



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 395

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9743

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 28

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

Hvordan kan hjemmesykepleieren bidra til å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene?

How can nurses in the homecare unit contribute to prevent experience of loneliness among older people who live by themselves?

Kandidatnummer: 395

Sjukesleie

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

22.05.20

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, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn: Om lag 55% av pasientene som mottar hjemmesykepleie i Norge bor alene. En studie fra 2015 viser at 18,5% av brukere av den kommunale hjemmesykepleien ofte eller alltid følte seg ensomme. Mange av de eldre som mottar hjemmesykepleie blir overlatt til seg selv store deler av døgnet. Dette kan føre til ensomhet hos noen. Noen brukere opplever at hjemmesykepleiere ikke har tid til å sette seg ned å prate med dem når de er på hjemmebesøk. Dette kan medføre en redusert livskvalitet.

Problemstilling: Hvordan kan hjemmesykepleieren bidra til å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene?

Metode: En litteraturstudie ble gjennomført. Rammeverket, PICO, ble benyttet for å utarbeide en problemstilling og for å finne relevante søkeord. Søkeord som "eldre" og "ensomhet" ble benyttet i databasene CINAHL og Sykepleien Forskning. CINAHL er en internasjonal anerkjent database, mens sykepleien Forskning inneholder kun norske studier. Etter litteratursøkene ble én oversiktsartikkel, fire kvalitative studier og én tverrsnittstudie inkludert, totalt seks forskningsartikler.

Resultat: Resultatene i de ulike forskningsartiklene beskriver ulike tema som ensomhet, bosituasjon og sykdom. Også tiltak for å forebygge ensomhet fremkommer i artiklene. Disse tiltakene er blant annet kartlegging av ensomhet, kartlegging av sosialt nettverk, det å ha gode samtaler med personalet, sette av tid og lytte til pasienten, å gi "det lille ekstra" og å motivere pasienten til å søke om plass på dagsenter.

Konklusjon: Det finnes eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie som lider av ensomhet. Tiltak som å identifisere og kartlegge ensomhet, kartlegge sosialt nettverk, ha gode samtale, gi det lille ekstra og motivere pasienten til å søke om plass på dagsenter kan bidra til å forebygge ensomhet eldre hjemmeboende.

Abstract

Background: Approximately 55% of the patients that receive homecare in Norway live at home by themselves. A study from 2015 showed that 19,5% of the patients who received home care in one community felt lonely most of the time or all of the time. A lot of patients that receive homecare are sitting alone in their house most of the time with nobody to talk to. Moreover, patients are experiencing that home care nurses do not have the time to sit down and talk with them during homecare visits. This can lead to a decreased quality of life.

Problem to approach: How can nurses in the homecare unit contribute to prevent loneliness among older people who live by themselves?

Method: A literature study was conducted. To create a problem to approach I used a PICO-form, which also helped me find searched words. Search terms as "loneliness" and "elderly" were used in two different databases. I used CINAHL as one of the databases, which is an international, acknowledged database. I also used "Sykepleien Forskning" which only contains Norwegian studies. One systematic review, four qualitative studies and one cross-sectional study were included, together six articles.

Results: Loneliness, living situation and illness were topics that were described in the articles. Also interventions to prevent loneliness were presented. Some of these interventions were mapping loneliness, mapping social network, to have good conversations, to take time and listen to the patient and to motivate the patient to apply for day care centres.

Conclusion: There are elderly who lives at home and are receiving home care services that is suffering from loneliness. Mapping loneliness, mapping social network, have good conversations, sit down and listen to the patient and motivate them to apply for day care centre are important interventions to prevent loneliness among elderly patients that lives by themselves.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
2. Teori	2
2.1 Katie Erikssons sykepleieteori	3
2.2 Ensomhet	4
2.3 Sykepleie i hjemmet	6
2.3.1 Hjemmesykepleiens vurdering og ivaretagelse av sosial kontakt	6
2.4 Dagsenter	7
2.5 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og lovverk	8
2.6 Faglig forsvarlighet og kvalitetskrav	9
3. Metode	9
3.1 Metode	9
3.1.1 Litteraturstudium som metode	10
3.2 Framgangsmåte ved litteratursøkene	10
3.3 Utvalgsprosess	11
3.4 Metodekritikk	11
3.5 Kildekritikk	12
4. Resultat	13
4.1 Ensomhet, bosituasjon og sykdom	13
4.2 Kartlegging av ensomhet	14
4.3 Det sosiale nettverkets innvirkning på opplevelsen av ensomhet	14
4.4 Gode samtaler påvirker ensomhetsopplevelsen hos eldre	15
4.5 Å gi "det lille ekstra"	15

4.6 Motivere til å søke om plass på dagsenter	16
5. Diskusjon	17
5.1 Bostatus, tap og helsesvikt	17
5.2 Å lindre pasientenes lidelse	19
5.3 Hvordan kan hjemmesykepleiere bidra til å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene?	20
5.3.1 Å identifisere og kartlegge ensomhet	20
5.3.2 Å være tilstede i samtalen	22
5.3.3 Å gi "det lille ekstra"	23
5.3.4 Motivere til å søke om plass på dagsenter	23
5.4 Holdninger overfor eldre mennesker	24
5.5 Somatikk går foran sosiale behov	24
5.6 Å gi helhetlig omsorg	25
6. Konklusjon	25
7. Litteraturliste	27
Vedlegg 1: PICO: s. 1	
Vedlegg 2: Søkeshistorikk: s. 2-3	
Vedlegg 3: Litteraturmatrise: s. 4-8	

1. Innledning

1.1 Introduksjon

De eldre utgjør en stor andel av Norges befolkning. Dessuten har Norge en gjennomsnittlig forventet levealder som er blant en av de høyeste i verden (Hummelvoll, 2018, s.381). Det å kunne bo hjemme så lenge som mulig på tross av høy alder og helsesvikt er av stor betydning for de fleste eldre (Birkeland, 2013). Dette vil føre til et økende behov for hjemmesykepleie i kommunene. Samtidig bor flere av de eldre alene hjemme nå enn før (Fjørtoft, 2012, s.23-24). Om lag 55% av pasientene som mottar hjemmesykepleie bor alene ifølge Birkeland og Flovik (2018). Mange av de eldre blir overlatt til seg selv store deler av døgnet, og dette kan medføre ensomhet og sosial isolasjon. Deres studie fra 2015 viser at 19,5% av totalt 118 pasienter i hjemmesykepleien opplevde ensomhet ofte eller alltid. Arvid Birkeland beskriver i sin artikkel, "Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie", hvordan ensomhet og sosial isolasjon i seg selv er et helseproblem i dag på grunn av den lidelsen det kan medføre. Den kommunale pleie – og omsorgstjenesten skal derfor sikre at hjemmeboende eldre pasienter får ivaretatt sitt sosiale behov gjennom samvær, sosial kontakt og fellesskap med andre (Birkeland, 2013).

I denne oppgaven fokuseres det på hvordan sykepleiere kan gjøre forebyggende arbeid mot ensomhet hos eldre som bor alene. Forebyggingen går blant annet ut på å identifisere tegn på ensomhet hos den eldre slik at det raskt kan iverksettes tiltak. Ved å skape gode relasjoner gjennom gode samtaler kan man få innsikt i deres sosiale situasjon. I hjemmetjenesten er det satt av en begrenset tid til hver pasient. Det kan derfor være vanskelig å ha tid til en samtale hvor man kan kartlegge ensomhet og sosiale behov. Jeg har observert ansatte i hjemmesykepleien som ikke avsetter tid til å sette seg ned å snakke med pasientene. Sykepleie til hjemmeboende pasienter omhandler ofte somatisk sykdom. Det er imidlertid viktig å se hele menneske og ikke bare den fysiske delen. Gjennom mitt arbeid i hjemmetjenesten i tre ulike kommuner, sitter jeg igjen med et inntrykk av at det finnes eldre mennesker der ute som ikke får dekket sine sosiale behov. Disse erfaringene har blitt

motivasjonen min for valg av tema og problemstillingen for denne bacheloroppgaven. ensomhet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er: Hvordan kan hjemmesykepleieren bidra til å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Studier viser at forekomsten av opplevd ensomhet øker med alderen og redusert helsetilstand (Kirchhoff m.fl., 2015). Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til ensomhet hos eldre, fordi man kan anta at flere av brukerne i hjemmesykepleien opplever ensomhet (Kirchhoff m.fl., 2015). Denne oppgavens fokus er på eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, fordi jeg har selv erfart i hjemmesykepleien at eldre hjemmeboende sitter mye alene i løpet av dagen og venter på oss. Noen av de eldre hjemmeboende føler seg nok ikke ensomme til tross for at de tilbringer mye tid alene, men det er likevel en svært viktig sykepleieoppgave å fange opp de pasientene som lider av ensomhet.

2. Teori

I dette kapitlet vil det bli presentert teori som er relevant for denne oppgaven. Her blir sykepleieren Katie Erikssons teori om Det lidende menneske presentert, teori om ensomhet blir beskrevet, hjemmesykepleie og dagsenter tilbud blir definert, sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer blir omtalt, samt relevant lovverk. Til slutt beskrives viktigheten av faglig forsvarlighet.

2.1 Katie Erikssons omsorgsteori

Katie Eriksson var professor i sykepleie ved Universitetet i Hälsingfors. Senere var hun professor i omsorgsvitenskap ved Åbo akademi i Finland. Gjennom teoretisk og empirisk forskning over fem tiår utviklet hun sin karitative omsorgsteori. Hun har blant annet skrevet boken, *Det lidende menneske*, som ble gitt ut i 1995. Lidelse som fenomen blir beskrevet i denne boken, sammen med sykepleieroppgaver knyttet til det lidende menneske.

