

Arvid Birkeland

Høgskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund

E-post: arvid.birkeland@hsh.no

Gerd Karin Natvig

Førsteamanuensis, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord/Haugesund

E-post: gerd.natvig@hsh.no

ELDRE SOM BOR ALENE OG DERES ERFARINGER MED HVORDAN HJEMMESYKEPLEIEN IVARETAR DERES SOSIALE BEHOV

ABSTRACT

Elderly living alone and how they experience their social needs are taken care of by home nursing services

Elderly living alone and receiving help from the home nursing care can be in a risk of social isolation caused by their loss of friends, relatives and health. The purpose of the present study was to gain a more comprehensive understanding of how elderly patients living alone experience the help they receive according to their social needs. Qualitative research interviews using a hermeneutic approach, was undertaken to explore how the elderly experienced the contact with the community nurses. Results showed that the community nurses achieve and establish contact with the patients primarily in a combination with the practical care they carry out according to the patients need for practical help. The degree of contact depends on each nurse as a person and their capability to be positive and narrative. As an alternative to a lot of visits from different nurses during a week, the patients wanted a team of experienced and capable nurses with whom they also could have an informal contact.

Key words

English: Elderly, home nursing care, care, living alone

Norwegian: Eldre, hjemmesykepleie, sykepleie, aleneboende

Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10: 2,3-14

INTRODUKSJON

Antall mottakere av hjemmesykepleie har vært økende de siste årene (Otnes, 2007). Mange av de som mottar hjelp bor alene og kan ha vansker med å få tilstrekkelig kontakt med andre mennesker. Pleie og omsorgstjenesten skal derfor ha prosedyrer som bidrar til at disse pasientene blir sikret ivaretagelse av sine sosiale behov, det vil si mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet på en tilfredsstillende måte (Forskrift om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Å være gammel og bo alene, kombinert med omfattende funksjonssvikt, kan indikere et ekstra omsorgsbehov. Omsorg skal derfor være en viktig del av den pleien som utøves i hjemmene (Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982; Lov om helsepersonell, 1999). Selv om omsorg juridisk sett defineres nærmest som en pliktytelse, synes det ellers ikke å være noen klar definisjon på hva omsorg er. Likevel er det tre sentrale dimensjoner som går igjen i beskrivelser av omsorg (Martinsen, 2003; Gjengedal, 2000; Morse, 1990; Kvåle, 2006). For det første består omsorg av en relasjon mellom sykepleier og pasient der det å bry seg om og se pasienten, er sentralt. For det andre består omsorg av praktisk handling, både rene omsorgshandlinger og hvordan pleien for øvrig utøves. For det tredje innebærer det en moralsk dimensjon der likeverd og verdighet er sentrale elementer.

Etter hvert er det kommet flere studier som beskriver pasienters opplevelser av hva som kan være god og ikke god omsorg (Attree, 2001; Roe, Whattam, Yong & Dimond, 2001; Widar, Ek & Ahlstrøm, 2007). Personlig involvering, det å se pasientens behov og den uformelle kontakten i form av nærmest et venn/venninneforhold, er ting som går igjen der pasientene opplever

god omsorg.

Det er gjort en rekke studier om hvordan eldre opplever sin sosiale situasjon. En langtidsstudie fra England over de siste femti år, viser at det ikke har vært en økning av eldre som betrakter seg som ensomme (Victor et al., 2002). Den studien omhandler aldersgrupper helt ned til 60 år. I en norsk studie av eldre over 80 år sier 17 % at de opplever ensomhet (Kaasa, 1998). I en studie fra Finland av eldre over 75 år svarte 39 % at de var ensomme (Savikko, Rotasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005). Det ser ut til å være en sammenheng mellom alder og ensomhet i retning av desto eldre, desto mer ensom (Holmen, Ericsson & Winblad, 1992; 1994). Der ser også ut til at av de som karakteriserer seg som ensomme, er det en liten gruppe på 5-10 % som opplever alvorlige vansker og lider av det, mens de resterende 30-35 % periodevis opplever ensomhet.

