

# Gamle, hjelpetrengende og alene

Arvid Birkeland, Høgskolelektor – Gerd Karin Natvig, Førsteamanuensis

OLD, IN NEED FOR HELP AND ALONE

## ABSTRACT

The purpose of this study was to get an extended understanding of how elderly patients experience their social situation when they live alone in their own home. Twenty elderly patients with help from the home nursing care were interviewed. Findings showed that most of the time the elderly were alone in their home, due to the absence of friends visiting, and mostly drop in visits from their family and community nurses. For many elderly the telephone was an important facility. The study highlight a more specific use of the word and concept of loneliness, and the importance of intercepting elderly who is in danger for being social isolated or lonely. In some cases it can be necessary to consider alternatives to the present home nursing care in the shape of assistants or other helpers who can stay in the home over time, including helping the elderly moving out of their residences.

**KEYWORDS:** Elderly, loneliness, social isolation, home care.

## Bakgrunn

Fra 1992 til 2005 ble antall mottakere av hjemmesykepleie mer enn doblet, fra ca. 25000 i 1992 til over 54000 i 2005 (1). Mange av disse er eldre og bor alene i egen bolig. Hjemmesykepleie er hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene og er følgelig en del av kommunens helsetjeneste (2). Helse har tradisjonelt vært definert i retning av fravær av sykdom og som en tilstand av fullstendig velvære (3). Senere er imidlertid helse ikke bare blitt definert som en oppnådd tilstand, men også som en tilpasningsprosess til livets skiftende omstendigheter (4, 5). Sett i sammenheng med et slikt utvidet helsebegrep, vil helsepersoneells vurdering av Eldres psykososiale situasjon være viktig. I tillegg til nødvendig helsehjelp, er det i følge Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, også krav om at sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet skal ivaretas (6).

Å være alene kan karakteriseres som et symbol på uavhengighet og autonomi, men kan også forbindes med sosial mistilpasning og ensomhet (7). Det er ikke noen universell definisjon av ensomhet. Nilsson m. fl. (8) hevder at ensomhet er en kompleks dimensjon i våre liv som har med vår grunnleggende eksistens som mennesker å gjøre, og at ensomhet paradoksalt nok kan ses på som en forutsetning for å oppleve å utvikle en nær tilknytning til andre mennesker. Ensomhet kan dermed ikke karakteriseres som noen sykdom eller psykologisk dysfunksjon i seg selv, men kan knyttes både til lidelse og god helse. Ensomhet har dermed også noe positivt i seg (9). Det er viktig å skille sosial isolasjon fra ensomhet. Sosial isolasjon er en objektiv vurdering av å ha minimal kontakt med andre mennesker. Ensomhet derimot, kan defineres som en subjektiv opplevelse av å være sosialt isolert med negative følelser i forhold til kontakt med andre (10). En lignende definisjon finner vi også hos Donaldsen og Watson (11) som fremhever det å føle seg fremmed for, misforstått og avvist av andre, med den følge at en taper meningsfull kontakt med andre. Andre beskriver ensomhet som en distinksjon mellom emosjonell og sosial isolasjon (12, 13). Karen Kaasa (14) beskriver ensomhet som en subjektiv ubehagelig følelse, ikke synonymt med isolasjon. Det er mulig å føle seg alene sammen med andre, og det er mulig å være alene uten at en føler seg alene og ensom.

Når det gjelder gruppen av eldre som opplever at de er ensomme, så varierer ulike studier fra ca. 4 til 40 % (14, 15, 16, 17, 18). Mye tyder på at mellom 5 og 10 % av de eldre opplever seg som ensomme over tid, mens 10 – 40 % periodevis opplever seg ensomme. Ensomhet kan se ut som å øke med økende alder uten at det kan trekkes noen entydige konklusjoner (17, 18, 19). En hovedårsak til ensomhet hos de eldre er brudd i forhold til nære relasjoner, spesielt knyttet til partner og nære venner (18, 19, 20). Dette kan i stor grad knyttes til dødsfall hos nære andre. En annen vesentlig faktor og årsak til at eldre

opplever ensomhet er helsesvikt/sykdom (18, 19, 20, 21, 22). Enkelte studier viser at eldre med perifer vaskulær sykdom, artritt og lunge sykdom i større grad enn friske eldre er utsatt for ensomhet (21).