”Sykepleierens primære oppgave er å lindre lidelse med alle midler og hjelpe det lidende menneske til å leve på tross av sykdom. Lidelse er ikke et abstrakt begrep. Det er det lidende menneske og hele dets livssituasjon som er sykepleievitenskapens kjerne”, skriver Eriksson. Hun sammenlikner det ”å lide” med ”å pines” eller ”å ha vondt”. Samtidig skriver hun at det å lide også kan innebære ”å forsones”. Eriksson (1995, s.20) definerer lidelse ut i fra fem følgende punkter:

1. Noe negativt eller ondt, noe som rammer mennesket
2. Noe som mennesket må leve med, noe det utsettes for
3. En kamp
4. Noe konstruktivt eller meningsfylt, en forsoning
5. Lide som uttrykk for et ønske eller savn
6. Lide som medlidenhet, det vil si å lide med og for en annen

Eriksson beskriver ensomhet som en lidelse. Hun skriver at det å være utestengt fra alt fellesskap kan medføre alvorlig lidelse. Samtidig hevder Eriksson at ikke all ensomhet er lidelse. Når mennesket blir for ensomt i sin ensomhet blir det en lidelse. Men det å ikke få være ensom eller alene kan også bety lidelse. Mennesker som lever et hektisk liv og er i kontakt med mange mennesker likevel kan oppleve dyp ensomhet. Samtidig finnes det mennesker som lever alene som ikke føler seg ensomme. Den ensomheten som mennesker opplever hvor man opplever å miste noe man har hatt blir utholdelig. Denne ensomheten kan oppleves som død og blir dermed en lidelse (Eriksson, 1995, 39).

Ifølge Eriksson (1995, s. 66) møter vi i sykepleien tre ulike former for lidelser:

1. *Sykdomslidelse*
2. *Pleielidelse*
3. *Livslidelse*

Sykdomslidelse er den lidelsen som pasienter opplever i forbindelse med sykdom og behandling. *Pleielidelsen* er en lidelse som kan oppleves i forhold til pleiesituasjonen. Når det som skulle vært god pleie og omsorg uteblir fordi pleieren overser pasienten og ikke er tilstrekkelig interessert i pasientens behov, oppstår det en pleielidelse. Eriksson kaller dette for "ikke-pleie", og dette er den mest vanlige formen for krenkelse som helsepersonell kan gjøre mot pasientens verdighet. Det siste punktet, *livslidelse*, blir beskrevet som den lidelsen som oppleves i forhold til ens eget liv. *Livslidelsen* innebærer innsikten om det å bare være én, og dermed om ensomhet (Eriksson, 1995, s.66). Det å oppleve ensomhet kan derfor ses på som en livslidelse ifølge Eriksson. I sin bok "Ensomhet" omtaler Brita Nilsson (2007) Erikssons perspektiv om livslidelse. Nilsson skriver at livets lidelse omhandler hva livet handler om for det enkelte mennesket og bevisstgjøringen om seg selv, og dermed om innsikten i sin ensomhet. Videre skriver hun at livet i seg selv ikke bare er idyll, og at alle mennesker kjenner til livslidelse og ensomheten som hører til.

2.2 Ensomhet

Sykepleier og forsker, Arvid Birkeland ga ut boken, *Sykepleie i hjemmet*, sammen med Anne Marie Flovik i 2011. I denne boken blir det lagt stor vekt på pasientenes sosiale situasjon. Birkeland og Flovik skriver at når man skal vurdere den sosiale situasjonen til en pasient er det viktig å holde følgende begreper fra hverandre: å bo alene, sosial isolasjon og ensomhet. Det å være enslig eller å bo alene trenger ikke å bety at man er sosialt isolert eller ensom. Sosial isolasjon innebærer at man føler seg ensom grunnet at man ikke har kontakt med omverdenen, selv om man ønsker dette. Sosial isolasjon er vanligvis ufrivillig. Den sosiale isolasjonen kan være oppstått på grunn av at personen bor langt borte fra folk, eller at personen har en sterkt nedsatt funksjonsevne som gjør det vanskelig å ta kontakt med andre. Det kan også være på grunn av at personen får lite besøk av andre mennesker eller at

personen har kommunikasjonsvansker som følger av en sykdom (Birkeland og Flovik, 2018, s. 67).

I sin bok, *Ensomhet*, beskriver Nilsson (2007) ensomhet som et menneskelig fenomen – noe som er personlig og unikt for hver hvert enkelt menneske som opplever den. Samtidig er ensomheten noe allment og abstrakt. Noen opplever ensomheten som en byrde, noe tungt, eller en kjølig opplevelse av det å være helt alene. Ensomhetsfølelsen kan innebære det å kjenne at man er skilt fra verden og kanskje fra seg selv. Det er når man blir bevisst på sin ensomhet at den kan oppleves som ubehagelig og til og med smertefull. "Ensomhet kan ikke betraktes som et moderne fenomen. Dette til tross for at økonomiske og teknologiske strukturer i det moderne samfunn synes å ha medført menneskets fremmedgjøring fra seg selv", skriver Nilsson. Filosofen og forskeren innen ensomhet, Ben Mijuskovic, hevder at mennesker alltid har lidd av en ensomhetsfølelse, og at mennesket derfor har et ønske om å flykte fra denne ensomheten i hele sin eksistens (Nilsson, 2007, s. 22).

Birkeland og Flovik (2018) skriver at ensomhet innebærer det å oppleve et gap mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker og forventer å ha det i forhold til sosial kontakt med andre mennesker – både i kvalitet og kvantitet. Å være ensom handler om den enkeltes emosjonelle tilstand. Ensomhetsfølelsen er ikke nødvendigvis knyttet til den sosiale situasjonen, men mer til hvordan den enkelte har det med seg selv. Ensomhetsfølelsen er emosjonelt ubehagelig, og man kan oppleve ensomhet selv om man er i en sosial situasjon med andre mennesker. Det er slik man skiller ensomhet fra sosial isolasjon (Birkeland og Flovik, 2018, s.67).

Det er ifølge Birkeland og Flovik (2018) grunn til å tro at ensomhet kan skyldes spesielle hendelser eller faser i livet. Det er særlig to forhold som kan være årsaken til ensomhet: det ene er tap av nære personer og det andre er helsesvikt. De som er eldre har gjerne opplevd tap av foreldre tidligere i livet, og de opplever på sine eldre dager tap av ektefeller, venner, søsken osv. Det er særlig tap av ektefeller som fører til sorg og ensomhetsfølelse, ettersom de da blir boende alene. Somatisk sykdom kan medføre funksjonstap, tap av identitet og

isolasjon, og dette kan føre til depresjon hos hjemmeboende eldre (Snoek & Engedal, 2018, s.269). Helsesvikt kan ifølge Birkeland og Flovik (2018) medføre ensomhet fordi en svekket funksjon kan føre til at personen ikke kommer seg ut blant folk på samme måte lenger.

2.3 Sykepleie i hjemmet

Ann-Kristin Fjørtoft definerer hjemmesykepleie, i boken sin *Hjemmesykepleie*, som "et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid". Dette er et tilbud til alle som har behov for helsehjelp i hjemmet og det er ingen begrensninger knyttet til alder eller sykdom (Fjørtoft, 2016, s.17). Helsehjelp er, i følge pasient – og brukerrettighetsloven fra 1999, "handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål eller pleie – og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell" (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1997, §1-3).

Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. I hjemmesykepleien møter man mennesker i forskjellige aldre og livssituasjoner og med ulike hjelpebehov. Noen har avgrensede behov, mens andre trenger en mer omfattende helsehjelp. I hjemmesykepleien er det viktig å se hele mennesket og alle dets behov, ikke bare isolerte oppgaver som vi må utføre. I Stortingsmelding nr. 29 fra 2012-2013, skriver Stoltenberg-regjeringen at "hjemmesykepleien skal være med og bidra til meningsfulle hverdager og gode opplevelser for den enkelte. For å kunne se den enkeltes situasjon og hva som kreves for at den enkelte skal ha det best mulig, kreves en helhetlig tilnærming til pasienten og de pårørende" (Fjørtoft, 2016, s. 17).

2.3.1 Hjemmesykepleiens vurdering og ivaretagelse av sosial kontakt

Ifølge Birkeland og Flovik (2018) uttrykkes det fra sykepleiere at det sjelden foretas systematisk vurdering av pasientenes sosiale situasjon i hjemmesykepleien. I hjemmesykepleien foretas det praktiske oppgaver som hjelp til personlig hygiene,

tilrettelegging av måltider, hjelp til medisin håndtering, sårstell osv. Det sosiale kan bli ofte bli tilsidesatt. Sosial kontakt står gjerne ikke konkret i oppdraget som pasienten har fått vedtak på, men det å gi god sosial omsorg er grunnleggende i sykepleieutøvelsen. De ansatte i hjemmesykepleien opplever at de har en viktig sosial funksjon, og studier viser også at pasienter i hjemmesykepleien ser på de ansatte som viktige kontakter. Det er viktig at pasientenes behov blir ivaretatt uten at det skapes en privat relasjon (Birkeland og Flovik, 2018). Likevel er en viss relasjonsbygging essensiell for å kunne identifisere pasientens sosiale behov. Å kartlegge ensomme pasienter i hjemmesykepleien er en svært viktig sykepleieoppgave, og i dette arbeidet kan det være aktuelt å undersøke om pasientene hadde hatt behov for å benytte seg av et dagtilbud.

2.4 Dagsenter

Dagsenter er et helsesenter der pasienter oppholder seg om dagen, mens de tilbringer resten av døgnet i hjemmet. På et dagsenter kan pasienter få tilbud om aktiviteter, samtidig som de ansatte har kompetanse til medisinske prosedyrer. Det blir tilbudt fysiske aktiviteter som diverse treningsøvelser eller mer hobbypregede aktiviteter (Braut, 2019). Her kan man komme i kontakt med andre mennesker og få dekket sosiale behov. I artikkelen, "Dagsenter gir økt livskvalitet", ble dagtilbud for eldre kartlagt i en undersøkelse. I artikkelen ble brukernes meninger om dagsenter undersøkt og beskrevet (Rummelhoff m.fl., 2012). De fleste brukerne var fornøyde med åpningstidene til dagsenteret, men noen ønsket et tilbud som var noe utvidet. Noen ønsket mer underholdning utover ettermiddagene, dersom det hadde holdt lenger åpent. Det var også etterspurt flere aktiviteter på dagsenteret. Det var det sosiale på dagsenteret som var det viktigste for de fleste av brukerne som deltok i studien. En av brukerne sa det slik: "Synes ikke jeg kan ha det bedre når jeg bor alene. Sitter og prater, treffer mange, ellers blir man jo mye alene" (Rummelhoff m.fl., 2012). Dette illustrerer hvor viktig et slikt dagtilbud kan være for den sosiale situasjonen til eldre hjemmeboende.

