

Ensomhet og eldre

På hvilken måte kan sykepleier bidra til å forebygge ensomhet blant enslige eldre i hjemmet?



Diakonhjemmet Høgskole

Kandidatnummer: 112

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 10SYKDEL

Antall ord: 10603

03.10.2013

Sammendrag:

Bakgrunn: Det er mange eldre i hjemmetjenesten som ikke får dekt sine sosiale behov. Sykepleiere opplever god mestring ved praktiske gjøremål, men kommer til kort når det gjelder de sosiale forholdene. Dette særlig hvis den eldre har manglende evne til å komme seg ut og samtidig har fravær av familie og andre nære forhold.

Hensikt: Det er å finne ut om på hvilke måte sykepleiere kan bidra til å forebygge ensomhet hos eldre hjemmeboende pasienter av hjemmesykepleien.

Metode: Case som er underbygget av litteraturgjennomgang.

Funn: Alderen medfører en rekke utfordringer. Den fysiske funksjonen reduseres før eller siden, nære venner og kjære går bort. Det kan medføre en rekke situasjoner som kan være vanskelige å takle. Bortgang av partner kan medføre ensomhet, særlig hvis den eldre selv ikke har fysisk helse til å komme seg ut for å opprette kontakt med andre. Kontakt med andre er ansett som hoved kjernen til ensomhet. Sykepleiere kan forebygge ensomhet både ved og selv bli en viktig sosial ressurs eller ved å formidle og legge til rette for kontakt med andre uformelle.

Nøkkelord: Ensomhet, Eldre, Hjemmesykepleie, Forebygging

Ord over grind

Du går fram til mi inste grind,
og eg går òg fram til di.
Innanfor den er kvar av oss einsam,
og det skal vi alltid bli.

Aldri trenge seg lenger fram,
var lova som gjalt oss to.
Anten vi møttest tidt eller sjeldan
var møtet tillit og ro.

Står du der ikkje ein dag eg kjem
felle det meg lett å snu
når eg har stått litt og sett mot huset
og tenkt på at der bur du.

Så lenge eg veit du vil koma i blant
som no over knastande grus
og smile glad når du ser meg stå her,
skal eg ha ein heim i mitt hus

Haldis Moren Vesaas, 1955

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og begrunnelse av valg av tema:	6
1.2 Førforståelse og eget faglig ståsted	7
1.3 Presentasjon av problemstilling, avgrensing og presisering.....	7
1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen	8
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2 Metode	10
2.1 Valg av metode:.....	10
2.2 Kriterier for valg av litteratur:	11
2.3 Søke prosessen:.....	11
2.4 Søk i Svemed:	12
2.5 Søk i Cinahl:	13
2.6 Hvorfor Svemed+ og Cinahl:.....	14
3 Teori.....	15
3.1 Joyce travelbees sykepleiefilosofi	15
3.1.1 Menneskesyn	15
3.1.2 Lidelse.....	15
3.1.3 Håp og Mestring:.....	16
3.1.4 Menneske-til-menneske-fohold.....	16
3.1.5 Kommunikasjon.....	17
3.2.1 Hjemmebaserte tjenester	17
3.2.2 Forskrifter, vedtak og lovverk	18
3.2.3 Forebygging i hjemmesykepleien.....	18
3.3.1 Ensomhet.....	20
3.3.2 Ensomhet som lidelse	20
3.3.3 Ensom eller alene	21
3.3.4 Årsaker og tegn på ensomhet	21
3.3.5 Ensomhetens negative klang:	22
4 Funn.....	23
4.1 Case om en mann på rom - 365	23
4.2 Gamle, hjelpetrengende og alene	24

4.3 Eldre som bor alene og deres erfaring med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov:	25
4.4 Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults.....	26
4.5 Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. ...	26
4.6 Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. –En intervju studie blant hjemme boende eldre i Norge.....	27
5 Drøfting.....	29
5.2 Forebygging av ensomhet:	29
5.3 Kontakt med andre.....	31
5.3.1 Det uformelle nettverket:	32
5.3.2 Det formelle nettverket:	33
5.6 Fremme håp og mestring for å forebygge ensomhet blant enslige eldre:	35
7 Konklusjon:	38
8 Litteraturliste:.....	39

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse av valg av tema:

Jeg har valgt ensomhet som tema og det valget bunner tilbake til mitt andre år som sykepleierstudent. Der jeg i løpet av praksis innen hjemmebaserte tjenester møtte stadig på enslige eldre. Jeg var der ofte i forbindelse med praktiske gjøremål som medisindeling, hjelp til stell av sår, pleie med mer. Ved de praktiske gjøremålene opplevde jeg god mestringsevne. Det var derimot mye mer utfordrende å ivareta de sosiale behovene hos pasientene. Selv om det nå er to år siden husker jeg fortsatt flere av dem jeg opplevde som ensomme. De som hadde fravær av familie, venner eller andre mellom menneskelige relasjoner.

Mange av pasientene hadde funksjonssvikt av ulik karakter, enten det var gange, synet eller andre organer som av fysiologiske eller patologiske grunner hadde sviktet. Når jeg fikk innblikk i deres funksjonssvikt og visste at all mellommenneskelig kontakt for pasientene var de minuttene vi i tjenesten hadde til disposisjon følte jeg på et ansvar.

I en samordnet levekårsundersøkelse for statistisk sentralbyrå ble 6 465 personer i alderen 16 og oppover intervjuet (Wilhelmsen 2008). Dataene i undersøkelsen har blant annet blitt brukt til å se sosiale deltakelsen til folk i lys av svekket helse. Tallene som er relevante er for de eldre og de med svekket helse. 665 av personene var mellom 67-79år og 288 av dem var over 80 år. Tallene viste at de eldste oftest bodde alene, men ingen forskjell på kjønn. Av de mellom 67-79 år rapporterte 22 % å ha vært plaget av ensomhet de siste 14 dagene, mot 40 % av de over 80 år. 49 % av de som bodde alene rapporterte å ha vært plaget av ensomhet. De med svekket helse var den største gruppen, der 50 % rapporterte ensomhets plager. Av alle forhold det har blitt sett på i undersøkelsen i kombinasjon med sosial kontakt er de med svekket helse negativt presentert.

Studier viser i varierende grad fra 4- 40 % eldre som rapporterer ensomhet (Birkeland og Natvig 2008a:18). Det hevdes at 5-10 % av eldre opplever ensomhet over tid, mens 10- 40 % opplever periodevis å være ensomme (ibid). Hovedårsakene til at så mange eldre føler seg ensomme er bortgang av partnerskap og nære venner, men en annen vesentlig faktor som understrekes er helsesvikt/ sykdom (ibid).

1.2 Førforståelse og eget faglig ståsted

Personlig tror jeg at det å være alene fort kan medføre at en føler seg ensom. Det å føle ensomhet tenker jeg er uheldig for mange ting. Deriblant opplevelse og tanker om seg selv som igjen kan medføre en rekke psykiske plager. Samtidig opplever jeg ensomhet som et tabubelagt tema. Et tema som er svært tungt for den ensomme og innse og gi uttrykk for. Som student har jeg lært og blitt undervist i samtalen om livets siste fase, men jeg ser på samtalen om ensomhet som minst like utfordrende. Dette kan kanskje ha en sammenheng med at jeg på forhånd ikke aner hvordan jeg skal gripe tak i og hjelpe den som rapporterer ensomhet til meg.

1.3 Presentasjon av problemstilling, avgrensing og presisering

Jeg har valgt å formulere problemstillingen min på følgende måte:

”På hvilken måte kan sykepleier bidra til å forebygge ensomhet blant enslige eldre i hjemmet?”

I følge Halvorsen har De Jong Giervald, (1987) utviklet en teori om ensomhet (2008:261). Kulturelle forhold og personlige og sosiale normer virker inn på hvordan den enkelte subjektivt opplever ensomhetsfølelse (ibid). Det betyr at ensomhet vil bli forstått og erfart annerledes i ulike kulturer. I oppgaven har jeg valgt å ta for meg den vestlige kulturen og særlig Norsk kultur.

Ensomhet ses ofte i sammenheng med det sosiale nettverket hos et individ. Halvorsen beskriver ensomhet i tre dimensjoner, deriblant sosial ensomhet (2008:259). Det er fravær av sosiale relasjoner, altså fysisk atskillelse ifra andre mennesker (ibid). Dersom et individ ikke har valgt denne fysiske atskillelsen fra andre mennesker og det er uønsket, dreier det seg om ensomhet (ibid). Oppgaven bygges i lys av den dimensjonen av ensomhet og enslige eldre som bor i hjemmet med svekket helse er pasient gruppen. Svekket helse kan medføre komplikasjoner med mobilitet og det gjør at fysisk atskillelse ifra andre mennesker ikke er selvvalgt.

Videre i oppgaven skal jeg fordype meg i hva sykepleieren kan gjøre for å forebygge ensomhet, blant enslige eldre som mottar hjemmebaserte tjenester.

1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen

Forebygging/ ensomhet/ enslige eldre

Forebygging:

Det å forebygge innen helse dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs framfor en negativ faktor i hverdagslivet er en del av forebyggende helsearbeid i dag (Mæland 2010: 13).

Ensomhet:

Ordet «ensomhet» dekker over mange ulike følelser som har det til felles at de er knyttet til en opplevelse av fravær av tilfredsstillende felleskap (Halvorsen 2005:17).

