

Helle Dahl Lintho

Samfunnsarbeid: Bedre livssituasjon og en styrket psykisk helse blant de eldre?

Community Work: Improved Life Situation and a Strengthened Mental Health Among the Elderly?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Mai 2021

Helle Dahl Lintho

Samfunnsarbeid: Bedre livssituasjon og en styrket psykisk helse blant de eldre?

Community Work: Improved Life Situation and a Strengthened Mental Health Among the Elderly?

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Sammendrag

Denne teksten fokuserer på hvordan samfunnsarbeid kan benyttes i arbeidet med å bedre livssituasjonen til eldre med psykiske helseproblemer. Funnene er gjort med utgangspunkt i systematiske litteratursøk der kjedesøk, søkemotorer og databaser er benyttet. Samfunnsarbeid representerer en måte å jobbe systematisk med utviklingsarbeid i lokalsamfunn med vekt på å jobbe *med*, fremfor *for* de eldre. I denne sammenhengen drøftes muligheter og begrensninger ved samfunnsarbeid som metode, psykisk helse og livskvalitet, i tillegg til behovet for sosiale relasjoner og nettverk i alderdommen. De eldre vil i årene fremover utgjøre en stadig større andel av befolkningen, noe som stiller krav til at sosialarbeideren bør inneha kunnskap om gruppen og deres helseutfordringer.

Funn viser at depresjon og ensomhet er særlig framtreddende i alderdommen, og i verste fall kan føre til alvorlige sykdommer og tidlig død. De siste tiårene har det vært et økende fokus på helsefremmende- og folkehelsearbeid, noe som kan ses i sammenheng med samfunnsarbeid da fokuset er på brukermedvirkning og de eldres ressurser, i tillegg til deres makt og kontroll over eget liv. Gjennom samfunnsarbeid er målet at flere skal få tilbud om å delta på sosiale møteplasser og aktivitetstilbud, noe som trolig vil innvirke positivt på deres livskvalitet og opplevelse av ensomhet. Flere Stortingsmeldinger og rapporter omtaler dette i detalj og fremmer dagens situasjon, samt mål for fremtidig arbeid med eldre, herunder tidlig innsats og aktiv aldring. Det er vanskelig å komme frem til en konkret konklusjon på oppgavens problemstilling, men med samfunnsarbeid kan man potensielt nå en stor gruppe eldre med et overordnet mål om å legge til rette for økt livskvalitet gjennom aktiviteter og sosiale fellesskap som vil påvirke deres livssituasjon positivt.

Abstract

This text focuses on how community work can be used to improve the life situation of the elderly with mental health problems. The findings are based on systematic literature searches where chain searches, search engines, and databases are used. Community work represents a way of working systematically with development work in local communities with an emphasis on working *with*, rather than *for*, the elderly. In this context, opportunities and limitations of community work, mental health, and quality of life are discussed, in addition to the need for social relationships and networks in old age. The elderly will in the years ahead make up an increasing proportion of the population, which demands that the social worker should have knowledge about the elderly and their health challenges.

Findings show that depression and loneliness are prominent in old age, and at worst can lead to serious illness and premature death. In recent decades, there has been an increasing focus on health promotion and public health work, which goes conjointly with community work as the focus is on user participation and the elderly's resources, along with their power and control over their own lives. Through community work, the aim is that more people will be offered participation in social events and activities, which will probably have a positive impact on their quality of life and experience of loneliness. Several reports discuss this in detail and promote the current situation as well as goals for future work with the elderly, including early intervention and active aging. It is difficult to reach a concrete conclusion on the thesis question, but with community work, one can potentially reach a large group of older people with an overall goal of facilitating increased quality of life through activities and social communities that will positively affect their life situation.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Abstract.....	2
1.0 Innledning	5
1.1 Innføring i tema og presentasjon av problemstilling.....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema	6
1.3 Oppgavens relevans for sosialt arbeid	6
1.4 Oppgavens avgrensning	7
1.5 Hvordan er oppgaven bygd opp?	7
2.0 Metode	9
2.1 Systematisk litteratursøk	9
2.2 Søkeprosessen	9
2.3 Kildekritikk og forskningens relevans	10
3.0 Teori og litteratur	12
3.1 Demografiske endringer i eldregruppen.....	12
3.1.1 Hvem er de eldre?	12
3.2 Psykisk helse	13
3.2.1 Ensomhet	13
3.2.2 Depresjon.....	14
3.3 Livskvalitet.....	15
3.4 Samfunnsarbeid	15
3.5 Helsefremmende- og folkehelsearbeid.....	16
4.0 Drøfting.....	18
4.1 Hvorfor samfunnsarbeid?.....	18
4.2 Samfunnsarbeidets muligheter og begrensninger	19

4.2.1 Arbeid med depresjon og ensomhet.....	19
4.2.2 Samarbeidsprosesser for sosiale fellesskap	20
4.2.3 Helsefremmende arbeid og en aktiv alderdom	21
4.3 Livskvaliteten påvirkes av den psykiske helsen	22
4.4 Mennesket er et sosialt vesen	23
4.4.1 Nettverkets betydning.....	24
4.4.2 Sosial kapital gjennom sosiale tiltak	24
4.4.3 Relasjoner i nærmiljøet.....	26
5.0 Avslutning	28
6.0 Litteratur	30

1.0 Innledning

1.1 Innføring i tema og presentasjon av problemstilling

En stadig større andel av befolkningen vil inngå i gruppen av eldre i årene som kommer, noe som vil bli utfordrende for hele velferdssystemet, inkludert det sosiale arbeidet (Berg, et. al., 2015, s. 28). Omsorg 2020 (Helsedirektoratet, 2019, s. 6) viser til en befolkningsvekst på 11 prosent mellom 2009 og 2018, samtidig som økningen i aldersgruppen 67-79 år er på hele 42 prosent. Fremover blir det samfunnsøkonomisk viktig at de som blir eldre beholder en god helse, både fysisk og psykisk, da denne gruppen i årene fremover vil ha økt behov for ulike hjelpetjenester. Helse- og sosialfaglig personell som jobber med eldre bør ha kunnskap om dem og forhold som potensielt kan påvirke deres hverdag, helse og livskvalitet, samt kunnskap om samfunns- og helsefremmende arbeid slik at det er mulig å jobbe forebyggende. Flere Stortingsmeldinger beskriver problemer og tiltak knyttet til eldre, fellesskap og aktivitet, noe som synliggjør at eldreomsorg er et dagsaktuelt tema.

Hvis vi skal greie å ha det like godt i årene fremover, er vi som samfunn avhengig av at de som inngår i «eldrebølgen», ikke blir like kostbare å pleie som tilfellet er i dag (Espnes & Smedslund, 2018), da «forsørgingsbyrden» vil kunne settes på prøve. Psykisk sykdom og plager kan, i likhet med somatisk sykdom, være knyttet til alderdom i mange tilfeller og dermed bidra til betydelig reduksjon av den enkeltes livskvalitet i alderdommen. På bakgrunn av dette bør det søkes etter nye måter å møte fremtidige utfordringer knyttet til arbeid med eldre. Dette inkluderer å ikke bare se på sosialt arbeid som individuelt sosialt arbeid rettet mot en person eller som sosialt gruppearbeid, men å ha et økt fokus på samfunnsarbeid der man jobber med endringer på samfunnsnivå for å redusere sosiale problemer på individnivå (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015, s. 25; Kleppe, 2015, s. 136). Slikt arbeid fokuserer også på forebyggende og helsefremmende arbeid, noe som kan lønne seg i tiårene fremover.

I likhet med andre aldersgrupper, så vil også eldregruppen variere. Hovedtyngden av eldre er friske og lever aktive og sosiale liv, men det finnes også eldre som lever i ensomhet og er tynget av ulike psykiske helseproblemer. Psykisk helse er en kjent tematikk for de fleste og står i dag sterkt på dagsorden. Temaet har skapt engasjement i en årrekke etter at flere profilerte figurer har stått frem i mediene med sine historier. Litteratursøk blant eldre og psykisk helse har vist at depresjon og ensomhet er særlig fremtredende.

Jeg ønsker å fordype meg i eldre og psykisk helse, og videre se på hvilke muligheter sosialt arbeid i form av samfunnsarbeid gir i arbeid med denne målgruppen. Min problemstilling blir derfor: *Hvordan kan samfunnsarbeid som metode i sosialt arbeid benyttes for å bedre livssituasjonen til eldre med psykiske helseproblemer?*

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Høsten 2020 gjennomførte jeg praksis hos Østbyen frivilligsentral som er en del av Kirkens Bymisjon i Trondheim. Her tok jeg del i frivilligsentralens mange oppgaver, derav arbeid med eldre gjennom prosjektet «Sosiale møteplasser for eldre hjemmeboende». Dette prosjektet startet opp i 2018 på bakgrunn av etterspørsel om sosiale aktiviteter i bydelene, da tilbudene var få og mange av beboerne i nabolagene var eldre. På møteplassene står måltidsfelleskap, aktiviteter og sosialisering i fokus (Trondheim Kommune, 2021). I praksis ble jeg vitne til et samhold mellom deltakere på møteplassen, takknemmelighet over at et slikt tilbud finnes, og for at de er friske nok til å delta. Å se hvilke forebyggende effekter et slikt lavterskeltilbud har på de eldres psykiske helse vekket min interesse for målgruppen og samfunnsarbeid som arbeidsmåte.

