppfattet av sykepleierne som kontaktsøkende og tydelig preget av ensomhet, som øker behovet for tilstedeværelse, selv om de ikke har et stort fysisk hjelpebehov. Kirchhoff et al. (2015, s. 273) fant også at brukernes vurdering av kvaliteten på den sosiale kontakten i nettverket og om de hadde noen fortrolige å snakke med, var viktig. Det fantes ikke store sammenhenger mellom ensomhet og om brukerne hadde familiære eller ikke-familiære relasjoner. Kirchhoff & Andersen (2015, s. 366) fant at eldre som mottok hjemmesykepleie og som vurderte sin psykiske helsetilstand som *god*, fikk oftere uformell omsorg, i form av praktisk bistand, fra venner og familie, enn de som vurderte sin psykiske helsetilstand som *dårlig*. Kadowaki et al. (2015, s. 85) fant at positiv form for sosialisering og trygghet kan fylle noe av det negative hulrommet med udekket hjemmehjelp.

### 3.1.3 Bidra til aktivitet på ulike nivå

Hemberg et al. (2019, s. 452) fant at tap av sosiale aktiviteter på grunn av isolasjon kan føre til ensomhet. Deltakerne i studien brukte teknikker for å redusere ensomheten, eksempelvis utføre daglige gjøremål eller søke nye former for sosial kontakt. Mange har helsesvikt, noe som øker ensomhetsfølelsen og igjen påvirker motivasjonen. Canjuga et al. (2018, s. 218) fant at hjemmeboende eldre bør få hjelp og tilrettelegging av kommuner til å fremme fysisk omsorg, ettersom det reduserer ensomhet. Kirchhoff et al. (2015, s. 279) fant at både fysisk og psykisk helsetilstand påvirker opplevelsen av ensomhet, hvor psykisk helsetilstand har størst påvirkning. Petersen et al. (2020, s. 7) fant at aleneboende eldre har stor sannsynlighet for å være utsatt for fall, og en mulig årsak kan være at de føler seg mer ensomme eller sosial isolerte enn de som ikke bor alene.

Tabell 4: Oversikt over utvalgte artiklers innhold

Forfatter/årstall/Land	Hensikt	Utvalg/Populasjon	Metode	Resultater
Birkeland (2013) Norge	Å øke kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen eldre personer som mottar hjemmesykepleie befinner seg i.	20 pasienter som bodde i to relativt store kommuner, ble individuelt intervjuet. Også ble det brukt fokusgruppeintervjuer overfor 6 sykepleiere.	Kvalitativ Åpent og framvoksende design	Ordet «ensomhet» er sterkt tilknyttet taushet og tvetydighet. Den sosiale situasjonen er preget av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, eksempelvis sosiale tap og alvorlig sykdom.
Kirchhoff et al. (2015) Norge	Å kartlegge forekomsten av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien, samt undersøke i hvor stor grad sosialt nettverk og kvalitet på pleien har for opplevelsen av ensomhet.	118 brukere som mottar hjemmesykepleie i en kommune på Østlandet.	Kvantitativ Tverrsnittstudie Spørreskjema	19,5% av utvalget besvarte at de <i>ofte</i> eller <i>alltid</i> opplevde ensomhet. Dessuten forekom verdien <i>iblant</i> oftest (40,7%). De mindre ensomme hadde hyppig kontakt med nære bekjente og regelmessig telefonkontakt. Å ha en fortrolig å snakke med var det største funnet.
Hemberg et al. (2019) Finland	Å bidra til en dypere forståelse av opplevelsen av ensomhet hos eldre mennesker som får hjemmesykepleie.	17 deltakere (12 kvinner og 5 menn) i en alder mellom 72 – 95 år i ulike livssituasjoner, ble intervjuet.	Kvalitativ	Å føle seg ensom stammer fra en eksistensiell lidelse, slik som å miste mening, tap av tilknytning til andre og tap av autonomi. Hovedårsakene for opplevelsen av ensomhet blant eldre som mottar hjemmesykepleie er helsesvikt, skrøpelighet og sårbarhet, og de er sammenflettet.
Petersen et al. (2020)	Undersøke relasjonen mellom fall, sosial isolasjon, ensomhet og aleneboende eldre personer.	17 ulike artikler ble inkludert i studien, hentet fra databasene PubMed og Europe PMC.	Systematisk litteraturstudie	Funnet indikerer at fall blant eldre personer er sterkt assosiert med å bo alene. Funnet viser også til at fall enten kunne føre til sosial