Enslige:

Å bo alene eller å være enslig betyr at en person bor alene i sin bolig og/eller tilbringer storparten av tiden alene (Birkeland og Flovik 2011:68)

Eldre:

Ordet «eldre» brukes i dag om personer som er over 67 år (Kirkevold, Brotkorb og Ranhoff 2008:29).

Hjemmebaserte tjenester:

Hjemmebaserte tjenester eller hjemmesykepleie er sykepleie som utøves i pasientens hjem. Definisjonene av hjemmesykepleie er enkelt og greit beskrevet som ”sykepleie i hjemmet” (Birkeland og Flovik 2011:39).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i seks hoved kapitler, innledning, metode, teori, funn, drøfting og konklusjon. Den starter naturlig nok med innledning som er kapittel 1: Her har jeg presentert bakgrunn for valg av tema, før forståelse og faglig ståsted etterfulgt av presentasjon og avgrensning av problemstillingen. Ved å legge frem omfanget av problemet har jeg her redegjort for temaets relevans for sykepleie.

Kapittel 2 er metode. Her beskriver jeg hvilken metode som ligger til grunn og hvorfor jeg har valgt denne. Under dette kapitlet ligger også kriterier for valg av litteratur og søkeprosessen.

Kapittel 3 er teori. Under dette kapitlet har jeg valgt å presentere Joys Travelbees sykepleie filosofi generelt. Etterfulgt av en beskrivelse av hjemmesykepleie som arena og fakta om ensomhet ifra ulike sider.

I kapittel 4 presenterer jeg funn. Her presenterer jeg først en case og deretter fem vitenskapelige artikler.

I kapittel 5 drøfter jeg oppgavens problemstilling i lys av forskning, case og faglitteratur.

Kapitel 6 er konklusjon og dermed oppgavens avsluttende del. Her har jeg oppsummert mine hovedfunn.

2 Metode

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke og det forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe og etterprøve kunnskap (Dalland 2012: 111). Metode hjelper oss med å samle inn data og dermed informasjon til undersøkelsen vår (ibid).

Ifølge Dalland side 111, definerer Vilhem Aubert metode på følgende måte:

“ En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985,s.196)”

2.1 Valg av metode:

Oppgaven er basert på en selvopplevd situasjon som er skrevet om til en case. Systematisk litteraturgjennomgang er benyttet for å innhente kunnskap for å belyse problematikken.

Litteraturgjennomgang gir oversikt over den kunnskapen som allerede finnes, men vi kan ikke finne alt i litteratur og må ut i praksis for å finne mye av kunnskapen vi trenger (Dalland 2012: 132). Jeg har valgt å legge frem erfaring ifra praksis og brukt litteratur for å finne teori som kan hjelpe meg med å forstå det jeg har sett.

Da temaet for oppgaven omhandler ensomhet har jeg i litteraturgjennomgangen sett etter karaktertrekk og egenskapene ved fenomenet. Derfor er kvalitative metoder tillagt stor vekt. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2012: 112).

Jeg har vært opptatt av å se mennesket som et unikt og uerstattelig individ slik som Travelbee (1999) beskriver sitt menneskesyn. Derfor har jeg valgt å ha en fenomenologisk tilnærming til kunnskap som foreligger rundt temaet.

“I fenomenologiske undersøkelser er oppmerksomheten rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra for eksempel klientenes eller pasientens eget perspektiv (Thomassen 2006, ss. 82-83), i følge (Dalland 2012: 57).

Vedsiden av case og litteraturgjennomgang med fokus på kvalitative studier har jeg ansett statistikk av betydning for å se dimensjonen av problemet. Derfor kan en se kvantitative metoder som er brukt i mindre grad, samt at noe av litteraturen jeg benytter er fremskaffet

igjennom kvantitative metoder. Både kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland 2012: 112). Jeg har hatt som mål å belyse omfanget av problemet, samt årsaker og hvordan den enkelte opplever situasjonen. Igjennom å få kartlagt dette har jeg konkludert med at jeg får besvart problemstillingen.

2.2 Kriterier for valg av litteratur:

- Nordiske eller engelsk språklige
- Pålitelige artikler og som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter.
- Litteraturen skal ikke være eldre en ti år, der den nyeste litteraturen blir prioritert.
- Jeg har prioritert primær og oversiktsartikler.
- Litteraturen skal ha relevans for tema, og belyse problematikken fra ulike sider. Da temaet i oppgaven er ensomhet har jeg vært opptatt av at artiklene skal beskrive opplevelsen av ensomhet, hvem de utsatte er og hva som spiller inn.

2.3 Søke prosessen:

Jeg valgte først å søke etter fagbøker som omhandlet temaet ensomhet i forhold til eldre. Bibsys Ask ble benyttet som søkemotor, avansert søk og huket av ”bøker”. I BIBSYS registreres bøker og tidsskrifter som eies av norske universiteter, høyskoler, helseforetak og forskningsinstitusjoner (Dalland 2012: 65). Jeg fikk umiddelbart 58 treff med ”ensomhet” som søkeord. Av disse var det et fåtall som var relevant og av interesse for min oppgave. Parallelt med dette søkte jeg på ordet ensomhet, sosial kontakt, sosial isolasjon på internett, deriblant statistisk sentralbyrå sine sider. Ved å se igjennom litteraturbøker ifra tidligere del av studiet fant jeg kapitler som var relevante.

Allerede før problemstillingen var ferdig formulert, startet jeg søket etter fag og forskningsartikler. Jeg benyttet meg av de anbefalte databasene ifra skole bibliotekets nettsider. Cinahl, PubMed, Medline, SveMed+ og Helsebiblioteket. Jeg brukte søkeord som ”loneliness”, ”elderly”, ”home care service”, ”home nursing”, ”social isolation”, ”social” ”disabilities” og ”prevention”. Disse ordene brukte jeg i de forskjellige databasene, enten alene eller i kombinasjon. Søket etter forskningsartikler var en langvarig prosess og medførte

lang refleksjonstid. Jeg vil nedenfor kun presentere de søkene der artiklene var relevante og er brukt i oppgaven.

2.4 Søk i Svemed:

SveMed+ er opprinnelig Svensk. Det er en database innen for medisin og helse. Den inneholder referanser ifra ca. 170 nordiske tidsskrifter, hvorav 27 som er Norske og oppdateres jevnlig (helsebiblioteket).

Søke ord:	Avgrensninger:	Relevante treff:
Loneliness AND Elderly AND Disabilities	Peer reviewed Les online	Søket resulterte i tre artikler der to av dem er vurdert som relevante for oppgaven og brukt. 1. <i>Gamle Hjelpetrengende og alene.</i> Av Birkeland og Natvig. Publisert i 2008. 2. <i>Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults.</i> Av Nicolaisen og Thorsen. Publisert I 2012.
Home care service AND Social	Peer reviewed	Dette var ment til å være et åpent søk. Jeg fikk 87 treff, og ved dette søket fant jeg to

		<p>artikler som er brukt i oppgaven.</p> <p><i>Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. – En intervju studie blant hjemmeboende eldre i Norge.</i> Av Ragnhild Skaar, Marthe Fensli og Ulrika Søderhamn. Publisert i 2010.</p> <p><i>Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov.</i> Av Birkeland og Natvig. Publisert i 2008.</p>
--	--	--

2.5 Søk i Cinahl:

Cinahl er en engelskspråklig database med litteratur innen sykepleie og tilgrensende fag. I databasen finner man mest tidsskrifter som oftest inneholder kvalitativ forskning og pasient erfaringer. Det er referanser til rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter innen sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, og beslektede emner (helsebiblioteket).

Søke ord:	Avgrensninger:	Relevante treff:
Loneliness AND Home nursing	<p>Linked Full Text and peer Reviewes Journals</p> <p>Published date: 2004,01.01-2012, 31.12.</p> <p>Aged: 80 and over</p>	<p>Søke ordene uten avgrensninger ga 120 treff. Etter å ha avgrenset søket var det 15 artikler igjen. Av disse er en vurdert som relevant og brukt i oppgaven.</p> <p><i>1. Older home nursing patients' perception</i></p>

		<i>of social provisions and received care. Av Dale mfl. Publisert i 2010.</i>
--	--	---

2.6 Hvorfor Svemed+ og Cinahl:

Både i Svemed+ og Cinahl finner vi artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter som er fagfelle bedømte, altså «peer review» (helsebiblioteket). Vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår strenge kvalitetssikringer (Dalland 2012:78). Det stilles bestemte krav om innhold og form, artiklene gjennomgår fagfelle vurdering (ibid). Fagfelle vurdering betyr at en artikkel blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor det bestemte fagområdet (ibid).

3 Teori

3.1 Joyce travelbees sykepleiefilosofi

"I virkeligheten fins det ingen pasienter. Det fins bare enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan gi dem den hjelpen de trenger." (Travelbee 1999:62).

Joyce Travelbee er født i USA i 1926. Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Kristoffersen 2008:26). Travelbees filosofi og sykepleietenkning har hatt og har fortsatt, stor innflytelse innen norsk sykepleie utdanning (ibid). Sykepleierens syn og definisjon på ordet sykepleie, vil være viktig for hvordan vedkommende praktiserer (Travelbee 1999: 29). De mellommenneskelige aspektene understrekes tidlig i hennes bok, i den norskoversatte boken brukes ordet pasient kun av praktiske årsaker (17).