Vi har lagt bak oss et år preget av korona og restriksjoner. Yngre generasjoner opprettholder et brukbart sosialt liv gjennom sosiale medier, men i motsetning til de yngre så har ikke de eldre samme forutsetning. Psykiske utfordringer og nye følelser kan dukke opp i en tid hvor store deler av hverdagen tilbringes i eget selskap. Problemer man ikke visste eksisterte har kanskje meldt sin ankomst, og flere har trolig fått kjenne på følelsen av ensomhet. Å se nærmere på hvordan man i kraft av sin posisjon som sosialarbeider kan bruke samfunnsarbeid i samarbeid med målgruppen er høyst aktuelt og en spennende vinkling på et interessant og dagsaktuelt tema.

1.3 Oppgavens relevans for sosialt arbeid

Samfunnet er i konstant endring og samfunnsendringer kan være bidragsytende til nye brukergrupper og sosiale problemer. Av den grunn er sosialt arbeid et dynamisk fag som påvirkes av lokale, nasjonale og internasjonale forhold. For å møte de samfunnsmessige endringene må faget forandres i takt med skiftende samfunnsforhold (Berg et. al., 2015, s. 26-27). Et av flere samfunnsmandater i sosialt arbeid som er beskrevet i det yrkesetiske

grunnlagsdokumentet, er å inneha å ha et kritisk blikk på rammer og verdier som til enhver tid er styrende i samfunnet (Fellesorganisasjonen, 2019). Dette innebærer at man som sosialarbeider må holde seg oppdatert på samfunnet og ny forskning.

Faget sosialt arbeid retter seg mot problemer som oppstår mellom individ og samfunn eller grupper og samfunn. Ofte jobbes det med endringsarbeid, men sosialt arbeid retter seg også mot å tydeliggjøre forhold i samfunnet som bidrar til å ekskludere og marginalisere, for så å motvirke disse (Berg, et. al., 2015, s. 19). Dette er svært relevant for problemstillingen fordi elementer ved eldre og psykisk helse må belyses og forhold i samfunnet må tydeliggjøres før man kan begynne med endringsarbeidet. I tillegg er empowerment og brukermedvirkning to sentrale begrep som ofte tillegges vekt. Hovedessensen i empowerment omhandler personers evne til å opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av en avmaktssituasjon (Askheim, 2018, s. 21), mens brukermedvirkning handler om personens overgang fra å være passiv til deltakende ved å delta i planlegging og utforming av tiltak (Norvoll, 2017, s. 113), noe som er relevant i utførelsen av samfunnsarbeid.

1.4 Oppgavens avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde eldre fra 67 år som av ulike grunner har psykiske helseutfordringer. Bakgrunnen for de psykiske helseutfordringene vil kunne nevnes, men vil ikke stå i fokus. Utfordringene involverer i stor grad depresjon og ensomhet, samt sammenhengen mellom dem. Litteraturen jeg har valgt å bruke varierer noe i aldersspennet, men jevnt over er resultatene sammenlignbare uavhengig av alder da artiklene i de aller fleste tilfeller har en nedre aldersgrense på 67 år. Til tross for flere begreper som omtaler den eldre delen av befolkningen vil denne oppgaven benytte “eldre” som en samlebetegnelse for alle over 67 år. Skulle det være behov for videre presisering så vil det gjøres rede for. At fokuset er rettet mot samfunnsarbeid begrunnes i at arbeidsmetoden er utfordrende og fremtidsrettet, men også i oppgavens ordbegrensninger da sosialt arbeid er et stort og omfattende felt. Jeg anser det derfor som hensiktsmessig å begrense oppgaven til en arbeidsmetode.

1.5 Hvordan er oppgaven bygd opp?

Oppgaven består av totalt fem kapitler, inkludert kapittel 1 som nettopp er gjennomgått. Videre følger metodekapittelet som beskriver systematisk litteratursøk og kjedesøk. Her redegjøres det for søkeprosessen, kildekritikk og forskningens relevans for å vurdere litteraturen og

samtidig ha et kritisk blikk på utvelgelsesprosessen. I kapittel 3 går jeg nærmere inn på eldre og psykisk helse og arbeid, samtidig som fokuset vil være på samfunnsarbeid og helsefremmende- og folkehelsearbeid. I kapittel 4 kommer drøftingen, der jeg drøfter hvorfor samfunnsarbeid er en god arbeidsmåte, samt hvilke muligheter og begrensninger man møter på ved bruk av denne arbeidsmåten i arbeidet med psykisk helse hos eldre, i tillegg til andre relevante aspekter ved eldre og psykisk helse. I oppgavens siste kapittel sammenfattes oppgaven og dens hovedfunn.

2.0 Metode

I alle oppgaver er bruk av rett metode vesentlig for et godt resultat. Metoden vil fortelle hvordan man bør gå frem for å fremskaffe og etterprøve kunnskap. Dalland (2017, s. 52) beskriver metoden som vårt redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke, og at den hjelper oss med datainnsamlingen i forkant av undersøkelsen. I denne oppgaven har jeg gjort systematiske litteratursøk og anvendt kjedesøk i tillegg til å bruke metodikken som tilhører litteraturstudie for å innhente deler av litteraturen.

2.1 Systematisk litteratursøk

Som Dalland (2017, s. 195) poengterer er valget av metode også styrt av tiden man har til disposisjon. Tatt i betraktning bacheloroppgavens begrensede tidsperiode, vil det være mest hensiktsmessig å gjøre systematiske litteratursøk i relevante databaser og søkemotorer for å finne vitenskapelige artikler til denne teoretiske oppgaven. Metodikken som benyttes ved litteraturstudier blir anvendt for å skaffe noe av materialet, da data innhentes fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, i form av skriftlige kilder (Dalland, 2017, s. 207). Gjennom dette skaffes en ny innsikt i temaet ved å se på det eksisterende fremfor å gå i gang med en helt ny studie (Aveyard, 2014, s. 14). I tillegg til å bruke litteraturstudiets metodikk er deler av materialet også innhentet fra pensumbøker og kjedesøk. Ved kjedesøk går man gjennom referanselister i en artikkel eller bok man finner relevant for å se om noe kan anvendes. Rienecker og Jørgensen (2006, s. 193) skriver at kjedesøkingens styrke er at den fører fra en god referanse til en annen, og slik kan man finne litteratur man normalt ikke ville kommet over. Flere av forfatterne henviser til hverandre, noe som underbygger at stoffet er relevant og at kildene er troverdige.

2.2 Søkeprosessen

I søkeprosessen har jeg valgt å benytte meg av søkemotorene Oria og Google Scholar, i tillegg til databasene Social Services Abstracts og Idunn. Ved siden av dette har jeg også søkt aktivt etter Stortingsmeldinger. Videre har jeg brukt referanselistene til aktuelle vitenskapelige artikler for å finne litteratur som vil være relevant, såkalte kjedesøk, før jeg så har søkt på titlene i en eller flere av de nevnte søkemotorene og databasene. Søkene er hovedsakelig gjort på norsk eller engelsk. En rekke søkeord har blitt benyttet, enten alene eller i kombinasjon med hverandre, for å finne relevant litteratur. De norske ordene er som følger: «eldre», «samfunnsarbeid», «sosialt arbeid», «psykisk helse», «psykisk uhelse» og «livskvalitet».

Engelske søk er gjort ved hjelp av ordene «old», «old age», «elderly», «mental health», «community work» og «social work».

Søkene har i liten grad vært avgrenset til årstall da kombinasjonen av søkeordene viste få treff, og jeg anså det som verdifullt å få et innblikk i artiklene som passet til mine søk. Det har vært nyttig å se på eldre litteratur og rapporter for å ha et sammenligningsgrunnlag, men også til bruk i forklaringen av samfunnsarbeid og andre definisjoner. Et av eksklusjonskriteriene jeg aktivt benyttet meg av, var å utelukke «rus» fra funn i søkemotorene og databasene. Uten å ekskludere dette var det utelukkende rusrelaterte artikler som dukket opp i søk som inkluderte «eldre» og «psykisk helse». Konsekvensen av å velge slike artikler hadde vært at oppgaven hadde blitt for omfattende og fått en helt annen vinkling, og min vurdering var dermed at dette måtte utelukkes.

2.3 Kildekritikk og forskningens relevans

Søkingen startet ved at jeg begynte å søke i pensumlister fra andre emner på studiet og i referanselister for å finne relevante bøker eller artikler. Videre har jeg lest gjennom innholdsfortegnelser og sammendrag etter relevante stikkord for oppgaven. Den utstrakte bruken av litteraturen varierer, da noe er brukt med hensikten av å definere begreper, mens andre brukes omfattende i redegjørelsen og drøftingen av oppgaven.

