

Anonym

Hvordan erfarer helsepersonell at COVID-19-pandemien har påvirket hjemmeboende eldres opplevelse av ensomhet?

Antall ord: 4425
Prosjektbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Hvordan erfarer helsepersonell at COVID-19-pandemien har påvirket hjemmeboende eldres opplevelse av ensomhet?

Antall ord: 4425

Prosjektbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden

ABSTRAKT

Innledning: Studiet tar for seg hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten erfarer at COVID-19-pandemien har påvirket hjemmeboende Eldres opplevelse av ensomhet, og hva årsakene til dette er. Simultant belyser studien hvordan helsepersonellet opplever at de har håndtert ensomheten under pandemien, og hvilken rolle de opplever å ha ovenfor å ivareta hjemmевærende Eldres sosiale behov.

Metode: Det ble gjennomført seks kvalitative, semistrukturerte intervju med helsepersonell i ulike institusjoner innenfor kommunehelsetjenesten som hadde erfaring med temaet. Intervjuene ble gjennomført i februar og mars 2021 og analysert etter prinsippene for systematisk tekstkondensering.

Resultater: Resultatene viser at helsepersonell opplevde at det var stor forekomst av ensomhet blant de hjemmевærende Eldre og at COVID-19-pandemien hadde forsterket dette. Helsepersonellet erfarte at en viktig årsak til økt opplevelse av ensomhet under pandemien var økt sosial isolasjon blant de Eldre, som følge av stengte tilbud og mindre kontakt med helsepersonell og bekjente. Smitteutstyr opplevdes av flere som en barriere for den mellommenneskelige kontakten. Helsepersonellet opplevde også at de spilte en viktig rolle i å ivareta de Eldres sosiale behov, men flere erfarte at dette ansvaret hadde vært vanskelig å oppfylle under pandemien grunnet lite tid, ressurser, og redusert fysiske møter og kontakt med de Eldre.

Konklusjon: Studien har vist at hjemmевærende Eldres opplevelse av ensomhet har økt under COVID-19-pandemien gjennom helsepersonells synspunkt. Samtidig settes det spørsmål ved validiteten til disse oppfattelsene, da enslighet og ensomhet kan forveksles. Økt sosial isolasjon under pandemien ble pekt på som en bidragsyter for ensomhet, og helsepersonellet etterspurte et økt fokus på ensomhet blant Eldre. Videre forskning kan besvare om det fantes en helhetlig strategi for helsefremmende arbeid og ensomhetsforebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten under pandemien, eller om det er behov for dette.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study is to explore how healthcare personnel in the primary healthcare in Norway experience that the COVID-19 pandemic has affected elderly people living at home's experience of loneliness. It also explores the reasons behind this. The study simultaneously illustrates how healthcare personnel experience their management of loneliness during the pandemic, and how they view their role in taking care of the social needs of elderly people at home.

Method: Six qualitative, semi-structured interviews were carried out with healthcare personnel in various institutions within the primary healthcare in Norway, who all had experience with the topic. The interviews were conducted in February and March 2021 and were analyzed using the principles of systematic text condensation.

Results: The results show that the healthcare personnel experienced a high incidence of loneliness among the elderly living at home, and that the COVID-19-pandemic had exacerbated this. The healthcare personnel found that increased social isolation among the elderly was an important reason for the rise in loneliness among this group, due to closed services and reduced contact with healthcare personnel and acquaintances. Personal protective equipment was perceived by many as a barrier to interpersonal contact. The healthcare personnel also experienced that they played an important role in taking care of elderly's social needs, but several faced difficulties in fulfilling this responsibility during the pandemic, due to lack of time and resources, as well as less physical meetings and contact with the elderly.

Conclusion: The study has shown that the elderly living at home's experience of loneliness has increased during the COVID-19-pandemic through the perspective of healthcare personnel. Meanwhile, the validity of these perceptions is questioned, as aloneness and loneliness can be mixed up with one another. Increased social isolation during the pandemic was pointed out as a main contributor to loneliness, and healthcare personnel requested an increased focus on loneliness among the elderly. Further research can answer whether there was an integral strategy for health promotion work and loneliness-preventing work in the primary healthcare during the pandemic, or whether there is a need for this.

Introduksjon

«Den beste medisinen for et menneske, er et annet menneske.» Jens Meinich, grunnlegger av besøkstjenesten, Røde Kors (1).

Eldre har blitt «dobbelts utsatt» under COVID-19-pandemien. De har høyere risiko for å bli alvorlig syke av en koronainfeksjon (2), og er dermed også utsatt for isolasjonen som oppstår i kjølvannet av smittetruelsen. En rekke smitteverntiltak har blitt iverksatt under pandemien, og samfunnet har vært spesielt påpasselige med å beskytte de eldre. Når samfunnstilbud til hjemmeværende eldre stenger ned (3) og de blir oppfordret til ikke å møte nære og kjære, kan man spørre seg om hvordan denne sårbare gruppen har taklet den siste tiden.