Sykepleiere i hjemmetjenesten har en viktig oppgave i å identifisere eldre som kunne hatt behov for å få plass på et dagsenter. I denne kartleggingen er det viktig å observere den

sosiale situasjonen hos pasientene. Man kan for eksempel spørre pasienten om han/hun har hatt kontakt med familie eller venner i det siste, om pasienten har noen planer for uken eller om pasienten har fått noen på besøk i det siste. Slik kan man forsiktig forsøke å kartlegge om pasienten er mye ensom. Det er imidlertid viktig å huske på at mennesker som er alene ikke nødvendigvis føler seg ensomme, men at de også kan trives godt i eget selskap. Man kan informere pasienten om at det finnes ulike dagsentre og ta med brosjyrer slik at pasienten kan se om dette er noe for han eller hun. Da kan man forsøke å motivere pasienten til å prøve ut å gå på dagsenter for å øke aktivitetsnivået og for å være sosial. Man kan også tilby å følge pasienten første dagen slik at det kan føles tryggere for han eller hun å gå dit. At pasienter oppholder seg på dagsenter kan gi økt livskvalitet både for pasienter og pårørende (Rummelhoff m.fl., 2012). Pasienten får økt sosial stimuli og økt fysisk aktivitet, og pårørende kan få en avlastning og føle seg trygg på at pasienten blir godt ivaretatt og er i aktivitet.

2.5 Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og lovverk

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det blant annet at "Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten". En sentral lov som regulerer sykepleieutøvelsen og utøvelse av annen helsehjelp er Helsepersonelloven. Formålet med loven er å bidra til god kvalitet i helsetjenesten, bidra til pasientsikkerhet og tillitt til helse – og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Ettersom hjemmesykepleien går under kommunale helsetjenester, er Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester et sentralt lovverk som regulerer tjenesten. I loven står det at kommunen skal tilby sine innbyggere nødvendig helsehjelp. Lovens formål er blant annet å tilrettelegge for forebygging, behandling og mestring av sykdom, fremme sosial trygghet, bidra til selvstendighet, sikre at tjenestetilbudet er av god kvalitet hvor den enkeltes respekt og verdighet blir vektlagt, bidra til god samhandling og ressursbruk (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Et av punktene i helse – og omsorgstjenesteloven er å fremme sosial trygghet. Dette vil si at vi som helsepersonell er lovpålagt å observere, vurdere og sette i gang tiltak i forhold til pasientenes sosiale situasjon.

2.6 Faglig forsvarlighet og kvalitetskrav

I Helsepersonelloven paragraf 2 blir kravet om en forsvarlig yrkesutøvelse beskrevet. Loven slår fast ved at helsepersonell skal følge kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forskriften om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre at personer som mottar helsehjelp i kommunen får ivaretatt grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie – og omsorgstjenestene, 2003, §1). Et av punktene i loven er at omsorgstjenesten skal bidra til å sikre at pasienten får dekket sosiale behov som mulighet for sosial kontakt, samvær, aktivitet og fellesskap (Kvalitetsforskrift for pleie – og omsorgstjenestene, 2003, §3). En faglig forsvarlig sykepleieutøvelse skal derfor, ifølge lovverk, sikre pasientens sosiale behov.

3. Metode

I dette kapitlet blir metode først definert. Deretter vil framgangsmåten i denne litteraturstudien bli beskrevet. Problemstillingen blir satt inn i verktøyet PICO (Vedlegg 1) for å finne relevante søkeord. Selve søkeprosessen blir så kort presentert. En detaljert oversikt over søkene ligger vedlagt (Vedlegg 2). Utvalgsprosessen blir også beskrevet, og til slutt blir metodekritikk og kildekritikk presentert.

3.1 Metode

Metode er "en planmessig framgangsmåte, gjerne grunnet på regler og prinsipper" (Tranøy, 2019). Ifølge Thidemann (2019) er metode en systematisk framgangsmåte hvor man samler inn kunnskap og informasjon for å svare på en problemstilling. Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er en metode hvor dataene som blir innhentet er målbare enheter, som f.eks tall (Thidemann, 2019, s.75). Denne metoden er hensiktsmessig dersom man vil ha svar på forskningsspørsmål som: "Hvor mye?, hvor ofte? eller hvor mange?". Thidemann (2019) definerer kvalitativ metode som en metode man bruker dersom man vil få økt forståelse om menneskers meninger, erfaringer, opplevelser, holdninger,

tanker osv. Denne metoden er hensiktsmessig når man ønsker å få svar på spørsmål som "Hvordan oppleves...? Eller hvordan foregår...?" (Thidemann, 2019, s.76).

I denne bacheloroppgaven er det litteraturstudie som er metoden. Da hentes det inn kvantitativ eller kvalitativ forskning, som blir undersøkt, sammenlignet og oppsummert for å besvare en problemstilling.

3.1.1 Litteraturstudium som metode

Ifølge Thidemann (2019) er en litteraturstudie skal man systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn data, kritisk vurdere den og til slutt sammenfatte I denne type studie er det viktig med en systematisk tilnærming. Et systematisk litteratursøk skal være planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82).

Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse av den oppdaterte kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive framgangsmåten på hvordan man kom fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, 77-78).

3.2 Framgangsmåte ved litteratursøkene

Etter at valg av tema og en utforming av en midlertidig problemstilling var gjennomført, ble rammeverket, PICO, benyttet for å finne søkeord. I PICO står P for pasientgruppe, I for intervensjon, C for sammenligning og O for ønsket utfall. Da ulike tiltak ikke skulle sammenlignes opp mot hverandre i denne oppgaven uteble C-en i PICO. Både PICO-skjema og søkehistorikk følger med som egne vedlegg i oppgaven. Søkene ble gjennomført i ulike databaser. Søkene ble delt inn i to faser. Jeg søkte først i engelske, anerkjente databaser for å finne gode forskningsartikler knyttet til problemstillingen. Helsebiblioteket.no ble benyttet for å finne ut av hvilke databaser som kunne passe til søkene. De søkene som var vellykket blant disse databasene ble utført i CINAHL, og her fant jeg to artikler som ble inkludert. I den andre fasen av søkingen benyttet jeg meg av den norske nettside Sykepleien.no. Da problemstillingen min omhandler eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie i Norge, ble det naturlig å søke blant Sykepleien.no sine forskningsartikler. Her fant jeg fire artikler. I CINAHL brukte jeg engelske søkeord (MeSH-ord), og "AND" funksjonen i

databasene ble brukt mellom søkeordene slik alle at de ulike ordene ble inkludert i artiklene. I Sykepleien Forskning oversatte jeg de engelske Mesh-ordene til norsk og søkte fritt i søkefeltet. I denne databasen var det ingen "AND"-funksjon. Inklusjons – og eksklusjonskriterier ble benyttet i begge fasene av søkingen. Artikler som var eldre enn 7 år ble ekskludert i søkene. Inkluderte studier var forskningsartikler. Søkehistorikken (Vedlegg 2) blir presentert i tabell, da jeg synes dette gir en bedre og mer detaljert oversikt enn flytskjema

3.3 Utvalgsprosess

Da søkeprosessen var ferdigstilt, gikk jeg inn i en utvalgsprosess. For å finne ut hvilke artikler som skulle inkluderes i oppgaven, leste jeg gjennom alle studiene sine sammendrag. Her måtte det foretas en vurdering på om artikkelen var relevant for problemstillingen til oppgaven. I denne prosessen var det også viktig å vurdere validiteten til studiene. Da undersøkte jeg hvilket tidsskrift artikkelen ble publisert i og om dette var et tidsskriftet med fagfellevurdering. Etter å ha lest gjennom sammendragene, ble de mest relevante studiene grundigere gjennomlest. Da var det relevant å analysere og tolke resultatene i artiklene. Til slutt ble en litteratormatrise (Vedlegg 3) utarbeidet for å skape en god oversikt over de seks inkluderte artiklene.

3.4 Metodekritikk

Det er viktig å være kritisk til metoden man har brukt i et litteratursøk. Studenter på bachelornivå har relativt liten erfaring med søking i databaser, noe som kan ha påvirket metoden i denne oppgaven. Jeg fant fire av seks artikler på Sykepleien.no sin forskningsside. Dette er ikke blant de mest anerkjente databasene, noe som kan bidra til å svekke resultatet av litteratursøkene. Sykepleien.no inneholder kun norsk forskning, og ikke internasjonale studier. Etersom problemstillingen i oppgaven er hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten kan bidra til å forebygge ensomhet hos eldre hjemmeboende, ble det naturlig å lete etter forskning på hjemmesykepleie i Norge. På Sykepleien.no søker man fritt i et søkefelt og det

er ikke systemer for å sette inn Mesh-termer slik som i CINAHL. Man kunne imidlertid benytte seg av inklusjons – og eksklusjonskriterier som f.eks dato og forskningsartikler, noe som styrker databasen. To av artiklene fant jeg i databasen CINAHL, som er en mer anerkjent database.

Det kan være vanskelig å finne forskning som inneholder informasjon som konkret kan bidra til å besvare litteraturstudiens problemstilling. Å formulere gode søkeord er derfor svært viktig. I litteratursøkene til denne oppgaven erfarte jeg at hvis jeg brukte mange og spesifikke søkeord, så kom det svært få resultater. Derfor har jeg valgt å bruke få søkeord som f.eks bare "eldre" og "ensomhet". Dette har medført at ikke alle artiklene inneholder konkrete tiltak for å redusere ensomhet, som er problemstillingen til oppgaven. Det var kun en artikkel (Birkeland, 2013) som ikke inneholdt noen konkrete tiltak, men jeg valgte likevel å inkludere denne da den ga et godt bilde på den sosiale situasjonen til ensomme brukere i hjemmesykepleien.