3.1.1 Menneskesyn

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid vil dreie seg om mennesker enten direkte eller indirekte (Travelbee 1999:53). Sykepleierens syn på menneskets natur vil ha dyptgripende innvirkning på holdningene hennes/hans til liv og død, sykdom og helse, og vil være bestemmende for hvilken verdi sykepleieren tilskriver hvert individ hun står ovenfor (54). Mennesket blir definert som *"et unikt og uerstattelig individ - engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller kommer til å leve."* (Travelbee 1999:54).

3.1.2 Lidelse

Lidelse er en erfaring alle mennesker vil oppleve før eller senere i livet (Travelbee 1999:98). Alle vil før siste instans og døden stå ovenfor psykisk, fysisk eller åndelig lidelse (ibid). Lidelsen er en erfaring som oppleves og gjennomleves av individet (ibid). Det er lidelsens mening slik den oppleves av individet som bestemmer vedkommendes evne til å holde ut og gjennomleve den (ibid). Mange definisjoner av termene «å lide» og «lidelse» er beskrevet i boken av Travelbee. Felles for dem er plage, straff, pine, nød og tap. Særlig en definisjon er anvendt i boka.

"I denne boka er lidelse betraktet som en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde. Lidelse er en følelse som spenner fra en enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller

åndelig ubehag til ekstrem angst og kval. Det kan gå videre til det fortvilte «ikke bry seg» - stadiet og ende i et ytterste stadium som preges av apatisk likegyldighet.» (Travelbee 1999:99).

Lidelse inntreffer når et individ opplever forskjellige former for smertefulle problemer (Travelbee 1999:101). Det kan dreie seg om mange ting om enten seg selv eller sine kjære (ibid). Noen eksempler på årsak til lidelse er: sykdom, fysisk smerte, psykisk smerte, tap av alle slag, for eksempel dødsfall blant ens nærmeste, skilsmisse, separasjon eller samlivsbrudd (ibid). Lidelse kan også oppleves når en føler seg avskåret ifra andre, der en føler seg på utkanten, uten at noen bryr seg om personen eller vedkommende bryr seg om noen (ibid).

3.1.3 Håp og Mestring:

”En grunnleggende antakelse i denne boka er at den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe den syke til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse.”(Travelbee 1999:117).

Den som håper tror at hvis han når frem til et objekt så vil livet endre seg på en eller annen måte, og blir mer behagelig å leve (Travelbee 1999:117). Håp er fremtidsorientert, relatert til valg og ønsker (119). Håp er beslektet med mot, en som har mot har evnen til å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt og likefult stå på for å mestre sine mål (120).

3.1.4 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee sier at det er den profesjonelle sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold med den som har behov for sykepleierens tjenester (1999:178). Dette forholdet er beskrevet som helt elementært for å kunne yte sykepleie. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både hjelperen og den som trenger hjelp oppfatter hverandre som unike individer, altså ikke som «sykepleier» og «Pasient» (171). Det er først når individene opplever hverandre som menneske og ikke som pasient og sykepleier at en reel kontakt oppstår (ibid).

” Menneske- til- menneske- forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee 1999: 171).

Alt kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for er ett skritt videre på veien til et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 1999:171). Det gjelder særlig hvis sykepleieren ved hvert møte går bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og å finne fram til og ivareta

behovene hans. En viktig grunntanke for at menneske-til-menneske-forhold etableres er fire forutgående, sammenhengende faser. 1. det innledende møtet, 2 framvekst av identiteter, 3 empati og 4 sympati og medfølelse (172). Interaksjonen skjer i stor grad igjennom kommunikasjon (173). Kommunikasjon er da prosessen som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til menneske- forhold.

3.1.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Travelbee 1999:137). Begrepet kommer opprinnelig ifra det latinske ordet *communicare* (Eide og Eide 2012:17). Det betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (ibid).

Travelbee sier at det foregår kommunikasjon ved hvert møte mellom den syke og sykepleieren, enten de er seg det bevisst eller ikke (1999:135). Den syke kommuniserer gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren det samme overfor den syke (ibid). Hun beskriver kommunikasjon som en kontinuerlig prosess med overføring av tanker og følelser.

Den profesjonelle sykepleieren må vite om det foregår kommunikasjon i en sykepleiesituasjon og hva som kommuniseres, forstå det den syke kommuniserer, samt kunne bruke informasjonen i sykepleieintervensjoner (Travelbee 1999:135). Målene for interaksjonen er å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleie behov og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (39).

“Det sykepleieren kommuniserer til den syke, vil enten hjelpe ham til å mestre den lange ensomheten med sykdom og lidelse, eller forsterke og øke opplevelsen hans av isolasjon og av å være alene.” (Travelbee 1999: 147).

3.2.1 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmesykepleie har blitt beskrevet som et alternativ til institusjon på lang sikt, og et tilbud som kan utsette innleggelse i institusjon (Birkeland og Flovik 2011:39). Det er for de som ønsker å bo hjemme lengst mulig (ibid).

”Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i deres eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta

pasientens grunnleggende behov. Videre er fokuset på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende og helsefremmende funksjon til rehabilitering og terminal pleie.” (Birkeland og Flovik 2011:39).

3.2.2 Forskrifter, vedtak og lovverk

Siden 1984 har hjemmesykepleien blitt en lovpålagt tjeneste, hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, altså kommunehelsetjenesteloven (Birkeland og Flovik 2011:15). Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 6-9 er det fastsatt forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, kvalitetsforskriften (Slettebø 2008:170). I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester beskrives oppgaver og innhold i § 3. Flere punkter er lovfestet og fremkommer i forskriften, der iblant: sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet er nevnt (kvalitetsforskriften). Kommunen skal deretter utarbeide skiftelige og nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov (ibid).

3.2.3 Forebygging i hjemmesykepleien

Forebyggende helsearbeid dreier seg om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagen, dette i tillegg til å hindre sykdom, skade og tidlig død (Mæland 2010:13).

”Mennesket har ikke bare behov for mat og drikke, men også kjærlighet, felleskap, trygghet og respekt. Dette behovet dekkes særlig av de personene som omgir oss til daglig: familie, venner, naboer, og arbeidskoleger.” (Mæland 2010:183).

Enslighet er en helserisiko, da familien gir tilhørighet og sosial forankring (Mæland 2010:183). Gifte personer har best helse, sammenlignet med skilte og separerte personer (ibid). Mæland mener at det å leve i ensomhet utenfor familie i seg selv er en helsemessig belastning (Ibid). Ensomhet kan føre til sykdom, men sykdom kan også være en konsekvens av dårlig helse (Smebye 2010: 98).

Forebygging og helsefremming en viktig og integrert del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet (Birkeland og Flovik 2011:34). Den praktiske sykepleien vil vekse mellom hjelp til grunnleggende behov, behandling og forebygging (ibid). I hjemmesykepleien vil et helsefremmende perspektiv i stor grad ha fokus på pasientens ressurser, funksjonsevne og hvordan han kan håndtere sin situasjon (ibid).

Helsedirektoratet har utviklet en veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting etter kommunehelsetjeneste loven og sosialtjenesteloven. Formålet med veilederen er å styrke kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene etter gjeldende lovverk (kvalitet i pleie og omsorgstjenester). De to første punktene i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lyder som følger:

§ 1-1 Lovens formål, lovens formål er særlig å:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,

I henhold til lovverket har altså hjemmesykepleien en lovfestet plikt til å arbeide forebyggende. Lovverket er i samsvar med Travelbees sykepleiefilosofi som beskriver sykepleierens mål og hensikt som å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i disse (1999:37).

Forebyggende helsearbeid omhandler da både det å forebygge men også å fremme folks helse. Begrepene forebyggende helsearbeid og helsefremmende arbeid er ikke konkurrenter, men heller komplementære tilnærminger (Mæland 2010:14). Sykdomsforebyggende helsearbeid kan inndeles i tre kategorier, primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging (ibid). Primærforebyggende tiltak omfatter blant annet det å ha en sunn livsstil som vil hindre unødvendig slitasje og sykdommer, samt vedlikeholde funksjon (Ranhoff 2008:139). Å forebygge ensomhet, isolasjon og psykiske problemer gjennom mestring og tilpasning etter tap av nære personer, funksjon og helse anses som et viktig primærforebyggende tiltak til eldre (ibid).

3.3.1 Ensomhet

Det er viktig å skille ensomhet ifra andre begreper som, å bo alene, å være enslig og sosial isolasjon (Birkeland og Flovik 2011:68). Mens de øvrige begrepene kan registreres objektivt er ensomhet en subjektiv opplevelse av savn på menneskelig kontakt (Smebye 2008:94).

Sosial isolasjon er et begrep som mange trekker inn i sammenheng med ensomhet, men det er ikke nødvendigvis slik (ibid).

Ensomhet er en emosjonell indre opplevelse av å være isolert ifra andre (Birkeland og Flovik 2011:69). Det er knyttet til hvilken emosjonell tilstand en befinner seg i og hvordan personen selv bedømmer seg selv i forhold til kontakt med andre (ibid). Det er når en person føler at han/hun er for seg selv og denne følelsen er knyttet til smertelig lengsel eller savn etter en eller flere personer (Halvorsen 2005: 41).