				eksklusjon eller at det er et resultat av sosial isolasjon.
Kadowaki et al. (2015) Canada	Undersøke hvor stor effekt hjemmesykepleien har på livskvalitet, ensomhet og opplevd livsstress hos eldre som får dekket sine behov sammenlignet med dem som ikke får sine behov dekket eller ikke får hjemmesykepleie.	16 369 deltakere som var 65 år eller eldre som mottar hjemmesykepleie og/eller uttrykker for at de har udekket hjemmehjelpsbehov.	Kvantitativ Tverrsnittstudie	Eldre personer som får sine behov dekket av hjemmesykepleien, har høyere livskvalitet, og redusert ensomhet og opplevd livsstress, sammenlignet med eldre som enten ikke får hjemmesykepleie eller som ikke får behovene sine dekket av hjemmesykepleien.
Canjuga et al. (2018) Kroatia	Sammenligne om nedsatt evne til egenomsorg påvirker forekomsten av sosial og emosjonell ensomhet blant eldre mennesker i aldershjem og hjemmeboende.	379 deltakere, der 178 bor hjemme og 201 på seks ulike aldershjem.	Kvantitativ	Funn viser at sykepleiere må fremme egenomsorg på en måte som utdanner, motiverer og gjenkjenner den eldre personens behov slik at personen forblir lengst mulig selvstendig. For å oppnå det er det nødvendig å få nok kunnskap om hvilke muligheter den enkelte har til egenomsorg. I tillegg er det nødvendig å ha et adekvat støttesystem i kommunen.

Kirchhoff & Andersen (2015) Norge	Kartlegge nettverket til pasienter som mottar hjemmesykepleie, i tillegg til frekvensen og innholdet i den uformelle omsorgen fra familiemedlemmer og venner. Formålet var også å studere sammenhengen mellom uformell og formell omsorg.	127 hjemmesykepleie-pasienter i en kommune på Østlandet besvarte et spørreskjema.	Kvantitativ Tverrsnittstudie Spørreskjema	Funnene innebar at mesteparten av deltakerne hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk og mottok uformell omsorg, som vil si praktisk bistand, fra familie og venner. Også pasienter som fikk flere daglige besøk fra hjemmetjenesten, mottok oftere uformelle omsorgstjenester fra familie. Det indikerer at pasienter med et omfattende omsorgsbehov trenger omsorgstjenester fra både hjemmesykepleie og sitt sosiale nettverk.
--------------------------------------	---	---	---	--



## 4 Diskusjon

Jeg skal nå drøfte problemstillingen «Hva kan være aktuell sykepleie for å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene og mottar sykepleie?» opp mot forskning, teori, lovverk og egne refleksjoner. Jeg skal gjøre dette gjennom temaene jeg kom frem til i analysen av resultatene.

### 4.1 Tilstrebe en personsentrert tilnærming

Det oppleves i hjemmesykepleien at det sosiale behovet blir oversett og ikke blir like godt ivaretatt. For å kunne forebygge ensomhet er det en fordel dersom sykepleiere oppnår en personsentrert tilnærming ved å identifisere og kartlegge ensomhet. Ifølge Kirkevold (2016, s. 108) er personsentrert omsorg et flertydig begrep, og består av fire viktige prinsipper; ha fokus på hvert enkelt individ som et helhetlig og unikt menneske, fokus på individets hverdagsliv, erkjenne at personen er sjef over eget liv, som krever deltakelse og autonomi over eget liv, og ha respekt for personen bak sykdommen og funksjonssvikten (Kirkevold, 2016, s. 108). Kirchhoff et al. (2015, s. 278) trekker frem at en mer personsentrert tilnærming på pleien og høy faglig kvalitet blant utøverne var viktig for brukerne.

Personorientert pleie motvirker ensomhet og har en helsefremmende effekt blant langvarige brukere av hjemmetjeneste (Kirchhoff et al., 2015, s. 278). Birkeland (2013, s. 119) beskriver derimot at det ikke finnes et system for kartlegging av ensomhet i hjemmesykepleien.

Kulturen er preget av praktisk funksjon og fysiske behov. I tillegg blir ordet «ensomhet» lite brukt og det finnes et stort spekter av tolkninger av ordet, som fører til at det er utfordrende for sykepleierne å kartlegge ensomhet. Taushet og tvetydighet er belagt begrepet (Birkeland, 2013, s. 119). Å kartlegge den sosiale situasjonen til pasienten er en form for personsentrert tilnærming, ettersom man individualiserer pleien og da må pasienten selv kunne beskrive situasjonen. Gjennom kommunikasjon kan sykepleiere forsøke å finne til den sykes individuelle behov slik som Travelbee (2001, s. 140 – 141) hevder i sin teori. Sykepleieren kan dermed forstå bedre de eldre sin erfaring med ensomhet. Å søke informasjon omkring slike erfaringer kan være en vei der sykepleier i større grad klarer å tolke ensomhetsfølelsen (Travelbee, 2001, s. 140 – 141).