Det er to hovedårsaker til at eldre opplever ensomhet. Det er for det første tap av ektefelle, nær familie og nære venner. Den andre hovedårsaken er helsesvikt (Savikko et al., 2005; McInnis & White, 2001; Holmen & Furakawa, 2002; Penninx et al., 1999; Marja, Tijhuis, Edith & Kromhout, 1999). Eldre som bor alene er en gruppe som ofte har opplevd tap av ektefelle, søsken og venner. I tillegg kan helsesvikt skape praktiske vansker i forhold til muligheter til å ha kontakt med andre. I følge en kartleggingsstudie av pasienter som får hjemmesykepleie i Norge, oppgir 28 % av pasientene at de opplever seg sosialt isolerte eller ensomme (Norvoll & Hofseth, 2003). Samtidig antyder studien at de ansatte i hjemmesykepleien opplever problemer knyttet til ivaretagelse av pasientenes sosiale behov. Enkelte andre studier av eldre som får hjelp av hjemmesykepleie, antyder at opptil 37 % opplever eller står i fare for

å oppleve sosial isolasjon. Mange syke eldre trenger derfor hjelp i forhold til å etablere et funksjonelt nettverk (Luggen & Rini, 1995; Tremethick, 2001).

Det synes å være lite spesifikk forskning på hvordan eldre opplever at hjemmesykepleiere ivaretar deres sosiale behov. Porter (2005) har gjort en fenomenologisk studie av hvordan pasienter opplever den hjelpen de får. Hun trekker frem at hjemmesykepleie ikke bare må dreie seg om praktiske og konkrete oppgaver som utføres i hjemmet. Hjemmesykepleie må også ha fokus på hvordan pasientene selv opplever sin situasjon. Dessuten må en være bevisst på at når en kommer inn i hjemmet, blir en vist en spesiell tillit av pasientene. I en studie av psykiatriske pasienter som mottok hjelp fra sykepleiere i den kommunale hjemmebaserte psykiatritjenesten, ble emosjonell støtte, stabilitet og uformell kontakt trukket frem som viktige områder i forhold til kontakten med sykepleierne (Birkeland & Kristoffersen, 2004). Tørnkvist, Gardulf & Strender (2000) finner en relativt høy tilfredshet med den hjelpen pasienter mottar fra hjemmesykepleien, men de som hadde stor helsesvikt og opplevde lav grad av psykisk velvære, var minst fornøyd med den hjelpen de fikk. Roe et al. (2001) sier at positive opplevelser omkring interpersonlige aspekter ved å motta hjelp, oppstår når pasient og pleier utvikler et vennskap som også resulterer i kameratskap/vennskap og sosial støtte og en gjensidighet mellom hjelper og den eldre hvor de er interessert i hverandres liv, og bruker tiden til å snakke, og at det oppstår en rytme og symmetri i forholdet hvor den eldre behov er kjent og møtt. Roe et al. (2001) trekker også fram at pasientene opplever vanskeligheter når det blir skifting av hjelpere.

Den foreliggende studien er en av tre stu-

dier basert på de samme kvalitative data. En studie har hatt fokus på hvordan pasientene opplevde sin sosiale situasjon. Den andre studien har hatt fokus på hvordan pasientene mestret sykdom og funksjonssvikt over lang tid. Den foreliggende studien har fokus på hvordan den hjemmebaserte kommunale sykepleietjenesten ivaretar pasientenes sosiale behov. Følgende forskningsspørsmål danner utgangspunkt for denne studien: *Hvordan opplever pasienter som bor alene i egen bolig at hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov?*

METODE

Studien ble gjennomført i form av et fremvoksende/emergent design (Patton, 2002). Det betyr at studien ikke var låst til noen teori eller rigide fremgangsmåter på forhånd, men fokus er på hva som vokser frem og åpenbarer seg i møtet med informanter og tekst. Målet var å få fram pasientenes artikulerte opplevelser omkring hvordan de mente deres sosiale behov ble ivaretatt. Kvalitative forskningsintervjuer ble valgt som datainnsamlingsmetode (Kvale, 1997). Den praktiske gjennomføringen av intervjuene var basert på en åpen tilnærming med åpne spørsmål basert på studiens forskningsspørsmål. Til intervjuene ble det derfor kun laget en enkel temaguide omkring hvilke tanker pasientene hadde omkring forholdet/relasjonen til personalet, hvordan kommunikasjonen foregikk og hva den bestod av, hva pasientene mente om hvordan personalet ivaretok den sosiale kontakten, og om det var noe de savnet av hjelp som kunne bedre deres sosiale situasjon. Dette ble fulgt opp av spontane oppfølgings spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert ordrett.

Frengangsmåte for datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i to kommuner fordelt på tre tilfeldig utvalgte distrikt. Av praktiske grunner ble intervjuene gjennomført og transkribert i tre faser over en tolv-måneders periode fra april 2005 til april 2006. Det var hjemmesykepleiere som kjente pasientene godt som valgte ut informanter på bakgrunn av muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Hjemmesykepleierne brakte så informasjonen videre til potensielle informanter. Hvis de var villige til å delta i prosjektet, skrev de under på et samtykkeskjema. Leder for hjemmesykepleiedistriktet formidlet samtykkeskjemaet videre sammen med navn og telefonnummer, slik at de kunne kontaktes av førsteforfatter for å avtale intervju. Intervjuene ble gjennomført i pasientenes hjem. Det var ingen andre til stede. Intervjuene hadde en varighet fra 1-1,5 time.