Da ensomhet er beskrevet som en følelse og en sinnstilstand hos et individ både av Birkeland og Flovik(2011), Smeby(2008) og Halvorsen(2005) har jeg valgt å utdype ensomhet som lidelse.

3.3.2 Ensomhet som lidelse

Det er ingen universell akseptert definisjon på ensomhet (Birkeland og Flovik 2011:69)

Likevel definerer Birkeland og Flovik ensomhet som følgende:

”En vedvarende følelsmessig opplevelse som kommer til syne når en person føler seg fremmedgjort ovenfor andre, blir missforstått eller avvist av andre, eller mister venner som en har sosial tilknytning til i form av ulike aktiviteter, aktiviteter som sikrer en form for sosial integrasjon og muligheter for emosjonell intimitet”. (2011:69).

Ensomhet er typisk lidelse, slik Travelbee beskriver termen lidelse. Lidelse brukes for å beskrive opplevelsen av plager, tap, nød eller skade (Travelbee 1999: 99). Det er en livserfaring som oppleves og gjennomleves av et individ og er unikt ifra alle andres opplevelse (98). Den vil variere i intensitet, varighet og dybde og kan beskrives som en følelse som spenner fra en enkel forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag (ibid).

Lidelse inntreffer når individet rammes av forskjellige former for smertefulle problemer (Travelbee 1999: 101). Det kan være dødsfall blant ens nærmeste, skilsmisse, separasjon eller samlivsbrudd (ibid). En kan også oppleve lidelse dersom en føler seg avskåret ifra andre, en

følelse av å stå på utkanten av livet uten å være involvert og engasjert, uten å bry seg om noen og uten at noen bryr seg om en (ibid).

”Å være innestengt i selvets fengsel og bare bry seg om seg selv er også en form for lidelse, særlig hvis en i tillegg mangler evnen til å få kontakt med andre og å bygge opp et meningsfylt forhold til i alle fall ett menneske .”(Travelbee 1999:101).

3.3.3 Ensom eller alene

Å være alene og å være ensom er ikke synonyme begreper (Smebye 2008:94). Å bo alene eller å være enslig betyr at en person bor alene i sin bolig og/ eller tilbringer storparten av tiden alene (Birkeland og Flovik 2011:68). Det å bo alene trenger ikke å bety at en er ensom eller har et dårlig nettverk, men det kan ha en sammenheng (Jakobsen 2013). Noen føler seg ensomme selv om de har mange rundt seg, andre er ikke ensomme selv om de er mye alene (Smebye 2008:94). En avgjørende faktor er i hvilken grad det å være alene er en ønsket situasjon, basert på ens eget valg (ibid). Det å være alene dreier seg om hvor mange sosiale kontakter en har og er en objektiv livsbetingelse som lar seg lett måle, mens ensomhet dreier seg om den enkeltes opplevelse av disse betingelsene (Halvorsen 2005:42). Ensomhet er en følelse, en sinnstilstand som oppleves subjektivt og er ikke det samme som å være alene (ibid).

3.3.4 Årsaker og tegn på ensomhet

For sykepleiere er kunnskap om årsaker til ensomhet en forutsetning for å kunne vurdere risikogrupper med hensyn til ensomhet (Smebye 2008:98).

I følge fagbøkene er det stor sprik og mye som kan kobles opp som en årsak til ensomhet. Det er imidlertid to årsaker som understrekes av flere og er gjennomgående. Det ene er dødsfall hos nære personer som ektefelle, nære venner og søsken (Birkeland og Flovik 2011:69). Den andre faktoren som er merkverdiggjort er helsesvikt hos individet (ibid). Birkeland og Flovik skriver også at dette oftest rammer når personen selv er gammel og har mindre overskudd og krefter til å åpne for kontakt med andre i lokalsamfunnet.

Smebye peker imidlertid også på andre årsaker. Som at den reelle kontakten er mindre en ønsket, kvaliteten i den etablerte kontakten er mindre tilfredsstillende enn en kan ønske og at

kontaktbehovene, ønskene og forventingene til kontakt har endret seg, selv om kvantitet og kvalitet i de sosiale relasjonene er uforandret (2008:98).

Halvorsen beskriver to psykologiske teorier om ensomhet. Det er diskrepansteori (pearlman, 2004) og tilknytningsteori utviklet av John Bowlby (Cassidy og Berlin, 1999). Den første bygger på en forestilling om et universelt menneskelig behov å høre til (Halvorsen 2008:261). Gjennom den tankegangen beskriver han ensomhet som en kognitiv og følelsesmessig reaksjon på at sosiale bånd er truet (ibid). Tilknytningsteorien bygger på tiden hvor en som barn utvikler en usikker tilknytning til voksne omsorgspersoner (ibid). Gjennom generalisering vil personen i voksen alder ha økt sannsynlighet for å oppleve verden som fiendtlig og ikke stole på folk og dermed oppleve ensomhet (ibid).

3.3.5 Ensomhetens negative klang:

Opplevelsen av savn av sosiale relasjoner er forbundet med negative og ubehagelige følelser (Smebye 2008:97). Den som er ensom vil derfor forsøke å komme seg ut av tilstanden raskest mulig og forsøker derfor å kvitte seg med de ubehagelige følelsene, enten ved å fortrenge dem eller ved å søke atspredelser (ibid). Selv om ensomhet har vært et problem lenge for den ensomme, kan dette være noe personen selv ikke ønsker å snakke om (Birkeland og Flovik 2011:69). Det kan ha vært et problem over lengre tidsperiode, uten at personen har fortalt om det (ibid).

Flere mennesker i dag opplever ensomhet som flaut å snakke om, kanskje egentlig vårt siste tabu (Nilsson 2007:17). Det å være alene er greit, mens det er tabu å utrykke at man er ensom, man blottlegger seg ved å si det (ibid).

Lars. Fr. H. Svendsen er førsteamanuensis i filosofi ved universitetet i Bergen. Han skrev en kronikk i Aftenposten i 2006, der han starter med å skrive «EN SKAM». Videre står det at det ikke er enkelt å akseptere ensomheten. Ensomheten er ikke bare smertefullt, men også pinlig. Han mener at en må gi inntrykk av å ha et blomstrende sosialt liv, uansett hvor ensom en måtte føler seg. Dette for å unnsnippe skammen.

4 Funn

Problemstillingen i oppgaven er ”På hvilken måte kan sykepleier bidra til å forebygge ensomhet blant enslige eldre i hjemmet?”. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å presentere en case, samt forskning som underbygger og belyser problematikken. I utvelgelsen av artikler har jeg lagt stor vekt på pasientenes/ brukernes egen opplevelse av deres sosiale situasjon.

4.1 Case om en mann på rom - 365

Rom 365 var en firemanns rom på et sykehus og jeg var studenten på det rommet. Det var fullt i avdelingen og fullt på rom 365. En tidlig tirsdagsmorgning vandret jeg mye inn og ut av rommet. Hver gang jeg kom inn reiste en mann seg opp av sykesengen og tittet bort mot utgangen. Han så etter om det var han jeg skulle snakke med denne gangen. Jeg opplevde han like skuffet hver gang jeg gikk forbi senga for å snakke med de andre pasientene på rommet. Jeg husket han ifra kvelden før, det var han jeg tok imot rett før jeg reiste hjem. Han hadde falt ved postkassen sin og en tilfeldig forbipasserende hadde kontaktet ambulansen som hadde ført han inn dit han lå i dag.

Under lunsj den samme dagen tenkte jeg på studentprosjektet mitt, der jeg skulle samle data rundt en pasient og diskutere med lærerveileder dagen etter. Det første som slo meg var mannen på rom 365, jeg spiste fort, avsluttet pausen min og gikk inn på rommet. Han var som forventet veldig positiv til det jeg spurte om. Jeg fant fram datasamlings guide utarbeidet av Kristoffersen m.fl. (2008) og vi satte oss på et lite møte rom. Helt uvitende om at denne samtalen skulle bli et merkelig minne for meg og et minne som skulle legge grunnlag for min hoved oppgave.

Vi var fremdeles på avsnittet som kalles ”personalia” i datasamling guiden, da jeg fikk en overraskelse. Etter alder, spurte jeg om sivilstand. Det kom et sukk før han fortalte om konas bortgang for 2år siden. Vi ble stille begge to, før han fortsatte å fortelle om kona si. Han var tydelig preget i øyeblikket, jeg spurte om vi skulle fortsette, noe han ønsket. Neste spørsmål på min liste het ”nærmeste pårørende”. Han ristet på hodet og sa, vi fikk dessverre ingen barn kona mi og jeg. Vi forsøkte lenge, men vi fikk aldri noen barn.. Tårene begynte å renne, vi satt inne på det rommet, han holdt meg i hånden og snakket i over en time. Underveis spurte han jevnlig om jeg hadde tid til dette.

Det viste seg at denne mannen var enebarn og han fikk aldri noen barn selv. Ingen i hans nære familie lever i dag. Han bor i nærheten av en matbutikk og et legesenter noen hundre meter unna. Han hevder at det er kun de plassene han har besøkt etter konas bortgang. Det siste året forteller han å ha følt seg svimmel og ustø og derfor holdt seg hjemme.