Fokuset på eldre og deres psykiske helse er noe som har fått økt fokus de siste årene, men likevel ble jeg overrasket over hvor lite forskning det er gjort på dette i Norge. Jeg har vært opptatt av å finne litteratur som både argumenterer for utfordringer og muligheter ved samfunnsarbeid og de eldres psykiske helse. Jeg anser dette som nødvendig for å få et helhetlig bilde på problemstillingen og for å kunne drøfte den i lys av relevant teori. Litteratur om samfunnsarbeid er utelukkende funnet i norske kilder, da det er av relevans for oppgaven å fokusere på samfunnsarbeid i Norge. Ved bruk av kjedesøk er det viktig å bevare det kritiske synet da man potensielt kan ende opp med kun en side av saken.

Det er rimelig å anta at reliabiliteten i datainnsamlingen er høy da anvendte data i stor grad er publisert som forskning i tidsskrift, som statistikk i rapporter eller i bøker med profilerte forfattere. I tillegg til dette benyttes Stortingsmeldinger som, i lys av sin utgiver, har en høy reliabilitet. Ved bruk av internettkilder har jeg vært kritisk til utgiver og presenterte fakta ettersom dette ikke er publisert som forskning. Gjennom et kritisk blikk på søkeprosessen har

jeg også vært bevisst på at mitt faglige og politiske ståsted kan legge føringer for valg av litteratur og argumenter som presenteres i drøftingen. Å være bevisst på at dette kan skje, vil være verdifullt da litteratur innhentes med et formål om å belyse problemstillingen fremfor å bekrefte min forforståelse. Ved bruk av vitenskapelige artikler er denne jobben gjort på forhånd for at de skal være vitenskapelige.

3.0 Teori og litteratur

I dette kapittelet ønsker jeg å se på demografiske endringer i målgruppen for å forstå hvordan dette vil påvirke samfunnet i tiårene fremover. Videre rettes fokus mot hvem de eldre er, livskvalitet, og psykiske helseproblemer. Avslutningsvis fokuserer jeg på samfunnsarbeid, som også er det sentrale perspektivet og det metodiske blikket gjennom denne oppgaven, dets bakgrunn og bruksområde, samt sammenhengen med helsefremmende- og folkehelsearbeid.

3.1 Demografiske endringer i eldregruppen

Lysetøl og Meland (2012, s. 76) påpeker at fremtidens velferdsbehov blant annet bestemmes av demografi, alderssammensetning, ideologi og holdninger. Grunnet økt levealder og lave fødselstall har vi i dag en økende andel eldre, noe som fører til at omsorgs-, helse- og pensjonsutgifter stadig blir høyere. Fremover ventes en vekst som først og fremst skyldes store fødselskull i etterkrigstiden, den såkalte “babyboom-generasjonen”. Denne gruppen har vokst opp i en tid med økende velstand, og vil ha støtte i partner og barn i større grad enn de eldste eldre. Generasjonen kjennetegnes også av å være friskere, og vil trolig møte pleie- og omsorgsbehovet i en senere livsfase enn vi har sett tendens til de siste tiårene (Ramm, 2013).

Begrepet “forsøringsbyrden” brukes til å forklare hvor mange yrkesaktive vi har per pensjonist. Denne byrden vil øke kraftig i tiårene som kommer, fra fem personer i alderen 20-66 år for hver person over 67 år, til 2,5 personer i 2060 (Stamsø, 2017, s. 209-210). For å forstå denne demografiske endringen er det også hensiktsmessig å se på barnefødsler. I dag er fruktbarheten for lav til å opprettholde antallet sysselsatte per trygdemottaker. Dette kan man se i sammenheng med at kvinner i dag tar lengre utdanning, noe som ofte fører til at de er eldre enn tidligere når de får sitt første barn og at de i tillegg føder færre barn (Christiansen et al., 2018). En potensiell løsning kan innebære lengre arbeidstid da dette fører til høyere produksjon og inntekt for staten i kombinasjon med en økning i pensjonsalder for å utnytte flere årsverk i arbeid, samtidig som det reduserer utgifter for staten (Stamsø, 2017, s. 211-212).

3.1.1 Hvem er de eldre?

Tall fra SSB (Normann & Hetland, 2020) viser at det ved utgangen av 2019 var i overkant av 800 000 bosatte alderspensjonister over 67 år i Norge, og som dermed inngår i betegnelsen “eldre”. De eldste av de eldre er aldersgruppen som har økt mest frem til nå, altså de som vokste opp på 30- og 40-tallet. Det vil i årene fremover være en betydelig vekst i antall eldre over 80

år som følger av en økning i fødselstallene fra midten av 1930-årene, lengre levealder og innvandring gjennom mange år (Christiansen et al., 2018). En høy andel av disse bor alene, flere er ugift, og flere ble enke/enkemann i voksen alder, samtidig som denne gruppen har færre barn sammenlignet med senere generasjoner eldre (Ramm, 2013), noe som kan gjøre de disponerte for psykiske helseproblemer og en opplevelse av å være ensom. Texmon (2013, s. 27) skriver at 57 prosent av de eldre i 2013 var kvinner, men at denne andelen også øker med alderen noe som vises i statistikken ved at tre av fire blant de over 90 år er kvinner.

3.2 Psykisk helse

Psykisk helse handler om vår opplevelse av at livet har en mening, men variasjonsbredden i forhold til hva som er et godt og meningsfullt liv er stor da dette vil variere ut ifra diagnoser, opplevelse av trivsel, fellesskap og ensomhet. Det finnes få klare definisjoner på psykisk helse, men WHO definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (Regjeringen, 2014). I dette inngår hvordan vi har det med oss selv og hvordan dette påvirker hvordan vi er sammen med andre, og hvordan vi fungerer i hverdagen. Omfanget av psykisk uhelse er ukjent grunnet at det er mange som ikke kommer i kontakt med psykisk helsevern, og som dermed ikke inkluderes i statistikker.

Det er sjeldent at man opplever fullstendig velvære, da kropp og psyke periodevis vil kjenne på fysiske og psykiske utfordringer - noen mer alvorlig enn andre. Depresjon og ensomhet er psykiske lidelser og plager som ofte omtales om hverandre, og som i mange tilfeller påvirker hverandre. Ved å se på utfordringer knyttet til psykisk helse, vil livskvalitet være et interessant perspektiv da mange opplever at helsen svekkes med alderen, og at diverse helseplager kan redusere livskvaliteten betydelig. Til tross for dette kan opplevelsen av livskvalitet variere blant mennesker med samme helseproblemer.

3.2.1 Ensomhet

Depresjon kan som tidligere nevnt knyttes til ensomhet, men man kan være ensom uten å være deprimert. Ensomhet handler om en ubestemt lengsel eller savn etter andre mennesker. Studier som har forsket på ensomhet understreker at det er følelsen av være ensom som er skadelig, og at det å være alene dermed ikke er det samme som å være ensom (Helsenorge, 2018). I tillegg til depresjon er ensomhet forbundet med andre uheldige helseproblemer, både mentalt og fysisk. Noen av de mest alvorlige fysiske konsekvensene er økt dødelighet, dårlig søvnkvalitet,

forhøyet blodtrykk og hjerte- og karsykdommer (Luanaigh & Lawlor, 2008, s. 1219). Disse fysiske konsekvensene kan potensielt påvirke den eldre psykisk. Ensomhet er svært utbredt hos eldre, og ses hyppig blant de med nedsatt funksjonsnivå, et lite sosialt nettverk, og hos de som er avhengige av hjelp ettersom de lettere kan bli isolerte i eget hjem (Kvaal, 2018, s. 444). Slik kan ensomhet i alderdommen ofte forklares av ytre forhold (Thorsen & Clausen, 2009). En studie gjort av Dragset, Espehaug og Kirkevold (2012, s. 969) viser til at et høyt nivå av depressive symptomer er assosiert med opplevd ensomhet. Hvordan helse- og sosialfaglig personell kan jobbe med denne problematikken er derimot gjort få studier på, men det kan tyde på at man ved å jobbe systematisk ved nettverk vil avdekke tilgjengelige ressurser som kan være til hjelp.

3.2.2 Depresjon

I faser av livet kan mennesker oppleve følelsesmessige tilstander der de føler seg mislykket og utilstrekkelig som menneske. Depresjon er en sterk og vedvarende opplevelse av tristhet og nedtrykthet. Det har skjedd en oppmykning i bruken av begrepet depresjon, noe som har gjort det mer anvendelig med mulighet for hjelpepersonell til å kunne gripe inn tidligere (Espnes & Smedslund, 2018, s. 178). Ved en depresjon er mange av aktivitetene som tidligere var av interesse, blitt uten betydning, i tillegg til at man har mindre energi i kombinasjon med et sterkt redusert aktivitetsnivå (Håkonsen, 2018, s. 254-255). Håkonsen (2018, s. 255) skriver dessuten at depresjon kan utarte seg på en rekke måter gjennom for eksempel uro, rastløshet, irritabilitet og sinne. Depresjon er en av mange plager som er vanlig i høy alder og som ofte kan knyttes til ensomhet og isolasjon. Undersøkelser har vist at følgene av somatiske sykdommer, slik som tap av fysisk helse, har størst betydning for utvikling av depresjon, men at det er desto viktigere å påvirke psykiske og sosiale faktorer som kan forebygge depresjon (Ranhoff, 2014, s. 162).