Utvalgsriterier

Utvelgelse av informanter ble gjort etter følgende kriterier:

- Eldre pasienter som hadde passert 70 år, som bodde alene og som hadde hatt hjelp av hjemmesykepleien i minst to

måneder.

- Eldre som kunne gjennomføre en normal samtale, det vil si at de ikke var demente eller hadde en mental svikt på annen måte, og som var i stand til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer.
- Eldre som av hjemmesykepleien ble vurdert til å kunne være i en psykososial vanskelig situasjon, enten i form av at det var hovedproblemet eller at det var som følge av andre forhold.

Informantene

Informantene hadde ulike helseproblemer som slag, leddgikt, hofteslitasje og komplikasjoner etter hofteoperasjoner. Noen hadde kronisk obstruktiv lungelidelse og alvorlig hjertesvikt, og enkelte hadde hjerneskrader som resulterte i omfattende funksjonssvikt.

Analyse

I analysen ble det brukt en hermeneutisk tilnærming der forforståelse – tolkning – forståelse i form av en sirkulær prosess, var sentrale elementer (Alvesson & Skoldberg, 1994; Vetlesen & Stenicke, 1999; Gadamer, 2003). Analysen begynte allerede med en

Antall og kjønn	12 kvinner og 8 menn
Alder	Gjennomsnittsalder var 82,5 år, med en spredning fra 72 til 93 år. Sju var mellom 70 og 80, ni var mellom 80 og 90 og fire var over 90 år.
Bolig	7 bodde i omsorgsbolig og 13 bodde i enebolig eller egen leilighet
Dagtilbud	10 gikk på dagavdeling tilknyttet sykehjem.
Distrikt	3 distrikt fordelt på 2 kommuner. Første distrikt var i en bykommune og hadde 8 informanter. De 2 andre distriktene var i en mer spredt bebygd kommune og fordelte seg med 8 informanter i det første distriktet og 4 i det andre.

Tabell I: Oversikt over informantene. N=20.

tolkning av utsagn og meddelelser som ble gitt i intervjusituasjonen (Kvale, 1997). Videre tolkning ble gjort i forbindelse med transkriberingen i form av en foreløpig oversikt og generelt inntrykk av innholdet i intervjuene. Neste gjennomgang bestod av gjennomlesing av alle intervjuene for å få et generelt inntrykk med nedtegning av en rekke temaer. Så en ny gjennomgang for å trekke ut hovedtemaer. I neste gjennomgang ble undertema identifisert for hvert hovedtema. Så igjen en ny gjennomgang for å identifisere grunntema under hvert undertema. Siste fase bestod av tolkning og drøfting av temaene i forhold til teori og tidligere forskning relevant for forskningsspørsmålet.

Etiske overveielser

Etisk Komite for Medisinsk Forskningsetikk og Datatilsynet ga sin anbefaling til prosjektet. Målet med intervjuene var å ha en saklig samtale omkring hvordan informantene opplevde kontakten med hjemmesykepleien. Samtidig er dette et vanskelig tema som

kan frembringe følelser, spesielt i forhold til at dette er mennesker som allerede er i en presset situasjon. Det var derfor nødvendig å være oppmerksom på dette i gjennomføringen av intervjuene i form av og ikke være for pågående i spørsmålsstillingen. Det ble også presisert overfor informantene, både skriftlig og muntlig, at de kunne trekke seg fra prosjektet. En trakk seg etter først å ha samtykket i å la seg intervjuet.

RESULTATER

Gjennom analysen av tjuv intervjuer med eldre pasienter i hjemmesykepleien, vokste det frem en erkjennelse av at ivaretagelse av pasientenes sosiale behov i hovedsak skjer gjennom den omsorgen som utøves av personalet. Selv om tid til omsorg og sosial kontakt var knapp, opplevde pasientene at kontakten varierte fra person til person. Det at personalet var positive og fortalte om seg selv, var av stor betydning. Dessuten ble erfaring og faglig dyktighet betraktet som viktigere enn bare å ha kontakt med en eller