I dokumentene sto det at pasienten hadde hjemmesykepleie. Han fortalte at han fikk hjelp til utdeling av medisiner på formiddagen og at det hendte de ringte på kveldstid, samt rengjøring annen hver uke. Jeg ble så dratt med i samtalen med pasienten og situasjonen. Det gjorde at jeg ringte den koordinerende i kommunen og kom etter hvert i kontakt med tjenestestedet som kjente pasienten. På direkte spørsmål om de har tenkt på den sosiale situasjonen rundt pasienten svarte en sykepleier følgende:

”Vi har tenkt på det, han har fått utlevert brosjyrer om aktivitetstilbud i nærheten. Han har aldri ønsket å være med på sånt. Vi er der for å administrere medisiner på formiddagen og ringer for å høre om alt er bra ved kveldstid. På grunn av mange oppdrag har vi ikke tid til å besøke han fysisk to ganger daglig og han ønsker ikke å dra på aktivitets tilbud, dette har han fått skriftlig informasjon om, men han har takket nei og sier han trives alene.”

Det sitter en voksen mann som har grått og holdt meg i hånden i over en time. Han står oppført med ingen pårørende, sier han savner noen å snakke med, at han er så alene, mens hjemmesykepleien sier han trives i situasjonen slik det er i dag.

Nedenfor presenterer jeg fem artikler som belyser ulike sider av temaet.

4.2 Gamle, hjelpetrequende og alene

Forfatter: Arvid birkeland og Gerd Karin Natvig, Land: Norge, Årstall: 2008

Hensikt: Hensikten var å frembringe en utvidet forståelse for hvordan eldre opplever sin sosiale situasjon på bakgrunn av at de bor alene, har en funksjonssvikt og får hjelp ifra hjemmesykepleien.

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever eldre sin sosiale situasjon når de er syke, hjelpetrequende og alene i sin bolig?

Utvalg: De utvalgte var de som på forhånd ble vurdert av hjemmesykepleien til å være mye alene/ og eller ensomme. 20 informanter ble plukket ut, 12 kvinner og 8 menn med en gjennomsnittsalder på 82,5 år. Kriteriene for deltagelse var at de eldre var over 70år, bodde alene i egen bolig og hadde hatt hjemmesykepleie i minst 2 måneder.

Metode: Kvalitative forskningsintervjuer ble brukt for å samle data. I analysen ble det brukt hermeneutisk tilnærminger der førforståelse – tolkning – forståelse var sentrale elementer.

Hovedfunn: De eldre tilbringer svært mye tid alene i boligene sine og avbrytes av korte besøk fra familie eller hjemmesykepleien. Det rapporteres liten tid til å snakke med hjemmesykepleien særlig i helgene og på kveldstid. Da tilværelsen var mye preget av å være alene, ble den fysiske kontakten erstattet med telefon kontakt. Informantene savnet hjelp til å komme seg ut. For de som hadde familie var ikke besøkene noe den eldre kunne styre og varierte i stor grad av familiens vilje og mulighet til å ta kontakt. Familie var en ønsket, men ustabil støtte som selv satte agendaen. Informantene ønsket å komme seg ut, men for mange som ikke hadde familie eller der familien ikke var aktive ble de sittende i boligen uten å komme seg ut.

4.3 Eldre som bor alene og deres erfaring med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov:

Forfatter: Arvid birkeland og Gerd Karin Natvig, Land: Norge, Årstall: 2008

Denne studien er basert på samme kvalitative data som ved forskningsartikkel nr. 1. Informantene ved studiet er identisk, men annen forskningsspørsmål og derav ulike funn som er presentert.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasientene opplevde at deres sosiale behov blir imøtekommet av hjemmesykepleien.

Forsknings spørsmål: Hvordan opplever pasienter som bor alene i egen bolig at hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov?

Hoved funn: Sosiale behov blir ivaretatt igjennom omsorgen som gis og pleierne snakker mens de gjør praktiske oppgaver.

Kontakten med pleierne varierte uavhengig av tid. Noen var lette å snakke med. Godt humør, hyggelige og de som snakket om seg selv og verden utenfor ble ansett som positivt.

4.4 Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults

Forfatter: Magnhild Nicolaisen og Kirsten Thorsen, årstall 2012.

Hensikt: Hensikten med dette studiet var å undersøke sosiodemografiske faktorer, helsetilstand og mestringens innflytelse på ensomhet blant, eldre uten funksjonsnedsettelse og eldre med nedsatt funksjonsevne.

Utvalg: Data ifra 699 personer ifra alderen 69-79 år er brukt. Alle bodde utenfor institusjon og var spredt mellom 30 kommuner over hele landet. Informantene var delt i to grupper, hvor den ene gruppen hadde funksjonssvikt og den andre uten funksjonelle svekkelser.

Metode: Studien er basert på paneldata ifra Den Norske studien av livsløp, aldring og generasjon, (NorLAG). Informantene svarte på globale spørsmål omkring ensomhet. Dette foregikk igjennom telefon intervju to ganger med fire års mellomrom. Det første i 2002/3 og det andre i 2007/8. Metodene som ble brukt for å analysere data rundt ensomhet var tverrsnitt og longitudinell metode

Hovedfunn: Ved begge intervjuene og for begge gruppene viste det seg at opplevelse av mestring hadde stor betydning for om informantene opplevde ensomhet eller ikke.

Alder, kjønn, og subjektiv helse var ikke forbundet med opplevelsen av ensomhet blant informantene i noen av gruppene.

4.5 Older home nursing patients' perception of social provisions and received care.

Forfattere: Dale, Bjørg, Sævareid, Hans Inge, Kirkevold, Marit, Söderhamn, Olle.

Land: Norge

Årstall: 2009

Hensikt: Hensikten med studiet var å beskrive sosial tilhørighet blant en gruppe eldre, hjemme boende, omsorgsavhengige pasienter av hjemmesykepleien. En ønsket å utforske forholdet mellom opplevd sosialtilhørighet og deres fysiske funksjon, mental tilstand, sosial nettverk og mottak av formell og uformel omsorg.

Utvalg: 242 personer i alderen 75år og eldre ifra syv kommuner. Kommunene var ifra sør-Norge og alle de utvalgte mottok hjemmesykepleie.

Metode: Data ble samlet ved hjelp av strukturerte intervjuer. Sosial støtte ble vurdert ved hjelp av Sosial Provisions Scale. Fysisk tilstand ble vurdert ved hjelp av Barthel Index og mentaltilstand ved hjelp av spørsmål omkring ensomhet, depressive symptomer og angst.

Hovedfunn: Flertallet opprettholdt kontakt med venner, familie, naboer og religiøse foreninger. Kvinner og de som var gift hadde et større sosialt nettverk, en enslige. Studien viser en sammenheng mellom redusert fysisk funksjon og redusert mental tilstand med mindre sosialt kontakt. Det viste seg at pasienter med velfungerende sosialt nettverk hadde mindre hjemmesykepleie en de med redusert nettverk.

4.6 Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. –En intervju studie blant hjemmeboende eldre i Norge.

Forfattere: Ragnhild Skaar, Marte Fensli og Ulrika Søderhamn.

Norge, 2010.

Type studie: Kvalitativ

Utvalg: Tre menn og seks kvinner. I alderen mellom 71 og 93år.

Hensikt: Hensikten med studiet var å belyse en gruppe hjemmeboende eldres behov for hjelp som ikke dekkes av hjemmetjenesten, samt hvordan de eventuelt får dekket disse behovene.

Metode: Intervju med deskriptiv kvalitativ studie design ble benyttet som metode. Intervjuene foregikk i informantenes hjem som en åpen samtale. De varte imellom en halv til en time og det ble benyttet lydopptaker på alle, bortsett fra en som reserverte seg mot dette.

Hovedfunn: Behovene for praktisk hjelp og sosial kontakt var ikke tilfredsstillende for informantene. Funnene blir presentert under to hoved kategorier ”praktisk hjelp” og ”sosial kontakt” der funn i sosial kontakt er det som er relevant for oppgaven. Under kategorien ”praktisk hjelp” ble ting som, hjelp til husarbeid, hjelp til transport, hjelp til innkjøp, bistand i butikk og følge til og bistand ved legebesøk/ undersøkelser ansett som manglende dekning.

På den sosiale planen ble det rapportert mangler ved emner som det å ha noen å prate med, hjelp til å bli en del av en felleskap, treffe jevnaldrende med samme referanseramme og aktiviteter. Tilgang på uformell nettverk viste seg å være viktig for å få dekt behovene.

5 Drøfting

I dette kapitlet skal jeg ut ifra teori, forskning og case drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge ensomhet blant enslige eldre som mottar hjemmesykepleie. Jeg har trukket inn ulike tråder ifra fag- og forskning og case igjennom hele dette kapitlet. Drøfting er målet for alt det arbeidet som er gjort tidligere i oppgaven (Dalland 2011:229). Det som vektlegges utover i dette kapitlet avhenger av de funnene som foreligger omkring emnet (ibid).

5.2 Forebygging av ensomhet:

Ettersom at problemstillingen min retter seg mot sykepleierens bidrag i forhold til forebygging av ensomhet, fant jeg det naturlig å starte med å se på hva som må til for å kunne forebygge ensomhet i hjemmesykepleien. I den første delen av drøftingen har jeg på bakgrunn av forskning og teori som hensikt å belyse de faktorer som kan ha innvirkning på forebygging av ensomhet. Utover i kapitlet vil jeg drøfte deler av disse faktorene nærmere.