I en amerikansk studie av Krendl og Perry vises det en sammenheng mellom isolasjon under pandemien og opplevelsen av økt ensomhet og depresjon blant eldre (4). Selv om forskning av Birkeland, samt Rumas, Shamblaw, Jagtap og Best viser at ensomheten synker med alderen, mens livskvaliteten øker (5; 6), har faktorer som regulerer ensomhet antageligvis blitt berørt av pandemien og dens tiltak. Disse faktorene innebærer blant annet hvor stort sosialt nettverk en har, hvor ofte man har kontakt med andre, og på hvilken måte den sosiale kontakten foregår (6). En rapport fra Røde Kors i Norge viser nettopp at ensomhet blant hjemmeværende eldre har økt under pandemien (1). Ensomhet kan defineres som en subjektiv følelse av ubehag eller smerte forårsaket av at ens tilknytning til andre oppleves som utilstrekkelig (7, s. 31-56), og blir forbundet med lavere livskvalitet, forkortet levetid og en rekke fysiske og mentale komplikasjoner (6). Ensomhet må ikke forveksles med enslighet, som defineres som en enkelt, eller aleneboende person (8, s. 150). I denne oppgavens forstand vil ordet enslig/enslighet brukes til å beskrive eldre som er alene.

Helsepersonell i kommunehelsetjenesten har mye kontakt med hjemmeboende eldre, og plikter å drive helsefremmende og forebyggende arbeid samt sikre et godt aktivitetstilbud til denne gruppen (9). Helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke helsen blant folk, og vektlegger positive ressurser for helse og økt livskvalitet. Forebygging av sykdommer står sentralt. Mye tyder på at å leve i ensomhet i seg selv utgjør en helsemessig belastning, og viktig helsefremmende sykepleie innebærer derfor å forebygge ensomhet (10, s. 76-77, 192).

Spesielt hjemmeværende eldre som er hjelpetrequende er utsatt for ensomhet, som følge av alvorlig sykdom eller sosiale tap (5). Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, herunder hjemmesykepleie, skal sikre ivaretagelse av sosiale behov

som samvær, sosial kontakt og fellesskap til denne gruppen (11). Det kan antas at kommunehelsetjenestens tilbud spiller en viktig sosial rolle for hjemmeboende eldre. Dessverre viser norsk forskning av Næss og Tønnessen at tjenestetilbudet til mange eldre har blitt redusert eller endret grunnet COVID-19-pandemien, som blant annet har ført til stengte dagsentre og aktivitetstilbud, og en økning i digital kontakt med helsepersonellet fremfor fysiske møter (3). I tillegg viser forskning at digital kontakt i stedet for fysiske møter gir en større risiko for å oppleve ensomhet (6).

Gjennom et samarbeid med Trondheim kommune og NTNU, der formålet var å avdekke en bestemt praksisplass sine erfaringer med ulike temaer under COVID-19-pandemien, har denne prosjektbachelorens problemstilling tatt form. Gjennom samtaler med helsepersonellet på det aktuelle praksisstedet kom det tydelig fram at ensomhet blant hjemmевærende eldre er et aktuelt tema. Hensikten med denne oppgaven er derfor å kartlegge hvordan helsepersonell erfarer at COVID-19-pandemien har påvirket hjemmeboende eldres opplevelse av ensomhet.

Metode

Denne prosjektbachelorens problemstilling ble til gjennom et samarbeid med Trondheim kommune og NTNU. Formålet til prosjektet var å avdekke en bestemt praksisplass sine erfaringer med ulike temaer under COVID-19-pandemien, og veilederne i praksis fulgte opp oppgaven underveis. Arbeidet foregikk svært interaktivt mellom praksisplassen og NTNU, der ansattgruppen på praksisplassen kom med innspill til problemstillinger og informanter, og senere ble presentert for funn og fikk gi tilbakemeldinger på resultatene.

Semistrukturerte intervju

En kvalitativ metode ble vurdert som best egnet, fordi hensikten med studien var å få innsikt og forståelse i hvordan helsepersonell opplever at COVID-19-pandemien har påvirket ensomhet blant hjemmeværende eldre, og å få utfyllende svar. Individuelle, semistrukturerte intervjuer ble overveid til å være mest hensiktsmessig da dette tenktes å gi respondentene mest åpenhet til å svare fritt, og upåvirkede svar (12, s. 151-167; 13, s. 47, 137-152). Forberedelsene til intervjuene og selve gjennomføringen av dem ble gjort i samarbeid med en medstudent med samme tema, men ulik problemstilling. Samarbeidet gjorde det mulig å gjennomføre flere intervjuer enn ved individuelt arbeid grunnet oppgavens rammeverk, og gav fordelene med at arbeidsmengden rundt intervjuene ble fordelt på to i stedet for én. Intervjuguiden ble utformet separat, men hadde et par felles, innledende spørsmål rundt COVID-19-pandemien (vedlegg 1). Intervjuguidene ble godkjent av prosjektveileder i forkant, og sikret at informantene fikk de samme spørsmålene, men var kun veiledende og helsepersonellet fikk uttrykke seg fritt uten at intervjuer avbrøt. Der det var aktuelt for problemstillingen ble oppfølgende spørsmål stilt underveis dersom det var naturlig (12, s. 151-167; 13, s. 47, 137-152). Intervjuene ble gjennomført fysisk eller digitalt på et lukket rom på praksisplassen, og hadde en varighet på ca. 1 time, der halve tiden var satt av til hver student sin problemstilling. Det var kun de to intervjuerne og respondenten til stede. Intervjuene ble transkribert underveis, og det ble ikke gjort lydopptak etter bestemmelser fra NTNU.