Sosiale behov blir ivaretatt gjennom omsorgen	Kontakten varierer uavhengig av tiden	Positive og fortellende – kjerneelementer i kontakten	Erfaring og faglig dyktighet betyr mest	Tilsyn innbefatter nødvendigvis ikke sosial kontakt
<ul style="list-style-type: none"> - prater mens de arbeider - blitt som venner - snakker om alt den tiden en har til rådighet - gjør det praktiske - hjelpsomme og kjekke 	<ul style="list-style-type: none"> - har det travelt, spesielt kvelder og helger - bruker forskjellig tid - varierer med hver enkelt - kommer an på hvem som kommer - noen lette å snakke med - liker noen 	<ul style="list-style-type: none"> - hyggelige - godt humør - må snakke om seg selv og sitt - høre om verden utenfor - positivt at de er positive - mutthet ville vært et ork - tøyse og egle 	<ul style="list-style-type: none"> - ikke for mange og ikke for få - husker de faste - vikarene er et problem - fornøyd når en kjenner alle - ikke kjekt med vikarene - gammel og ung er ikke alltid på like fot 	<ul style="list-style-type: none"> - har ikke tid - bedre hvis en trenger hjelp til noe praktisk - noen er "ikke tilstede" - mange forskjellige - ikke mye sosialt å hente

Figur 1: Hovedtema og undertema i en studie av hvordan sosiale behov ivaretas hos eldre hjemmeboende.

noen ganske få av personalet. Noen oppdrag blir karakterisert som tilsyn, men det synes uklart hvilken sosial rolle disse besøkene skal fylle. Figur 1 illustrerer forholdet undertemaer – hovedtemaer:

Sosiale behov blir i hovedsak ivaretatt gjennom omsorgen som utøves

De fleste pasientene som deltok i denne studien, hadde ulike fysiske og praktiske hjelpebehov. Det var hovedårsaken til at de fikk hjelp fra hjemmesykepleien. Følgelig skulle en tro at personalet da bare hadde fokus på de praktiske nødvendige gjøremålene, men det var ikke tilfellet. Måten de utførte pleien på, gjorde sitt til at pasientene åpenbart opplevde at de ansatte i hjemmesykepleien også hadde en viktig sosial funksjon. For noen utgjorde hjemmesykepleien faktisk deres viktigste sosiale kontakter. Samtidig var det slik at der oppdraget var knyttet til enkle praktiske oppgaver som for eksempel å gi medisiner, var kontakten mer begrenset. En sa om dette: "Så kommer de innom med tabletter til meg og så snakker jeg to tre ord med dem, men det er ikke mye". Der pasientene fikk mer omfattende praktisk hjelp, måtte hjemmesykepleien være en stund i hjemmet, og da snakket pasientene om en relasjon til de ansatte som skjedde i en kombinasjon med de praktiske gjøremålene. Dessuten opplevde pasientene seg stort sett respektert og verdsatt. Det betyr at ivaretagelse av viktige sosiale behov ikke skjer eksplisitt som egne tiltak og gjøremål, men det skjer implisitt gjennom den omsorgen som utøves. Tre uttalte følgende:

"Føler dem som omsorgspersoner ... For er du i dårlig humør en dag, så kan du snakke til dem ... i dag er jeg ikke god. Ja,

ja, men du skal bli bedre ... de forsøker å stimulere deg ... Jeg vil si de er fabelaktige ...". "Det er hjemmesykepleien som er den viktigste sosiale kontakt ...". "Har en god kontakt med dem. All slags kan jeg snakke med dem om. De går ikke videre med det".

Halvparten av informantene hadde et dagtilbud som kom som et tillegg til den hjelp og omsorg som gis fra hjemmesykepleien. En dagavdeling kan gi viktige bidrag i forhold til fellesskap, samvær og aktivitet, noe som er sentrale elementer når det gjelder ivaretagelse av sosiale behov. Dagtilbudet ble betraktet som viktig for dem som av ulike grunner hadde få kontakter hjemme. En sa følgende på et spørsmål om hvordan de opplever det å gå på dagavdelingen: "Det blir en avveksling for en kommer liksom ut av det her og inn på noe annet. Om det ikke skjer så mye, du ser jo andre folk ...".

Kontakten varierer fra person til person – uavhengig av tiden

Selv om hovedinntrykket var at hjemmesykepleien generelt ivaretar en viktig sosial funksjon, var det åpenbart at pasientene knyttet bedre kontakt med noen av personalet. Følgende uttalelser understøtter dette: "Jeg har bedre kontakt med noen enn andre, men to mennesker er ikke like... Noen er veldig lette å snakke med, og andre er tyngrer". "Har spesielt god kontakt med 2-3-4 stykker fordi det er måten de er på".