Depresjon er mest utbredt hos de eldste eldre, altså de over 75 år. Tilstanden er alvorlig, og verdens helseorganisasjon (WHO) beregnet at depresjon i 2020 ville ligge på andreplass etter hjerte- og karsykdommer, ut fra hvor mange år med god helse som går tapt (Kvaal, 2014, s. 438). Det er heller ikke uvanlig med komorbiditet blant den eldre aldersgruppen. Flere lidelser kan gi utslag i overlappende symptomer, noe som vanskeliggjør diagnostiseringsprosessen (Langballe & Evensen, 2011). I tillegg kan flere sykdommer på samme tid innvirke på livskvaliteten og den psykiske helsen (Engdahl et al., 2018). Depresjon og demens kan i tidlig fase komme til uttrykk med de samme symptomene, noe som gjør det vanskelig å avdekke om

personen har symptomer på depresjon eller demens (Langballe & Evensen, 2011). Vanskelige livssituasjoner og store endringer i livssituasjonen kan være årsaken til at en depresjon utvikles, og jo mer inngripende en depresjon blir, desto mindre er den deprimerte villig til å dele av seg selv og motta hjelp, og desto mer vil det prege atferden og omgangen med andre mennesker, i tillegg til egen livskvalitet. For å unngå at slike problemer i fremtiden vil koste samfunnet dyrt i form av økonomi og menneskelige ressurser, må man kanskje begynne å se etter bærekraftige måter å møte denne problematikken på.

3.3 Livskvalitet

Levekår er de objektive og materielle forholdene man lever under, og livskvalitet er den subjektive opplevelsen av disse forholdene (Jenssen, 2000, sitert i Espnes & Smedslund, 2018). Livskvalitet er et forholdsvis nytt begrep som først ble tatt i bruk i 1950-årene i USA, og har siden den gang vært et begrep som vektlegger de ikke-materielle faktorenes betydning for et godt liv og samfunn. I dag brukes ordet livskvalitet på flere måter, men gjerne om hvordan livet oppleves av den enkelte (Barstad et al., 2016, s. 21). Opplevelsen av høy livskvalitet henger sammen med færre psykiske plager og lidelser og god fysisk helse, og kan ses som en viktig beskyttelsesfaktor mot psykisk sykdom. I tillegg til helseeffekter for den psykiske helsen så er også livskvalitet og tilfredshet knyttet til positive konsekvenser for den fysiske helsen, noe som kan begrunnes i dens positive effekt på relasjoner og nettverk, livsstil, stress, immunforsvar og hjerte- og karsystemet (Nes, 2019).

3.4 Samfunnsarbeid

På 1970-tallet ble samfunnsarbeid som arbeidsmetode og begrep innført gjennom sosialskolen. Metoden ble introdusert som et friskt og kritisk alternativ til metoder på individ- og familienivå (Hutchinson, 2004, s. 224), og brukes i dag alene og i sammenheng med nettverksarbeid. Gjennom 70- og 80-tallet ble det satt fokus på oppløsningen av sosiale nettverk og hvordan dette har bidratt til samfunnsskapt problemer. Dette resulterte i en statlig strategi for nærmiljøpolitikk, og statlige myndigheter begynte med forsøks- og utviklingsarbeid i lokalsamfunn. Formålet var et samarbeid mellom det offentlige og beboere, der hensikten var å styrke tilhørighet og fellesskap, utvikle trygge nærområder og bidra til aktiv deltakelse blant innbyggerne, samt å redusere offentlige kostnader. Håpet om å kunne forbygge psykiske og sosiale problemer, i tillegg til å øke de frivillige ressursene i samarbeid med det offentlige, var også et sentralt mål (Hutchinson, 2004, s. 225). Dette ser man også tendenser til i dag, da man

ønsker å skape inkluderende lokalsamfunn samtidig som man jobber for å bedre innbyggernes helse og livskvalitet.

Samfunnsarbeid omtales som den fjerde hovedarbeidsmåten i sosialt arbeid, der arbeidet er rettet mot mobilisering av krefter og arbeid mot endringer på organisasjons-, institusjons-, lokalsamfunns- og samfunnsnivå, men overlapper med de resterende måtene å bruke sosialt arbeid på. Problemer på individnivå settes i en samfunnsmessig sammenheng, og de berørte medvirker i arbeidet (Hutchinson, 2018, s. 13). Slik kan man forstå at samfunnsarbeid har fokus på å arbeide *med* de berørte, fremfor *for* dem, i prosessen med å endre de samfunnsforholdene som skaper problemer på individnivå. Kleppe (2017, s. 136) fremhever “partnerskap” som et sentralt begrep når vi snakker om arbeid *sammen med*. En sosialarbeider og de eldre vil inneha ulike roller og kunnskap i samarbeidet, men til tross for dette må de inngå i en relasjon der man har tro på deres ressurser til å løse problemene de står overfor (Kleppe, 2017, s. 136).

Samfunnsarbeidet har fokus på empowerment, noe som vil si at hver enkelt må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Kunnskap om disse forholdene, påvirkning av beslutninger som har konsekvenser for helsen, og aktiv deltakelse i arbeidet for et sunnere samfunn er viktige prosesser for å føle seg i kontroll over eget liv (Mæland, 2017, s. 346-347). Brukermedvirkning står også sentralt i samfunnsarbeid og omhandler brukernes rett til medvirkning og innflytelse på egen situasjon (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). I dette inngår å ta del i brukermedvirkningsprosesser i samfunnsarbeidet for sammen å komme frem til det beste resultatet.

3.5 Helsefremmende- og folkehelsearbeid

Med vide og ambisiøse målsettinger handler folkehelsearbeidet ikke bare om å forebygge sykdom og fremme helsen, men også om økt trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, der det endelige målet er flere gode leveår for alle. Dette går regjeringen nærmere inn på i en melding til Stortinget, der de ønsker å videreutvikle et effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid med fokus på å skape et trygt samfunn og fremme helsevennlige valg (Meld. St. 19 (2018-2019)). Innen det forebyggende helsearbeidet kan man se på helsefremmende arbeid som en måte å tilnærme seg de store folkehelseproblemene på (Mæland, 2017, s. 340-341). Dette innebærer å igangsette tiltak som ønsker å bedre livskvaliteten, øke trivselen og legge til rette for å mestre utfordringene og belastningene man blir utsatt for i dagliglivet

(Espnes & Smedslund, 2018, s. 301). God helse skal være et middel for å oppnå andre ønskelige mål. Ved å styrke helsen skapes et overskudd som muliggjør personlig, økonomisk og sosial utvikling, noe som kan føre til økt livskvalitet og mestring.

På mange måter kan helsefremmende- og folkehelsearbeid ses i sammenheng med samfunnsarbeid fordi de jobber opp mot grupper i samfunnet, samt at de ønsker å se på den enkeltes muligheter og ressurser i gruppen fremfor begrensninger, herunder personlige egenskaper, nettverk og sosial kapital. I tillegg er fokuset rettet mot den enkeltes makt og kontroll over egen helse, samt at prosessen vektlegges i like stor grad som resultatene (Mæland, 2017, s. 345). Med dette menes at fokuset er på brukermedvirkning, og det er ønskelig at de eldre som i denne sammenhengen skal ha nytte av tiltakene, er med i planleggingsprosessen, da de vet hvor skoen trykker og er eksperter i eget liv. En god samarbeidsprosess der alle får delta på lik linje er like mye verdt som et godt resultat.

4.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte hvorfor samfunnsarbeid kan være en god arbeidsmåte å bruke med eldre som målgruppe, samt hvilke muligheter og begrensninger det kan føre til. I tillegg vil det også legges fokus på hvordan livskvaliteten kan påvirkes av faktorer som omhandler psykisk helse og mennesket som et sosialt vesen, herunder sosial kapital, nettverk og relasjoner.

4.1 Hvorfor samfunnsarbeid?

Å arbeide med de berørte eldre kan på mange måter ses på som vesentlig og selvsagt for å igangsette tiltak. Til tross for det skjer ofte mye av planleggingen og iverksettingen i sosialt arbeid uten stor innflytelse fra den berørte parten. Dette står derfor i kontrast til samfunnsarbeid der arbeidet er rettet mot mobilisering av krefter og arbeid for å få til endringer, og problemer på individnivå settes inn i en samfunnsmessig sammenheng. De berørte engasjeres i planleggingen, og det er dermed mulig å hevde at empowerment i betydning av mobilisering av kraft hos den enkelte og i gruppen, er i fokus (Hutchinson, 2018, s. 13). Oppsummert er samfunnsarbeidets fokus på empowerment begrunnet i menneskerettighetene og enhver rett til et verdig liv (Hutchinson, 2018, s. 14).