Utvalg/Respondenter

Rekruttering av deltagerne ble gjennomført gjennom et strategisk utvalg der inklusjonskriteriene var helsepersonell på praksisplassen, samt annet helsepersonell i primærhelsetjenesten som hadde mye kontakt med hjemmeværende eldre under COVID-19-pandemien. Det var ønskelig med respondenter fra flere ulike institusjoner for å gi et bredt perspektiv på problemstillingen. Av praktiske årsaker var det ønskelig med helsepersonell som befant seg i det samme geografiske området.

Det ble gjennomført 6 respondent-intervjuer, der 5 informanter ble intervjuet felles for begge studentene, mens 1 kun var for denne oppgavens problemstilling. I forkant av intervjuene ble etiske vurderingen overveid rundt anonymitet, og respondentene ble både skriftlig og muntlig informert om deres rettigheter (12, s. 102-105; 14, s. 211-218). Samtykke til å ha forstått dette og å være med i studien ble innhentet skriftlig i et samtykkeskjema (vedlegg 2). Alle svarene er blitt anonymisert og behandlet konfidensielt, og helsepersonellet vil i oppgaven bli referert til som «respondentene» for å ivareta deres anonymitet.

Analyse

I etterkant av intervjuene ble resultatene lest gjennom flere ganger for å få en helhetsfølelse av intervjuene. De ble så finskrevet og meningsfortettet for å redusere mengden tekst og gi bedre klarhet i funnene. Så ble de tematisk bearbeidet for å lettere kunne analysere likheter, forskjeller og sammenhenger mellom det respondentene hadde sagt (12, s. 178-183). Fire hovedtemaer ble dannet etter prinsippet om systematisk tekstkondensering (14, s. 97-111).

Resultat

Av de syv respondentene som ble spurt om deltagelse i studien var det seks som deltok. De seks respondentene var helsepersonell i kommunehelsetjenesten bestående av: to sykepleiere i hjemmetjenesten, én sykepleier i trygghetspatruljen, én aktivitør på dagsenter, og én fastlege. Noen av respondentene var nyutdannede og hadde kun jobbet som helsepersonell under pandemien, mens andre hadde lengre erfaring fra gjeldende eller andre institusjoner.

Resultatene av analysen er sammenfattet til fire temaer som omhandler helsepersonells opplevelse av: ensomhet blant hjemmeboende eldre under pandemien, mulige årsaker til ensomheten, deres håndtering av ensomheten, og deres rolle i å ivareta de hjemmeboende eldres sosiale behov.

Økt ensomhet under pandemien?

Alle respondentene hadde en opplevelse av at det allerede var mye ensomhet blant eldre før COVID-19-pandemien, men at pandemien forsterket dette. De eldre opplevdes som en allerede sårbar gruppe for ensomhet fordi mange har venner som har gått vekk, og flere respondenter opplevde at de eldre ikke ønsker å være til bry for familien sin. En respondent i hjemmetjenesten fortalte om enkelte eldre brukere som ønsket å få komme på korttidsopphold i julen for å slippe å være alene i denne tiden. Men under pandemien opplevde en respondent at de eldre i tillegg til å være mer ensomme, også følte seg innestengt som følge av isolasjon. En annen respondent fortalte om en eldre dame som var smittet med COVID-19 og dermed ble isolert:

«Det var en stor påkjenning for henne. Hun syntes det verste med hele perioden var å være helt alene i to uker, minst like ille som å ha COVID-19».

Respondentene trakk frem at de opplevde at ensomheten til vanlig var spesielt stor blant de eldre som var alene og som bare hadde helsevesenet som sosial kontakt. Men under pandemien opplevde respondenter fra hjemmetjenesten og fastlegen at de eldre hadde større behov for å prate under besøkene. Flere eldre ringte også inn til kontorene. I trygghetspatruljen ble det opplevd at de eldre var mer utrygge og kontaktsøkende, og ringte mer på alarmene sine fordi de hadde behov for en samtale eller for å bli beroliget. Respondenten sa:

«De som trykket mye på alarmene sine før, har ikke trykt på alarmer noe mindre nå, og de som var ensomme før er ikke mindre ensomme nå i hvert fall»

Noen av respondentene reflekterte også over at besøkene av hjemmetjenesten eller trygghetspatroljen under pandemien kunne være det eneste enkelte eldre så frem til i løpet av en dag. Også et økt behov for beroligende medisiner under pandemien ble bemerket.