Ulike studier viser at grad av sosial støtte påvirker helsetilstand og levetid (23, 24). Med sosial støtte menes i denne sammenheng å stille seg til disposisjon for, og bruke ressurser på og for den eldre (24, 25). Eldre som bor alene og har omfattende helsesvikt vil derfor være i behov for samvær, fellesskap og sosial støtte fra andre. Det kan dreie seg om rent praktisk/konkret hjelp, og det kan dreie seg om emosjonell støtte i form av å berolige, akseptere og oppmuntre (26).

Denne studien er en del av et større prosjekt som ser på Eldres opplevelse og mestring av sin sosiale situasjon, samt hjemmesykepleiens funksjon i forhold til dette. Hensikten med denne artikkelen er å frembringe en utvidet forståelse for hvordan de eldre opplever sin sosiale situasjon på bakgrunn av at de bor alene, har en funksjonssvikt og får hjelp fra hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette formuleres følgende forskningsspørsmål:

– *Hvordan opplever eldre sin sosiale situasjon når de er syke, hjelpetrengende og alene i sin egen bolig?*

## Metode

Kvalitative forskningsintervjuer ble brukt som metode for å innhente data, og i analysen ble det brukt en hermeneutisk tilnærming der førforståelse – tolkning – forståelse er sentrale elementer (27, 28, 29). Førforståelse er den kunnskap en har forut for møtet med informantene, og i en hermeneutisk tilnærming blir førforståelsen tillagt en positiv betydning i den grad en er bevisst på at den ikke skal overskygge en utvidet forståelse. Med bakgrunn i førforståelsen skjer en tolkning i form av en sirkulær prosess, også kalt den hermeneutiske sirkel eller spiral (27). Målet er å oppnå en utvidet forståelse.

## Datainnsamling

I en hermeneutisk tilnærming er tilgang til menneskers livsverden sentralt (30), og kvalitative forskningsintervjuer særpreges nettopp av å få tilgang til menneskers livsverden (31). I den praktiske gjennomføringen av intervjuene ble det ikke satt opp noen detaljert intervjuguide, men studiens forskningsspørsmål med relevante oppfølgings-spørsmål ble brukt som rettesnor.

Intervjuene ble gjennomført i pasientenes hjem i 2 kommuner fordelt på 3 områder. Områdene ble tilfeldig utvalgt. Informantene ble valgt ut og kontaktet av sykepleiere som kjente pasientene godt. Utvelgelsen ble gjort etter følgende kriterier:

- eldre som var over 70 år, bodde alene i egen bolig og som hadde hatt hjelp av hjemmesykepleie i minst 2 måneder.
- eldre som kunne føre en adekvat samtale og fortelle om sine opplevelser og erfaringer

Informantene	
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
Helsetilstand	Samtlige hadde vansker med forflytning. 12 hadde omfattende problemer med forflytning grunnet ulike typer alvorlige skader og/eller sykdommer.
Bolig	7 bodde i omsorgsbolig og 13 bodde i enebolig eller egen leilighet
Dagtilbud	10 gikk på dagavdeling tilknyttet sykehjem

- eldre som hjemmesykepleien vurderte til å være i en psykososial vanskelig situasjon (dvs. antatt mye alene og/eller ensomme), enten at dette var hovedproblemet eller at dette kom i tillegg til andre ting

Tidspunkt for intervjuene ble avtalt over telefon med den enkelte. Det ble brukt lydband og det var ingen andre til stede under intervjuene. Av praktiske hensyn ble intervjuene gjennomført og transkribert i tre faser over en periode på 12 måneder fra april 2005 til april 2006. Først 6 intervjuer, så 8 intervjuer, og så til slutt 6 intervjuer. Relativt god tid og ingen forstyrrende elementer gjorde at det var mulig å ha en lengre samtale med hver enkelt.

### Analyse av data

Analysen ble gjort i tre integrerte faser og begynte allerede i intervju-situasjonen (31). Intervjuene ble videre transkribert samtidig med en innholdsmessig gjennomgang. Neste fase bestod i flere gjennomlesinger i den hensikt først å finne hovedtemaer, så undertemaer som kunne underbygge hovedtemaene. Tredje fase bestod av tolkning og drøfting opp mot teori og tidligere forskning relevant for tema og problemstilling.