En stor andel eldre er i kontakt med ulike hjelpetjenester og kan nås via kontaktpersoner i kommunen. De har ofte kunnskap om den enkelte og deres utfordringer både fysisk og psykisk, noe sosialarbeidere i offentlig, kommunal og frivillig sektor i stor grad bør benytte seg av. Hvordan skal man som sosialarbeider kunne nå denne gruppen ved bruk av samfunnsarbeid og hvorfor er dette en god metode å bruke? Mange sosialarbeidere med ulike erfaringer vil trolig ha ulike svar på dette, men det er rimelig å tro at et gjennomgående svar på disse spørsmålene vil peke i retningen av sosiale fellesskap, aktiviteter, livsglede og mestringfølelse. Hutchinson (2004, s. 229) vektlegger at prosesser på individnivå, herunder sosialarbeider-klientrelasjonen, også er viktig i samfunnsarbeid. Det er ikke uten grunn at det ligger en sannhet i denne påstanden, for med fokus på den enkeltes ressurser, handlingsvalg og problemforståelse vil man sannsynligvis treffe med måltilpassede tiltak til brukergruppen og rekrutteringen av deltakere til et prosjekt eller et tiltak. Eldre er i stor grad aktive og mange har opprettholdt sine sosiale liv, men med alderen følger også dødsfall i nettverket og konsekvensen kan bli en tilværelse

preget av ensformighet, et mindre nettverk og lite motivasjon og lyst til å møte andre. Kanskje bunner også en slik tilstand av tiltaksløshet i psykiske utfordringer?

Trondheim kommune beskriver i sin eldreplan for 2016-2026 flere satsningsområder frem mot 2026. Disse inkluderer tidlig innsats der prioriteringen skal være på konsekvensen en eventuell utsettelse av tiltak og hjelp vil få for helse, livskvalitet og mestring, i tillegg til satsningsområdet som fokuserer på aktiv aldring med fokus på kultur og aktivitet for å motvirke sosial isolasjon og ensomhet. I den forbindelse jobbes det tett opp mot disse målsettingene i bydelene rundt om i Trondheim, da kultur og aktiviteter i nærområdet anses som et viktig virkemiddel i forebyggingsarbeidet rettet mot sosial isolasjon blant personer uten store nettverk (Trondheim kommune, 2016). Til tross for at dette arbeidet er initiert fra kommunen, så er det trolig stor sannsynlighet for at metoder fra arbeidsprosessen i samfunnsarbeid har blitt brukt i utformingen da man ønsker tiltak som treffer målgruppen.

4.2 Samfunnsarbeidets muligheter og begrensninger

I likhet med alle andre arbeidsmåter følger det både muligheter og begrensninger ved å bruke samfunnsarbeid med målgruppen. På den ene siden er en av de største mulighetene med samfunnsarbeid dets potensiale til å nå en stor gruppe mennesker med noe til felles. På den andre siden kan dette også være en stor begrensning, da gruppen kan bli generalisert og tiltakene i liten grad tilpasses det enkelte individs behov. Å være klar over den valgte arbeidsmetodens muligheter og begrensninger vil antageligvis gjøre arbeidsprosessen bedre, i tillegg til at sosialarbeideren er bevisst under planleggingen av tiltak for målgruppen. I dette tilfellet er fokuset på samfunnsarbeid i arbeid med de eldre sine livssituasjoner der den psykiske helsen kan by på utfordringer.

4.2.1 Arbeid med depresjon og ensomhet

Samfunnsarbeid er en metode som kan benyttes for å bedre livssituasjonen til eldre med psykiske helseutfordringer. Flere studier har fokusert på forekomsten av depresjon og ensomhet blant eldre. Studiene hevder at en fellesnevner er at ensomhet er en risikofaktor for utviklingen av depresjon, mangel på deltakelse i sosiale aktiviteter kan relateres til depresjon, samtidig som et lite sosialt nettverk relateres til ensomhet (Adams et al., 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008). Dette argumenterer også Dragset, Espehaug og Kirkevold (2012) for gjennom å vise til at depressive symptomer assosieres med opplevd ensomhet. Ikke desto mindre kan depresjon

komme til uttrykk gjennom den fysiske helsen kamuflert som høyt blodtrykk, dårlig søvnkvalitet, hjerte- og karsykdommer og dødelighet (Luanaigh & Lawlor, 2008). Mulighetene samfunnsarbeid har i arbeid med eldre med nevnte helseutfordringer, er evnen til å jobbe forebyggende med fokus på folkehelse og økt livskvalitet. I dag bor det omlag 800 000 alderspensjonister i Norge, og selv om opp mot 35 prosent eldre opplever å ha depressive plager, så kan det være nyttig å vite at andelen som lider av depresjon er vesentlig mindre, men ikke ubetydelig (Langballe & Evensen, 2011). I samarbeid med helsetjenester kan sosialarbeidere settes i kontakt med de berørte, og dermed begynne forebyggingsarbeidet.

På den ene siden gir dette sosialarbeideren mulighet til å kunne møte en gruppe mennesker med likhetstegn ved sine plager. Til tross for at de berørte eldre er selvstendige individer med ulike behov, så har man gjennom å etablere kontakt, åpnet for å lage en arena hvor de kan møtes og hjelpe hverandre. På den andre siden så må man erkjenne at sprikene i deres behov kan være store, og at en slik generalisering av en bestemt eldregruppe potensielt kan virke mot sin hensikt. For øvrig bør man som hjelper i situasjonen være oppmerksom på at komorbiditet er vanlig i høy alder, og at deres psykiske utfordringer dermed kan være svært komplekse og bunne i problemer utenfor fagfeltet. Som sosialarbeider må man også være bevisst på at mange av plagene de opplever trolig vil gjøre terskelen for å være deltakende på noe slikt svært høy.

I årene fremover vil veksten i antall eldre over 80 år være betydelig (Engdahl et al., 2018), noe som vil legge et press på offentlige velferdstjenester og forsørgingsbyrden ettersom færre yrkesaktive skal forsørge et økende antall pensjonister. Sosialarbeidere vil trolig møte på flere eldre med sammensatte og komplekse problemer som ofte kan virke umedgjørliche, såkalte wicked problems, som dessuten føles vanskelig å definere og dermed også vanskelig å gjøre noe med (Ulfrstad, 2011). Disse problemene, som gjerne involverer både fysiske og psykiske plager, medfører et behov og et press for gjennomføring av individualiserte tjenester, noe som trolig vil kunne vise seg å bli vanskelig i fremtiden med færre tilgjengelige ressurser. Det er rimelig å tro at når man velger å bruke samfunnsarbeid med denne gruppen mennesker, så må man jobbe for å finne fellesnevnerne, altså noe som går igjen i brukergruppen og noe som de potensielt kan gjøre noe med ved hjelp av hverandre i et fellesskap.

4.2.2 Samarbeidsprosesser for sosiale fellesskap

Selv om ikke alle eldre har samme interesser så vil det likevel være en mulighet å samle en gruppe mennesker med overordnet samme behov, for eksempel behovet for sosial kontakt,

gjennom en samfunnsarbeidsprosess hvor de sammen kan utarbeide en plan for hva de ønsker å gjøre. Ofte startes slike grupper av en sosialarbeider, men så er det opp til gruppen selv hva de ønsker å gjøre videre (Økland, 2012). Forskning viser at sosiale fellesskap og aktiviteter er godt for psyken, noe Espnes & Smedslund (2018, s. 352-353) understreker ved å hevde at kvinner ofte klarer seg best etter en partners dødsfall grunnet deres behov for å *være sammen* med venner, mens menn, satt på spissen, samles over fritidsaktiviteter eller for å *gjøre noe sammen*, og dermed treffes menn sjeldnere enn kvinner. Å se dette i sammenheng med forventet levealder og grad av livskvalitet vil være av interesse, da funn kan tolkes til at det er en sammenheng mellom disse. Slik kan man forstå at samhandling med andre trolig bidrar til økende grad av livskvalitet. Likevel viser LOGG-studien (Thorsen & Clausen, 2009) at flere kvinner enn menn er ensomme uavhengig av at de har et større sosialt nettverk, noe som kan ha sammenheng med at kvinner lever lenger, og dermed lever flere år uten sine eldre mannlige ektefeller.

Til tross for at hvert enkelt tiltak ikke vil treffe alle 100 prosent, så vil man trolig treffe på noe overordnet, selv om sosialarbeideren ved bruk av samfunnsarbeid fremfor individuelt rettet sosialt arbeid ikke får tid og mulighet til å jobbe systematisk med den enkeltes behov. Kanskje kan de berørte eldre samles om en enighet om at dagene er lange og at det er langt hyggeligere å danne nye bekjentskap i voksen alder enn å sitte innenfor husets fire vegger i ensomhet.