Kadowaki et al. (2015, s. 84 – 85) fant at eldre personer som fikk dekket sine hjemmehjelpsbehov, hadde økt livskvalitet og redusert ensomhetsfølelse og livsstress. Sykepleiere bør kartlegge ulike stressfaktorer og identifisere problemene fra pasientens perspektiv, samt deretter lage en tiltaksplan for å hjelpe pasienten til å mestre stressfaktorene (Kadowaki et al., 2015, s. 84 – 85). Ensomhet kan være en trussel mot livskvaliteten, og sykepleierne kan trenge både mer tid og større rom for å ivareta de sosiale og emosjonelle behovene hos eldre. Praktisk bistand er ofte ikke tilstrekkelig for å kunne forebygge ensomhet (Moksnes, 2018, s. 496). Totalt vil det si at ved forebyggende helsearbeid, som man kan oppnå ved å individualisere pleien, vil man kunne fremme helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Det vil gi økt livskvalitet og mulighet for personlig og sosial utvikling og mestring (Mæland, 2021, s. 15 – 17). Tidligere forskning viser at dersom den eldre pasienten har smerter, bør sykepleier vurdere pasientens psykososiale helseutfall, da det kan føre til ensomhet. Smerter eller smertestillende medisiner kan hindre pasienten i å være sosial, og dermed kan sykepleietiltak være å hjelpe pasienten til andre måter å få sosial kontakt på, eksempelvis telefonsamtaler eller søke om besøksvenn i organisasjoner. Sykepleiere bør derfor iverksette tiltak og behandle smerter tidlig, slik at det fysiske ubehaget blir lindret og man får forebygget ensomhet. (Emerson et al., 2018, s. 1458). Dette er også et godt eksempel på hvorfor sykepleiere bør kartlegge hva som forårsaker ensomheten, fordi det ikke nødvendigvis er de samme årsakene for alle eldre pasienter som bor hjemme.

Ifølge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal kommunene ivareta basale behov hos pasienter med respekt for den enkelte menneskets autonomi, egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1, §3). Det sosiale behovet til mennesker regnes også som et grunnleggende behov (Birkeland & Flovik, 2014, s. 68). Kirkevold (2016, s. 107) beskriver at pasientdeltakelse eller autonomi er forutsetninger for å lykkes med personsentrert sykepleie. Pasienter vil bli anerkjent som et unikt menneske med egne ønsker, behov og mål (Kirkevold, 2016, s. 107). Autonomi handler om pasienters selvbestemmelsesrett (Slettebø, 2009, s. 88). På denne måten kan pasientene selv gi uttrykk

for hva de ønsker og hvilke behov de har, og det skal respekteres av sykepleiere. Det er tross alt deres egen helse.

Enhver eldre person er unik og har individuelle hjelpebehov, og trenger dermed ulik form for bistand for å kunne fungere i hjemmet, både fysisk og psykisk. Studien til Canjuga et al. (2018, s. 218) fant at sykepleiere må fremme egenomsorg hos pasienter, slik at de lengst mulig forblir selvstendige. Redusert evne til å ivareta egenomsorg øker ensomheten. Videre fant forskningen at sykepleiere bør fremme egenomsorg på en måte som motiverer, utdanner og gjenkjenner den eldre personens behov, den må med andre ord være personsentrert. Med hensyn til opprettholdelse av egenomsorg, er det nødvendig å ha kunnskap og egenomsorgsevner, samt ha et tilstrekkelig støttesystem for nærmiljøet og lokalsamfunnet (Canjuga et al., 2018, s. 218). Personsentrert tilnærming kan bidra til å redusere ensomhet hos eldre, men bør tilpasses den enkeltes behov. Dessuten kommer det i uttrykk i både Helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven at enhver pasient og bruker har rett til individuell plan dersom de har behov for langvarige helsetjenester, eksempelvis hjemmetjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-5). Det kan være nyttig at sykepleiere kartlegger de eldre sin fysiske kapasitet og trekke det inn i helsehjelpen (Canjuga et al., 2018, s. 219). Hjemmetjenesten har som ansvar å bistå i praktiske situasjoner og praktisk hjelp, samt grunnleggende sykepleie i hjemmet. Videre kan personsentrert tilnærming innebære mer fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon står sentralt (Birkeland & Flovik, 2014, s. 13). Som konklusjon kan sykepleier anvende personsentrert tilnærming basert på ulike behov hos pasientene som igjen kan ha en positiv virkning på aleneboende eldre og ensomhet.