Forebygging og helsefremming er en viktig og integrert del av utøvelsen av sykepleie i hjemmet (Birkeland og Flovik 2011: 34). Helsearbeideren har en forpliktelse til å redusere risikoen for fremtidig helseskade for den enkelte (Mæland 2010: 58). Mæland mener at ved å se på epidemiologisk forskning på store folkegrupper, kan en se sammenhenger og dermed vurdere risikogrupper (ibid). Jeg har valgt å tolke dette i lys av min oppgave og oppfatning av hva som må til for å forebygge ensomhet, vi er nemlig avhengige av å kjenne til årsakene.

Det er imidlertid stor sprik i forskning om hva som er årsakene til ensomhet. I følge studiet av Nicolaisen og Thorsen er partner status sterkt knyttet til ensomhet, de som ikke hadde en partner rapporterte oftere ensomhet en de med partner (2012:145). Birkeland og Natvig peker på kontakt med andre som hoved kjernen til ensomhet hos eldre (2008 a:19). Både formell og uformell kontakt kan ha betydning for ensomhet, men kontakten avhenger av frekvens, lengde og kvalitet (ibid). For de eldre uteblir venner og bekjente av ulike grunner, den fysiske helsen kan bli redusert, det og ikke ha ressurser til å komme seg ut på egenhånd for å treffe andre er av betydning for opplevelsen av ensomhet (ibid). Halvorsen peker på uerstattelige tapsopplevelse og livs krise som viktige årsaker (2005: 78). Skilsmisser, tap av ektefelle ved død, innsnevring av nettverk og tap av helse/førlighet (ibid). Halvorsen er ikke alene om å påpeke disse faktorene som årsaker.

For at en sykepleier skal kunne hjelpe de ensomme pasientene er hun nødt til å vite hvem som er ensom eller står i fare for å oppleve ensomhet. Men ensomhet er tabu belagt tema og spør

vi ansikt til ansikt får vi underrapportering (Halvorsen 2005: 17). Derfor er kunnskapene om årsaker til ensomhet er en forutsetning for å kunne vurdere risikogrupper med hensyn til ensomhet (Smebye 2005: 98). Jeg har vist at det er mange forhold som kan bidra til ensomhets følelse hos eldre. Felles for disse forholdene er at den eldre sosiale nettverk blir mindre enn ønsket. Vi kan si at de som ikke har kontakt med andre og samtidig ikke har evnen til å opprette kontakt, f. eks på grunn av helsesvikt er de som står i fare for å oppleve ensomhet. Sykepleiere i møte med disse pasientene bør bruke tiden de har til rådighet, effektivt ved å sette seg ned og snakke utover det vanlige. Det er ikke årsakene til ensomhet en sykepleier kan forbygge, som f. eksempel dødsfall hos nære relasjoner og andre tapsopplevelser. Den kunnskapen kan derimot være nyttig for at sykepleieren skal kunne være observant og fange opp ensomheten tidlig, særlig med tanke på at det er tabu å gi uttrykk for at en er ensom. Sykepleierens bidrag i forhold til slike årsaker vil være å stimulere pasientens evner til å oppleve håp i forhold til mestring og kontroll av situasjonen.

I følge Travelbee innehar sykepleier viss spesialisert kunnskap og er i stand til å anvende det med sikte på å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand (1999:48). I forbindelse med forebygging av ensomhet er sykepleier da også avhengig av kunnskap om forhold som kan lette på ensomhetsfølelsen. I hjemmesykepleien er sykepleiere alene ute i feltet, usikkerhet rundt hva en kan gjøre med et problem kan medføre en passiv holdning. Hva skal sykepleier gjøre for en som rapporterer om ensomhet? Ensomhet er en subjektiv opplevelse (Halvorsen 2005: 42). For å ha grunnlag til å si noe om dette er jeg derfor avhengig av å se hva eldre selv rapporterer.

Eldre rapporterer manglende hjelp til å komme seg ut og for de som har familie er det en ønsket, men ustabil sosial støtte (Birkeland og Natvig 2008a:19). Eldre opplever mye alene tid som blir avbrutt av korte besøk ifra familien eller hjemmetjenesten (ibid). Telefon kan derimot kompensere for den manglende fysiske kontakten. Telefon ansees som en viktig ressurs, men det krever at den eldre selv er aktiv(ibid). Viktigheten av telefon som sosial ressurs er i tråd med funn av (Dale m.fl. 2009) og (Skaar m.fl. 2010). Skaar finner også at eldre i hjemmetjenesten har mangelfull sosial kontakt med andre (2010:35). Det er ikke mengden av kontakter som er av betydning for ensomhet, men i alle fall å ha en fortrolig person som en kunne snakke med daglig (36). De eldre rapporterte ønsker om å ha noen å prate med, ønsket hjelp til å bli en del av et fellesskap og treffe jevnaldrende med samme referanseramme(35). Men ifølge Birkeland og Natvig blir det vanskelig å stifte nye vennskap

og kontakt med venner og bekjente blir svært vanskelig da de også oftest er blitt eldre og har dårlig helse selv(2008 a:20). Uformell kontakt er viktig for å dekke sosiale behov og praktisk hjelp (Skaar 2010: 36).

Ut ifra forskning og casen ser jeg at sykepleier kan bidra til å forebygge ensomhet ved å fokusere på kontakt med andre. For mannen på rom 365 som hadde svekket helse var det vanskelig å komme seg ut. Det er da viktig å se på sosiale alternativer hjemme hos pasienten. Sykepleiere kan både formidle uformell kontakt og kan selv ha en viktig sosial rolle i hans hjem. Funnene forteller oss også om viktigheten av å oppleve håp og mestring i vanskelige situasjoner som f. eks ved tapsopplevelser. Sykepleierens bidrag i forhold til dette er særlig viktig for de som ikke har andre nære relasjoner. Ved å legge omgivelsene til rette for kontakt med andre, styrke motstandskraft og fremme håp ved å være sosial støtte i vanskelige situasjoner bidrar sykepleier til mestring og livskvalitet. Dermed kan en si at sykepleieren arbeider man forebyggende (Mæland 2010:13).

5.3 Kontakt med andre

Litteraturen som er presentert under teoridelen understreker at det å være alene ikke er det samme som å være ensom. I denne oppgaven er termene alene og ensomhet blitt presentert som ulike. Halvorsen påpeker at det dreier seg om ensomhet dersom det å være alene ikke er selvvalgt og ønsket situasjon (2008:259). Birkeland og Flovik mener at ensomhet handler om hvordan en person bedømmer seg selv i forhold til kontakt med andre (2011:69).

Forskningsresultater viser at ensomhet hos eldre er knyttet til kontakt med andre (Birkeland og Natvig 2008 b:7). Men med alderen reduseres også forventningene til den sosiale kontakten (Halvorsen 2005:130). Selv om ensomhet og alene er to forskjellige ting, kan en se at kontakt med andre har en sammenheng med ensomhet. Det å være alene kan være en risikofaktor for å oppleve ensomhet, særlig hvis en er gammel med funksjonssvikt og ikke har evnen til å opprette kontakt med andre når en selv ønsker det.

Det er vanlig å skille mellom uformell og formell nettverk. Uformell nettverk, som familie, venner, naboer, frivillighetsentraler og formell nettverket, som i denne oppgaven er hjemmesykepleien (Skaar m.fl. 2010:35). Jeg skal videre drøfte hvorfor og hvordan sykepleier igjennom sin tid i hjemmet selv kan bidra som sosial ressurs og dens bidrag i forhold til det uformelle nettverket.

5.3.1 Det uformelle nettverket:

Mange eldre har behov for både praktisk hjelp og sosial støtte som ikke blir dekt av hjemmetjenesten (Skaar m.fl. 2010:34). På den praktiske siden ble det rapportert udekkede behov i forhold til husarbeid, snømåking og hagearbeid, hjelp til transport, følge og bistand til lege og undersøkelser, hjelp til innkjøp og hjelp til å komme seg til butikken (ibid). På den sosiale siden savnet informantene noen å prate med, hjelp til å bli en del av et fellesskap, treffe jevnaldrende med samme referanseramme og aktiviteter som kafébesøk og lignende (35). Flere av informantene fikk dekt disse behovene av et uformelt nettverk, som familie, venner, naboer eller frivillighets sentraler (ibid). Funnene er i samsvar med Dale m.fl. som også finner kontakten med et uformelt nettverk som viktig (2010:529).

”Å få sine behov for praktisk hjelp og sosial kontakt dekket ved hjelp av et uformelt nettverk vil kunne forandret tilværelsen på en positiv måte, ved økt opplevelse av autonomi og sosialt samvær (Skaar m.fl. 2010:35).”

Mannen på rom 365 rapporterte at han savnet noen å snakke med og han var så alene. Han har samtidig ikke familie eller andre nære relasjoner. Men savnet etter noen å snakke med og følelsen av å være så alene var tilstedet og er et sykepleieproblem som hjemmetjenesten står ovenfor. Dette særlig med tanke på at han har redusert helse og ikke selv kan bevege seg utendørs. Eldre som ikke har venner eller barn de har kontakt med har forhøyet risiko for å føle seg ensomme (Halvorsen 2005: 131). Et uformelt nettverk i form av frivillige er ansett som et relevant alternativ for å fremme kontakt med andre for eldre med helsesvikt og dermed forebygge ensomhet.