4.2.3 Helsefremmende arbeid og en aktiv alderdom

Med samfunnsarbeid som arbeidsmåte i møte med eldre som har psykiske helseutfordringer følger også muligheten til å jobbe helsefremmende med fokus på folkehelse. Ved å jobbe helsefremmende er fokuset rettet mot at det vi arbeider med skal bli sterkest mulig, og tiltak har som mål å bedre livskvalitet, trivsel og mestringsfølelsen i hverdagslivet (Espnes & Smedslund, 2018, s. 293, 301). Faktorer som kan bidra til et vellykket samfunnsarbeid må synliggjøres i likhet med faktorer som kan hemme. Sett i et slikt lys vil man som sosialarbeider ha fordel av å ha nådd gruppen før deres psykiske plager blir til lidelser. På den ene siden kan selvhjelpsgrupper være et mål med samfunnsarbeidsprosessen, der eldre gjennom deltakelse i gruppen skal utvikle innsikt, kunnskap og praktiske tips for å takle problemene dersom de gjenoppstår (Espnes & Smedslund, 2018, s. 330). På den andre siden kan det derimot være et mål at samfunnsarbeidet skal ende i et sosialt tiltak, en møteplass eller et aktivitetstilbud der det fokuseres på sosialisering, utvidelse av sosiale nettverk, livsglede og mestringsfølelse. Dette er i tråd med Trondheim kommunes fremtidsplan for eldre (Trondheim kommune, 2016) og

Stortingsmeldingen “Leve hele livet” som viser til at stadig flere eldre bor alene og at dagens tendens peker i retningen av mindre kontakt og fellesskap (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Undersøkelser har vist at sykehjemsbeboere er tilfredse med pleie og omsorg, men savner dager med meningsfulle aktiviteter og sosial kontakt med andre. Hjemmeboende eldre opplyser at de nyter godt av dagtilbud, men at tilbudene varierer geografisk (Meld. St. 15 (2017-2018)). At sosiale aktivitetstilbud eksisterer, er viktig da fysisk aktivitet gir en rekke helsefremmende effekter. Dessuten viste en eldre amerikansk undersøkelse at fysisk aktivitet var en nøkkelfaktor i predikeringen av hvorvidt en person holdt seg frisk, uten funksjonshemminger, inntil døden. Forskerne mente at den siste etappen med en eventuell funksjonshemming kunne vært unngått med moderate mengder fysisk aktivitet (Leveille et al., 1999). “Leve hele livet” refererer til forskning når det argumenteres for at mer aktivitet i omsorgstjenestene kan gi flere positive resultater for helsen. Det påpekes videre at denne aktiviteten ikke nødvendigvis trenger å være utelukkende fysisk, men at den kan kombineres med aktivitet som tilrettelegger for sosialisering (Meld. St. 15 (2017-2018)). Brukermedvirkning gir i den forbindelse mulighet for slike aktiviteter og tiltak da det åpner for innspill fra de eldre til å påvirke egen tilværelse. Gjennom et samarbeid kan sosialarbeideren sammen med de eldre komme frem til hva som oppleves som meningsfull aktivitet.

4.3 Livskvaliteten påvirkes av den psykiske helsen

Livskvalitet handler om hvordan livet oppleves for den enkelte (Engdahl et al., 2018) og dette kan variere gjennom livet. Livskvaliteten påvirkes av den psykiske helsen og kan dermed slå ut på en rekke livsområder. Alderdommen oppleves som en krevende fase og inneholder mange indikatorer som viser til en fallende livskvalitet. Hansen og Daatland (2016) hevder at tilfredsheten blant personer i 60- og 70-årene er stor, men skriver videre at forskjellene blir tydeligere blant de over 75 år, før livskvaliteten igjen er høyere i den høye alderdommen. Rapporten viser til en prevalens for depresjon og ensomhet etter fylte 75 år, samt mindre tilfredshet i den seie alderdommen. Dette kan ha en sammenheng med at det med alderen i mange tilfeller følger en rekke somatiske sykdommer som innvirker på den psykiske helsen. I tillegg vil tap av venner og familiemedlemmer trolig øke prevalensen for depresjon og ensomhet. Det er mulig at fysiske plager og det innskrenkende sosiale nettverket kan redusere den sosiale kapitalen, og være bidragsytende til en redusert sosial tilværelse. At livskvaliteten igjen er høy i den høye alderdommen, gir et positivt inntrykk av eldregruppen. I den forbindelse kan man se den høye livskvaliteten i sammenheng med dødsfall blant de med dårligere fysisk

og psykisk helse (Hansen & Daatland, 2016), noe som for øvrig gir et delvis uklart bilde av de faktiske tallene.

Gerstorff, Ram, Röcke, Lindenberger og Smith (2008) har fulgt personer fram til de dør og funnet at graden av livskvalitet faller drastisk de fire siste leveårene, noe som kan forklares med begrepet “terminalt fall”. Dette funnet argumenterer for at tid til døden er en bedre indikator for livskvalitet enn alder, altså tid fra fødselen. Evandrou og Glaser (2004) hevder at livskvalitet i alderdommen er et resultat av kombinasjonen av livsløpsfaktorer og situasjonsfaktorer. De viser til et eksempel der tidligere ansettelsesstatus og omsorgsrolle påvirker tilgangen til ressurser og helse senere i livet. I tillegg er det rimelig å si at medfødte faktorer kan være relatert til livskvaliteten. Eksempelvis så kan personligheten preges i en optimistisk eller pessimistisk retning, noe som kan legge føringer for opplevd livskvalitet (Hansen & Daatland, 2016). Med grunnlag i presenterte fakta er det god grunn til å tro at eldre som opplever en hverdag preget av psykiske helseproblemer og lidelser også vil lide med tanke på lav livskvalitet. Trolig vil den lave livskvaliteten vise seg i mangel på tiltakskraft, motivasjon, mestring og sosialisering – noe som igjen kan føre til ensomhet og depressive plager. Å bruke samfunnsarbeid som metode kan muligens bidra til å øke flere av de eldres livskvalitet på sikt gjennom et fellesskap hvor fokuset ligger på medvirkning, mestring, aktiv alderdom og sosialisering.

4.4 Mennesket er et sosialt vesen

Som mennesker er vi grunnleggende sosiale og utvikler oss i et samspill med våre omgivelser, samtidig som omgivelsene vil påvirke oss (Brodtkorb & Rugkåsa, 2017, s. 291). Vi søker kontakt, bekreftelse og anerkjennelse helt fra tidlig alder, og er med det født som sosiale vesener. Sosialiseringprosesser påvirker alle og enhver og former den enkelte. Abraham Maslow utviklet en behovspyramide bestående av fem ulike nivåer, der det sosiale behovet befinner seg midt i pyramiden etterfulgt av behovene for anerkjennelse og selvrealisering. Forut finner vi fysiologiske behov og trygghetsbehov. At slike basale behov er det eneste som i denne teorien anses viktigere enn sosiale behov sier nettopp noe om viktigheten av sosialisering og det å føle en tilhørighet og tilknytning til et fellesskap. Samfunnsarbeidet gjør et forsøk på å legge til rette for at menneskets sosiale behov skal tilfredsstilles gjennom tiltak og tilbud i nærmiljøet for målgruppen, som i dette tilfellet er eldre med ulike psykiske helseutfordringer.

4.4.1 Nettverkets betydning

Å kartlegge brukernes eller gruppens sosiale nettverk kan være hensiktsmessig hvis man ønsker å se på hvilke ressurser de har rundt seg i begynnelsen av samfunnsarbeidet. Tilhørighet, aksept og tillit forstås som grunnleggende aspekter ved det sosiale nettverket gjennom hele livet (Mæland, 2017, s. 346). Betydningen av et støttende sosialt nettverk og dets evne til å påvirke den fysiske og psykiske helsen bør ikke undervurderes da dette er en av de viktigste vitenskapelige oppdagelsene for forebyggende helsearbeid (Dalgard & Sørensen, 2009, sitert i Mæland, 2017, s. 346). Sosial isolasjon og ensomhet kan potensielt øke risikoen for sykdommer og tidlig død (Cornwell & Waite, 2009; Luanaigh & Lawlor, 2008; Mæland, 2017, s. 346). Dermed er det mulig å hevde at det sosiale nettverket har betydning for støtte og sosialisering, og virker i kraft av dette både helsefremmende og sykdomsforebyggende. Dette understreker Espnes og Smedslund (2018, s. 352) ved å påpeke at enkelte nettverk faller bort ved pensjonsalder, noe som fører til at man sannsynligvis blir enda mer avhengig av å ha andre sosiale nettverk som støtter ved behov. Et stabilt sosialt nettverk er således verdsatt i alle aldre, men er kanskje enda viktigere når man blir eldre.

Gjennom samfunnsarbeid er målet at endringer skal skje på kollektivt nivå. Nettverksarbeidets mål er å skape kontakt og fellesskap mellom mennesker. Hutchinson (2004, s. 225) hevder at nettverksarbeid kan gi utspring til samfunnsarbeid gjennom dialog og samhandling mellom mennesker, som deretter kan føre til oppstart av prosesser hvor de involverte kommer til enighet om å arbeide for å forebygge og bedre sosiale problemer. Nettverk som kjennetegnes av å være tette og robuste oppleves ofte gode for støtte og utvikling. Til tross for dette kan det også innhentes ressurser fra de svakere båndene da personer man vanligvis har lite med å gjøre kan være en kobling til nye nettverk som representerer nye forståelser eller måter å se verden på. Således kan styrken i de svakere båndene ligge i nettopp deres svakhet (Bø & Schiefloe, 2007). Sett i et slikt lys kan en gruppe eldre med psykiske helseutfordringer, som et resultat av samfunnsarbeid, også være bidragsytende til et større sosialt nettverk med personer i tilsvarende situasjon ved å belyse utfordringer og arbeide med disse i et fellesskap.