Et gjennomgående tema i intervjuene var at personalet i hjemmesykepleien har liten tid. Tiden var spesielt knapp om kvelden og i helgene, men da kunne også behovet for sosial kontakt være størst. Likevel var det slik at selv om alle de ansatte stort sett hadde like

liten tid, varierte kontakten pasientene hadde fra person til person. Om dette sa en av de eldre: "Ja, det er faktisk slik at noen setter seg ned og noen setter seg ikke ned". Ting tyder altså på at selv om tiden er begrenset for alle, så dreier dette seg liksom mye om hvordan hver enkelt utfører arbeidet i det begrensede tidsrommet de har til rådighet. En sa følgende om tid til sosial kontakt: "De to som jeg har god kontakt med, tar minuttene de har på en helt annen måte".

Positive og fortellende – kjerneelementer i den gode sosiale kontakten

Grunnet funksjonssvikt kan pasientene ha kommet inn i en tilværelse med lite variasjon og stimuli. De har derfor behov for oppmuntring og stimuli utenfra. Som to sier: "Det kjekkeste med dem er at de er positive, har godt humør og gir meg en klem". "Det greieste er at det går an å snakke om vanlige ting". Når en sitter mye alene i egen bolig vil en nødvendigvis ikke ha så mye nytt å bidra med i en samtale utenom det en kan få gjennom telefonen, radio eller fjernsyn. I tillegg til en uformell og positiv kommunikasjon trekkes det frem et behov for at de som besøker dem forteller. Som en sier: "Når de kommer inn til meg så må de kunne ha litt å prate om, men de står og venter på at det er jeg som skal sette i gang til alle tider, men som jeg sier, jeg opplever jo ingenting her jeg sitter".

Erfaring og faglig dyktighet betyr mest

Informantene uttrykte behov for å ha en stabil gruppe med kjente hjelpere å forholde seg til. Det betyr at det må ikke være for mange, men heller ikke for få. En sier føl-

gende om dette:

Det er veldig hyggelig å ha det på en vennlig og hyggelig basis, med en viss spøk, men hvis de samme kom igjen og igjen, er det ikke sikkert at det var så veldig kjekt. Men for stor skifting, det er like galt ... , og her er litt for mange.

Mye tyder likevel på at antallet i seg selv ikke betyr så mye. Det betyr mer at de som skal hjelpe er kjente og vet hvordan og hva de skal gjøre. Dette blir spesielt uttrykt gjennom dårlige erfaringer med vikarene. I og med at vikarene kan ha manglende utdanning, ikke er kjent og har utilstrekkelig erfaring, går det utover både den sosiale kontakten og det praktiske arbeidet. Som en uttrykker: "Det verste som hender i årets løp, er ferievikarene vi får".

Tilsyn innbefatter nødvendigvis ikke sosial kontakt

Arbeidsoppgavene i hjemmesykepleien kan variere fra fullt personlig stell til å komme med en medisindosett. Utenom dette er det en del besøk som hjemmesykepleien kaller tilsyn og som kan dreie seg om å se til at den eldre ikke har skadet seg eller at sykdomstilstanden har forverret seg. To uttaler følgende om dette: "Ja, det er for at de skal se at jeg lever kan du si på en sånn enkel måte". "Ja, du vet at de stikker innom, ser at jeg er der ...".

Når tiden er knapp og pasienten tilsynelatende har det greit, kan besøket lett bestå i å komme inn til pasienten å snu på hælen og så gå igjen. Oppdraget er da utført. Men hvis pasientene er mye alene, og de har håp om at den som kommer innom også skal bidra sosialt og ikke gjør det, kan de lett føle

seg avvist. En som primært fikk såkalt tilsyn sier følgende om dette: "De er jo bare et lite øyeblikk innom veggene. De har jo ikke tid til noen ting. Det irriterer meg, for jeg hadde jo hatt lyst til å prate noe mer når de først kommer den ene gangen".

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasientene opplevde at deres sosiale behov blir imøtekommet av hjemmesykepleien. Studiens pålitelighet ble ivaretatt ved at det ble brukt god tid i rolige omgivelser til intervjuene. Samtlige gav god respons på spørsmålene selv om enkelte hadde litt vansker med å snakke. Intervjuer hadde også erfaring fra arbeid i hjemmesykepleien og erfaring med å intervju og samtale med pasienter. Samme person gjorde både datasamling, transkribering og analyse som involverte en kontinuerlig tilbakevending til konteksten. Datamaterialet var omfangsrikt og representerte både en bykommune og to distrikter i en mer spredt bebyggd kommune, noe som medførte et større mangfoldighet i datamaterialet. Temaene som fremstilles i resultatdelen vokste frem gjennom en analyse der hvert intervju ble kontinuerlig vurdert i lys av hele datamaterialet. Temaene fremkommer derfor med basis i alle intervjuene. Hermeneutikk har forståelse som kunnskapsform og kan bidra til en utvidet forståelse for disse pasientenes situasjon og hvilken hjelp de trenger. Studiens overføringsverdi må derfor sees i lys av dette.