Selv opplevde flertallet av respondentene ikke at de eldre brukte ordet ensomme om seg selv, men at de heller kunne fortelle om lange dager, at de var mye alene, og at de hadde mindre å se frem til eller var lei av livet. To av respondentene opplevde i samtaler med eldre at de sa de savnet folk og ikke fikk nok sosial kontakt, og på dagsenteret opplevde én respondent at de eldre pratet med de ansatte og hverandre om å være ensomme under pandemien.

Årsaker til ensomhet under pandemien

Respondentene forteller om en tid preget av mindre kontakt mellom helsepersonellet og de hjemmeværende eldre. I starten av pandemien ble dagsentrene stengt ned, aktivitetstilbud ble satt på pause, og mindre viktige besøk av hjemmetjenesten ble kuttet. Etter hvert ble dagsentrene åpnet igjen, men med smittevernrestriksjoner som antallsbegrensninger var det flere eldre som fikk et redusert tilbud. Også ringetilsyn eller annen digital kontakt med hjemmetjenesten og fastlegen i stedet for fysiske møter ble vanligere. En respondent fortalte at som en konsekvens av at denne kontakten ble brutt, var det enkelte eldre som ikke hadde kontakt med noen på opptil tre uker. En av respondentene i hjemmetjenesten opplevde i starten av pandemien å ha svært lite tid på besøkene, og beskrev jobbhverdagen som en «rullebåndsfølelse» der man skulle gå rett inn og gjøre oppdraget sitt og ut.

«Det var ikke tid til å sette seg ned og prate med brukerne og snakke om hvordan de har det, selv om du var det eneste mennesket som var innom. Det ble mye mindre mellommenneskelig kontakt. Mye mer sykepleie-pasient-roller.»

Også de eldres kontakt med venner og familie ble kraftig redusert. Respondentene fortalte om frykten for smitte blant de eldre, der alt fra bursdagsfeiringer til butikkturen ble unngått i størst mulig grad. Nabofelleskap ble mindre, og kaffeslabberas ble avlyst. Respondentene opplevde også at de eldres pårørende var redd for å smitte sine familiemedlemmer, og at flere eldre ikke hadde møtt familien sin siden før pandemien brøt ut. Flere av respondentene opplevde at de eldre hadde mer digital kontakt med familien sin som erstatning for fysiske møter, og at deres pårørende ringte mer for å høre hvordan det gikk. Én av respondentene fortalte at flere eldre uttrykte at de savnet den fysiske kontakten. En annen respondent opplevde at mange eldre hadde lagt til seg

vaner i starten av pandemien om at de overhodet ikke skulle ha kontakt med andre, som vedvarte selv når smittetrykket i perioder var lavt.

Alle respondentene opplevde at smittevernutstyr og avstandsregler skapte en barriere mellom dem og de eldre. Å ikke kunne gi klemmer eller beroligende kontakt opplevdes som en utfordring, og munnbind og smittevernsutstyr kunne bli et hinder for kommunikasjon og nærhet da de eldre ikke alltid gjenkjente helsepersonellet bak masken, eller hørte hva de sa. En respondent i hjemmetjenesten fortalte om en eldre dame som trengte nærhet og fysisk kontakt for å dempe utryggheten sin, men at dette ble utfordrende under pandemien. Respondenten sa:

«Vi kan ikke stryke de (eldre) på skulderen. Vi greier liksom ikke å være like mye medmenneske».

Samtidig erfarte én respondent at smittevernsutstyret ble oppfattet som en trygghet for de eldre. En annen reflekterte over om de eldre også kjente på mindre nærhet til helsepersonellet, eller om det var mest fra helsepersonellets side.

Håndtering av ensomhet under pandemien

Alle respondentene var samstemmige om at de opplevde at de eldre trengte mer omsorg av dem enn før. En respondent fra dagsenteret sa:

«Vi er på en måte deres nærmeste. De knytter seg ekstra til oss i denne tiden og åpner seg om hvor ensomt og tøft det har vært for dem. Dette har vært tøft for oss også, for det er mange triste skjebner.»

Flere respondenter beskrev hverdagen under pandemien som uforutsigbar, og erfarte at ulike tiltak ble satt i verk underveis. Dagsentrene hadde ringelister for å høre hvordan det gikk med sine eldre når de var nedstengt. Kommunen bestemte etter hvert også at de kunne ha utebesøk i denne perioden, og dagsentrene ble etter hvert åpent for en liten gruppe med stort behov for å komme seg ut, og da spesielt eldre uten pårørende i nærheten. Flere av respondentene fortalte også at de har vært svært bevisste over at ensomhet kunne bli en konsekvens av isolasjonen under pandemien, og derfor prøvde å være mer raus med den sosiale kontakten ovenfor de eldre tross smittevernsrestriksjoner. En respondent i trygghetspatruljen opplevde at de pratet mer med de eldre under pandemien enn de gjorde før, om de hadde tid. Men når de kontaktsøkende alarmene fra eldre ble flere, opplevde respondenten at trygghetspatruljen ikke alltid kunne rykke ut til disse, og at de telefonansvarlige på

vaktsentralen heller pratet med innringerne over telefon. Også i hjemmetjenesten opplevde én av respondentene at ekstra besøk ble satt inn under pandemien for eldre som opplevde stor angst eller utrygghet. Men samtidig opplevde flere at det ble vanskeligere å skulle oppdage symptomer på angst, depresjon og ensomhet, fordi de psykiske plagene ble nedprioritert til fordel for det fysiske plagene under pandemien. Flere respondenter syntes ensomhet blant eldre var et tema som var dårlig belyst. En annen respondent fra hjemmetjenesten fortalte:

«Det er nok flere som blir ensomme enn vi ser. Vi hadde kanskje kunne hatt plukket opp symptomene mer hvis vi hadde flere ressurser og tid til for eksempel en kaffe. Jeg skulle ønske at hjemmetjenesten kunne hatt tid til dette.»

Én respondent reflekterte over hvordan håndteringen av ensomhet i hjemmetjenesten under pandemien i stor grad var opp til hvert enkelt ansatt, og mente derfor at det var viktig å legge omtanken inn i de små handlingene når tiden var knapp. Respondenten trakk frem at det under pandemien kunne være flere måter å vise nærhet og omsorg til de eldre, som å smøre et fint frokostfat eller sette seg ned, om så bare for to minutter. En annen respondent prøvde å sette av tid til samtaler samtidig som andre prosedyrer ble utført. Prioritering av tid og hvilke eldre som trengte tiden mest ble trukket frem som en viktig faktor i å gi omsorg og dermed forebygge ensomhet, men også denne prioriteringen hvilte i stor grad på hver enkelt ansatt i hjemmetjenesten. En respondent sa:

«Å sette seg på sengekanten til en bruker eller sette seg på en krakk på do, det er småting som teller. Man kan kjøpe seg hvis man vil. Det har litt å gjøre med arbeidslysten og hvem man jobber for - brukerne eller seg selv.»

Flere av respondentene trakk frem at å forebygge ensomhet og andre psykiske plager ville virke positivt inn på den fysiske helsen til de eldre, og at den beste medisinen mot angst og ensomhet var fysisk kontakt med et annet menneske. En respondent i hjemmetjenesten kunne fortelle om en eldre bruker som regelmessig måtte inn på korttidsopphold for å få dekt sitt sosiale behov, da vedkommende ble urolig uten. Men mangel på kunnskap om tilbud og mangel på ressurser og tid i kommunehelsetjenesten ble trukket frem som hindre for forebygging av ensomhet.

Viktig sosial rolle

Alle respondentene opplevde at de spilte en viktig rolle i å ivareta de hjemmeboende eldres sosiale behov, og da spesielt for den gruppen som kanskje kun har

kommunehelsetjenesten som sosial kontakt i løpet av en dag. Spesielt hjemmetjenesten og dagsentrene ble fremhevet av alle respondentene som spesielt viktige arenaer. På dagsentrene beskrev flere respondenter at de eldre «blomstret opp», og at den sosiale kontakten de fikk der hadde stor påvirkning på de andre grunnleggende behovene til de eldre. Det ble blant annet servert mat som ble spist i sosialt lag, og det var sosiale aktiviteter som stimulerte både hodet og kroppen. En respondent fortalte om eldre som spiste tredoblet så mye mat når de var på dagsenteret enn hjemme, og om andre som trolig ville vært på sykehjem om de ikke hadde hatt dagsentertilbudet.

Respondentene som opplevde at hjemmetjenesten spilte en stor rolle i å forebygge ensomhet, fortalte hvordan hjemmetjenesten var til stede for samtaler på besøk, men også motiverte de eldre til å gå ut, møte andre mennesker og kunne gi dem tilbud som besøksvenn eller dagsenter. Under pandemien hadde flere av respondentene også gitt råd om hvordan de eldre kunne treffe familie og venner på smittevennlige måter.

Diskusjon

Hensikten med studien var å avdekke hvordan COVID-19-pandemien har påvirket hjemmeværende eldres opplevelse av ensomhet, gjennom helsepersonells erfaringer. Hovedfunnene viste at helsepersonell opplevde at det var stor forekomst av ensomhet blant de eldre og at pandemien hadde forsterket dette. De erfarte at en viktig årsak til økt opplevelse av ensomhet var økt isolasjon blant de eldre. Helsepersonellet opplevde også at de spilte en viktig rolle for å ivareta de eldres sosiale behov, men flere erfarte at denne ivaretagelsen hadde vært vanskelig å oppfylle under pandemien. Med bakgrunn i disse resultatene er det interessant å drøfte i hvilken grad helsepersonells oppfatninger av hjemmeværende eldres ensomhet kan stemme overens med de eldres egne opplevelser av ensomhet. Det er også interessant å drøfte hvordan sosial isolasjon påvirker opplevelsen av ensomhet. Til slutt vil helsepersonellens håndtering av ensomhet under pandemien drøftes i et mer helhetlig og helsefremmende perspektiv.