3.5 Kildekritikk

Det er viktig å kritisk vurdere de inkluderte artiklene i litteraturstudien (Thidemann, 2019, s. 91). På helsebiblioteket sine nettsider finnes det ulike sjekklister som man kan benytte seg av for å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i forskningsartikler. Jeg har benyttet meg av helsedirektoratet sine sjekklister for kvalitative studier og oversiktsartikler og CASP-modellen. Her stilles det spørsmål som man må besvare angående studien man skal vurdere kvaliteten på. Hvis man kan svare "nei" på noen av de innledende spørsmålene som f.eks "Er formålet med studien klart formulert?" og "Er problemstillingen relevant?" så bør man ikke inkludere studien (helsebiblioteket.no). I litteraturmatrisen (Vedlegg 3) har jeg også inkludert en kolonne med kvalitetsvurdering. De inkluderte artiklene til oppgaven min har en problemstilling som er klart formulert, studien har et definert utvalg, metoden som er benyttet er godt beskrevet, problemstillingen blir besvart og resultatene er relevant for praksis. I tillegg er artiklene er også fagfelleverdert. Det er også redegjort for etiske overveielser i alle de inkluderte studiene (se egen kolonne i Vedlegg 3).

4. Resultat

I resultatdelen vil ulike resultater fra de utvalgte forskningsartiklene bli presentert tematisk. Ensomhet, kartlegging av ensomhet, sosialt nettverk, samtalen, "det lille ekstra" og dagtilbud er ulike tema som kommer frem i resultatene i artiklene. Litteratormatrisen (Vedlegg 3) gir en detaljert oversikt over de inkluderte artiklene.

4.1 Ensomhet, bosituasjon og sykdom

Ensomhet går igjen som tema i resultatene hos de inkluderte forskningsartiklene. I artikkelen til Kirchhoff m.fl (2015) "Betydningen på sosiale nettverk og kvaliteten på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien", blir først antallet av ensomme eldre som mottar hjemmesykepleie kartlagt. Funnene viser at 19,5% av deltakerne ofte eller alltid følte seg ensomme. I underkant av 50% av brukerne som deltok i studien har kontakt med hjemmesykepleien flere ganger i døgnet. Videre viser studien at brukerne ønsker en mer personorientert tilnærming på den pleien som de mottar. Når de opplevde at deres ønsker å behov gikk foran fastlagte rutiner, så hadde dette stor betydning for dem. Resultatene viste også at det var en klar sammenheng mellom bosituasjon og opplevelsen av ensomhet. De respondentene som bodde alene opplevde oftere at de følte seg ensomme enn de som bodde sammen med ektefelle, barn eller andre. Helsen situasjonen virket også inn på graden av opplevd ensomhet. Det var en større andel av personer som opplevde ensomhet blant dem som hadde dårlig fysisk og psykisk helsetilstand, sammenlignet med dem som ikke hadde redusert helsetilstand (Kirchhoff m.fl., 2015).

Også i Arvid Birkeland (2013) sin artikkel "Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie" viser resultatene at ensomhet kan ses i sammenheng med grad av alvorlig sykdom. Denne studien fant at en liten gruppe pasienter hadde en lav terskel for alenetid, noe de ansatte kunne oppleve som et stort problem. Sykepleierne som deltok som informanter i studien erfarte at noen brukere ønsket å ha hjemmebesøk fra hjemmesykepleien oftere enn det som lot seg gjøre. Sykepleiere beskrev situasjonen som at "de ikke kommer der ifra" og at "noen pasienter er svært kontaktsøkende". Selv om sykepleierne kom med ulike forslag om tiltak

som kunne forebygge deres ensomhet, ønsket disse pasientene ønsker kun mer kontakt med hjemmesykepleierne. Noen av sykepleierne som ble intervjuet opplevde at det fysiske hjelpebehovet disse pasientene hadde ikke samsvarte med behovet deres for tilstedeværelse. En sykepleier beskrev det som "Noen av pasientene gjør alt for at vi skal være der, ringer på alarmer hele tiden, med det går jo ikke og det er forferdelig vanskelig". Denne type atferd og de emosjonelle vanskene ble sett på som en konsekvens av alvorlig sykdom (Birkeland, 2013).

4.2 Kartlegging av ensomhet

Birkeland (2013) skriver at det er nødvendig å utføre en grundig vurdering og kartlegging av den sosiale situasjonen til pasientene i hjemmesykepleien. Dette er en viktig sykepleieoppgave for å kunne sette i gang nødvendige tiltak for å motvirke ensomhet. Denne vurderingen kan foregå gjennom samtaler og ved at man tør å ta opp temaet ensomhet med pasientene. Ifølge resultatene til Birkeland kan det virke som om det er somatiske helseplager som er inngangsporten for å få innvilget hjemmesykepleie. Det å kartlegge psykososiale behov kan dermed bli nedprioritert. En av sykepleierne som ble intervjuet i denne studien beskrev at "de målte psykososiale behov etter deres standard" – og at iblant var det "de som opplevde pasienten som ensom, og ikke pasienten selv". Birkeland (2013) skriver at enkelte av sykepleierne i studien synes at det blir for pågående å spørre direkte om pasientene er ensomme. De bruker gjerne andre uttrykk som "er det lange dager?". Samtidig kan ordet ensomhet og forståelsen av denne være preget av en viss tvetydighet. En pasient kan karakteriserer ensomhet som "noe unormalt, som en person som har trukket seg helt inn i seg selv", mens andre kan si at "jeg har alltid vært alene og jeg liker ensomheten". Denne tvetydigheten kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å kartlegge ensomhet hos eldre hjemmeboende (Birkeland, 2013).

4.3 Det sosiale nettverkets innvirkning på opplevelsen av ensomhet

Birkeland (2013) beskriver konsekvensene av de sosiale tapene fra brukeres perspektiv. Det var ikke de emosjonelle vanskene som følge av sosiale tap som var mest fremtredende, det var de praktiske konsekvensene som dominerte. Det å ikke kunne få praktisk hjelp i huset

eller for eksempel dra ut på en biltur, ble beskrevet som det verste. Studien fant også at de eldre sin sosiale situasjon ofte preges av et nettverk som smuldrer bort. Den sosiale kontakten kan delvis erstattes av ulike pleiepersonell og familiemedlemmer som kommer på korte besøk. Men resten av døgnet tilbringer mange eldre helt alene (Birkeland, 2013). Kirchhoff m.fl (2015) undersøkte kvaliteten eldre menneskers sosiale nettverk. Dette ble gjort for å se sammenheng mellom ensomhet og brukernes vurdering av kvaliteten på den sosiale kontakten med personene i det sosiale nettverket. Funnene viste at de fleste av brukerne hadde kontakt med familiemedlemmer, og at de aller fleste i tillegg hadde kontakt med venner, bekjente og naboer. Bare 28,9% av brukerne hadde kontakt med en organisert virksomhet. Graden av ensomhetsopplevelse var i stor grad påvirket av kvaliteten på det sosiale nettverket (Kirchhoff m.fl., 2015).

4.4 Gode samtaler påvirker ensomhetsopplevelsen hos eldre

Kirchhoff m.fl. (2015) fant også at de eldre brukerne av hjemmesykepleien, som hadde noen fortrolige å snakke med, opplevde seg mindre ensomme. Brukerne definerte pleiepersonell som mennesker som kunne være fortrolige å snakke med. Dette understreker hvordan gode samtaler med pleiere kan spille inn på opplevelsen av ensomhet hos brukere som mottar hjemmesykepleie. Informantene (sykepleierne) i Halvorsrud m.fl. (2014) sin studie beskrev hvordan de satte av tid til å sette seg ned å prate med brukerne og hvordan de la vekt på å være til stede i samtalen. En av informantene forklarte at mange av pasientene trenger tid til å åpne seg og at det er viktig å sette av tid til å bli litt bedre kjent med dem og deres interesser. I tillegg kan det å lytte til pasientens livshistorie bidra til å skape med forståelse hos hjemmesykepleierne. Det kan bidra til at pleierne forstår hvorfor pasienten er nedstemt. Disse pasientene trenger ofte en å snakke med, og på den måten kan en bidra med til å øke deres trivsel i hverdagen. Halvorsrud m.fl. (2015) anbefaler derfor vedtak om støttesamtaler som tiltak overfor pasienter som er ensomme og nedstemte.

4.5 Å gi "det lille ekstra"

Halvorsrud m.fl. (2014) skriver at mange hjemmesykepleiere forsøker å gi "det lille ekstra" til nedstemte pasienter. Det vil si å iverksette tiltak slik at pasienten blir mindre nedstemt. En

av informantene i denne studien fortalte at tiltaket var for "å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem". "Det lille ekstra" bygger på tre ulike tiltak: samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidete vedtak. Å sette av tid til samtale er viktig for at pasientene skal føle seg sett og hørt av hjemmesykepleiere. Dette bidra til å skape trivsel. Praktiske tiltak kan også skape hygge for pasienten. En av informantene i denne studien forteller at "ofte kan jeg gjøre ekstra ting som ikke står på oppdraget (vedtaket) som å ta ut søpla, ta inn avisen eller ta litt oppvask". Behovet for praktisk hjelp vurderes ut ifra pasientens dagsform (Halvorsrud m.fl., 2014).

I Skatvedt og Andvig (2014) sin artikkel "Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten", hadde en av brukerne sagt at "den beste medisinen, det var å gi pasientene tid". En annen bruker fra samme studie fortalte at det ikke var mye som skulle til for at besøkene av hjemmesykepleien skulle bli bedre: "en å prate med eller bare være stille med, kroppsspråk, et lite smil, at man viser at man har tid selv om man egentlig ikke har det". Disse tilbakemeldingene til hjemmetjenesten viser viktigheten med å gi "det lille ekstra" når man er på besøk hos pasienter som er ensomme og kanskje nedstemte. Pasientene sitter gjerne alene store deler av døgnet og har behov for å snakke med noen. Den nonverbal kommunikasjonen er også vesentlig. Det er viktig å ikke haste inn og ut dørene og som den ene brukeren i Skatvedt og Andvig (2014) sin studie sa: "å vise at man har tid selv om man ikke har det".