Pasientene i den foreliggende studien uttrykte at de stort sett hadde en god kontakt med de ansatte i hjemmesykepleien, og for noen var pleierne i hjemmesykepleien endog deres mest betydningsfulle kontakter. Det betyr at for en del pasienter går hjem-

mesykepleien inn i en rolle som nettverks-erstatte. Pasientene hadde primært fysiske/praktiske hjelpebehov, men kombinert med den praktiske pleien, oppstod det en relasjon som opplevdes som konstruktiv og betydningsfull sosialt sett. Spesielt Martinsen (2003) og Gjengedal (2000) poengterer både relasjon og praktiske gjøremål som sentrale deler av omsorgen. Pasientene bruker vanligvis ikke ordet omsorg i sin omtale av relasjonen, og det er heller ikke vanlig å benevne et oppdrag eller besøk av hjemmesykepleien som kun omsorg. Omsorgen er derfor på en måte taus, men pasientene uttrykker at det merkes når omsorgen er der, og det merkes når den ikke er der. Den kontakten som skjer gjennom omsorgen fra personalet, kan derfor være avgjørende for om pasienten greier å holde ut eller ikke. I dette ligger at pasientene unngår å sitte alene med sin sykdom og funksjonssvikt, men møter et personale som bryr seg om dem, som oppmuntrer og støtter dem. Når pasientene omtaler kontakten med personalet, så omtaler de den som noe uformelt, nærmest som et venn/venninneforhold. Dessuten får de kontakt med noen få på en annen måte, uten at de helt greier å forklare hva som gjør at det blir bedre kontakt med noen. Dette samsvarer langt på vei med de studiene som spesielt har sett på omsorgsrelasjonen mellom sykepleier og pasient (Attree, 2001; Roe et al., 2001; Kvåle, 2006; Widar, Ek & Ahlstrøm, 2007).

Pasienter med langvarige tilstander og som bor i egen bolig, har ofte behov for kontakt i form av samtaler om dagligdagse hendelser og gjøremål, slik også Birkeland & Kristoffersen (2002) fant i en annen studie. Dette henger sammen med at mange ikke har muligheter for å oppleve så mye. De har derfor behov for å høre nytt fra det som

skjer utenom deres eget hjem. Personalet i hjemmesykepleien bør derfor i større grad vektlegge og kommunisere verbalt om sitt daglige liv og sine opplevelser enn det som ofte er formålstjenlig i andre sykepleiekontekster. Samtidig kan en fare med dette være at personalet prioriterer kontakt med de pasientene de kan ha sosial nytte av selv. Noen av pasientene var utpreget sosiale og en kan anta at noen av personalet trives bedre hos noen enn hos andre. Det trenger ikke være galt i seg selv, men det kan komme i konflikt med omsorgens moralske dimensjon hvis det medfører en nedprioritering av andre som kan ha et større behov for kontakt. Enkelte av pasientene kommenterte dette og hadde ved gitte anledninger henstilt til personalet at de burde dra videre fordi det var sikkert andre pasienter som ventet på dem.

Selv om omsorg er viktig når det gjelder ivaretagelse av pasientenes sosiale behov, vil det være et ytterligere behov for sosial kontakt, fellesskap og aktivitet utover kun den kontakt som skjer mellom pleier og pasient i hjemmet. Å være tilknyttet en dagavdeling kan derfor være et godt tilbud, spesielt for de som ellers er mye alene. Hjemmesykepleien har dermed også en viktig formidlerrolle i forhold til ulike eksterne tiltak som kan bidra til å øke den sosiale kontakten.

Det er ikke nytt at pasientene knytter bedre kontakt med noen av personalet enn med andre (Attree, 2001; Roe et al., 2001; Kvåle, 2006; Widar, Ek & Ahlstrøm, 2007). For noen pasienter kan en nær relasjon til spesielle pleiere være avgjørende for deres trivsel, mens andre helst ønsker å ha en distanse til pleierne (Bergland, 2006). Det kan imidlertid også ha å gjøre med forskjellighet i personalets evne til å vise omsorg, inkludert det å knytte nære relasjoner til

pasientene. Et interessant moment som studien ikke gir noe svar på, er om det er slik at noen gjennomgående viser mye omsorg og noen gjør det ikke. I så fall vil det si at noen av personalet bærer en uforholdsmessig stor del av omsorgsansvaret på sine skuldre. Hvis det bare er personlighet som avgjør, må en anta at den spesielle kontakten som ofte oppstår fordeles utover i personalgruppen.