#### 4.2 Bidra til mer sosial kontakt

I tillegg til de fysiske og praktiske hjelpebehovene, har sykepleiere en sosial rolle og en sosial funksjon de skal fylle. Dette er spesielt viktig hos eldre som bor hjemme alene, ettersom de er preget av å tilbringe mange timer alene i løpet av en dag (Birkeland & Flovik, 2014, s. 71 –

73). Birkeland (2013, s. 119) beskriver sosiale tap av venner og familie som noe de eldre preges av både emosjonelt, sosialt og praktisk. Det var derimot de praktiske konsekvensene som tynget de eldre mest, som mangel på hjelp til praktiske ting i hjemmet (Birkeland, 2013, s. 119). Forskningen til Kirchhoff og Andersen (2015, s. 367 – 368) støtter opp under og fant at det er i hovedsak familie og venner som bidrar med praktisk støtte, med andre ord uformelle omsorgstjenester. Pasientene i studien som vurderte den psykiske helsetilstanden sin som *god* svarte at de hyppigere mottok uformell omsorg enn de som vurderte sin psykiske helsetilstand som *dårlig*. Dermed er det mulig at pasienters helsetilstand påvirker forventningene deres til omsorgstilbudet fra hjemmesykepleien (Kirchhoff & Andersen, 2015, s. 367 – 368). Jeg har selv opplevd at det ofte er de pasientene som ikke har et stort sosialt nettverk som er mer kontaktsøkende og som krever mer sosial kontakt og hjelp av hjemmesykepleien. Tidligere forskning viser at videosamtaler via dataprogrammene Skype eller MSN minst én gang i uken har stor effekt for å redusere ensomhet, og gruppearbeidsintervensjon hadde større effekt enn én-til-én intervensjon (Hagan et al., 2014, s. 689 – 691). Dette kan være tiltak sykepleiere kan iverksette for å bidra til mer sosial kontakt i hverdagen. Da bør sykepleiere først kartlegge hvilke sosiale behov den eldre personen har og hvilken situasjon pasienten er i, og hjelpe pasienten til å gjennomføre tiltaket.

Også studien til Hemberg et al. (2019, s. 453) har funnet at ensomhet kan oppstå ved kommunikasjonstap, eksempelvis dersom partneren er syk eller død, savnet etter å se barn eller barnebarn, eller å ikke ha kontakt med jevnaldrende. De understreker at det er avgjørende å identifisere og søke om å hindre ensomhet blant eldre som stammer fra kommunikasjonstap med nære og kjære. Å lindre ensomhetsfølelsen som har oppstått på grunn av en form for kommunikasjonstap er nødvendig, da det kan føre til en dypere eksistensiell lidelse og følelse av å være utestengt fra samfunnet og verdiløs. Med hensyn til lindring, kommer det frem i studien at det å skape trygghet og gi de eldre mulighet til å snakke om tanker og følelser, vil bidra til å redusere ensomhetsfølelsen (Hemberg et al., 2019, s. 453). Birkeland og Flovik (2014, s. 70 – 71) definerer ensomhet som en subjektiv følelse som er en «indre opplevelse» av å være isolert fra andre mennesker. Ensomme personer er disponert til å få psykiske vansker som angst og depresjon. Videre nevner de at

gjennom kommunikasjon med pasientene kan man vurdere om personen er ensom, ved å se på den helsemessige tilstanden og graden av sosialt nettverk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 70 – 71). Jeg har opplevd at mange eldre som bor alene har behov for ett besøk daglig av hjemmesykepleien som kun skal innebære av at sykepleier kan sette seg ned og ha en god samtale med brukeren. Mange eldre tilbringer mange timer hver dag alene, uavhengig om de har et stort nettverk eller ikke, samtidig som det sosiale behovet er varierende hos hver enkelt.

Dessuten smuldrer også nettverket vekk, og de er ikke lenger i en situasjon der de er aktivt deltakende. Det kan også oppstå ved alvorlig helsesvikt, selv om personen har et sosialt nettverk (Birkeland, 2013, s. 120). Disse konsekvensene kan føre til ensomhet. I samme studie hadde flere av deltakerne lav terskel for alenetid, og sykepleierne oppfattet dem som kontaktsøkende og preget av ensomhet. Disse pasientene hadde et større behov for tilstedeværelse av hjemmesykepleien enn hva de fysiske behovene bestod av (Birkeland, 2013, s. 120). Jeg har selv opplevd etter praksis i hjemmesykepleien at flere av brukerne kan misbruke alarmen sin for at sykepleierne skal måtte komme innom på ekstra besøk i løpet av dagen. Dette kan dessuten oppleves som svært frustrerende for sykepleierne, da deres arbeidsdag som regel allerede er travel og under tidspress. Videre nevner Birkeland (2013, s. 121) ulike tiltak som kan hjelpe den sosiale situasjonen, eksempelvis samarbeid med pårørende, dagtilbud og tilpasse sosial kontakt og omsorg i forbindelse med hvert enkelt besøk, og hyppighet av besøk og tiltak (Birkeland, 2013, s. 121). Tvert imot kommer det frem i studien til Hemberg et al. (2019, s. 453) at selv ikke daglige besøk av hjemmesykepleien kunne fullt tilfredsstille noen av deltakernes sosiale behov (Hemberg et al., 2019, s. 453). Det psykososiale behovet til eldre pasienter er derfor varierende. Enkelte trives godt i eget selskap og har ikke like stort sosialt behov som andre muligens har.