### Etiske overveielser

Psykososial situasjon kan være et vanskelig samtaletema og det var nødvendig å vise respekt for dette og ikke unødig presse mennesker som ellers er i en presset situasjon. Målet var å få til en samtale omkring deres psykososiale situasjon uten at dette skulle bli for emosjonelt preget. Dette ble oppnådd.

### Resultat

I det følgende presenteres resultatet av studien. Følgende hovedtema viser hvordan pasientene opplevde sin sosiale situasjon som syke, hjelpetrengende og alene i egen bolig:

- *Korte besøk fører til mye alenetid*
- *Telefonen kan kompensere for manglende ansikt til ansikt kontakt*
- *Familien – en ønsket, men ustabil sosial støtte som selv setter agendaen*
- *Venner og bekjente uteblir*
- *Mangler hjelp til å komme seg ut av boligen*

### Korte besøk fører til mye alenetid

De eldre tilbringer svært mye av tiden i egen bolig alene, avbrutt av korte besøk av hjemmetjenesten og familien. I sum utgjør imidlertid dette svært lite av den tiden de totalt tilbringer i boligen. På et spørsmål om en føler seg alene og/eller isolert svarer en:

– *Ja. Det gjør jeg. Det er derfor jeg setter på radioen. Da tror jeg det er flere her.*

Selv om mange setter pris på kontakten de har med hjemmesykepleien, er det liten tid til å snakke, spesielt om kvelden og i helgene. To uttrykk følgende om dette i forhold til hjemmesykepleien:

– *Å ja de er ofte innom. Så kommer de innom med tableter til meg, så snakker jeg to tre ord med dem, men det er ikke mye.*

Kontakten med sønner og døtre har også i stor grad preg av en «stikk

innom» kontakt, selv om det er slik at de bor i nærheten. Som en sier:

– *Et av barna mine er nå innom et par ganger til dagen. Hun er nå i full jobb. Hun er innom før hun går på jobb, og så er hun innom når hun kommer fra jobb.*

Likevel er det svært få som ubetinget karakteriserer seg som ensomme. Ordet ensomhet synes å ha en negativ klang, og det er

svært få som karakteriserer seg selv som ensom. En sier det slik:

– *Nei, enslig er jeg, men ikke ensom, jeg føler meg ikke ensom. Nei, jeg gjør ikke det.*

Ensomhet er heller ikke noen statisk tilstand og kan avhenge av sinnstilstand knyttet til dramatiske hendelser og til naturlige psykiske svingninger. Som en sier etter tap av ektefellen:

*Jo nå går det bra, men det at, til å begynne med så følte jeg meg forferdelig ensom, og det var en hard tid.*

Selv om livet preges av å være alene, så oppleves det å være alene også som noe positivt, og mange trives med å være alene. Det å få bo i egen bolig verdsettes veldig høyt, og det å bo alene er noe en venner seg til etter hvert. En uttrykker det slik på spørsmål omkring dette med å være alene i boligen:

– *Jeg vil bo hjemme. Jeg orker ikke å flytte her ifra. Ja, så jeg bor alene og jeg liker å bo alene.*

### Telefonen kan kompensere for manglende ansikt til ansikt kontakt

Når tilværelsen er preget av å være mye alene, erstattes den fysiske nærheten til andre av å ha kontakt gjennom telefonen. Spesielt er telefonen viktig i kontakten med søsken og eventuelle venner som er på samme alder. Situasjonen for disse er at de også er skrøpelige og har vansker med å forflytte seg. Dessuten bor noen langt borte, og da er det kun telefonen som gjelder. Selv om sønner og døtre har mulighet til å komme på besøk, skjer også mye av kontakten med disse gjennom telefonen. Som en av de eldre sier på spørsmål om kontakt med familien:

*Ja veldig god kontakt, og da med venner og sånn noe, når du ikke lenger kan besøke, så har vi telefon, og det gjør mye altså, at vi kan snakke sammen.*

Manglende tid til å snakke over lengre tid med besøkende i boligen, erstattes av å snakke lenge i telefonen. En uttaler seg slik om dette:

– *Ja jeg snakker, den telefonen, jeg har en skikkelig telefonregning. Ja da, det har jeg vet du, men jeg synes liksom at det må jeg uansett.*