Personalets travelhet var et gjennomgående tema. Men pasientenes tanker om dette var på en måte todelt. For det første er selve hjemmesykepleievirksomheten knyttet til relativt korte besøk, og det var det en aksept og forståelse for. Det andre er hvordan hver enkelt av personalet bruker tiden som er til rådighet. Attree (2001) sier at kvalitativ god omsorg er noe en tar seg tid til og forbruker tid til. Det er altså ikke noe en har tid til. Når pasientene i denne studien gir uttrykk for at noen viser mer omsorg enn andre, er det ikke noe som tyder på at det er fordi noen har mer tid enn andre, men noen bruker tiden som de har til rådighet på en mer omsorgsfull måte.

Problemet med et stort antall hjelpere og skifting av hjelpere er kjent når det gjelder hjemmebaserte tjenester, spesielt i større virksomheter med mange ansatte. Dette var også et problem for pasientene i denne studien, men det ble ikke et dominerende problem før antall personale ble relativt høyt. Mens andre studier vektlegger kontinuitet i kontakten med en eller et lite antall personale (Widar, Ek & Ahlstrøm, 2007; Roe et al., 2001; Birkeland & Kristoffersen, 2002), opplevde pasientene i denne studien at et stabilt team av flere erfarne og faglig dyktige personer var det som tjente deres behov mest. Dette begrunnes med at for få kan gi en for nær og ensidig kontakt. Her spiller det imidlertid en rolle om en får hyp-

pige besøk. Desto sjeldnere pasientene får besøk, desto mer sårbare er de i forhold til mye skifting av personale. Dessuten; desto mer sammensatt pasientenes problemer var, desto større behov for rutiner og stabile pleiere. De som hadde klart avgrensede fysiske/praktiske hjelpebehov var ikke så sårbare for skifting i personale, men der psykososiale problemer var mer dominerende, var det også mer sårbarhet i forhold til ustabilitet i personalgruppen. Det har nok mye å gjøre med at vikarene kan utføre de enkle praktiske oppgavene, men mangler rutine og tid til å kunne etablere kontakt med pasientene. De som ikke er kjent med pasientene, vil nødvendigvis også bruke mer tid enn de som er kjent, og da går det ofte utover omsorg og sosial kontakt i og med at det ikke "synes" om den blir ivaretatt eller ikke. I så fall er det i overensstemmelse med studien til Norvoll & Hofset (2003) som fremhever at de psykososiale behovene er de som først blir nedprioritert når tiden blir knapp.

Tilsynbesøk kunne bestå av tilsyn med at pasientene ikke hadde fått en akutt forverring av en sykdomstilstand, eller tilsyn med at de ikke var blitt skadet grunnet fall eller liknende. Det er mulig å ha en rent fysisk tilnærming til dette i form av nærmest en inspeksjon av om pasienten er syk eller skadet, og det er mulig å legge mer sosiale føringer i et slikt besøk. Det kan imidlertid se ut som at tilsyn lett kan bli en fellesbetegnelse for oppdrag der det ikke er spesifikke praktiske oppgaver, men spørsmålet er om begrepet tilsyn tilstrekkelig beskriver besøkets egentlige hensikt? Spørsmålet er også om betegnelsen tilsyn brukes fordi det er en mer akseptert betegnelse enn sosial kontakt, selv om sosial kontakt helt klart er et område som hjemmesykepleien har en plikt

til å ivareta.

Metodiske refleksjoner

Et kritisk punkt i studien var utvelgelsen av informanter og om de var i stand til å gi relevante og tilstrekkelige data. I utvalgs-kriteriene ble det brukt karakteristikken "pasienter som var i en psykososial vanskelig situasjon" og at dette kunne være hovedproblemet. I ettertid viste det seg at ingen hadde "bare" psykososiale vansker, men alle hadde varierende grad av fysisk sykdom og svekkelse. Ikke alle som ble spurt var villig til å være med i studien. Det kan stilles spørsmål ved grunnen til at de ikke ville delta og om disse kunne ha bidratt til viktige data. Selv om ikke alle informantene kunne bidra like mye til å belyse tema og forskningsspørsmål, resulterte tjue intervjuer i et rikt datamateriale. Et svakt punkt kan være at det bare ble foretatt ett intervju med hver, men mange av de eldre var syke og svake og kunne oppfattet nok et intervju som en påkjenning. Delvis ble dette erstattet av et langt intervju med samtlige. Noen kan ha vært forsiktige i sine uttalelser fordi de muligens var engstelige for at hjemmesykepleien kunne få kjennskap til det de sa. Studien hadde fokus kun på pasientenes opplevelser.