4.6 Motivere til å søke om plass på dagsenter

Birkeland m.fl. (2013) skriver at sykepleierne i hjemmetjenesten iverksatte tiltak som å tilby dagsenter, men at noen pasienter ønsket egentlig ikke dette og mistrivdes på dagsenteret. Også i studien til Halvorsrud m.fl. (2013) fortalte en av informantene at hun på flere besøk hos en pasient hadde forsøkt å motivere han til å søke om å få vedtak på dagsenter. Sykepleieren fortalte at denne pasienten hadde vært så lenge hjemme alene at det var en utfordring for pasienten å treffe nye mennesker. Hun påpekte også at noen burde følge pasienten til dagsenteret de første gangene. I studien til Rummelhoff (2012), "Dagsenter gir økt livskvalitet", fortalte respondentene (brukere av dagsenteret) at det var

hjemmesykepleien som hadde forslått at de skulle benytte seg av dagsenter. Respondentene var på dagsenteret ca. to ganger i uken. Studien viser at de fleste er svært fornøyd med å gå på dagsenter. En respondent fortalte at "det viktigste er å komme seg ut blant folk, fordi jeg orker ikke å sitte så mye alene" og en annen forteller at hun ikke hadde det noe bedre hjemme hos seg selv og at på dagsenteret kunne hun sitte å prate med andre. Måltidene er ofte høydepunktene på et dagsenter. Da kan brukerne sitte sammen og prate mens de får servert gode måltider. Viktige ernæringsbehov blir dekket samtidig som de får dekket sosiale behov (Rummelhoff m.fl., 2012).

I oversiktsartikkelen til Gardiner m.fl. (2018), "Interventions to reduce social isolation among older people: an integrative review", ble ulike tiltak for å redusere ensomhet presentert. Tiltakene ble kalt "social facilitation interventions" som kan oversettes til norsk som "sosial tilrettelegging". Disse tiltakene var blant annet gruppebaserte aktiviteter som for eksempel venneklubber som var finansiert av veldedighet, ulike interessegrupper, videokonferansegrupper og dagsenter. De fleste av disse intervensjonene viste nedgang i sosial isolasjon og ensomhet. For eksempel tiltaket "videokonferansegrupper", som hjalp eldre å ha kontakt med familiemedlemmer via videokamera, viste redusert ensomhetsfølelse hos de som tok i bruk tiltaket (Gardiner m.fl., 2018).

5. Diskusjon

I diskusjonsdelen blir først årsaker til ensomhet hos eldre hjemmeboende diskutert. Deretter diskuteres ulike tiltak som hjemmesykepleiere kan iverksette for å forebygge ensomhet. I tillegg blir det underveis i diskusjonen stilt spørsmål ved om organiseringen av hjemmesykepleien i kommunene legger opp til en forsvarlig og helhetlig sykepleieutøvelse som er i henhold til intensjonene i lovverket.

5.1 Bostatus, tap og helsesvikt

Mange eldre i Norge bor alene. Ensomhet er ifølge Birkeland og Flovik (2018) mer knyttet til hvordan man har det med seg selv enn hvordan man bor. Likevel viser funnene i Kirchhoff

m.fl. (2015) sin studie en statistisk signifikans mellom ensomhet og bostatus. De brukerne i studien som bodde sammen med ektefeller, barn eller andre følte seg mindre ensomme enn de som bodde alene. Dette kan tyde på at risikoen for å føle seg ensom øker dersom man bor alene. Det at mange eldre i Norge bor alene kan i stor grad ses i sammenheng med en forandring i den sosiale situasjonen hos den eldre befolkningen de seneste årene. Det er ikke lenger vanlig at flere generasjoner i familier bor under samme tak. Dette kan man gjerne se mer av i andre kulturer. Men i Norge vil mange eldre leve den siste tiden sin alene. Det at flere eldre bor alene nå enn før kan føre til at flere eldre føler seg ensomme. Størrelsene på familiene har også blitt redusert, og det er vanlig at familiemedlemmer bosetter seg på forskjellige steder i landet. Telefon og sms er blitt mer vanlige kommunikasjonsmetoder, noe som også kan føre til at de eldre får mindre besøk (Birkeland og Flovik, 2018, s.66).

Mange eldre som bor alene opplever ensomhet. Dette er noe Birkeland og Flovik (2018, s.69) fant i sin studie; 19,5% av totalt 118 brukere av hjemmesykepleien i en kommune ofte eller alltid opplevde seg som ensomme (Birkeland og Flovik, 2018, s.69). Dette utgjør en stor andel av pasientpopulasjonen som mottar hjemmesykepleie i denne kommunen. Samtidig er dette funnet kun knyttet til én studie, og vil derfor ikke være et dekkende tall for hele den eldre populasjonen i Norge som mottar hjemmesykepleie. Det vil derfor kreves mer forskning på dette. Likevel er det grunnlag for å si at en del av disse pasientene opplever seg ensomme, og at dette er noe som er smertefullt og vanskelig (Birkeland og Flovik, 2018, s.69). Ensomhet kan ofte skyldes tap eller helsesvikt. Å miste noe eller noen man har hatt kan medføre en uutholdelig følelse av ensomhet. Mange eldre har opplevd flere tap i løpet av livet og gjennomgår gjerne flere sorgprosesser. Foreldre, søsken, ektefelle, venner og andre faller fra i løpet av livet. Mange av de eldre kommer seg gjennom disse tapene, og de klarer å leve et normalt liv videre. For noen kan imidlertid sorgen blir så stor og tung for noen at man ikke klarer å bearbeide den. Da øker faren for å utvikle depresjon og ensomhet (Snoek & Engedal, 2018, s.269). Det å føle seg alene i sin sorg kan medføre at man føler seg atskilt fra resten av verden.

Tap av helse eller funksjon er gir også økt risiko for å føle seg ensom. Fysisk funksjonstap kan medføre at personen er mindre mobil enn tidligere, og dette kan føre til at det blir vanskeligere å komme seg ut å ha sosial kontakt på samme måte som før (Birkeland og Flovik, 2018, s. 70). Nedsatt funksjon kan føre til tap av identitet, sosial isolasjon, depresjon og nedsatt livskvalitet. Dersom en pasient som tidligere har vært selvstendig for eksempel havner i rullestol, vil dette være en stor omveltning i livet til pasienten. Pasienten vil være avhengig av hjelpemidler og å få hjelp fra helsepersonell resten av livet. Disse forandringene kan føre til at pasientene med funksjonstap mister en del av seg selv. Noen føler seg kanskje alene i sin situasjon, da det vil være vanskelig for funksjonsfriske å forstå hva de gjennomgår. Dette kan medføre ensomhet. Når en pasient har en svikt i sin funksjon må hjemmesykepleien bidra til at pasienten får dekket sine fysiske behov. Men hva med det psykiske? Det kan være vanskelig å akseptere situasjonen man er i dersom man opplever helsesvikt eller tap av funksjon. På den annen side, er ressursene i kommunene knappe og det må prioriteres hvilke tjenester som skal tilbys de ulike brukergruppene. Da vil gjerne de fysiske, synlige behovene ofte gå foran de psykiske og sosiale behovene som ikke er like synlig. Likevel, vil de psykososiale behovene være like viktige for pasientens livskvalitet. Dette er nødvendig for å gi en helhetlig og faglig forsvarlig omsorg som er i henhold lovverket.

5.2 Å lindre pasientenes lidelse

Å være ensom kan oppleves som en tung byrde. Ensomhetsfølelsen kan ses på som en lidelse ifølge Eriksson (1995). Noen av Erikssons punkter om lidelse passer sammen med begrepet ensomhet. Det første punktet "Å lide er noe negativt eller ondt, noe som rammer mennesket" kan gjerne være beskrivende for når eldre mennesker opplever ensomhet. Det kan føles vondt å negativt å være alene og noen føler kanskje at det er noe som har rammet dem. Det at mennesket blir rammet av noe går igjen i punkt nummer to i forklaringene av "det å lide". Her handler det om at det å lide er "noe som mennesket må leve med, noe det utsettes for". Det kan være vanskelig og stå i ensomhetsfølelsen og det kan oppleves som en "indre kamp". Ifølge Eriksson er en viktig sykepleieoppgave å lindre lidelse, og det er derfor viktig å forebygge ensomhet som kan ses på som en type lidelse. Sykepleierne i hjemmesykepleien bør være pliktige til å forebygge denne type lidelse. Et av punktene i

Kvalitetsforskriften for pleie – og omsorgstjenester (2003, §3) beskriver at omsorgstjenesten skal bidra til å sikre at pasienten får dekket sosiale behov som mulighet for sosial kontakt, samvær, aktivitet og fellesskap. En faglig forsvarlig sykepleieutøvelse skal derfor forebygge ensomhet ved å bidra til at pasientene får dekket sine sosiale behov.

5.3 Hvordan kan hjemmesykepleiere bidra til å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene?

Det finnes flere tiltak som kan bidra til å forebygge ensomhet hos eldre mennesker som bor alene. Dette krever at sykepleiere ser hele pasienten, og ikke bare den fysiske delen.

Ensomhet kan ses i sammenheng med tap og helsesvikt. Å hjelpe pasienter til å bearbeide sorg og å oppleve sykdomsmestring vil derfor være relevante tiltak for å forebygge ensomhet. Skal man kunne forebygge ensomhet må man først og fremst oppdage den, og dette krever at hjemmesykepleieren er oppmerksom og interessert i pasientene. Å identifisere og kartlegge ensomhet er en viktig del av forebyggingen. Andre viktige tiltak for å forebygge ensomhet er å ha gode samtaler, å være tilstede og lytte i samtalen, å gi ”det lille ekstra” og å identifisere pasienter som er kandidater til å søke om plass på dagsenter og motivere dem til å gjøre dette. Alle disse tiltakene vil jeg gå nærmere inn på i dette delkapitlet.