Kirchhoff et al. (2015, s. 278) fant at kvaliteten på relasjonene hadde betydning for opplevd ensomhet, samt opplevelsen av å ha en fortrolig i sitt sosiale nettverk. Mens nettverkets størrelse ikke var av betydning. En nettverksorientert sykepleie som omfatter flere aktører enn nærmeste familie, kan redusere ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 278). Ifølge

forskningen til Kirchhoff og Andersen (2015, s. 367) består det sosiale nettverket til pasienter i hjemmesykepleien av både familiemedlemmer og aktører utenfor familien, og deltakerne opplevde kontakten med aktørene som tilfredsstillende (Kirchhoff & Andersen, 2015, s. 367). Det er tydelig at et tilfredsstillende sosialt nettverk er viktig for de fleste eldre og er noe avgjørende for livskvaliteten og generelt velvære. Kadowaki et al. (2015, s. 84 – 85) forteller at hjemmesykepleie kan forsterke livskvaliteten gjennom positiv mellommenneskelig kontakt, ved å for eksempel opprettholde et gunstig nivå av sosial kontakt med lokalsamfunnet. Ettersom hjemmesykepleiere kommer tett på pasientene sine og har en interaksjon med dem, vil det kunne forbedre ensomhetsfølelsen. Derfor bør sosial støtte bli bedre implementert inn i hjemmesykepleien. Å fylle det sosiale tomrommet er imidlertid ikke nok, men at de generelle behovene til hvert enkelt først og fremst må dekkes for å maksimere livskvaliteten. Man kan dessuten konkludere med at tilstedeværelsen av sosial kontakt til hjemmesykepleierne er avgjørende til eldre personer som mottar hjemmesykepleie (Kadowaki et al., 2015, s. 84 – 85). Hjemmetjenesten skal imidlertid få en økning i antall pleiefaglige oppgaver framover, som vil føre til økt press, krevende oppgaver og ikke annen valg enn å måtte prioritere (Ingstad, 2013, s. 184; Birkeland & Flovik, 2014, s. 17 – 18). Dette kan medføre alvorlige konsekvenser for de ensomme eldre pasientene, både de fysiske og psykiske behovene kan bli utsatt for å bli nedprioritert. Tvert imot burde det blitt lagt bedre til rette for hjemmesykepleien slik at de kan yte helsehjelp av bedre kvalitet som er forsvarlig, og som dermed vil øke livskvaliteten hos ensomme eldre.

#### 4.3 Bidra til aktivitet på ulike nivå

Ulike typer aktivitet har en positiv effekt på ensomhetsfølelsen hos eldre mennesker. I studien til Hemberg et al. (2018, s. 453) ble det vist at enkelte deltakere viste tegn til å kunne håndtere ensomhet på en bra måte og hadde dermed godtatt livssituasjonen sin. Disse hadde funnet sine egne måter å opprettholde lysten for kjærlighet og kontakt på, eksempelvis gjennom meningsfulle aktiviteter. I samme studie kommer det frem at det er essensielt å finne ut om ensomhet stammer fra tap av betydningsfulle sosiale aktiviteter og tap av helse på grunn av skrøpelig og sårbarhet. Samtidig ble det funnet at ensomhetsfølelse påvirkes av daglige gjøremål. Jo mer aktiviteter de eldre har, desto mer reduseres ensomhet (Hemberg, 2018, s. 453). Mange eldre som mottar hjemmesykepleie

har en funksjonssvikt. Dermed vil det være utfordrende å holde pasienter med funksjonssvikt i aktivitet. Å styrke ressurser står sentralt i helsefremmende arbeid, men det krever brukermedvirkning. Personen vil på den måten få kontroll over sin egen helse (Mæland, 2021, s. 15 – 17).

Det kommer frem i studien til Canjuga et al. (2018, s. 219) at hjemmeboende eldre bør få hjelp og tilrettelegging av kommunen til å fremme fysisk omsorg, ettersom det reduserer ensomhet. Sykepleiere bør også kartlegge funksjonsstatusen og bruke det i pleien (Canjuga et al., 2018, s. 219). Å tilrettelegge for de eldre og styrke eksisterende ressurser er en form for maktoverføring fra sykepleier til pasient, med andre ord empowerment. Da inkluderer man brukerdeltakelse (Gammersvik, 2018, s. 119 – 120). Brukere av hjemmesykepleien har ulike hjelpebehov og funksjonssvikt, og ved at sykepleiere tilrettelegger for hver enkel pasient for å fremme den fysiske helsen, vil man dermed kunne opprettholde evnen til å være selvstendig lengst mulig som igjen bidrar til å redusere ensomheten og styrke livskvaliteten. Derimot fant også Canjuga et al. (2018, s. 218) at miljøet rundt de eldre i hjemmene sine ofte ikke er tilstrekkelig nok til å kunne ivareta pasientens velvære. Derfor trenger de eldre en kommunalbasert assistanse gjennom aktiviteter som inkluderer omsorg gjennom helse, omsorg og husholdningsvedlikehold. Dette ble ikke oppnådd i forskningen (Canjuga et al., 2018, s. 218).