Den sosiale effekten av telefonen er imidlertid avhengig av at de eldre selv er aktive. De eldre opplever at selv om de har en funksjonssvikt, så er det ikke noen selvfølge at familie, venner og/eller bekjente tar kontakt via telefonen. En sier det slik:

*Men det er en ting jeg savner. At de kunne mer ringt til meg. Jeg ringer 5 ganger i uken. De er så vant med at jeg ringer vet du.*

### Familien – en ønsket, men ustabil sosial støtte som selv setter agendaen

Selv om det er mest kontakt med barna, er det slik at en del har ikke barn, eller de kan bo langt borte. Dessuten når foreldrene blir veldig gamle, vil sønner og døtre tendere til å være pensjonister selv. Hvis det er slik at barna bor i nærheten så kan kontakten likevel variere fra mye kontakt med enkelte, til totalt fravær av kontakt med andre. Ikke alle har søsken, dessuten kan også de være gamle og skrøpelige. Ofte er det slik at et barnebarn, en søster, bror, sønn eller datter tar et spesielt ansvar i den grad de har anledning til det, men det er ikke noen regelmessighet i dette. De eldre er derfor prisgitt den familien de er en

del av. Kontakten med familien avhenger derfor i stor grad av familiens vilje og muligheter til å ha kontakt, og det er ikke noe som den eldre selv kan styre. Som en sier om den av barna som det er hyppigst kontakt med:

*Pleier å komme stort sett hver dag, men skal nå reise vekk noen dager. Det er synd, men jeg kan ikke legge meg opp i andre sitt forhold jeg vet du. Nei det kan jeg ikke gjøre.*

I noen familier synes kulturen å være preget av mye omsorg fra barna og eventuelt barnebarn, mens i andre familier er det heller liten kontakt. Samhold eller mangel på samhold i familien kan derfor bety mye i forhold til kontakt med familien. En sier om mye samhold:

*– Vi er i grunnen en veldig sammensveiset familie.*

En annen sier om lite kontakt med familien:

*– Det er trist å være alene, og som du vet jeg har barn, men de har sitt å gjøre på vet du.*

Det er ikke noen sammenheng mellom stor grad av hjelpeløshet og grad av oppfølging. Her er det heller en tendens til at kontakten er omvendt proporsjonal. Det vil si at de som trenger mest kontakt, ofte har lite kontakt med sine. Uansett er tiden som familien tilbringer sammen med den eldre svært begrenset, fordi familien oppholder seg vanligvis ikke hos den eldre over lengre tidsrom.

### Venner og bekjente uteblir

Kontakt med venner og bekjente er svært begrenset selv om det kan være god kontakt med enkelte. Grunnen til det er for det første at helsesituasjonen også er dårlig hos vennene, og da blir det ikke så enkelt å komme på besøk lenger. Det blir også vanskelig å stifte nye venner, i og med at de arenaene en vanligvis etablerer vennskap på blir innskrenket. Dessuten er svært mange døde. På spørsmål om kontakt med venninner sier en:

*– Ja snille deg jeg har hatt de, men de ligger i graven alle sammen.*

Dette problemet blir større jo eldre en er. De som er litt yngre og fortsatt har noen venner, opplever imidlertid at vennene svikter dem. De opplever at fra den dagen de blir syke så kan kontakt med venner forsvinne, og det kan oppleves bittert. Som en sier det:

*– Når en blir alvorlig syk så glimrer gode venner med sitt fravær.*

### Mangler hjelp til å komme seg ut av boligen

De som ikke er i stand til å komme seg ut alene, blir lett bundet til boligen, og det kan oppleves veldig vanskelig. Som en sier på spørsmål om vedkommende føler seg ensom:

*Ja jeg gjør det, i og med at jeg ikke kommer meg ut.*

For noen kan dagavdelingen nesten vær det eneste de opplever av verden utenfor egen bolig, men av ulike grunner kan og vil ikke alle gå på en dagavdeling. Enkelte familiemedlemmer kan hjelpe og hjelper også med dette, men det kan være svært sjelden det skjer, og noen har dessuten liten eller ingen familie. Dessuten trenger mange hjelp til å manøvrere rullestol, til å forflytte seg og hjelp til toalettbesøk. Også her kan en se en tendens til at de som trenger mest hjelp, kommer seg minst ut. På spørsmål om noen kan hjelpe med å komme ut svarer en:

*– Nei, det er akkurat det. Vet ikke hvem jeg skal få til å hjelpe meg.*

*Har ikke tid til noe noen. Jeg skulle hatt en fast mann som kunne hjulpet meg ut hver dag.*

Problemet er å komme ut en tur for å handle, gå på kafe og for å gå på besøk, og de trenger hjelp og assistanse for å kunne forflytte seg der de kommer. Det betyr at de må ha noen med seg hele tiden. Når da familien av ulike grunner ikke kan stille opp, blir en sittende i boligen uten å kunne komme seg ut.

### Diskusjon

I kvalitative forskningsintervjuer er det viktig at informantene har muligheter til trygt å gi uttrykk for sine meninger og opplevelser. Av

de som ble spurt om de ville la seg intervjuer, var det en del som ikke ville delta. Det kan bety at de som på forhånd hadde en positiv innstilling til, eller som følte en lojalitet til hjemmetjenesten, samtykket i å være med i studien. Ting kunne også tyde på at informantene på noen områder var forsiktige i sine uttalelser, muligens som en frykt for at det de sa kunne slå tilbake på dem selv. Dette er forhold som i noen grad kan ha påvirket resultatet av studien. I kvalitative studier er det ikke mulig ut fra eksakte beregninger å anslå et antall informanter på forhånd. Antallet informanter var derfor avhengig av en opplevelse av i hvilken grad det kunne fastslås at en hadde fått inn tilstrekkelig med data. Intervjuer med 20 informanter resulterte i et stort datamateriale, selv om grad av bidrag til å belyse tema og problemstilling ventelig varierte noe. Det ble tatt høyde for flere intervjuer med hver enkelt, men det ble ikke gjennomført, delvis grunnet etiske forhold og fordi det foreliggende datamaterialet ble vurdert som tilstrekkelig for å belyse tema og forskningsspørsmål.

Utfordringen for eldre som er hjelpetrengende og bor alene er hvordan tilværelsen kan tilpasses for å gi en opplevelse av helse på tross av sykdom og funksjonssvikt. Situasjonen for de eldre i denne studien er at de er mye alene, og noen er veldig mye alene. Mange fyller derfor kriteriet for det Wenger m. fl. definerer som sosial isolasjon (10). Dette kan igjen påvirke de eldres helsetilstand (23,24). Selv om det kan være flere besøk i løpet av en dag, blir kontakten lett fragmentert i korte besøk av mange personer som har hver sine oppgaver. Grunnen til det er at besøkene kan ha preg av rent tilsyn, eller det er rent praktiske oppgaver som prioriteres. Hyppigheten av besøk spiller selvsagt en rolle, men likevel viktig er kvaliteten på kontakten, og at den som er innom er der over en viss tid. Det kan derfor se ut som at den emosjonelle delen av den sosiale støtten i liten grad blir ivarett grunnet korte besøk (24,25,26). Dette er forhold som varierer, men i det minste i perioder, er det åpenbart at en del av de eldre opplever å være sosialt isolert. Sosial isolasjon er derfor ikke en statisk tilstand, men kan oppleves i perioder avhengig av hyppighet, emosjonalitet og varighet på den sosiale kontakten og støtten.

Et lite mindretall uttrykker en ubetinget opplevelse av ensomhet, og dette stemmer med tidligere studier (14, 15, 16, 17,18). I forhold til denne studien snakker vi da om tilstander preget av alvorlig og ustabil fysisk sykdom kombinert med en vanskelig sosial situasjon. De fleste avviser imidlertid at de er ensomme ut fra en definisjon av at ensomhet dreier seg om en subjektiv negativ opplevelse og en slags avvisning og fremmedfølelse overfor andre (11, 8, 14, 10). Problemet er ikke at ønsket om og evnen til kontakt med andre er forstyrret, men det dreier seg om mangel på personer å kunne ha kontakt med. Da snakker vi mer om sosial isolasjon enn ensomhet. I den grad det er snakk om ensomhet, kan i tilfelle dette mest karakteriseres som en sosial ensomhet sett i forhold til distinksjonen emosjonell og sosial ensomhet (12, 13).