5.3.1 Å identifisere og kartlegge ensomhet

Å oppdage ensomhet hos hjemmeboende eldre og endringer over tid vil være en forutsetning for at det kan settes i gang tiltak. Dersom man tidlig kan identifisere ensomhet, kan man forebygge en videre utvikling av denne ensomheten. Dette vil kreve egne metoder og verktøy som kan legges opp til at dette skal vurderes og dokumenteres. Et slikt system vil først og fremst være til stedet på arbeidsplasser hvor temaet ”ensomhet” faktisk er i fokus. På de ulike arbeidsplassene jeg har jobbet på i hjemmesykepleien har jeg aldri sett at ensomhet har blitt kartlagt. Personalet går gjerne ut ifra at noen av pasientene er ensomme, ettersom de sitter hjemme alene hele dagen og er kontaktsøkende når vi kommer. Selv om det er opplagt at ensomhet har stor innvirkning på livskvaliteten hos eldre, er det mindre klart hvordan man skal identifisere og behandle tilstanden. Og som vi vet fra teori om

målforskyvning, blir oppgaver som er vanskelige å gjennomføre ofte mindre lagt vekt på i en organisasjon enn oppgaver som er enkle å løse (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

En av sykepleierne som var informanter i Birkeland (2013) sin studie uttrykte at "de målte psykososiale behov etter deres standard" – og at iblant var det "de som opplevde pasienten som ensom og ikke pasienten selv". For å unngå en slik feilvurdering bør ensomhet være et tema som tas opp med pasienter. Dette er svært viktig om man skal kunne fange opp de som lider av ensomhet. Noen pasienter sitter gjerne så mye alene at de blir vant til å være ensomme og klarer å tilpasse seg situasjonen. Kanskje ensomheten blir så tung og mørk at de prøver å glemme den for å kunne overleve sin situasjon? Dersom hjemmesykepleien klarer å kartlegge de ensomme eldre, kan det settes i gang tiltak for å bedre situasjonen deres. En forutsetning for at sykepleiere skal kunne sette i gang tiltak er at det finnes ressurser nok til dette og at ulike tiltak er definert. Skal man få en endring til å skje, et vedtak til å gå igjennom og et tiltak til å bli iverksatt, kreves det god dokumentasjon gjerne ved bruk av egne kartleggingsverktøy. Man kunne for eksempel ha kartlagt graden av ensomhet hos pasienten: hvor ofte og hvor sterkt føler de seg ensomme? Det sosiale nettverket til brukeren kunne ha blitt kartlagt slik at hjemmesykepleien vet hvem han eller hun kan holde kontakt med. Det bør kartlegges om pasienten har behov for samtaler med personale og om pasientens ensomhet er så alvorlig at det kan ligne en depresjon. I så tilfelle bør det vurderes om han eller hun har behov for psykiatrisk oppfølging for eksempel av psykiatritjenesten i kommunen. Det bør også undersøkes om pasienten er kandidat for å søke om plass på et dagsenter.

Å oppdage ensomhet krever kontinuitet i hjemmesykepleien. Slik som hjemmesykepleien er organisert i dag innebærer at det ofte går mange forskjellige helsearbeidere til hver enkelt pasient. Dette gir et brudd på kontinuiteten og kan medføre at endringer hos pasienten, også i forhold til ensomhet, ikke blir oppdaget. I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) heter det at "de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal sikre at brukerne får dekket sine sosiale behov". Er intensjonene i lovverket mulig å oppfylle for hjemmesykepleien å oppfylle slik som tjenestene er organisert i dag? Forutsetningene for å lykkes med dette er i

alle fall ikke de beste. Videre kreves det gjerne god relasjonsbygging før en pasient vil åpne seg om sin ensomhet til personalet, og dette vil være vanskelig hvis mange forskjellige ansatte kommer hjem til pasienten og det går lang fra en pleier er der til hun kommer igjen neste gang. I tillegg kreves det gode kunnskaper for å kunne vurdere den sosiale situasjonen til en pasient. Denne kunnskapen er det ikke sikkert at alle i hjemmetjenesten har. Det jobber mange ufaglærte i hjemmetjenesten i kommunene, og det å se hele mennesket og vurdere pasientens sosiale behov inngår ikke i den opplæringen som man får når man begynner å jobbe i hjemmetjenesten.

5.3.2 Å være tilstede i samtalen

Å vise at man er tilstede i samtalen ved hjemmebesøk er viktig for pasientenes opplevelse av å bli sett og hørt. Det å aktivt lytte og vise med kroppsspråket at man bryr seg vil være et viktig tiltak for å prøve å forebygge ensomhet. Det å bli oversett av pleiere kan medføre økt ensomhetsfølelse. Når pleiere overser pasientene og ikke er interessert i deres behov vil dette ifølge Eriksson (1995) medføre en pleielidelse. Dette kalles også "ikke-pleie, og kan for pasientene oppleves som svært krenkende. Gode samtaler kan skape gode relasjoner og dette kan igjen skape tillit mellom pasient og pleier. Likevel skal man som helsepersonell ikke bli for personlig med pasientene. Man kan forsøke å bruke seg selv terapeutisk ved å komme med egne tanker og erfaringer, uten å bli for privat. Å ha noen fortrolige å snakke med som man stoler på er viktig for alle mennesker. Kirchhoff m.fl (2015) sin studie viste at det var en statistisk signifikans mellom ensomhet og det å ha en fortrolig å snakke med. Mange av brukerne i denne studien på hjemmesykepleiere som noen de var fortrolige med. Skatvedt og Andvig (2014) skriver at en av brukerne hadde sagt at det ikke var så mye som skulle til "bare noen å prate med eller være stille sammen med".

"Jeg får tablettene, så fyker de avgårde igjen" fortalte en av brukerne i studien til Skatvedt og Andvig (2014). Og det er dette som er realiteten. Sykepleiere i hjemmetjenesten har altfor stort tidspress på seg til å kunne sette seg ned for å prate. En annen respondent i samme studie mente at dette var et systemproblem, og ikke noe de kunne klandre de ansatte for: "De gjør jo så godt de kan, de har så mange på lista si som sitter og venter".

Hvordan skal sykepleiere i hjemmesykepleien få tid til å sette seg ned å prate med alle ensomme eldre når tiden ikke strekker til? I stortingsmeldingen fra 2012 står det at kommunehelsetjenesten skal sørge for at de eldre får en meningsfull hverdag. Faglig forsvarlig sykepleieutøvelse forutsetter midler til å organisere tjenestene slik at dette kan la seg gjøre. Et tiltak kan være å ansette flere sykepleiere i 100% stillinger i kommunene. Dette kan føre til større kontinuitet i tjenesten. Dessuten må hjemmesykepleien ha arbeidslister som gir sykepleiere bedre tid til å utøve helhetlig omsorg. Det bør videre komme flere dagtilbud for eldre slik at de ikke blir sittende hjemme alene hele dagen.

5.3.3 Å gi "det lille ekstra"

Det er viktig å gi litt av seg selv i yrket som hjemmesykepleier. Å gi et lite smil eller gi en hånd og holde i kan for mange ensomme eldre være et lyspunkt i en ellers grå hverdag. Dette kommer også frem i Halvorsrud m.fl. (2014) sin studie. De skriver at mange hjemmesykepleiere forsøker å gi "det lille ekstra" til nedstemte pasienter. Dette vil si å iverksette tiltak slik at pasienten blir mindre nedstemt. En av informantene i denne studien fortalte at tiltaket var for "å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem". Å ta seg tid til å gjøre noe ekstra for pasienter bidra til å skape trivsel. Dette kan for eksempel være å vaske over bordet før måltidet slik at det ser fint ut, ta oppvasken selv om dette ikke står på oppdraget, lage fine skiver og pynte med friske grønnsaker og sette frem frisk frukt og drikke, å sette seg ned å holde pasienten med selskap ved måltid dersom det er tid til dette eller bare det å ta inn avisen eller ta ut bosset. Å være på tilbudssiden som sykepleier kan skape gode relasjoner og trivsel.

5.3.4 Motivere til å søke om plass på dagsenter

Mange ensomme eldre kunne hatt behov for å gå på et dagsenter for å være sosial med andre mennesker. På et dagsenter kan de eldre gjøre ulike aktiviteter ut i fra hvilke interesser de har. Det blir også servert måltider slik at viktige ernæringsbehov blir dekket. Det er kvalifisert helsepersonell som jobber på et dagsenter slik at det kan tilbys den helsehjelpen som er nødvendig i løpet av en dag. Som sykepleiere i hjemmetjenesten vil det være viktig å identifisere pasienter som er kandidater for å søke vedtak om plass på

dagsenter. Å motivere pasienter til å søke om plass på dagsenter vil være et viktig tiltak for å forebygge ensomhet. Det å ha noe å se fram til og ha en grunn til å stå opp om morgenen kan bidra til økt trivsel og livskvalitet hos de eldre. I Rummelhoff (2012) sin studie fortalte en av brukerne på et dagsenter at "det viktigste er å komme seg ut blant folk, fordi jeg orker ikke å sitte så mye alene". Dette beskriver viktigheten av dagsenter som et tiltak for å forebygge ensomhet hos eldre som bor alene.

5.4 Holdninger overfor eldre mennesker

Noen kan se på ensomhet som en "naturlig del" av det å bli gammel. De eldre opplever å miste sine ektefeller og blir sittende alene hjemme. Jeg har hørt opptil flere utsagn fra ulike personer, også helsepersonell, som for eksempel "er ikke alle gamle damer litt sure da?" og "de har jo ikke et liv, de bare sitter der hjemme i sin egen tristhet". Slike holdninger til eldre mennesker kan bidra til at ensomhet ikke blir tatt på alvor og kartlagt slik som det burde i kommunehelsetjenestene. Ensomhet burde vært like mye i fokus hos eldre mennesker som hos yngre. De eldre er fortsatt likeverdige mennesker og har like stor rett på helhetlig helsehjelp. Eldre mennesker sin psykiske helse bør ikke bli neglisjert. Dersom ensomhet blir sett på som noe som er "normalt" blant eldre vil dette kunne føre til at ensomhet ikke blir oppdaget, dokumentert eller gjort noe med.