I tillegg fant Petersen et al. (2020, s. 7) at risikoen for fall og antall fall er større dersom den eldre bor alene. Videre peker de på at fall enten kan føre til sosial eksklusjon eller være en konsekvens av sosial eksklusjon. Det er dessuten usikkert hvorfor aleneboende eldre har en høyere fallrisiko. Det kan tenke seg å være fordi de føler seg mer ensomme eller isolerte enn eldre som ikke bor alene (Petersen et al., 2020, s. 7). Det er derfor rimelig å si at sykepleiere bør iverksette fallforebyggende tiltak er essensielt for å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene hjemme. Dermed er det desto viktigere at sykepleiere fremmer egenomsorgen, tilrettelegger ved å for eksempel tilby hjelpemidler, samt styrke pasientens ressurser, for å hindre fall. På den måten kan muligens ensomhet reduseres og livskvaliteten styrkes. Sykepleiere har dessuten et ansvar som går ut på å fremme helse og forebygge sykdom,

samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og livsmot (NSF, u.å.b). Helsefremmende praksis kan dermed forstås gjennom teorien om salutogenese, som har som mål å optimalisere pasienters evne til å leve med sine helseutfordringer ved å tilrettelegge for mestring i hverdagen. Sykepleiere bør ha fokus på faktorer som skaper helse for å oppnå helse. Disse faktorene fremmer helse og forebygger eller reduserer helseproblemer (Langeland, 2018, s. 157). Aktivisering av aleneboende eldre i hverdagen kan fremme den fysiske helsen som igjen fører til mestring, økt livskvalitet, økt evne til å ivareta egenomsorg, og redusere sjansen for ensomhet. Også mange eldre har helsesvikt, noe som øker ensomhetsfølelsen og igjen påvirker motivasjonen (Hemberg, 2018, s. 453). Også Kirchhoff et al. (2015, s. 279) fant at både fysisk og psykisk helsetilstand påvirker opplevelsen av ensomhet (Kirchhoff et al., 2015, s. 279). Derfor bør sykepleiere også ha fysisk helse i fokus, selv om det er den psykiske helsetilstanden som har størst påvirkning på ensomhetsopplevelsen.

## 5 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Basert på tilgjengelig litteratur og valgte forskningsartikler er det altså flere ting sykepleier i hjemmesykepleien bør være bevisst på i møte med ensomme aleneboende eldre. I dag har hjemmesykepleien er større fokus på praktiske funksjoner og har somatikken som inngangsport for å få hjelp av hjemmetjenesten. Hovedoppgavene til en hjemmesykepleier er å ivareta grunnleggende behov. Sykepleiers ansvar for pasientenes psykososiale behov er lovregulert og beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, u.å.b; Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1, §3). Pasientene etterlengter en mer personsentrert tilnærming i pleien enn det de har i dag, og det ble verdsatt når deres behov og ønsker gikk foran sykepleiernes rutiner. (Kirchhoff et al., 2015, s. 275). Ved at sykepleiere identifiserer og kartlegger ensomhet, kan ensomhet forebygges og livskvaliteten økes. Sykepleiere bør ha god faglig forståelse og kunnskap, og inkludere brukermedvirkning, fordi det kan være forutsetninger for personsentrert sykepleie. I dag har det vist seg å være behov for økt kompetanse og bevissthet for å oppdage ensomhet, ettersom taushet og tvetydighet er assosiert med begrepet. Derfor kan det være viktig at sykepleiere skaper trygghet og har god



kommunikasjon, for å kunne kartlegge og iverksette tiltak som er tilrettelagt for hver enkelt pasient. Ensomhet kan oppstå på grunn av for eksempel sosiale tap, helsesvikt eller sårbarhet, og det er viktig å kartlegge hva som kan være årsaken for å fange opp hva som er pasientens behov. Ensomhet kan være en utfordring å kartlegge og en trussel mot livskvaliteten. Ved å forebygge ensomhet fremmer sykepleier pasientenes helse og bidrar til mening og mestring i hverdagen. Sykepleiere bør ha mer fokus på helsefremmende og forebyggende aspekter knyttet til ensomhet blant eldre.