4.4.2 Sosial kapital gjennom sosiale tiltak

Ettersom samfunnsarbeid og nettverk i stor grad handler om tillitsfulle relasjoner, samarbeid og mestring, vil sosial kapital som begrep ha relevans i den forstand at det øker forståelsen for at relasjoner og nettverk er viktig i seg selv. Sosial kapital består av et medlemskap i en "sosial gruppe" som ikke er like tilgjengelig for alle medlemmene av samfunnet. Bourdieu definerer

sosial kapital som sosiale relasjoner som består av noe mer enn tilfeldige forhold mellom mennesker, herunder at relasjonene må ha en viss varighet og at det må vises en forpliktelse overfor dem (Bugge, 2002, s. 241-242). Med grunnlag i definisjonene er det mulig å hevde at det handler om en kobling mellom deltakelse, tillit, normer og nettverk (Olsen, 2017, s. 333). Hvordan kvaliteten på relasjonene mellom mennesker er, vil ha implikasjoner og legge føringer for både enkeltmennesket og samfunnsarbeidet. Med grunnlag i dette er det rimelig å si at sosial kapital er svært sentralt for samfunnsarbeid da relasjonene verken er tilfeldige eller kortvarige, i tillegg til at det ligger en gjensidig forpliktelse overfor hverandre i bunnen.

For eldre med psykiske helseutfordringer, og som spesielt lider av depresjon og opplever ensomhet, vil viktigheten av nettverk og sosial kapital sannsynligvis være avgjørende for å opprettholde et sosialt, aktivt og meningsfullt liv som medfører positive effekter for både helsen og livskvaliteten. Bourdieu på sin side ser ikke nettverksrelasjoner som naturlige, men som et resultat av individuelle eller kollektive strategier hvor målet er å etablere gjensidige forpliktelser. Det er for øvrig ikke tilstrekkelig med relasjonene, da også det materielle og symbolske må være tilgjengelig for å kunne snakke om sosial kapital (Nysæther, 2004). Sett i sammenheng med samfunnsarbeidet så stemmer dette overens med arbeidsprosessen der man med målrettet og systematisk arbeid gjennom en rekke trinn kartlegger situasjonen og oppretter kontakt med målgruppen, før man i et samarbeid med fokus på empowerment og brukermedvirkning utvikler tiltak i lokalsamfunnet som er bidragsytende til en hverdag preget av færre psykiske plager og økt livskvalitet og mestring.

Sosial kapital belyser det som skjer på individ-, gruppe- og samfunnsnivå, og det er dermed rimelig å si at sosial kapital kan ses på som et kollektivt gode ettersom det får betydning utover den enkelte sine relasjoner. Sosial kapital omhandler de Eldres sosiale liv og relasjoner til andre. Som Ramm (2013) belyser så har de eldste eldre et mindre sosialt nettverk da denne generasjonen fikk færre barn og har tilbragt deler av livet alene og ugifte. Sett i et slikt lys vil det å benytte samfunnsarbeid gi Eldregruppen mulighet til å komme i kontakt med andre mennesker i samme alder og med sammenlignbare utfordringer i hverdagslivet. Slik tilbys de dermed muligheten til å utvide sitt sosiale nettverk og opparbeide seg sosial kapital. Alle aspekter ved dette vil trolig ruste de eldre og potensielt virke forebyggende mot flere alvorlige konsekvenser av de psykiske helseutfordringer. Det hersker liten tvil om sosialiseringens og aktivitetens effekt både på den fysiske og psykiske helsen, noe som underbygger denne påstanden.

4.4.3 Relasjoner i nærmiljøet

Nærmiljøpolitikk står sterkt i samfunnsarbeidets grunnleggende fundament (Hutchinson, 2004). Robert Putnam har i likhet med Pierre Bourdieu skrevet mye om sosial kapital, men til forskjell fra Bourdieu er Putnam opptatt av hvilke relasjoner som utvikles i nærmiljøet, og hvilke grader av fellesskap som eksisterer, i flere tilfeller illustrert ved å se på grad av tillit i lokalmiljøet. Dette inkluderer tillit til naboer og andre, og anses som å være en ressurs både for den enkelte personen og nærmiljøet (Barstad et al., 2016). Tiltak som iverksettes gjennom bruk av samfunnsarbeid som metode rettet mot eldre med psykiske helseutfordringer, er ofte tiltak i retningen av sosialisering og aktivitet da mange lever i ensomhet og isolasjon fra andre store deler av uken, noe som gjentatte ganger har vist seg å ha sammenheng med utviklingen av depresjon og tidlig død (Adams et al., 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008; Meld. St. 19 (2018-2019)). Men å være rundt andre mennesker er antakelig ikke nok i seg selv. Det kan være nyttig å vite at ensomhet ikke bare er et ønske om selskap, men et ønske om at relasjonene må være spesifikke og viktige for den enkelte (Raman et al., 2012, s. 113).

Påstanden viser til ønsket om støttende og stabile sosiale nettverk i alderdommen slik Espnes og Smedslund (2018) presenterer. Samfunnsarbeidsprosesser fokuserer på styrking av individer og grupper, med et mål om at håpløshet og avmaktfølelse kan omgjøres til en tro på seg selv og sine iboende ressursers mulighet til å påvirke og delta i samfunnsbyggingen (Hutchinson, 2004, s. 224). Ofte skjer disse prosessene i lokalsamfunnet og viser seg som sosiale tiltak. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2018-2019)) fremmer forebygging av ensomhet og sosial isolasjon, samt sosial støtte som viktige bidragsyttere til store helsegevinster. Den hevder også at frivillige organisasjoner og andre aktører er viktige samarbeidspartnere i skapelsen av gode nærmiljøer og tilrettelegging av møteplasser. Samhandling med andre aktører vil, med utgangspunktet i kunnskapen om fremtidige demografiske endringer i befolkningen, være lønnsomt da det offentlige velferdssystemet vil settes under press grunnet et økende antall eldre med individuelle behov for oppfølging og andre tjenester.

I Trondheim samarbeider kommunen med kultursektoren, pensjonistforeninger og frivillig sektor om sosiale tiltak og møteplasser for eldre (Trondheim kommune, 2016). Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017-2018)) fokuserer på aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap med et ønske om at sårbare eldre skal oppleve støtte fra sosiale nettverk, i tillegg til tilpasset aktivitet. Det er grunn til å tro at endringer i livssituasjonen påvirker den eldre i negativ forstand, men med

mulighet til samtale, motivasjon og støtte er målet at eldre “skal få mulighet til å leve livet – hele livet” (Meld. St. 15 (2017-2018)). Mye av forskningen som er gjort tilsier at relasjoner og kontakt med andre i nærmiljøet kombinert med sosiale tiltak og møteplasser, vil ha en positiv effekt på både den psykiske og fysiske helsen. Eldre med psykiske utfordringer kan oppleve at terskelen for deltakelse er høy. Dermed er sannsynligvis viktigheten av et godt nabolag og nærmiljø desto viktigere for sosial inkludering av en potensielt svært utsatt gruppe med tanke på de helsemessige konsekvensene.

Hansen og Daatland (2016) hevder at livskvalitet henger sammen med naboskapsintegrasjon, og at lav livskvalitet er indikert med lav tilfredshet med livet, lav grad av mestring og høy risiko for ensomhet og depresjon. Samfunnsarbeid jobber tett opp mot dette i samarbeid med de berørte eldre, og legger slik til rette for at de skal kunne opprettholde sosiale liv eller bli en del av et fellesskap ved å delta på sosiale møteplasser med andre i tilsvarende situasjon. Lokalmiljøene skiller seg imidlertid fra hverandre og stiller med ulike utgangspunkt, noe som må vektlegges i Stortingsmeldinger og planer for eldre. Slike lokale forskjeller vil trolig påvirke livskvaliteten og muligheten til å være deltakende og påvirke samarbeidsprosessen. Med grunnlag i dette er det mulig å hevde at samfunnsarbeidet må tilpasses etter lokale forhold ut i fra lokalsamfunnets forutsetninger og befolknings sammensetning (Thorsen & Clausen, 2009). Slik vil sannsynligvis utbyttet av ressursene som nedlegges bli best mulig. Ikke desto mindre er det mulig å hevde at risikoen for lav livskvalitet faller med stigende sosial tetthet og fellesskap i nærmiljøet. Det er dermed rimelig å si at geografien og det sosiale samholdet både kan føre til dårlig livskvalitet, men også kompensere for det (Hansen & Daatland, 2016).

5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg gått nærmere inn på samfunnsarbeid som metode og hvordan den kan benyttes til å bedre livssituasjonen til eldre med psykiske helseproblemer. Eldregruppen blir stadig større, og i dagens samfunn lever de eldre i all hovedsak gode liv og opplever at hverdagen er meningsfull. Til tross for dette finnes det en stor andel eldre som av ulike grunner opplever hverdagen som vanskelig grunnet psykiske helseproblemer, herunder depresjon og opplevd ensomhet. Dette skyldes ofte store livsendringer som fører til at livet igjen må «læres» å leve. Disse store livsendringene kan blant annet være dødsfall i nettverket, fysisk og psykisk sykdom som setter en stopper for en tidligere aktiv hverdag, eller flytting til sykehjem.