5.5 Somatikk går foran sosiale behov

Somatiske plager er ofte inngangsbilletten til å få vedtak om hjemmesykepleie. Det kan være grunn av funksjonstap knyttet til sykdom. Pasienten vil da være avhengig av hjelp for å kunne fungere fysisk i sitt hjem. Når en person i en kommune har behov for hjemmesykepleie skal hjelpebehovene til personen kartlegges. Tildelingskontoret skal da sende noen til et vurderingsbesøk hjemme hos pasienten. Allerede i denne kartleggingsfasen bør det blir lagt mer vekt på sosiale behov slik at pasienten får et vedtak på sosiale tiltak sammen med fysiske. Det bør bli gjort en systematisk kartlegging av pasientenes sosiale status på lik linje som den fysiske kartleggingen. En tidlig kartlegging av de eldre pasientens sosiale status og sosiale behov vil kunne være et tiltak for å forebygge ensomhet. Da kan man kartlegge pasientens sosiale nettverk, pasientens behov for sosial kontakt, om

pasienten faktisk er ensom og i hvilken grad denne ensomhetsopplevelsen påvirker pasientens liv. Etter kartleggingen kan man få et bilde på om pasienten er ensom, hvorfor han/hun er ensom og hvilke tiltak som kan være aktuelle å sette i gang for å redusere ensomheten.

5.6 Å gi helhetlig omsorg

Å sette til side sosiale og psykososiale behov strider mot prinsippet om å gi en helhetlig omsorg. Det holistiske menneskesynet inkluderer å se hele mennesket, der både kroppslige, psykologiske og sosiale faktorer vektlegges (Bruusgard og Rørtveit, 2019). Et helhetlig menneskesyn innebærer at kropp, sjel og ånd er likeverdige dimensjoner. Oppstår det problemer i en av dimensjonene vil kunne påvirke de andre. Dersom en pasient er ensom har han en indre smerte som igjen påvirker den kroppslige og den åndelige dimensjonen. Å redusere ensomhetsfølelsen vil være viktig for å ha det bedre i alle dimensjonene – det vil føre til økt livskvalitet. Viktigheten med å gi helhetlig omsorg blir understreket i stortingsmelding nr. 29 fra 2012-2013; "hjemmesykepleien skal være med og bidra til meningsfulle hverdager og gode opplevelser for den enkelte. For å kunne se den enkeltes situasjon og hva som kreves for at den enkelte skal ha det best mulig, kreves en helhetlig tilnærming til pasienten og de pårørende" (Fjørtoft, 2016, s. 17). En helhetlig tilnærming til pasienten forutsetter en systematisk og grundig kartlegging av de sosiale behovene. Deretter bør sykepleietiltak som er rettet mot hele mennesket iverksettes. En slik helhetlig tilnærming til pasienter bør bli et krav i utøvelsen av sykepleie til eldre pasienter i hjemmesykepleien.

6. Konklusjon

Mange hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie sitter alene store deler av dagen. Noen av disse eldre opplever seg som ensomme. Ensomheten kan oppleves som en byrde, noe tungt, eller en kjølignende opplevelse av det å være helt alene. Det kan være vanskelig for hjemmesykepleiere å identifisere ensomme pasienter ettersom de ikke alltid har tid til å sette seg ned å snakke med pasientene. Å oppdage ensomhet krever god kunnskap og

kontinuitet i pleien. I hjemmesykepleien er det mest fokus på å dekke fysiske behov. Å få besøk av hjemmesykepleien kan for mange av brukerne være de eneste gangene de er sosial i løpet av en dag. Likevel, er de fleste besøkene på en arbeidsliste i hjemmesykepleien er relatert til somatikk. Viktige tiltak for å forebygge ensomhet hos eldre hjemmeboende er blant annet å kartlegge ensomhet. For å kunne hjelpe ensomme pasienter må man først fange opp de som er ensomme. Å legge opp til gode samtaler med pasientene, lytte til pasientene og vise medfølelse er også viktige tiltak. Det å vise at man bryr seg kan bidra til å lindre deres lidelse. I tillegg kan det å "gi det lille" ekstra dersom det er tid til det, gjøre dagen til brukeren litt bedre. Dette kan være tilsynelatende "småting" som ikke står på tiltaket som for eksempel å ta oppvasken, rydde litt og lage det koselig for pasienten eller gå ut med bosset. Å motivere pasienter til å søke om plass på dagsenter er også et viktig tiltak. Faglig forsvarlig sykepleieutøvelse innebærer å kunne gi en helhetlig omsorg. For at sykepleiere i hjemmetjenesten skal kunne dekke både fysiske, psykiske og sosiale behov, kreves det en endring i organiseringen av tjenesten. Per dags dato har ikke hjemmesykepleiere tid til å sette seg ned å prate med alle pasientene som egentlig har behov for dette. Å gi et økt fokus på ensomhet hos eldre kan bidra til at det blir en holdningsendring i hjemmesykepleien i framtiden, og det er dette jeg ønsker å bidra til ved å skrive denne bacheloroppgaven.

7.Litteraturliste

Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning nr 2,2013; 8: s:114-122*. DOI nr: 10.4220/sykepleief.2013.0049

Birkeland, A., Flovik, A.M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Braut, G. S. (2019). Dagsenter. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 11.04.20 fra <https://sml.snl.no/dagsenter>

Brusgaard, D., Rørtvedt, G. (2019). Holisme. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 08.05.20 fra: <https://sml.snl.no/holisme>

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: TANO Forlag

Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg) Oslo: Fagbokforlaget

Gardiner, C., Geldenhuys, G., Gott, M. (2018). Interventions to reduce loneliness among older people. In *Health and Social Care in the community Volume 26, Issue 2*. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

Halvorsrud, L., Pahr, I., Kvarme, L. (2014). Hjemmesykepleie i møte med den nedstemte pasienten. I *Sykepleien Forskning 2014; 9 (3) s.244*. DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0133

Helse – og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) Hentet 15.04.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (2016). Litteratursøk. Hentet 24.10.2019 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (2019). *Hvordan Organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Kirchhoff, J., Grøndahl, V., Andersen, K. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. I *Nordisk Sygeplejeforskning 3/2015 (Volum 5) s.266-282* ISSN 1892-2678

Kirkevoll, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (2008). *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevoll, Marit (2014). Sykepleieteori. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 24.10.19 fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Kvalitetsforskrift for pleie – og omsorgstjenester (2003). Forskrift om kvalitet for pleie og omsorgstjenestene (FOR-2003-06-27-792). Hentet 03.03.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie>

Nilsson, B. (2007). *ENSOMHET*. Oslo: Cappelens Forlag AS

NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hentet 24.10.19 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Rummelhoff, G.R., Nilsen, S.R., Brynhildsen, S. (2012). Dagsenter gir økt livskvalitet. I *Sykepleien Forskning* 2012; 100 (14) s: 68-71. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0152

Skatvedt, A., Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. I *Sykepleien Forskning nr 1, 2014; 9. s.64-70*. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0034

Thidemann, Inger-Johanne (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Tranøy, K.E. (2019). Metode. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 26.04.20 fra: <https://snl.no/metode>

Vedlegg 1: PiCO-skjema

P Pasient/problem	I Intervensjon/Tiltak	C Sammenligning (Comparison)	O Outcome/ Ønsket utfall
Ensomhet Hjemmeboende eldre	Forbygge og motvirke ensomhet og sosial isolasjon	-	Å motvirke ensomhet, og å fremme livskvalitet hos den hjemmeboende eldre
Loneliness Elderly living at home	Preventing loneliness and social isolation	-	To prevent experience of loneliness and increase the quality of life of older people.

Vedlegg 2: Søkehistorikk**CINAHL**

Søkedato	Søk nummer	Søkeord	Av-grensninger	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Artikler inkludert
05.12.19	1	"Social isolation", "Loneliness", "older people"	Artikler fra 2015 til 2020, engelske artikler, akademiske artikler	103	10	3	Gardiner, C., Geldenhuys, G., Gott, M. (2018). Interventions to reduce loneliness among older people. In <i>Health and Social Care in the community nr. 26</i>
06.12.19	2	"ensomhet", "hjemmesykepleie"	Artikler fra 2015 til 2020, akademiske artikler	1	1	1	Kirchhoff, J., Grøndahl, V., Andersen, K. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. I <i>Nordisk Sygeplejeforskning nr 3</i>

SYKEPLEIEN FORSKNING

Søkedato	Søk nummer	Søkeord	Av-grensninger	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Artikler inkludert
15.01.20	3	"Eldre", "Hjemme- sykepleie"	Artikler fra 2013- 2020, Forskningsartikler	108	6	4	Halvorsrud, L., Pahr, I., Kvarme, L. (2014). Hjemmesykepleie i møte med den nedstemte pasienten. I <i>Sykepleien Forskning</i> nr 9
21.01.20	4	"ensomhet", "eldre"	Artikler fra 2013- 2020, Forsknings- artikler	9	5	3	Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. I <i>Sykepleien Forskning nr 8</i> og Skatvedt, A., Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennlighetsinnsetning pågåenhet i kommune-helsetjenesten. I <i>Sykepleien Forskning nr 1</i>
31.03.20	5	"Eldre", "dagsenter"	Artikler fra 2012- 2020, forskningsartikler	5	1	1	Rummelhoff, G., Nilsen, S., Brynhildsen, S. (2012). Dagsenter gir økt livskvalitet. I <i>Sykepleien</i> <i>Forskning nr 14</i>

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Forfattere, publiserings-år, tidsskrift, land	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ Populasjon	Resultater	Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Jörg W. Kirchhoff Vigdis Abrahamsen Grøndahl Kirsti Lauvli Andersen (2015) NORDISK SYGEPLEJE- FORSKNING NR 3 Norge	Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie	Tverrsnitt-design	Beskrive forekomsten av ensomhet blant brukere som mottar hjemmesykepleie, og undersøke i hvilken grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleien bidrar til å påvirke brukerens opplevelse av ensomhet.	Tverr-snitt design Spørre-skjema	118 brukere som mottar hjemmesykepleie i en by-kommune på Østlandet	19,5 prosent av brukerne opplever ofte eller alltid ensomhet og brukernes helsetilstand og bostatus hadde en sammenheng med denne opplevelsen. I tillegg viste resultatene at god kvalitet på relasjonene mellom brukerne og aktørene i deres sosiale nettverk, og en opplevelse av god kvalitet på pleien, førte til en reduksjon i opplevd ensomhet	I studien konkluderes det med at opplevelsen av ensomhet blant brukere i hjemmesykepleie påvirkes av helsetilstand, kvalitet på sosialt nettverk og kvaliteten på den tjenesten de mottar.	I denne tverrsnittstudien er problemstillingen klart formulert. Utvalget er definert og inkludert på en god måte. Antall deltakere i studien var en del lavere enn antallet som oppfylte inklusjonskriteriene. I metoden benyttet forskerne seg av spørreskjema som deltakerne fikk utdelt i konvolutter. Resultatene er relevante for problemstillingen og kan overføres til praksis.	I studien har forskerne redegjort for etiske refleksjoner ved å inkludere loven om taushetsplikt. Det ble også gjort en vurdering av de ansatte i kommunen om hvorvidt brukerne var i en fysisk og psykisk tilstand som gjorde det etisk forsvarlig å spørre om brukeren ønsket å delta.