Enslighet vs. Ensomhet

Alt helsepersonellet i studien opplevde at det var mye ensomhet blant hjemmeboende eldre. De opplevde spesielt at hjemmeværende eldre som var mye alene og hadde kommunehelsetjenesten som eneste sosiale kontakt var spesielt sårbare for ensomhet. Dette stemmer godt overens med rapporten over ensomhet blant eldre som Røde Kors gjorde under pandemien, der det kommer frem at andelen eldre som oppgir at de ofte eller av og til føler seg ensomme er høyere blant personer som bor alene (1). Det kan dermed se ut til at enslighet og ensomhet har en sammenheng. Samtidig var det få respondenter i denne studien som hørte at de eldre brukte ordet ensom om seg selv, verken enslige eldre eller eldre som bodde sammen med andre. Dette stemmer overens med den norske studien gjort i hjemmesykepleien i 2013 der de fant at både sykepleiere og eldre bekreftet enslighet og alenehet, men at det ikke nødvendigvis medførte ensomhet. Selv om sosiale tap var tungt, var det ikke dominerende blant de eldre, og det var heller de praktiske konsekvensene som mangel på hjelp som var fremtredende. Samtidig opplevdes begrepet ensomhet tabubelagt, og noe man ikke pratet høyt om, som kan være en grunn til at studien i liten grad fant at de eldre følte seg ensomme (5). Men i flere studier gjort før og under pandemien kommer det frem at graden av ensomhet synker med alderen (5; 6). Oppfattelsen av at eldre er ensomme kan altså bli feiltolket når det sees gjennom utenforstående øyne, da ensomhet er en subjektiv følelse (5). Det må tas hensyn til individuelle forskjeller i opplevelsen av ensomhet blant eldre, og det er mange innvirkende faktorer (6).

Ensomhet og sosial isolasjon

Alle respondentene i studien erfarte at ensomheten blant hjemmeværende eldre hadde økt under pandemien. Denne oppfatningen kan bekreftes gjennom rapporten til Røde Kors som fant at eldre har opplevd mer ensomhet under pandemien enn før pandemien (1). Respondentene i min studie pekte på årsaker til ensomhet som at de eldre har færre tilbud under pandemien og økt sosial isolasjon. Ensomhet er en subjektiv følelse som en helst bare kan beskrive seg selv som, mens sosial isolasjon kan beskrives fra et objektivt ståsted (5). Hvorvidt helsepersonellet i denne studien hadde full oversikt over de eldres sosiale kontakter er derimot uvisst og trolig ikke tilfelle. At COVID-19-pandemien har ført til økt, ufrivillig sosial isolasjon kan allikevel antas.

I studien til Røde Kors ble det funnet at livskvaliteten til de eldre hadde gått opp under pandemien, og de eldre drøftet selv om de taklet isolasjon bedre fordi de hadde hatt erfaringer gjennom et langt liv (1). Dette tyder igjen på individuelle forskjeller innad i den eldre befolkningen. I den amerikanske studien av eldre under pandemien fant de at eldre som fra før hadde en sterk relasjon til familie og stort nettverk, viste særlig økning i ensomhet når de ble isolert. Forskerne anslo at dette hadde en sammenheng med at mange eldre ønsket å ha en nyttig rolle for sine nærmeste (4). Det kan dermed virke som at det å være alene og isolert i seg selv ikke trenger å gi noe økt ensomhet, i motsetning til ufrivillig sosial isolering som kan vise seg å ha en økt effekt på opplevelsen av ensomhet.

Håndteringen av ensomhet under pandemien

Alt helsepersonellet opplevde at de spilte en viktig rolle i å ivareta de hjemmeværende eldres sosiale behov, men når pandemien inntraff erfarte flere respondenter at det var vanskelig å oppfylle denne ivaretagelsen. Det ble pekt på årsaker som lite tid, mangel på ressurser, og reduserte fysiske møter og kontakt med de eldre. Dette bekreftes i en studie gjort av sykepleiere med eldre-kontakt under pandemien i Norge, der sykepleierne i tillegg erfarte at de fikk et utvidet, sosialt ansvar for eldre som var ensomme og isolerte fra sin egen familie (3). Paradoksalt nok kan det se ut til at pandemien har ført til at ensomme eldre trenger enda mer nærhet og omsorg fra helsepersonell samtidig som helsepersonellet i enda mindre grad har tid og ressurser til å innfri dette.