Samfunnsarbeid er ingen enkel metode å bruke da det krever nøye planlegging fra sosialarbeiderens side, der målet er å myndiggjøre de eldre og legge til rette for at brukermedvirkning står sterkt i fokus. Tiltakene skal utformes i samarbeid med de som har nytte av dem, da det er de som vet hvor skoen trykker. De eldre er eksperter i eget liv og sitter dermed på verdifull informasjon som sosialarbeideren må ta til seg gjennom prosessen. Med fokus på deres sosiale nettverk, inkludert relasjoner i nærmiljøet og sosial kapital, vil man kunne avdekke hvilke ressurser som er tilgjengelige. Noe av det viktigste ved samfunnsarbeid er sosialarbeiderens fokus på individet i fellesskapet. Som et resultat av kartleggingen vil livskvalitetsløftende- og helsefremmende sosiale tiltak igangsettes med de eldre i fokus.

Et sentralt og gjennomgående begrep er livskvalitet. Alle valg som tas i livet vil potensielt påvirke livskvaliteten, men det er heller ikke unormalt at denne vil variere gjennom livets mange faser. Ranhoff (2014, s. 162) skriver at depresjon og depressive symptomer er vanlige plager i høy alder som ofte knyttes til ensomhet og isolasjon, men fokuserer videre på at dette kan forebygges ved å påvirke psykiske og sosiale faktorer. Forebyggingsarbeidet som utføres gjennom samfunnsarbeid har vist seg å ha betydning for livskvaliteten da økt livskvalitet kan oppstå gjennom sosiale fellesskap, medvirkning og mestringsfølelse – som også er elementer ved samfunnsarbeid.

Et interessant perspektiv for fremtiden vil trolig være å se psykisk helse i lys av den pågående koronapandemien. Eldre har vært spesielt utsatt for svært negative helsekonsekvenser grunnet underliggende sykdommer og skrantende helse, og dermed har mulighetene til å omgås det sosiale nettverket vært begrenset til et minimum, både for hjemmeboende og

sykehjemsbeboere. Den utvidede bruken av oppsøkende samfunnsarbeid har vært svært begrenset grunnet nasjonale restriksjoner. Mange vil hevde at nedstengingen av samfunnet har vært nødvendig, men hvor lenge dette skal gå på bekostning av den psykiske helsen er det ingen som vet. Kanskje blir psykisk helse den neste pandemien? Trolig er det ingen som vet. Men det vi vet er at ettervirkningene av pandemien sannsynligvis vil påvirke samfunnet i mange år fremover.

Jeg finner det vanskelig å komme frem til en konkret konklusjon på oppgavens problemstilling: *Hvordan kan samfunnsarbeid som metode i sosialt arbeid benyttes for å bedre livssituasjonen til eldre med psykiske helseproblemer?* Gjennom teori og drøfting blir det imidlertid klart hva som kan være årsakene til de psykiske helseproblemene, hvordan de utarter seg og omfanget av dem. Drøftingen av de sosiale nettverkene, relasjoner, sosial kapital og livskvalitet, samt muligheter og begrensninger med samfunnsarbeid, belyser hva som må avdekkes og hvordan man kan gå frem for å legge til rette for et godt samfunnsarbeidsprosjekt. Et overordnet mål med samfunnsarbeid vil uansett være å tilrettelegge for økt livskvalitet og mestringsfølelse gjennom tilpassede aktiviteter og fellesskap, noe som potensielt kan ha langvarige positive effekter på den psykiske helsen. Samfunnsarbeid kan benyttes til etableringen av grupper og møteplasser for eldre slik Trondheim kommune har gjort.

Som en avsluttende refleksjon til denne oppgaven kan det stilles spørsmål ved hvor vi står i dag med samfunnsarbeid i Norge. Til tross for at metoden er relativt ny sammenlignet med andre, så har den fått fotfeste innen sosialt arbeid og brukes aktivt av sosialarbeidere for å endre på problemskapende forhold i samfunnet, i tillegg til å mobilisere krefter hos den enkelte gjennom samarbeid og brukermedvirkning. Et annet spørsmål å stille for videre refleksjon er om det er behov for mer forskning på dette området. Dagens eldre står overfor andre utfordringer enn tidligere generasjoner, noe som stiller krav til ny og oppdatert kunnskap om arbeidsmetoder, eldregruppen og samfunnsforhold. Samfunnsarbeid er en innovativ metode i stadig utvikling som trolig vil få enda større plass og utbredelse i fremtiden.

6.0 Litteratur

- Adams, K. B., Sanders, S. & Auth, E. A. (2004). Loneliness an depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Ageing & mental health*, 8(6), 475-485. <https://doi.org/10.1080/13607860410001725054>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 3. utg. McGraw-Hill/Open University Press.
- Barstad, A., Normann, T. M., Nes, R. B., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H. C. & Herheim, Å. (2016). *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. (Rapport IS-2479). Helsedirektoratet.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015) Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2017). Samfunnsfag som redskap i profesjonsutøvelsen. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (2. Utg., s. 291-294). Gyldendal Akademisk.
- Bugge, L. (2002). Pierre Bourdieus teori om makt. *Agora*, 20(03-04), 224-248.
- Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital*. Universitetsforlaget.
- Christiansen, S. T. B., Kravdal, Ø. & Bævre, K. (2018, 14. mars). *Befolkningen i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/befolkningen/>
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment—a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 965-974. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03932.x>
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukervedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 97-111). Universitetsforlaget

- Engdahl, B. L., Nielsen, C. S., Hjellvik, V., Reneflot, A., Nes, R. B., Berg, C. L., Gjertsen, F., Grinde, B., Husabø, K. J., Steingrimsdottir, O. A., Blix, H. S., Vollrath, M. E. M. T. & Strand, B. H. (2018, 23. mai). *Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2018). *Helsepsykologi*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evandrou, M. & Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life: changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing & Society*, 24(5), 771-791.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X04002545>
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Gerstorff, D., Ram, N., Röcke, C., Lindenberger, U. & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging*, 23(1), 154-168. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.154>
- Hansen, T. & Daatland, S. O. (2016). Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Omsorg 2020 - Årsrapport 2018*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport/statistikk>
- Helsenorge. (2018, 31. oktober). *Isolasjon og ensomhet*.
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/isolasjon-og-ensomhet/>
- Hjelmtveit, V. (2017). Sosialpolitikk og teorier om sosiale problemer. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse- og sosialpolitikk*. (3. utg., s. 86-109). Gyldendal Akademisk.
- Hutchinson, G. S. (2004). Samfunnsarbeid–undervurdert som arbeidsmåte? *Nordisk sosialt arbeid*, 24(03), 223-234.
- Hutchinson, G. S. (2018). *Samfunnsarbeid. Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kleppe, L. C. (2015). Kunnskap i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 125-138). Universitetsforlaget.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 438-451). Gyldendal Akademisk.
- Langballe, E. M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

- Leveille, S. G., Guralnik, J. M., Ferrucci, L. & Langlois, J. A. (1999). Ageing successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 149(7), 654-664.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009866>
- Lunaigh, C. Ó. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(12), 1213-1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Lysetøl, P. M. & Meland, E. A. (2012). *Velferdsstatens økonomi*. Universitetsforlaget.
- 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/>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Mæland, J. G. (2017). Forebygging og folkehelsearbeid – mellom fag og politikk. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse- og sosialpolitikk*. (3. utg., s. 339-361). Gyldendal Akademisk.
- Nes, R. B. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Normann, T. M. & Hetland, A. (2020, 20. juni). *Alderspensjonister*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/aldpensj>
- Norvoll, R. (2017). Makt og avmakt. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn*. (2. Utg., s. 67-97). Gyldendal Akademisk.
- Nysæther, L. A. (2004). Kan begrepet sosial kapital anvendes i sosialt arbeid? *Nordisk sosialt arbeid*, 24(01), 63-76.
- Olsen, B. C. R. (2017). Familien og det sivile samfunn – sentrale velferdsarenaer. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse- og sosialpolitikk*. (3. utg., s. 315-338). Gyldendal Akademisk.
- Raman, L., Rajan, J., & Geetha, M. H. (2012). A review on social network and loneliness in elderly. *Social Work Chronicle*, 1(2), 107.
- Ramm, J. (Red.) (2013). Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. SSB, Statistiske analyser 137.

- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 162-173). Gyldendal Akademisk.
- Regjeringen. (2014, 16. desember). Verdens helseorganisasjon.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven*. Fagbokforlaget.
- Stamsø, M. A. (2017). Trygdesektoren. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse- og sosialpolitikk*. (3. utg., s. 192-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Texmon, I. (2013). Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse. I J. Ramm (Red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. (s. 27-37). SSB, Statistiske analyser 137.
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2009). Hvem er de ensomme?: sosial kontakt og ensomhet. *Samfunnsspeilet (trykt utg.)*, 23(2009) nr 1, 74–78.
- Trondheim Kommune. (2021, 15. januar). Sosiale møteplasser for seniorer.
<https://www.trondheim.kommune.no/aktivitetskoordinatorer/>
- Ulfrstad, L. M. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid*. Kommuneforlaget AS.
- Økland, M. A. (2012). *Samfunnsarbeid og boligsosialt arbeid. En erfaringssamling med fokus på strategier og virkemidler*. Fagbokforlaget.