Det anbefales at hjemmesykepleien implementerer et større fokus på pasientens psykososiale behov. Det er kjent at hjemmesykepleien de neste årene vil få en økning i krevende arbeidsdager og arbeidspress, men for å kunne ivareta de psykososiale behovene hos eldre kreves det både mer tid og større rom for sykepleierne. Ensomhet og mental helse blant eldre, og problematikken rundt det, fortjener mer oppmerksomhet. Det bør igangsettes bedre rutiner slik at sykepleiere kan møte pasientene som har behov for sosial støtte slik at de føler seg sett og ivaretatt. Det bør også være minst like stort fokus på det psykososiale behovet som det fysiske. Også dekket fysiske behov kan bidra til å redusere ensomheten blant eldre, og her må sykepleiere tilrettelegge for at de er mest mulig selvstendig og aktivisere dem etter hvilke ressurser de har. Evne til å ivareta egenomsorgen kan redusere ensomheten, og sykepleiere kan fremme egenomsorgen gjennom å kartlegge pasientens behov og ressurser. En faglig diskusjon og samarbeid mellom sykepleiere i hjemmesykepleien kan løfte den personsentrerte pleien der man fokuserer på de individuelle behovene, inkludert behov for å sosialisere med andre. Samtidig bør det settes av mer tid til psykososiale tilsyn, slik at sykepleier kan sette seg ned og prate med pasienten.

## 6 Referanseliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 116 – 122. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>
- Canjuga, I., Zeleznik, D., Neuberg, M., Bozicevic, M. & Cikac, T. (2018). Does an impaired capacity for self-care impact the prevalence of social and emotional loneliness among elderly people? *Working with older people*, 22(4), 211 – 223. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1108/WWOP-01-2018-0001>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Emerson, K., Boggero, I., Ostir, G. & Jayawardhana, J. (2018). Pain as a risk factor for loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 30(9), 1450 – 1461. <https://doi.org/10.1177%2F0898264317721348>
- Engstad, T. (2017). Geriatri. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (541 – 548). Gyldendal.
- Finnish National Board on Research Integrity TENK. (2021, 21. April). *Ethical Review*. <https://tenk.fi/en/ethical-review>
- Forskningsetiske komiteer. (2009). *Veiledning for forskningsetiske og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 112 – 134). Fagbokforlaget.
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J. & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*,

18(6), 683 – 693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122>

Helsebiblioteket. (2016a, 7. juni). *Kvalitativ metode*.

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

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Sjekklister*.

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

Helsebiblioteket. (2016c, 7. juni). *Tverrsnittstudie*.

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

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#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7)

Hemberg, J., Nyqvist, F. & Näsman, M. (2019). «Homeless in life» - Loneliness experienced as existential suffering by older adults living at home: a caring science perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(2), 446 – 456.

<https://doi.org/10.1111/scs.12642>

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi: I sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal.

Kadowaki, L., Wister, A. V. & Chappell, N. L. (2015). Influence of home care on life satisfaction, loneliness, and perceived life stress. *Canadian journal on aging*, 34(1), 75 – 89. <https://doi.org/10.1017/S0714980814000488>

Kirchhoff, J. W. & Andersen, K. L. (2015). Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning*, 10(4), 362 – 370.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.56001>

Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A. & Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 266 – 282. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892->

[2686-2015-03-04](#)

Kirkevold, M. (2016). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 106 – 119). Gyldendal akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 157 – 178). Fagbokforlaget.

Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 37 – 49). Fagbokforlaget.

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Moksnes, K. M. (2018). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stanicke (Red.), *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (s. 494 – 533). Gyldendal.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.a). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.b). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

[63#KAPITTEL 2](#)

Petersen, N., König, H-H. & Hajek, A. (2020). The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 88(5), 1 – 11.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104020>

Prop. 64 L (2019 – 2020). *Lov om eldreombudet*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-64-l-20192020/id2694590/?ch=2>

Rogne, A. F. & Syse, A. (2017). *Fremtidens eldre i by og bygd: Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse* (Rapporter 2017/32). Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/framtidens-eldre-i-by-og-bygd>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

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

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

World Health Organization, International Telecommunications Union & United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. World Health Organization.

World Medical Association. (2018, 9. juli). *WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

## 7 Vedlegg

### 7.1 Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

*Kritisk vurdering av:*

Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 116 – 122. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>

## Del A: Innledende vurdering

1. *Er formålet med studien klart formulert?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Å øke kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen eldre personer som mottar hjemmesykepleie befinner seg i.
- De ville finne svar på dette fordi en stadig større del av befolkningen mottar hjemmesykepleie og mange av disse bor alene og kan være utsatt for sosial isolasjon og ensomhet.
- Problemstillingen er relevant for oppgaven min, fordi den fokuserer på eldre som mottar hjemmesykepleie og hvor sårbar situasjonen de befinner seg er i forhold til psykososiale behov.