Besøktjenesten hos Røde Kors er et eksempel på aktive frivillige. Ifølge deres nettsider er besøktjenesten et tilbud for mennesker som av ulike grunner føler seg ensomme og ønsker kontakt med andre. I 2012 fikk over 8000 deltakere en til-en besøk av en besøksvenn. Det var i 2012 ca. 5800 aktive besøksvenner som både besøkte folk i sitt eget hjem og på institusjon. Besøksvennen og den som får besøk bestemmer selv hva de skal gjøre, om det er å gå tur, utføre andre sosiale aktiviteter eller bare treffes for å prate. Besøksvennene lager også felles sosiale aktiviteter, som tilstelninger, turer, utflukter, trimgrupper og andre arrangementer. Røde kors har også en tjeneste som kun jobber med nettverksarbeid, et tilbud til mennesker som ønsker økt sosial kontakt og mulighet til å bygge et sosialt nettverk.

I tillegg til Røde Kors har vi også frivillighetssentraler rundt om i hele landet, i 2013 finnes det 391 frivillighets sentraler i Norge. Dette er fordelt over hele landet og er et samleband for frivillige i ulike lokal samfunn som ønsker å utgjøre en forskjell.

Disse tilbudene slik de er fremlagt i deres nettsider, ser ut til å være svært aktuelle for både pasienten i casen og mange andre eldre som har et mangelfullt uformelt nettverk. Men det finnes i dag ingen formelle prosedyrer for et samarbeid imellom hjemmetjenesten og frivillighetssentraler (Skaar m.fl.2010:36). Sykepleiere i hjemmetjenesten skulle ha hatt en form for koordinerende funksjon som formidler tjenester ifra frivillighetssentraler til eldre og det er behov for nye studier rundt dette (ibid). Hjemmesykepleien har en viktig formidlingsrolle i forhold til ulike eksterne tiltak som kan bidra til å øke den sosiale kontakten (Birkeland og Natvig 2008b:11).

5.3.2 Det formelle nettverket:

Sykepleie i hjemmet medfører avstander imellom pasientene og det går mye tid til transport. Spørsmålet er om sykepleiere i hjemmetjenesten har tid til å utøve praksis i henhold til Travelbees teorier. Lite tid medfører kontinuerlig vurdering og valg som krever høy faglig kompetanse og god vurderingsevne. Å bruke mer tid en antatt hos en pasient vil medføre mindre tid til rådighet hos de resterende. Forskning viser at sykepleiere i hjemmetjenesten har det travelt, spesielt på kveldene og i helger (Birkeland og Natvig 2008 a:19). De eldre tilbringer svært mye tid alene og blir avbrutt av korte besøk av hjemmetjenesten (ibid). Rapportering om liten tid til sosial kontakt i hjemmesykepleien er i tråd med funn i Skaar m.fl.(2010) og Dale m.fl.(2009) sine studier. Tid til sosial kontakt er knapt for alle, men dette er det aksept for hos pasientene (Birkeland og Natvig 2008 a:19). Selv om tiden er begrenset for alle dreier det seg likeså mye om hvordan hver enkelt utfører arbeidet i det tidsrommet de har til rådighet (Birkeland og Natvig 2008 b:9).

Det er altså ikke tiden sykepleieren er inne hos pasienten som avgjør om det oppstår god kontakt eller ikke, men holdningen og måten sykepleieren samhandler på i det tidsrommet hun er inne hos pasienten. En god relasjon er viktig for at sykepleieren skal være en positiv sosial ressurs, men ikke nok for å kunne oppdage de som er ensomme. Jeg har i casen vist at det var tiden jeg satt alene med pasienten og han fikk snakket som gjorde at det kom frem at han var ensom. På grunn av tabu er få som karakteriserer seg selv som ensomme og det kan bli vanskelig for sykepleiere i hjemmetjenesten å fange opp pasientene som er ensomme.

Mange kan ha vært ensomme over tid, uten å ha fortalt om det til noen (Birkeland og Flovik: 69). Å være ensom forbindes med skam og nederlag, og mange vil derfor ønske å holde sin ensomhet skjult (Halvorsen 2005: 16). Sykepleiere i hjemmetjenesten må derfor på bakgrunn av kunnskaper om risikofaktorer til ensomhet gå systematisk til verks. Dette ved å kartlegge det sosiale nettverket og legge forholdene til rette for kontakt.

De pasientene som ikke har familie, venner eller annet pårørende er hjemmesykepleien deres nærmeste og viktigste nettverk. Jeg kunne skrevet en oppgave om hvor vidt det er riktig at sykepleier skal være en del av pasientens sosiale nettverk, men for de som ikke har et sosialt nettverk er hjemmesykepleien deres eneste. For at sykepleiere skal ha en ensomhetsforebyggende funksjon er de avhengige av en god relasjon til pasienten. I hjemmesykepleien ivaretas sosiale behov implisitt igjennom den omsorgen som utøves (Birkeland og Natvig 2008 b:8). Det oppstår en relasjon til pleierne i kombinasjon med at de gjør praktiske gjøremål (ibid). Kontakten mellom pasientene og personalet varierer sterkt ifra person til person (ibid). Hjemmesykepleien kan ha en viktig sosial funksjon og for noen pasienter er pleiere ifra hjemmetjenesten deres viktigste sosiale kontakt (ibid).

For at sykepleiere ifra hjemmetjenesten skal kunne klare å knytte kontakt som er ensomhetsforebyggende er de avhengige av å fokusere på andre ting en bare det som står nedskrevet i vedtaket. Mannen på rom 365 får hjelp til medisintdeling på formiddagen, dette behøver nødvendigvis ikke å ta noe lenger tid enn ett minutt. Selv om sykepleierne har det travelt bør de sette av noen få minutter. De kan ta av seg sko og yttertøy, sette seg i sofaen sammen med pasienten og føre en helt enkel og uformell samtale. Informantene i studiet av Birkeland og Natvig understrekte betydningen av at pleierne var positive, snakket om seg selv og om uformelle ting uten ifra (2008 b:8). De omtalte kontakten med personalet som noe uformelt og nærmest som et venneforhold (ibid). Men ikke alle pleiere som er innom har den samme funksjonen, det er noen få pasientene får kontakt med på en helt annen måte (9). En pasient uttalte at de hun hadde god kontakt med var de som var lette å snakke med og de pleierne som var flinke til å starte en uformell samtale (ibid).

Det er kommunikasjon som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske til menneske forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt (Travelbee 1999: 135). Begrepet kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2012: 17). Relasjon er et annet begrep som betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen (ibid). Det er mulig å kunne bygge en slik relasjon i

hjemmesykepleien, men det kan knyttes til forskjellighet i sykepleierens evne til å vise omsorg, inkludert det å knytte nære relasjoner til pasientene (Birkeland og Natvig 2008b 11).

Et slikt forhold etableres først etter at sykepleieren og den hun har omsorg for har gått igjennom fire forutgående, sammenhengende faser (Travelbee 1999:172). Det innebærer det innledende møtet, der partene feller verdidommer og trekker slutninger på bakgrunn av stereotypier og ved verbal og non- verbal kommunikasjon(Travelbee 1999: 201). Fremvekst av identiteter, er den fasen som er karakterisert av evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ. Både sykepleieren og den syke betrakter hverandre mindre som kategorier og mer som individer (ibid). Den tredje fasen er empati, og innebærer evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket (ibid). Sympati er et steg videre i den mellommenneskelige prosessen og innebærer at en oppriktig føler at den andres ulykke og plager angår en, kombinert med ønske om å hjelpe vedkommende(ibid).

5.6 Fremme håp og mestring for å forebygge ensomhet blant enslige eldre:

Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse (Travelbee 1999: 117). Det er den profesjonelle sykepleierens rolle å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse (ibid).

I denne oppgaven har jeg omtalt ensomhet som lidelse, Nillson har også beskrevet ensomhet som lidelse (2007:57). Hun mener at ensomhet som lidelse kan ses ut ifra tre nivåer, i den første finner vi normalangsten hvor mange søker massen for å få avkobling (ibid). I neste nivå oppleves ensomheten som smerte, her finner vi bevisst eller ubevisst flukt ifra normalangsten (ibid). I siste nivå ytrer ensomheten seg som en opplevelse av dyp forlatthet, man føler seg gudsforlatt, ulykkelig og avskjærer seg ifra fellesskapet (ibid). Lidelse kan ikke unngås, da dette er uløselig del av det å være menneske (Travelbee 1999:102). Det er derimot mulig å finne mening i lidelsen, men reaksjonen på lidelse og sykdom varierer sterkt ifra person til person (Travelbee 1999: 103). Likevel kan vi generelt si at en vil forsøke å finne årsaken til lidelsen og hvorfor akkurat det har rammet dem eller deres kjære (ibid). Travelbee mener at mellommenneskelige relasjoner kan påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, for eksempel å finne mening i den og følgelig hjelpe personen til å mestre både lidelsen og eventuelt sykdom bedre. Det er sagt at det ikke finnes noen kur mot ensomhet, bare mestringsmekanismer som kan bidra til å lindre den (Halvorsen 2005:171).