Alle respondentene beskrev pandemi-hverdagen som uforutsigbar, og erfarte at tiltak ble satt i gang underveis, deriblant ensomhets-forebyggende tiltak. Flere respondenter i hjemmetjenesten beskrev at det generelt var mye fokus på somatikk, og ikke så mye fokus på det psykiske aspektet hos de eldre. Dette kan bekreftes i forskningen gjort i hjemmetjenesten i 2013 der sykepleierne erfarte at hjemmesykepleiekulturen først og

fremst hadde en fysisk-somatisk orientering, og at ivaretagelse av sosiale behov gjerne kom i annen rekke. Dette kunne føre til at man overså psykososiale behov (5), noe som respondentene i min studie også erfarte. Samtidig var respondentene i min studie bevisste over at forebygging av ensomhet og andre psykiske plager ville virke positivt inn på den fysiske helsen til de eldre, i tråd med det helsefremmende perspektivet (10, s. 76-77, 192). Selv om kommunehelsetjenesten plikter å drive helsefremmende og forbyggende arbeid (9), og hjemmesykepleien plikter å sikre ivaretagelse av Eldres sosiale behov (11), kan man stille spørsmål ved om disse institusjonene hadde noen strategi for det helsefremmende arbeidet og herunder ensomhetsforebyggende arbeidet i en krevende tid slik som under en pandemi. Da kan f.eks. kommunens eldreplan være en ressurs (15).

Styrker og svakheter

Studiens styrker er at den har et aktuelt tema som er basert på et samarbeid mellom Trondheim kommune og NTNU, der arbeidet har foregått interaktivt med den aktuelle praksisplassen. Dette øker studiens reliabilitet, da praksisplassen har kommet med innspill og tilbakemeldinger på resultatene av studien, som gjør studien pålitelig (13, s. 250). Intervjuene har blitt gjennomført med engasjert helsepersonell med god erfaring med den aktuelle problemstillingen. Gjennom samarbeid med medstudent ble det mulig å gjennomføre seks intervjuer, som gir et relativt nyansert og bredt perspektiv på problemstillingen. Samarbeidet gjorde det også mulig å transkribere intervjuene fortløpende slik at minst mulig av informasjon gikk tapt. Intervjuene fløt godt og ble gjennomført i hensynfulle og rolige omgivelser uten ytre forstyrrelser. Diskusjonen baseres på resultatene fra intervjuene og er også godt forankret i aktuell og relevant forskning, samt tilbakemeldinger fra ansattgruppen på praksisstedet.

Svakheter med studien er at den utforsker ensomhet blant eldre sett gjennom helsepersonells øyne, som kan svekke validiteten ved å gi et skjevt bilde av den faktiske ensomheten i denne gruppen (14, s. 23-25). Denne innfallsvinkelen på temaet skyldes prosjektoppgavens rammeverk som ikke tillot bruk av brukere/pasienter som respondenter. Rammeverket tillot heller ikke at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og det er derfor mulig at enkelt informasjon har gått tapt eller at sitater har blitt noe omformulert underveis i transkriberingen. Selv om arbeidet med intervjuguiden og analysen av intervjuene har vært tilstrebet å være objektiv, kan det aldri utelukkes at egne forutantakelser kan ha farget resultatene noe (12, s. 169). Utvalget i studien er geografisk begrenset og i seg selv for lite til å trekke en generell konklusjon rundt alt helsepersonells erfaringer med opplevelsen av ensomhet blant hjemmeboende eldre under COVID-19-pandemien, men funnene støttes av forskning og kan være et relevant bidrag for videre studier. For fremtidig forskning på ensomhet blant eldre og forebygging

av dette bør en større studie gjennomføres. Da kan denne oppgavens temaer være et relevant utgangspunkt.

Kliniske implikasjoner

Resultatene fra studien viser at helsepersonell oppfatter at det er stor opplevelse av ensomhet blant hjemmeværende eldre før og under COVID-19-pandemien, og at helsepersonellet spiller en viktig rolle i å ivareta denne gruppens sosiale behov. Studien viser også at det er behov for et økt fokus på forebygging av ensomhet i denne sektoren, spesielt under pandemien, samt tid og ressurser til dette. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten plikter å drive helsefremmende og forebyggende arbeid (9), og ettersom ensomhet har store negative virkninger på helsen (6), er forebygging av ensomhet en viktig del av den helsefremmende sykepleierollen (10, s. 76-77, 192). Prosjektoppgaven var utformet i et samarbeid mellom NTNU og Trondheim kommune, der kommunen ønsket at temaområdet COVID-19 skulle utforskes. Studien bidrar dermed til å kartlegge en problemstilling innenfor et aktuelt tema der det var behov for forskning.

Konklusjon:

Studien har vist at helsepersonell i kommunehelsetjenesten opplevde at det er høy forekomst av ensomhet blant hjemmeværende eldre, og at COVID-19-pandemien og dens tiltak har forsterket dette. Sosial isolasjon ble pekt på som en viktig årsak, som følge av stengte tilbud og mindre kontakt med helsepersonell og bekjente. Helsepersonellet opplevde også at det var utfordrende å innfri sin helsefremmende og ensomhetsforebyggende rolle under pandemien grunnet lite tid, ressurser, og redusert fysiske møter og kontakt med de eldre. Flere blant helsepersonellet etterlyste mer fokus på ensomhet blant eldre under pandemien, og også generelt.