2. *Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, ettersom den har som mål å forstå den sosiale situasjonen for eldre som bor alene og mottar hjemmesykepleie. Også sykepleiers erfaringer kommer frem i studien.

3. *Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Forskeren begrunner ikke valget for hvorfor de valgte en kvalitativ metode til studien. Hensikten med studien var uansett å utforske den sosiale situasjonen hos eldre som bor alene og mottar hjemmesykepleie, herunder opplevelser og erfaringer med kontakt med andre mennesker. Dermed er den kvalitative metoden mer passende for studien.

4. *Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Tre områder ble tilfeldig valgt ut og via lederne i hvert område ble deltakerne utvalgt av sykepleiere som kjente pasientene godt. Hjemmesykepleierne ble valgt ut av ledere i de samme kommunene som pasientintervjuene ble gjennomført i. Kravet var at de hadde arbeidet minst to år i hjemmetjenesten. Antallet i gruppen ble estimert ut fra en adekvat gruppestørrelse for fokusgruppeintervjuer.
- Det var ingen diskusjon omkring utvalget.
- Kriteriene for å bli valgt ut var alder over 70 år, at de bodde alene og at de ble vurdert av sykepleierne til å være i en psykososial vanskelig situasjon.
- 12 kvinner og 8 menn med en snittalder på 82,5 år deltok.

5. *Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Det ble gjennomført og analyse av pasientintervjuer i fase 1 og gjennomføring og analyse av fokusgruppeintervjuer i fase 1.
- Studien hadde et åpent og framvoksende design ved at det ble brukt åpne spørsmål basert på studiens forskningsspørsmål. Etter hvert som ulike temaer vokste fram, ble det brukt utdypende spørsmål.
- Fokusgruppen møttes tre ganger med noen ukers mellomrom, med artikkelforfatter alene som moderator. Temaer utledet gjennom pasientintervjuene ble trukket inn og dannet et utgangspunkt for gruppediskusjonene. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.

6. *Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?*



Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Analysen besto av å bruke en hermeneutisk tilnærming der forståelse og fortolkning spiller en vesentlig rolle i dannelsen av ny forståelse. Tolkningen startet i intervjusituasjonen og så videre i transkriberingen. Det ble foretatt gjennomlesninger i form av en sirkulær prosess der deler av teksten leses, vurderes og tolkes i forhold til teksten som helhet.
- Forskeren har ikke gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis.
- Forskeren nevner at resultatene i studien må ses i forhold til at dette greier seg om en avgrenset gruppe av sykepleiere og pasienter. Erfaringene som fremkommer kan avvike fra andre kommuner fordi organisering, kvalitet og kvantitet av hjemmesykepleie varierer fra kommune til kommune. Dette kan ha påvirket fortolkningen.

7. *Er etiske forhold vurdert?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Deltakerne fikk skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning. De ble informert om at studien var frivillig og innebar et skriftlig samtykke, og det var mulig å trekke seg uten å oppgi grunn. De ble også informert om forskers taushetsplikt og sikring av deltakernes anonymitet.
- Fase 1 ble vurdert av Regional etiske komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og både fase 1 og 2 ble vurdert av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste. Retningslinjer og kommentarer ble fulgt i begge faser.

8. *Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?*

Ja –  Nei –  Uklart

**Kommentar:**

- Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Flere gjennomlesninger ble foretatt, først for å selektere ut en rekke relevante temaer, så ny gjennomlesning for

å selektere ut hovedtemaer, og så enda en gjennomlesning for å trekke ut undertema for å underbygge hovedtemaene. Dette var en sirkulær prosess der deler av teksten leses, vurderes og tolkes i forhold til teksten som helhet. Forskeren presenterer en oversikt over hovedtema og undertema. Tilstrekkelig med data er presentert og det er en klar sammenheng mellom dem.

*Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?*

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

9. *Er funnene klart presentert?*

Ja –  Nei –  Uklart

### Kommentar:

- Andre kilder er blitt brukt for å vurdere eller underbygge funnene i resultatene i studien, samtidig som forskeren også fokuserer på sine egne funn. Forskeren har dessuten ikke diskutert funnenes troverdighet. Funnene er diskutert opp mot studiens formål.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. *Hvor nyttige er funnene fra denne studien?*

### Kommentar:

- Funne blir vurdert opp mot dagens praksis, for eksempel at det er for mye fokus på primært praktisk eller fysisk hjelp i hjemmesykepleien. Studien har avdekket behov for ny forskning, at en mer nøyaktig tallfesting av ensomhet hos pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt utvikling av fokus på mer systematisk og helhetlig kartlegging, forståelse og tilnærming til pasienter som har psykososiale behov og mottar hjemmesykepleie.