Selv om den sosiale situasjonen tilsynelatende kan se vanskelig ut, så uttrykker mange at de tross alt trives i sin egen bolig og de trives med å være alene. Dette stemmer overens med andre studier jfr. Porter (9) og Nilsson (8), men det går en grense der det å være alene går over til mistrivsel i form av sosial isolasjon og ensomhet.

Telefonen kan kompensere for manglende kontakt ellers, men det avhenger for det første av at de eldre har vilje til å bruke telefonen. Ikke alle liker å snakke i telefonen og den enkelte må derfor ta et visst initiativ selv. For eldre som i liten grad kommer seg ut, vil det være vanskelig å overleve sosialt uten et aktivt forhold til telefonen.

Når det gjelder familien som institusjon så har den vært gjennom en utvikling de siste tiårene i retning av langt færre multigenerasjonshushold. Victor m. fl. (15) finner imidlertid ikke noe mer ensomhet hos eldre generelt som følge av siste tiårs utvikling. Familiene i forhold til den foreliggende studien inngir imidlertid et bråkete bilde, alt etter om en har noen nær familie, eller i hvilken grad en har kontakt med den familien en har. De eldre uttrykker imidlertid et klart behov for å ha kontakt med familien. Dette samsvarer med studien til Drageset (12), selv om den studien gjaldt eldre på sykehjem. Det kan ha sammenheng med at når venner uteblir og evnen til å komme ut er begrenset, så er det ikke så mange igjen utenom nær familie hvis vi ser bort fra den hjelpen helsetjenesten yter. Selv om praktisk hjelp er viktig, så er det den emosjonelle støtten som motvirker ensomhet, men det kan det



bli lite av i og med at det ofte er snakk om korte besøk. Selv om mange kan gjøre en stor innsats, er det i stor grad slik at de pårørende først og fremst tar hensyn til egen familie, arbeid og karriere. Selv om den eldre har behov for støtte fra familien, så er det familien som bestemmer agendaen og kan velge hvor mye de vil avsette av tid til den eldre. Noe av grunnen til dette kan være at tidligere hadde den eldre en rolle som omsorgs- og støtteperson, men sykdom og funksjonssvikt snur opp ned på dette. Det blir da ikke det samme å komme på besøk lenger. Det er grunn til å tro at det samme gjelder med vennene. Det blir vanskelig å se sin tidligere kamerat eller venninne syk og funksjonshemmet. Dessuten er hjemmet ofte ominnredet, de eldre kan ha vansker med å kommunisere og vansker med å lage i stand kaffe/mat. Dessuten kan psyken være i ubalanse. Det resulterer i at det blir for vanskelig å gå på besøk, og en uteblir.

For de som er mye alene forsterkes aleneheten av at en ikke kommer seg ut på egen hånd. Å komme seg ut kan være en omstendelig prosess i og med at den eldre kan trenge lang tid, det kan være nødvendig å bruke rullestol, og det kan være behov for hjelp der en kommer, f. eks. til toalettbesøk. Det er derfor behov for følge, men hjemmetjenesten ser nok ikke dette som sitt område, og det kan bli for tungt og vanskelig for familien. Selv om mange har dagtilbud, blir det til at noen blir sittende i sin bolig uten å kunne komme seg ut grunnet mangel på kvalifisert følge.

### Konklusjon og konsekvenser for praksis

Den sosiale situasjonen til eldre pasienter som bor alene og som av hjemmesykepleien vurderes til å være i en vanskelig sosial situasjon, må forstås ut fra en rekke forhold. For det første påvirkes den av at venner og bekjente av ulike grunner uteblir. Videre påvirkes den av frekvens, lengde og kvalitet på de besøk de har, i hvilken grad de kommer seg ut av boligen og i hvilken grad de bruker telefonen. Dessuten betyr det mye i hvilken grad de har familie, og i hvilken grad familien i tilfelle er i stand til og/eller prioriterer å ha kontakt. Høy aktivitet på et område kan oppveie for lite aktivitet på et annet, men lav aktivitet på flere områder vil på et tidspunkt indikere at disse pasientene glir over i en situasjon preget av sosial isolasjon og/eller ensomhet. Samtidig må det tas høyde for at sosial isolasjon og ensomhet ikke er statiske tilstander, men kan variere avhengig av livets skiftende omstendigheter.