På bakgrunn av årsakene til ensomhet, som tap av nære relasjoner, tap av fysisk funksjon eller andre livskriser er det viktig at sykepleier bidrar til at pasienten føler seg sett og opplever støtte igjennom den situasjonen. Dette ved å se pasienten som et unikt individ, gi sosial støtte og vise sympati og medfølelse. Sykepleiere bør vise at pasientens tilstand angår dem og at de ønsker å være tilgjengelige og hjelpsomme. Ved å gjøre dette går sykepleieren inn og deler den sykes plager, og avlaster ham for byrden med å bære alt alene (Travelbee 1999:201). Alvorlig livshendelser som sykdom, traumer, vold, dødsfall, tap eller andre store endringer i ens liv, kan føre til tap av mening og sammenheng (Eide 2012: 166). Det ligger i disse situasjonene at pasienten trenger hjelp til mestring, men det er pasienten selv som står i sentrum og det forutsetter at han/hun selv utfører arbeidet (Eide 2012: 171). Det er nær sammenheng mellom følelser og mestring, samt at opplevelsen av situasjonen en er oppi har sammenheng med de følelsesmessige reaksjonene (172). Ved at sykepleiere viser sin tilstedeværelse, medfølelse og sympati i situasjonen kan det gjøre at pasienten vurderer og opplever situasjonen annerledes enn om han var helt alene om det. Disse vurderingene påvirker de følelsesmessige reaksjonene som igjen kan påvirke personens evne til mestring. Forskning viser at opplevelse av mestring har stor innflytelse på om eldre hjemmeboende opplever ensomhet (Nicolaisen og Thorsen 2012: 146). Det viser seg at høy nivå av mestringsfølelse i hverdagen kan være med på å forebygge ensomhet (ibid). Forskerne peker her på både mestring i forhold til dagligdagse aktiviteter, men også mestring i forhold til den psykososiale situasjonen. Mestring skal her bidra til en kontroll over livet, selv når helse og styrke er svekket (ibid).

Av naturlig aldring kommer også svekkelsene av helse før eller siden, vi blir skrøpelige og dør tilslutt (Mensen 2008:52). Svekkelser i fysisk funksjon kan være vanskelig for individet å takle og et evt. dødsfall kan være utfordrende å takle for den etterlatte partneren. Eldre mennesker er på grunn av naturlig aldring mere utsatt for disse faktorene en andre (ibid). Tap av fysisk funksjon eller dødsfall hos partner kan være utløsende faktorer for å oppleve ensomhet (Nicolaisen og Thorsen 2012:145). Vi kan dermed si at eldre er mer utsatt for ensomhet enn yngre på bakgrunn av naturlig aldringsprosess. Det å fange opp disse pasientene tidlig for sykepleiere i hjemmetjenesten er en sentral faktor for å kunne forebygge ensomhet og dermed lidelse. Alt for ofte blir pasienter i lignende situasjoner psykologisk forlatt og sitter igjen med sin ensomhet og en opplevelse av formålsløshet som kan grense til fortvilelse (Travelbee 1999: 227). Hjemmesykepleien bør ha klare rutiner for å vise ekstra tilstedeværelse ovenfor pasienter som er i en krisesituasjon.

For pasienten i casen som ikke hadde noen annet nettverk i form av familie, en de i hjemmetjenesten anses dette som en sentral og viktig sykepleieoppgave. Som beskrevet var det nå to år siden hans kone gikk bort, men han hadde en rekke ubesvarte spørsmål, som hvorfor fikk ikke vi noen barn? Hvorfor gikk hun bort? Jeg har ingen, ingen familie! Travelbee sier at reaksjoner på lidelse varierer sterkt ifra person til person (1999:103). Hun utdyper dette både i forhold til reaksjon og tiden det tar å bearbeide utløsende faktor og å finne mening i lidelsen (ibid). Det er ikke sikkert det er mulig å finne svar på disse spørsmålene, men det er en sentral sykepleieroppgave og å lytte, å være en pasienten kan dele sin opplevelse med. Pasienten trenger å føle at han blir sett og hørt, samt at hans lidelse/ tap angår noen andre en bare han. Da er vi igjen avhengig av å ha tid til å lytte, noe forskning viser at sykepleiere i hjemmetjenesten har svært lite av til sosial kontakt. Var det kanskje nettopp det at jeg hadde så mye tid til rådighet som student at han rapporterte om sin ensomhet til meg?

7 Konklusjon:

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å undersøke, på hvilken måte sykepleier kan bidra til å forebygge ensomhet blant enslige eldre i hjemmet. Ved litteraturgjennomgang har jeg tilegnet meg kunnskap omkring ensomhet, forebygging og hjemmesykepleien. Forskning viser ikke økende ensomhet med alderen, men årsakene til ensomhet kan i langt større grad ramme den eldre mer enn yngre mennesker. Som tap av ektefelle og fysisk funksjon. Av den grunn kan vi si at eldre er mer utsatt for ensomhet enn yngre mennesker, men det er dermed ikke sagt at det kvantitativt finnes flere ensomme eldre en yngre. Mange eldre bor alene og har ikke fysiske ressurser til å komme seg ut av huset. Det begrenser dermed kontakten med andre. Opplevelse av ensomhet er knyttet til opplevelsen av sosial støtte.

Ved å øke sosial kontakt kan ensomhet reduseres. Sykepleiere i hjemmetjenesten kan dermed bidra til å forebygge ensomhet ved å fokusere på sosial kontakt for den enkelte pasienten. Det er mange måter å øke den sosiale kontakten på, men for mange av pasientene som ikke har familie, venner eller har helsesvikt er hjemmetjenesten deres eneste sosiale kontakt daglig. For at besøkene av hjemmesykepleien skal ha ensomhetsforebyggende effekt, er de avhengig av en god relasjon til pasienten. En god relasjon er på mange måter nøkkelen til å forebygge ensomhet blant disse pasientene. Det er avgjørende at personalet bruker tiden de har til rådighet effektivt og er sosialt tilstede for pasientene under besøket. Samtidig bør sykepleierne fokusere på eksterne tilbud som kan gi økt sosial kontakt. For pasienter som har svikt i fysisk helse og ikke har familie eller venner, bør sykepleiere bidra til å opprette kontakt med frivillige tilbud. Dette ved og praktisk tilrettelegge forholdene til for kontakt og å motivere pasienten til å ta imot tilbud ifra frivillige.

Årsakene til ensomhet er forbundet med tapsopplevelser og krisesituasjoner. Det bør være en rutine for hjemmesykepleien å gi ekstra sosial støtte, sympati og medfølelse i disse situasjonene. Det er nærliggende å mene at en trenger ekstrastøtte og tilstedeværelse i en krise situasjon, for pasientene som ikke har annet nettverk er dette en viktig sykepleier intervensjon. Hjelp og støtte igjennom den vanskelige tiden kan bidra til annerledes følelsesmessig reaksjon. Det kan medføre opplevelse håp og mestring i situasjonen og på langsikt gi ensomhetsforebyggende effekt.

8 Litteraturliste:

Besøktjenesten (2012). Røde Kors. Hentet 12. august 2013 fra: <http://www.rodekors.no/vart-arbeid/omsorg/sosial-inkludering/besokstjenesten/>

Birkeland, A. Flovik, A.M (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe

Birkeland, A. Natvig G.K.(2008 a). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård I Norden*, 87(28), s. 18-21

Birkeland, A. Natvig, G.K.(2008 b). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(2), s. 3-14.

Dale, B. Sævareid, H.I. Kirkevold, M. Söderhamn, O.(2010). Older home nursing patient's perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Ciences* 24(3) s. 523-532.

Dalland. O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide. H, Eide. T (2012). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Frivilligsentraler (2013). Norges frivilligsentraler. Hentet 14. august 2013 fra: <http://frivilligsentral.no/?pageslug=hjem-3895>

Haldis, M. V. (1998). *Dikt i samling*. Oslo: Aschehoug & co.

Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Halvorsen, K. (2008). Veier inn o gut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (3), s. 258- 267. Hentet fra Idunn.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 26. juni 2011 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Jakobsen, H.Ø. (05. april 2013). Ensomhet gjør vondt, men sosial isolasjon tar liv.

Forskning.no, hentet 13. august.2013: <http://www.forskning.no/artikler/2013/mars/352680>

- Krisoffersen J. N. (2008). Teoretisk perspektiv på sykepleie. I: Kristoffersen. J.N, Nortvedt. F. Skaug. A.E. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mensen. L. (2008). Biologisk aldring. I: Kirkevold. M. Brodtkorb. K. Ranhoff. H. A. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland G.J. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nicolaisen, M. Thorsen, K. (2012). Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults. *Norsk Epidemiologi* 22(2), s. 143-150.
- Nilsson. B. (2007). *Ensomhet, Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg*. Oslo: Cappelen forlag.
- Ranhoff. H.A. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold. M. Brodtkorb. K. Ranhoff. H. A. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skaar, R. Fensli, M. og Söderhamn, U.(2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. *Vård I Norden*, 96(30), s. 33-37
- Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold. M. Brodtkorb. K. Ranhoff. H. A. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smebye, L.K. (2008). Kontakt med andre. I: Kristoffersen. J.N, Nortvedt. F. Skaug. A.E. (red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet, Veileder 11/2004, Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Svendsen. L.H. (02. desember 2006). Den moderne ensomheten. *Aftenposten*, hentet 16. august.2013: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/artivle1554051.ece>
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 6. Opplag. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilhelmsen, M. (2008). *Samordnet levekårsundersøkelse- Tversnittundersøkelsen*. Statistisk sentralbyrå
- Åshild. S. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold. M. Brodtkorb. K. Ranhoff. H. A. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.