Referanser

1. Fyhn K, Lønning N. Eldre menneskers hverdag under koronapandemien. Oslo: Røde Kors; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.rodekors.no/contentassets/da186d1aea55498395e9b8d94748cbc6/308154_rapporta4_eldre-koronapandemien-uu-02.pdf
2. FHI. Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2. Oslo: FHI;2020. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/d07db6f2c8f74fa586e2d2a4ab24dfdf/2020-12-v2-anbefalinger-og-prioriteringer-2-utgave-korrigert-forside.pdf>
3. Næss G, Tønnessen S. Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien. *Sykepleien*. 2020;108(82770).
4. Krendl A, Perry B. The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020;76(2):53-58.
5. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*. 2013;8(2):116-122.
6. Rumas R, Shamblaw A, Jagtap S, Best M. Predictors and consequences of loneliness during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*. 2021;300(113934).
7. Perlman D, Peplau L A. *Toward a social psychology of loneliness*. London: Academic Press; 1981.
8. Landfald A, Paulsen K M. *Norsk ordbok: bokmål*. 2. utg. Oslo: Cappelen; 1996.
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [Hentet 28. mai 2021]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
10. Mæland J G. *Forebyggende helsearbeid*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
11. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene). FOR-2003-06-27-792 [Hentet 28. mai 2021]. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
12. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
13. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
14. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

15. Trondheim kommune. Eldreplan 2016-2026. Trondheim; 2016. Tilgjengelig fra:
<https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/04-helse-og-velferd/ergoterapitjenester/infosenteret/eldreplan.pdf>

Vedlegg 1: Intervjuguide



Intervjuguide

Innledende spørsmål:

1. Fortell litt om jobben din.
2. Hvor lenge har du jobbet her?
3. Hvordan har din arbeidshverdag som helsepersonell blitt endret/påvirket av Covid-19?

Spørsmål om problemstilling med fokus ensomhet:

1. Hvordan opplever du de eldre brukernes følelse av ensomhet under COVID-19-pandemien? Mer eller mindre ensomhet nå enn før?
2. Hva tenker du om de nasjonale tiltakene og tiltakene som er innført i din helseinstitusjon og i hvilken grad tror du det påvirker de eldre brukernes ensomhet?
3. Har de eldre brukerne mer eller mindre kontakt med din helseinstitusjon og sine pårørende nå enn før? Hvorfor/Hvorfor ikke?
4. Hvilken rolle føler du din helseinstitusjon spiller i forhold til å ivareta de eldre brukernes sosiale behov?
5. Hvordan har du som helsepersonell opplevd det å skulle ivareta behovet for sosial kontakt til eldre brukere under COVID-19-pandemien?
6. Hva mener du kan gjøres eller burde vært mulig å gjøre for å minske ensomheten under COVID-19-pandemien?
7. Det finnes også palliative eldre som i deres siste fase av livet har opplevd streng nedstengning av samfunnet og ensomhet som følge av dette. Har du noen opplevelser med dette?
8. Opplever du at smittevern-tiltak som munnbind og avstandsregler har påvirket følelsen av nærhet mellom bruker og helsepersonell?
9. Er det noe mer du vil ta opp angående dette temaet?

Vedlegg 2: Samtykkeskjema



Samtykkeskjema

Vi er to sykepleierstudenter fra NTNU som skriver bacheloroppgave om ensomhet blant hjemmeværende eldre, og pasientsikkerhet blant brukere i hjemmetjenesten under Covid-19 pandemien. I denne sammenheng driver vi et forskningsprosjekt og intervjuer ulike helsepersonell om disse temaene.

Institusjon

NTNU, Trondheim.

Formål med forskningsprosjektet:

Formålet med forskningsprosjektet er å innhente informasjon knyttet til de ulike problemstillingene som studentene har fokus på. Informasjonen fra intervjuene vil bli brukt som datainnsamling i bacheloroppgaver, og kan i tillegg senere bli publisert i et tidsskrift. NTNU er ansvarlige for forskningsprosjektet.

Metode:

Metoden som brukes er intervjuer, med varighet på ca. 1 time. Intervjuene vil bli gjennomført fysisk eller digitalt avhengig av omstendighetene. Hvis du ikke føler deg komfortabel med å svare på ett eller flere spørsmål kan du informere intervjueren om dette, som vil gå videre til neste spørsmål.

Konfidensialitet:

Kun studentene i denne gruppen og deres bachelor-lærere og veiledere vil ha tilgang til dataene som innhentes fra intervjuet. Din anonymitet vil være ivaretatt, og ingen av dataene skal kunne spores tilbake til deg. Dette gjelder også identiteten til brukere og andre personer som nevnes under intervjuene.

Datainnsamlingen vil bli slettet når forskningsprosjektet er ferdigstilt 03.06.21.

Tillatelse

Deltagelsen i forskningsprosjektet er frivillig, og du kan til enhver tid under prosjektet trekke tilbake din deltagelse uten å oppgi en grunn. Informer da studentene om dette på mail. Forskningsprosjektet ender den 03.06.2021.

Kontaktinformasjon:

Veileder

Forsker (student)

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen om prosjektet og fått mulighet til å stille spørsmål.
Jeg samtykker til å delta i intervjuet, og til at min informasjon kan brukes inntil prosjektet er ferdigstilt 03.06.2021.

(Respondent, dato)