KONKLUSJON

Pasientene i denne studien ga uttrykk for at hjemmesykepleien i stor grad ivaretar deres sosiale behov gjennom den omsorgen som utøves. En uformell, positiv kontakt med et team bestående av erfarne og dyktige pleiere er viktig for i ivaretagelse av pasientenes sosiale behov. For flere av de som blir sittende mye alene hjemme, er dessuten en dagavdeling et viktig sosialt tilbud. Pasientene knytter spesielt god kontakt med noen få av personalet, selv om begrensninger i tid

til omsorg og sosial kontakt er relativt lik for alle. Noen pasienter har ikke åpenbare praktiske hjelpebehov, men kan av ulike grunner få såkalte tilsynsbesøk. Det synes imidlertid uklart hvilken rolle sosial kontakt skal spille i slike besøk. Spørsmålet er derfor om begrepet tilsyn tilstrekkelig beskriver besøkets egentlige hensikt.

REFERANSER

- Alvesson, M. & Skjoldberg, K. (1994). *Tolkning og refleksjon. Vitenskapsfilosofi og kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced nursing*, 33(4), 456-466.
- Bergland, Å. (2006). Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Universitetet i Oslo.
- Birkeland, A. & Kristoffersen, K. (2004). Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig. *Vård i Norden*, 24(4), 4-8.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003. *Helse og omsorgsdepartementet*. Tilgjengelig fra lovdata – www.lovdata.no.
- Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi*. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Oversatt av Helge Jordheim.
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I *Omsorgstenkning – En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Holmen, K., Ericsson, K. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- Holmen, K., Ericsson, K. & Winblad, B. (1994). Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 15-19.
- Holmen K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives on Gerontology and Geriatrics*. 35, (3), 261-274.
- Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 8(2), 195-201.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvåle K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden*, 79(26), 15-19.
- Lov om helsepersonell (1999). *Helse- og omsorgsdepartementet*. Tilgjengelig fra lovdata – www.lovdata.no.
- Lov om helsetjenesten i kommunen (1982). *Helse og omsorgsdepartementet*. Tilgjengelig fra lovdata – www.lovdata.no.
- Luggen, A. S. & Rini, A. G. (1995). Assessment of social networks and isolation inn community-based men and woman. *Geriatric Nursing*, 16(4), 179-181.
- McInnis G. J. & White J. H. (2001). A Phenomonological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, XV(3), 128-139.
- Marja A. R., Tjihus D. J. G., Edith J. M. & Daan Kromhout (1999). Changes in factors related to oneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Aging*, 28, 491-495.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morse, J. M. 1990). Concepts of caring and care as a concept. *Advances in nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Norvoll, R. & Hofseth, C. (2003).

- Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien.* SINTEF.
- Otnes, B. (2007). Hjelp til flere utenfor institusjon. *Statistisk Sentralbyrå.* Tilgjengelig fra www.ssb.no – lest desember 2007.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* Sage Publications.
- Penninx B. W. J. H, Tilburg T., Kriegsman D. M. W., Boeke A. J. P., Deeg D. J. H. & Eijk van J. T. (1999). Social Network, Social Support, and Loneliness in Older Persons With Different Chronic Diseases. *Journal of Aging and Health, 11*(2), 151-168.
- Porter, E. (2005). Older Widows' Experience of Home care nurses. *Nursing Research, 54*(5), 296-303.
- Roe, B., Whattam, M., Young, H. & Dimond, M., (2001). Elder's perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing, 10*(3), 398-406.
- Savikko, N., Rotasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*(3), 223-33.
- Tremethick, M. J. (2001). Alone in a crowd: A study of social networks in home health and assisted living. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(5), 42-48.
- Tørnkvist, L., Gardulf, L. & Strender, L. E. (2000). Patients' satisfaction with care given by district nurses at home and at primary health care centers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14*(2).
- Hellstrøm, Y. & Hallberg, I. (2004) Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(4), 387.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Victor, C., Scambler, S., Shah, S., Cook, D., Harris, T., Rink, E. & Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. Cambridge University Press. *Aging and Society, 22*, 585-597.
- Widar, M, Ek, A. C. & Ahlstrøm, G. (2007). Caring and uncaring experiences as narrated persons with long-term pain after a stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*, 14-47.