<p>Arvid Birkeland (2013)</p> <p>Sykepleien</p> <p>Forskning nr. 2</p> <p>Norge</p>	<p>Eldre, ensomhet og hjemme-sykepleie</p>	<p>Åpent og fram-voksende design</p>	<p>Hensikten med studien var å fremme forståelse og kunnskap for den sosiale situasjonen til brukere i hjemmetjenesten</p>	<p>Det ble i utgangspunkt et brukt åpne spørsmål basert på studiens forsknings-spørsmål. Videre ble det tatt i bruk mer utdypende spørsmål. Overfor pasientene ble det tatt i bruk individuelle kvalitative forsknings-intervjuer, mens overfor sykepleierne ble det brukt fokusgruppe-intervjuer.</p>	<p>Deltakerne i pasient-intervjuene bodde i to relativt store kommuner. Det ble tilfeldig valgt ut og inkluder tre områder. I hvert område ble deltakerne utvalgt av sykepleiere som kjente godt til brukerne.</p>	<p>Resultatene i studien kommer til uttrykk i 3 temaområder: taushet og tvetydighet, at pasientene er preget av de sosiale tapene de har gjennomgått og at noen pasienter er preget av alvorlig sykdom kombinert med ensomhet og utrygghet.</p>	<p>Forskningen konkluderer med at noen pasienter er ensomme og/eller sosialt isolerte og at denne ensomheten og isolasjonen kan være preget av taushet og tvetydighet.</p>	<p>I denne studien har det blitt tatt i bruk individuelle intervjuer og fokusgruppe-intervjuer. De har tilpasset spørsmålene til de ulike brukerne og fått fram resultatene på en oversiktlig måte. Resultatene er dagsaktuelle og relevante for praksis. Ethiske overveielser er utført.</p>	<p>Deltakerne i denne studien fikk skriftlig informasjon om studien og en forespørsel om de ønsket å delta. Deltakelsen var frivillige og det var mulig å trekke seg uten å oppgi årsak.</p>
---	--	--------------------------------------	--	--	--	---	--	---	--

<p>Liv Halvorsrud Ingun Pahr Lisbeth Gravdal Kvarme (2014) Sykepleien Forskning Norge</p>	<p>Hjemme- sykepleie i møte med den nedstemte pasienten</p>	<p>Kvalitativt design</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere i hjemme- tjenesten beskriver den nedstemte pasienten og hvilke tiltak de utøver.</p>	<p>10 intervjuer ble gjennomført med sykepleiere i hjemme- tjenesten i et byområde. Det ble gjort en beskrivende analyse av materialet.</p>	<p>10 kvinnelige sykepleiere i hjemme- sykepleien i alderen 30- 56 år deltok i studien. Alle var fra samme by- område.</p>	<p>Studien resulterte i to sentrale temaer. Det ene temaet var at en endring i brukerens vante mønster kunne være et kjennetegn på den nedstemte pasienten. Det andre temaet handlet om at sykepleiere ønsket å gi "det lille ekstra" for å "gjøre livskvaliteten litt bedre for den nedstemte pasienten".</p>	<p>Sykepleier i hjemmetjenesten identifiserer nedstemthet og eventuelle depressive symptomer ved å se etter endringer i brukerens mønster. Hjemmesykepleier iverksetter ulike tiltak som beskrives som "det lille ekstra". Mangelen på muligheten til å tilby kontinuitet frarøver sykepleieren en frihet til å følge opp brukeren over tid. Sykepleieren kommer i et krysspress mellom organisasjonens krav på den ene siden og pasienten på den andre siden.</p>	<p>Studien svarer på sin problemstilling ved å analysere svarene som sykepleierne har gitt. Resultatene blir presentert som ulike temaer som informantene har snakket om. Studien er dagsaktuell og har relevans for praksis og videre forskning.</p>	<p>Informantene i studien fikk skriftlig og muntlig informasjon og har også signert samtykke- erklæring. Alt materiale til studien har blir av- identifisert. Studien er godkjent av Norsk Samfunns- vitenskapelig datatjeneste.</p>
---	---	-------------------------------	--	---	--	--	--	---	--

<p>Astrid Skatvedt (2014) Sykepleien Forskning Norge</p>	<p>Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten</p>	<p>Kvalitativt Design</p>	<p>Hensikten med denne studien var å bidra til økt kunnskap basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer og de pårørende</p>	<p>Data-innsamlingen ble gjennomført vha. kvalitative individuelle intervjuer. Analyseprosessen var dynamisk og ble startet opp samtidig med intervjuprosessen.</p>	<p>Utvalget besto av 16 brukere i hjemme-sykepleien med en snittalder på 70 år. Det var 11 kvinner og 5 menn. 4 pårørende ble også intervjuet (alle menn).</p>	<p>Studien resulterte i to hovedfunn: det første beskriver viktigheten med hverdagsprat. Det andre punktet omhandlet det å bli "tatt fatt i" når det kommer til å utføre ting i hverdagslivet som bidrar til økt livskvalitet.</p>	<p>Eldre og pårørende setter pris på at sykepleiere bruker sin faglig autoritet og omsorg også når brukerne avviser hjelp. Hverdagspraten bidrar til relasjonsbygging og trygge rammer og medfører at autonomien blir ivaretatt.</p>	<p>Forskerne i denne studien svarer på sin problemstilling gjennom god analyse av de individuelle intervjuene. Studien har få deltakere og pårørende, noe som kan medføre lite bredde i forskningen. I tillegg deltok svært få pårørende i studien. Studien er imidlertid relevant for praksis og videre forskning.</p>	<p>Informasjon, frivillighet og muligheten til å trekke seg ble understreket i denne studien. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.</p>
<p>Clare Gardiner Gideon Geldenhuys Merryn Gott (2018) Health and Social Care UK</p>	<p>Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review</p>	<p>Oversikts-artikkel</p>	<p>Hensikten med studien var å få en oversikt over diverse tiltak som kan iverksettes for å redusere sosial isolasjon og ensomhet blant eldre.</p>	<p>Forskerne har benyttet seg av 6 ulike databaser for å søke etter forskning på tiltak for å redusere sosial isolasjon og ensomhet blant eldre.</p>	<p>39 ulike artikler ble inkludert i denne studien.</p>	<p>Intervensjoner som ble beskrevet var: sosiale fasiliteter (gruppebaserte aktiviteter, klubber), psykologiske terapier, dyreterapi, utvikling av ferdigheter osv.</p>	<p>Noen av intervensjonene var suksessfulle i å redusere ensomhet. Likevel mener forskerne i denne studien at det kreves mer forskning på dette området.</p>	<p>I denne studien svarer forskerne på problemstillingen ved å presentere effekten av ulike tiltak. 39 artikler ble inkludert. Oversikts-artikkelen er relevant for praksis og videre forskning.</p>	<p>Forskerne har benyttet seg av anerkjente databaser og godkjente forskningsartikler i sin studie.</p>

<p>Guri Rosseland Rummelhoff</p> <p>Sigurd Roger Nilsen</p> <p>Siri Brynhildsen</p> <p>(2012)</p> <p>Sykepleien Forskning</p> <p>Norge</p>	<p>Dagsenter gir økt livskvalitet</p>	<p>Kvalitativt design</p>	<p>Hensikten var å samle inn data for å i fremtiden kunne gi eldre et godt dagtilbud</p>	<p>Det ble gjennomført intervjuer av brukere som benyttet seg av dagsenter-tjenesten. Det ble benyttet en delvis strukturert intervjuguide.</p>	<p>Utvalget besto av 31 brukere av dagsenter-tjenesten.</p>	<p>Studien resulterte i ulike temaer som var viktige for brukerne når det gjaldt dagsenteret. Noen mente at åpningstidene burde blitt utvidet og at det da kunne ha vært underholdning og sosiale aktiviteter på ettermiddagen i tillegg til på dagtid. Noen ønsket mer trening og flere aktivitetstilbud. En av brukerne understreket viktigheten med dagsenter i forhold til det sosiale. Høydepunktet for mange er måltidene de kan samles rundt, og da får brukerne i tillegg til å dekke sosiale behov dekket viktige ernæringsbehov.</p>	<p>Studien konkluderer med at det sosiale fellesskapet står sentralt på dagsenteret. Et godt dagtilbud må være individuelt tilpasset brukerens behov, ha fleksible åpningstider og ha aktiviteter som er individuelt tilpasset brukerne.</p>	<p>I denne studien besvares problemstillingen. Forskerne ønsket gjennom en undersøkelse å finne ut hva som var viktig på et dagsenter for at det skal bli et godt tilbud for de eldre. Det var 31 tilfeldig utvalgte deltakere som besvarte studien, noe som styrker forskningen. Studien er relevant for fagfeltet og for videre forskning.</p>	<p>Brukerne fikk informasjon om studien av de ansatte på dagsenteret og skrev under en samtykkeerklæring. Denne erklæringen understreket at anonymiteten og taushetsplikten ville bli bevart. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.</p>
--	---------------------------------------	---------------------------	--	---	---	--	--	--	--