For den kommunale hjemmetjenesten vil det være viktig å fange opp de som opplever, eller står i fare for å oppleve sosial isolasjon og ensomhet. De eldre bør oppmuntres til å skaffe seg et telefonnettverk både i og utenfor familien, og familiene bør oppmuntres til å besøke og ringe til de eldre. I noen tilfeller bør det vurderes alternativer eller tillegg til nåværende hjemmetjeneste, som for eksempel en form for personlig assistanse eller hjemmehjelp, som kan være i hjemmet over lengre tidsrom og som også kan følge den eldre ut av boligen.

Godkjent for publisering 15.02.2007

Kontaktperson:

Høgskolelektor Arvid Birkeland

Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Bjørnsonsgt. 45

NO – 5528 HAUGESUND

arvid.birkeland@hsh.no

### Referanser

1. Statistisk sentralbyrå (2006). [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
2. Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
3. WHO, Constitution. [www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section898/Section1441.htm)
4. Medin, J. og Alexandersson, K. (2000). Begreppen Helsa och helsofremjande. En litteraturstudie. Studentlitteratur, Lund
5. Sundhed i det 21. århundrede (1999): Rammen for sundhed for alle – politikken i WHO's europæiske region: en dansk oversettelse. Redaksjon: Ulla Oddershede og Merete Andersen ; oversettelse Ingrid Stage.
6. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
7. Peplau, L.A., Bikson, T. K., Rook, K. S., Goodchilds, J. D., 1982. Being Old and Living Alone. I: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. John Wiley & Sons, Inc.
8. Nilsson, B., Lindström, U. Å. og Nåden D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 20; 93–101.
9. Porter, E. J. (1994) Older Widows' experience of living alone at home. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26. Nr. 1.
10. Wenger. G. C., Davies, R., Shahtamabesi, S., Scott, A. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Aging and Society*, 16, 333–358. Cambridge University Press.
11. Donaldsen, J. og Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5) pp 952–959.
12. Drageset, J. (2004) The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Nursing Science*; 18, 65–71.
13. Weiss, R. S. (1973). Loneliness. The Experience of Emotional and Social Isolation. The MIT Press Cambridge, Massachusetts, and London, England.
14. Kaasa, K. 1998. Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*. 8 (2): 195–201.
15. Victor, C., Scambler, S., Shah, S., Cook, D., Harris, T., Rink, E. and Wilde, S., (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Aging and Society*, 22, 2002, 585 – 597. Cambridge University Press.
16. Holmen, K., Ericsson, K., Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43–51.
17. Holmen, K., Ericsson, K. og Winblad, B. (1994). Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, 15–19.
18. Savikko, N., Rotasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. og Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Nov.–Dec.; 41(3):223–33.
19. McInnis G. J. and White J.H. 2001. A Phenomonological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. xv, 3, 128–139.
20. Holmen K. OG Furukawa, Hidetochi. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives og Gerontology and Geriatrics* 2002. 35, (3): 261–274.
21. 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*. Vol. 11. No. 2, May 1999, 151–168.
22. Marja A. R., Tijhuis D. J. G., Edith J. M., Daan Kromhout (1999) Changes in factors related to loneliness in older men. *The Zutphen Elderly Study. Age and Aging* 1999; 28: 491–495.
23. Lyyra, T. M. and Hekkinen, R. L. (2006). Perceived Social Support and Mortality in Older People. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. Vol. 61B, no. 3, s. 147–152.
24. Tomaka, J., Thomson, S. and Palacios, R. (2006). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes among the Elderly. *Journal of Aging and Health*. Vol. 18 No. 3, June 2006. 359–384
25. Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. og Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*. Volume 48, 5, 661–673.
26. Dochterman, J. M. and Bulechek G. M. (2004). *Nursing Intervention Classification*. Mosby.
27. Alvesson, M. og Skjoldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Viten-skapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
28. Vetlesen, A. J. og Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Ad Notam Gyldendal.
29. Gadamer, H. G. *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. (2003 – oversatt av Helge Jordheim.)
30. Nyström, M. (2003). *Et liv på egna villkor. Vård och omsorg vid psykiska funktionshinder*. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.
31. Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal.