



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidat nr: 48

Leveringsfrist: 23.02.09, kl. 14.00 Studenttorget

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Torbjørn Veiteberg

KANDIDAT: 48

ENSOMHET HOS ELDRE HJEMMEBOENDE

Hva kan være aktuell sykepleie
til eldre brukere av hjemmesykepleie
som opplever ensomhet ?

Bacheloroppgave i sykepleie

Avdeling for sykepleierutdanning
Høgskolen Stord/ Haugesund,
Avdeling Stord

Veileder: Torbjørn Veiteberg

Innlevert 23.02.09

Antall ord: 6855

Ensomhed

Her kan man intet gjøre.

Venner kan intet høre -;

Jeg har en høieres øre:

Ensomhedens selv.

Alt kan dens øre fange:

Længsler som gemmer sig bange,

Klange som hæmmes i klange,

Skjælv, som forgaar bak skjælv!

Tankernes streif mod hinanden

Der, hvor de lydløse glider

Med tæt tilhullede hoder

I mørket, fra henfarne tider!

Velan da, I venner og vidner –

Jeg saa Eders lande blaane,

Jeg saa Eders aasyn graane –

Forsvind med Gud, forsvind --,

Thi midt i uendlighedens

Døve, gravøde verden

Møder mig ensomhedens

Fine, lydhøre sind!

Olaf Bull, Bull (1995)

ABSTRACT

Norsk tittel: Hva kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet?

Engelsk tittel: What may be relevant nursing to elderly patients of home care who are lonely?

Kandidatnummer: 48

Utdanning: Grunnutdanning i sykepleie

Utdanningssted: Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Stord

Arbeids art: Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 6855

Antall sider: 33

Sammendrag/ summery

Oppgavens tittel er *"Ensomhet hos eldre hjemmeboende"*. Med denne oppgaven ønsket jeg å belyse hva som kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet. Og jeg håpet at bacheloroppgaven kunne være med på å øke innsikt og forståelse for ensomhet hos brukere i hjemmesykepleien. Ut i fra dette kom jeg frem til problemstillingen: *"Hva kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet?"*. I oppgaven har jeg brukt *kvalitativ litteraturstudie* som metode. Etter endt oppgave har jeg konkludert med at ensomhet hos eldre hjemmeboende er et stort problem, som det er viktig at sykepleier griper fatt i. Aktuell sykepleie til disse brukerne vil være å skape en relasjon til brukeren, kartlegge nettverket, nettverkintervensjon, være sosialt tilstede når en er hjemme hos brukeren, samt informere, motivere og oppmuntre bruken til å delta i ulike aktiviteter for eldre og skaffe seg et telefonnettverk.

The assignment title is "Loneliness with elderly living at home". With this exercise I wanted to shed light on what may be relevant nursing to elderly patients of homecare who experiencing loneliness. And I hope that the bachelor thesis could help to increase insight and understanding of the loneliness that patients in homecare experience. Out of this, I have found the problem: "What may be relevant nursing to elderly patients of homecare who are lonely?" In the assignment I have used the qualitative literature study as a method. After completing the task, I have concluded that loneliness among elderly living at home is a major problem, and it is important that the nurse focuses on this. Current nursing to these patients will be to create a relationship to the patient, mapping the network, network intervention, be socially present when one is at the home of the patient, as well as inform, motivate and encourage the patient to participate in various activities for the elderly and call family and friends.

Innholdsliste

ABSTRACT	4
Sammendrag/ summery	5
Innholdsliste	6
1.0 Innledning	8
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	8
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	8
1.3 Oppgavens avgrensing og valg	9
1.4 Presisering av problemstilling	10
1.4.1 Begrepet hjemmesykepleie	10
1.4.2 Begrepet bruker.....	10
1.4.3 Begrepet eldre	10
1.4.4 Begrepet ensomhet	11
1.5 Oppgavens hensikt.....	11
1.6 Oppgavens oppbygging.....	11
2.0 Metode	13
2.1 Definisjon av metode	13
2.2 Begrunnelse for valgt metode.....	13
2.3 Litteratursøkeprosessen.....	14
2.4 Kriterier ved litteraturgjennomgang	14
2.5 Begrunnelse for valgt litteratur.....	15
2.6 Forskningsetiske overveielser	15
2.7 Kvalitetskriterier og kildekritikk	15
3.0 Teoridel	16
3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori	16
3.1.1 Menneskesyn og lidelse.....	16
3.1.2 Syn på sykepleie	16
3.1.3 Syn på helse	17
3.1.4 Menneske - til - menneske forhold	17
3.1.5 Kommunikasjon.....	18
3.2 Ensomhet.....	19
3.2.1 Definisjon av begrepet ensomhet.....	19

3.2.2 Ensomhet og utløsende faktorer hos den eldre bruker i hjemmesykepleien	19
3.2.3 Konsekvenser av ensomhet	21
3.2.4 Nettverk	22
4.0 Drøftning	23
4.1 Forståelse og kontakt	23
4.2 Nettverkskartlegging	24
4.3 Nettverksintervensjon	25
4.4 Være sosialt tilstede	26
4.5 Pårørende	27
4.6 Tilbud til eldre	27
4.7 Telefonen – en viktig faktor	29
5.0 Konklusjon	30
Litteraturliste	31

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet i bacheloroppgaven er *eldre og ensomhet*. Dette temaet er meget aktuelt, da en studie av Norvoll og Hofseth (2003) gjennomført på sykehjem og hjemmesykepleie, oppgir at over halvparten av pasienten i hjemmesykepleien har psykiske eller sosiale problemer, deriblant ensomhet (Norvoll og Hofseth, 2003). Mens de grunnleggende fysiske behov stort sett blir ivaretatt, så oppstår det ofte vanskeligheter i forhold til ivaretagelse av de psykososiale, og da særlig de sosiale behovene på en kvalitetsmessig god måte. Disse behovene blir også først nedprioritert (Birkeland, 2007).

På bakgrunn av studien til Norvoll og Hofseth (2003), føler jeg det er et behov for og en nødvendighet for å belyse dette problemet. Jeg har derfor kommet frem til følgende problemstilling:

Hva vil være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å sette søkelyset på eldreomsorgen ut i fra min interesse og engasjement for eldre menneskers liv og hverdag. Da jeg var i praksis i hjemmesykepleien, møtte jeg mange ensomme eldre, som gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg velger derfor og konsentrerer meg om ensomme eldre brukere av hjemmesykepleie.

For alle mennesker er det viktig med kontakt med andre mennesker, både fysisk og psykisk. Behovet for sosial kontakt med nærhet og fellesskap til andre er for de fleste en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfylt. Når en blir eldre kan det oppstå en del aldersforandringer og forandringer i de Eldres livssituasjon som kan medføre problemer med å ivareta det grunnleggende behovet for sosial kontakt. Tap av førlighet, hukommelse, relasjon

til arbeid og venner, tap av livspartner og avhengighet av andre er omveltninger som kan være vanskelig å tilpasse seg (Kristoffersen, 1995). Ensomhet kan være en følge eller et resultat av dette, noe jeg har erfart i hjemmesykepleien.

Som sykepleier i hjemmesykepleien ønsker jeg å opprettholde og ivareta menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Men med en lang arbeidsliste og liten tid hos hver enkelte bruker, kan det se ut som om de fysiske behovene blir dekket, mens de psykiske behovet blir nedprioritert (Birkeland, 2007).

1.3 Oppgavens avgrensning og valg

Ensomhet rammer mennesker i alle aldrer, i alle sosiale lag og kulturer. Andelen mennesker som i blant føler seg ensomme, antydes i flere undersøkelser og varierer fra 30 og 50 % (Kristoffersen m.fl., 2006). Ensomhet er derfor et vidt tema, noe som krever avgrensning i bacheloroppgaven.

Jeg vil bruke tall i fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT (1995-1997)), for å få frem behovet for en problemstilling. Resultatet viste nemlig at 8 % av menn og 14 % av kvinner over 70 år hadde vært mye ensomme den siste tiden, mens de tilsvarende tallene for aldersgruppen 20- 49 år var henholdsvis 3 % og 3 % (Halvorsen, 2005). Ut i fra dette har jeg valgt å begrense oppgaven til å gjelde eldre mennesker. Eldre mennesker er også en gruppe mennesker som jeg vil møte overalt i helsevesenet, der ensomhet kan være en primær- eller sekundær sykdom.

Det falt meg helt naturlig å velge hjemmesykepleien som aktør i problemstillingen min, da en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie, oppgir at over halvparten av pasientene i hjemmesykepleien opplever ensomhet (Norvoll og Hofseth, 2003).

En annen grunn for å velge hjemmesykepleien som arena kommer av at flertallet av eldre mennesker bor i dag i sin egen bolig (Nord m.fl., 2005), noe som har ført til at flere mottar sykepleie i hjemmet enn før (Birkeland, 2007).

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee som teoretiker i oppgaven. Grunnet hennes mange teorier og begrep som står sentralt til min oppgave, f. eks lidelse, kommunikasjon og håp.

Travelbee er også opptatt av å hjelpe pasienten til å finne mening i sin situasjon og etablere et menneske til menneske forhold, noe som jeg anser som sentralt for min oppgave (Kristoffersen m.fl., 2006).

1.4 Presisering av problemstilling

1.4.1 Begrepet hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien utøves i praksis i hjemmet, der en må forholde seg til mange typer pasienter og oppgaver. Det er mange eldre som har behov for slik omsorg og pleie, men tallet på yngre brukere er økende. Sykepleierens generelle oppgaver og funksjoner i hjemmesykepleien kan beskrives som både lindrende, rehabiliterende, forebyggende og behandlende i tillegg til sykepleierens grunnleggende og særegne funksjon, som handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre vil livskvalitet, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av situasjonen være i fokus. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til, og/eller erstatte institusjonsomsorg med hjemmeomsorg. Hjemmesykepleien dekker også en vid skala av oppgaver fra besøk som har en ren forebyggende funksjon til lindring av terminal pleie (Birkeland, 2007).

1.4.2 Begrepet bruker

Betegnelsen ”bruker” er blitt en vanlig betegnelse på de som mottar hjelp fra hjemmesykepleie (Birkeland, 2007).

1.4.3 Begrepet eldre

Lege og sosiolog Tor Inge Romøren, definerer eldre som mennesker over 67 år, og de over 80 år som gamle (Nord m.fl., 2005). Jeg ønsker å ta utgangspunkt i denne definisjonen i oppgaven, og velger å omtale brukerne som eldre. Denne oppgaven representerer derfor mennesker fra 67 år og oppover.

1.4.4 Begrepet ensomhet

Ensomhet kan beskrives som hvordan en person bedømmer seg selv i forhold til samhandling med andre mennesker. Mange knytter ensomhet til en ubehagelig opplevelse knyttet til ulike helseproblemer og sykdom (Birkeland, 2007). Donaldsen og Watson (1996) har definert ensomhet som:

”en vedvarende følelsmessig opplevelse som kommer til syne når en person føler seg fremmedgjort overfor andre, blir misforstått eller avvist av andre, eller mister venner som en har en sosial tilknytning til i form av ulike aktiviteter, aktiviteter som sikrer en form for sosial integrasjon og muligheter for emosjonell intimitet”(sitert i Birkeland, 2007 s. 66).

Det finnes mange definisjoner på ensomhet, men tre elementer ser ut til å være felles i definisjonene. For det første er ensomhet en persons mangel på sosial kontakt. For det andre er det en subjektiv følelse, ikke synonymt med isolasjon. Dvs. det er mulig å føle seg ensom sammen med andre, og det er mulig å være alene uten å føle seg ensom. For det tredje så oppleves ensomhet som noe negativt og ubehaglig (Birkeland, 2007).

1.5 Oppgavens hensikt

Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse hva som kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet. Og jeg håper at bacheloroppgaven kan være med på å øke innsikt og forståelse for ensomhet hos bruker i hjemmesykepleien.

1.6 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis vil jeg presentere tema og problemstilling, valg og avgrensning, samt presisering av problemstilling. Deretter vil jeg beskrive metoden som jeg har brukt i oppgaven. Videre vil oppgaven bestå av en teoridel. I denne teoridelen vil jeg beskrive Joyce Travelbee sin sykepleieteori, teori om ensomhet og nettverk. Det vil så komme en drøftningsdel, der jeg vil vurdere å begrunne ulike sykepleietiltak til problemstillingen.

Tilslutt vil jeg avslutte oppgaven med en konklusjon, der jeg forteller hva jeg har fått vite om problemstillingen, eventuelt hva jeg fortsatt mangler.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metode

Professor Knut Erik Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2007). Videre formulerer sosiolog Vilhelm Aubert metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007 s. 81).

Metode vil derfor si hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Vi deler gjerne metode inn i to ulike kategorier, *kvantitativ metode* og *kvalitativ metode*. Den *kvantitative metoden* tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som videre gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner, f. eks finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Den *kvalitative metoden* bruker vi til å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Grunnen til at vi velger en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Begrunnelse for valgt metode

Metode er redskapet vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Når en skal velge hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke er problemstillingen til oppgaven avgjørende (Dalland, 2007). Det er derfor viktig at jeg har en klar formening om hva jeg er ute etter. Jeg vil vite hva som kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet. For å finne svar på denne problemstillingen og samle data til bachelor oppgaven, har jeg benyttet *litteraturstudie som metode*. Litteraturstudie vil si at jeg fordyper meg i eksisterende litteratur om emnet som jeg skal skrive om. Deretter velger jeg ut data som er relevant for problemstillingen, bearbeider og drøfter funnene (Forsberg og

Wengstøm, 2008). Fordelen med litteraturstudie knyttet til denne oppgaven, er at jeg har funnet mye relevant litteratur. Ulempen er at det tar mye tid å lese igjennom alt, og det er vanskelig å velge ut det mest relevante for problemstillingen.

Litteraturstudie er en *kvalitativ metode*. Det som kjennetegner *kvalitativ metode* er at den tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tall feste eller måle. Kvantitativ metode egner seg derfor for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, samt egenskaper eller kvaliteter ved den medisinske virkeligheten (Dalland, 2007). I henhold til dette, mener jeg at problemstillingen min står sentralt i en kvalitativ litteraturstudie studie. Ut i fra at jeg velger kvalitativ litteraturstudie som metode vil jeg ikke kunne forvente å frembringe ny kunnskap, men fremme kunnskap som allerede finnes om temaet.

2.3 Litteratursøkeprosessen

Litteratursøkingen har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om det problemet en ønsker å arbeide med (Dalland, 2007). Jeg har funnet litteratur som omhandler mitt tema, både i vitenskaplige artikler, pensumlitteratur og fagbøker og offentlige dokumenter. Det finnes en hel del litteratur som belyser temaet. Jeg har benyttet meg av biblioteket på Høgskolen Stord/Haugesund avd. Stord. Jeg har søkt på litteratur i basene BIBSYS, Vård i Norden, Tidsskrift for den norske legeforening, sykepleien.no. Søkeord som er blitt brukt er ensomhet, ensom, loneliness, lonely, alone, homecaring, eldre, alderdom, geriatri, ensomhet og eldre, hjemmesykepleien, hjemmetjenesten, kvalitativ metode, Joyce Travelbee, psykososiale behov, livskvalitet, sosiale behov, åndelige behov, depresjon, litteraturstudie.

2.4 Kriterier ved litteraturgjennomgang

Formålet med litteraturgjennomgang er å få en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om de temaet jeg har valgt. Det blei derfor nødvendig å plassere problemområdet innenfor et hovedemne, altså omsorgsteori, ensomhet og eldre. Videre skaffet jeg meg en oversikt over relevant litteratur ved hjelp av pensumlitteratur, bøker og tidsskrifter i emnet. Da jeg lette etter relevant litteratur i bøker og tidsskrifter, måtte jeg vurdere om teksten hadde

relevans for problemstillingen? Hvordan kunne jeg bruke den i oppgaven min? Hva som kjennetegner teksten?

2.5 Begrunnelse for valgt litteratur

Litteraturen jeg har brukt i oppgaven har jeg valgt ut ifra at jeg mener den er relevant for problemstillingen og belyser temaet i oppgaven på en god måte. Videre har jeg valgt litteraturen ut ifra troverdige kilder, viser til kildekritikk pkt. 2.7. Noe som gjør at litteraturen i oppgaven er til å stole på.

2.6 Forskningsetiske overveielser

Ved bruk av kvalitativ litteraturstudie som metode for undersøkelsen, er det viktig at jeg behandler litteraturen etter Åndsverksloven (1961). I følge Åndsverksloven kan jeg ikke kopiere andres litteratur og utgi den som min egen, eller gi ufullstendige opplysninger om hvor materialet er hentet ifra. Dette er plagiat og er etisk ukorrekt bruk av opphavsmannens åndsverk (Åndsverksloven, 1961, kap.1).

2.7 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Jeg har funnet mye skriftlig informasjon om temaet eldre og ensomhet. For å plukke ut det som kunne brukes til oppgaven, så jeg både på gyldighet, holdbarhet og relevans for min problemstilling. Videre har jeg sett på når teksten/boken ble utgitt, om jeg kjente til forfatteren som skrev teksten/boken, om forfatteren er faglig anerkjent innenfor feltet, og hvilket forlag den kommer fra. Ettersom jeg har brukt mye pensumlitteratur og vitenskaplige artikler fra blant annet Vård i Norden, vet jeg at disse kildene er godkjente og sikre kilder. På bakgrunn av dette mener jeg at de kildene jeg har brukt i oppgaven er troverdige. Bøker jeg har brukt som er ifra 1990-tallet, anser jeg også som troverdige kilder, da litteraturen er blitt vurdert som like aktuell i dag.

3.0 Teoridel

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee er født i New Orleans i USA i 1926. Hun har arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og i sin sykepleietenkning setter hun særlig fokus på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Travelbee sin filosofi og sykepleietenkning har hatt og har fremdeles stor plass innenfor norsk sykepleieutdanning. Da særlig med tanke på bruken av begrepet empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv”, som er sentralt i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen m.fl., 2006).

3.1.1 Menneskesyn og lidelse

Travelbee definerer menneske som *”et unikt og uerstattelig individ, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve”* (Travelbee, 1999 s. 54). Menneske tar del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. I sykepleiesammenheng er opplevelse av lidelse og tap sentralt. Som er en fellesmenneskelig erfaring som uunngåelig kommer av den menneskelige eksistens. Lidelse er en del av livet, alle vil før eller siden oppleve lidelse. Men selv om det er en fellesmenneskelig erfaring, vil den enkeltes opplevelse av lidelse være høyst personlig. Travelbee legger vekt på at menneske har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. En slik mening vil også være individuell og personlig. Sykdom og lidelse gir derfor mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen m.fl., 2006).

3.1.2 Syn på sykepleie

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn på grunnlag av at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut i fra dette vil sykepleie si å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. Det skjer

gjennom etablering av et menneske- til- menneske forhold, som er sentralt i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen m.fl., 2006).

3.1.3 Syn på helse

Travelbee gir ikke en klar definisjon av helsebegrepet. Men stiller en rekke spørsmål omkring begrepet. Hun dveler ved subjektive og objektive komponenter ved helse, og legger vekt på at et menneske kan bli diagnostisert som ”syk” av legen, men likevel oppleve seg selv som frisk. På den andre siden er de mulig å bli diagnostisert som ”frisk”, men likevel oppleve seg som syk (Travelbee, 1999).

I sykepleiesammenheng er den subjektive opplevelsen av helse sentral, understreker Travelbee. Subjektivt vil menneske være så sykt eller friskt som det føler seg. For noen vil det å være ved god helse vær knyttet til å kunne utføre dagliglivets aktiviteter tilfredsstillende, mens andre vil mene at helse er ensbetydende med å være i stand til å arbeide (Travelbee, 1999).

3.1.4 Menneske - til - menneske forhold

Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt er å etablere et *menneske- til- menneske forhold*. Det som kjennetegner et slikt forhold ar at både sykepleier og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. Dette forholdet krever at fasadene som ”sykepleier” og ”pasient” må overskrides før en kan nå inn til hverandre som individer (Travelbee, 1999).

For å oppnå sykepleierens mål og hensikt er menneske- til- menneske forhold et virkemiddel til å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge og mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene. Travelbee mener at alt sykepleier sier og gjør for og sammen med den syke, bidrar til å oppnå sykepleierens mål. Det endelige målet på sykepleiekompetanse er alltid i hvilken grad den syke og familien har fått hjelp til å mestre problemene med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Menneske- til- menneske forhold kommer ikke av seg selv. Det må bygges opp dag for dag mens sykepleier samhandler med den syke og med andre. Det betyr at sykepleier må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer.

Videre hevder Travelbee at menneske- til- menneske forhold etableres av sykepleier og den hun har omsorg for gjennom fire sammenhengende faser. Disse fasene er: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identitet, (3) empati, (4) sympati og medfølelse. Disse fasene oppnås ved gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

3.1.5 Kommunikasjon

Travelbee mener kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap når en skal etablere et menneske- til- menneske forhold til pasienten. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Gjennom kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten som person. Målet for samvær med pasienten er å bli kjent med han eller henne, bli klar over og tilfredsstillende pasientens behov for sykepleie og oppnå hensikten med sykepleie. Travelbee sier at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleier iverksetter, er i samsvar med pasientens behov. Dette skjer gjennom observasjon og kommunikasjon og er det første nødvendige skrittet i planleggingen av sykepleietiltak (Kristoffersen m.fl., 2006).

3.2 Ensomhet

3.2.1 Definisjon av begrepet ensomhet

Det finnes en rekke ulike definisjoner på ensomhet. Slår en for eksempel opp i en norske synonym ordbok, finner en under begrepet ensom følgende synonymer: alene, ene, avsides, avsondret, forlatt, grisgrendt, gudsforlatt, isolert, tom, ubebodd, øde (Bondevik, 1988). Videre hevder Nilsson m.fl.(2006) at ensomhet er en kompleks dimensjon i våre liv som har med vår grunnleggende eksistens som mennesker å gjøre, og ensomhet kan paradoksalt nok ses på som en forutsetning for å oppleve å utvikle en nær tilknytning til andre mennesker (Nilsson m.fl., 2006). Ensomhet kan dermed knyttes til både lidelse og god helse (Birkeland og Natvig, 2008).

Peplau og Perlman (1982) har kommet frem til at ensomhet har to betydninger. For det første *å føle seg alene*, som er en subjektiv opplevelse, og for det andre *å være alene*, som er en objektiv opplevelse. En kan ha jevnlig kontakt med andre mennesker, men likevel føle seg ensom. Samtidig kan en være mye alene uten å nødvendigvis føle seg ensom (sitert i Bondevik, 2001 s. 89).

Videre fremhever Donaldson og Watson (1996) at ensomhet vil si å føle seg fremmed for, misforstått og avvist av andre (sitert i Birkeland og Natvig, 2008 s. 18).

3.2.2 Ensomhet og utløsende faktorer hos den eldre bruker i hjemmesykepleien

Mennesker lever i samspill med hverandre. Behovet for kontakt med nærhet og fellesskap til andre er for de fleste en forutsetning for å oppleve livet som meningsfylt (Kristoffersen, m.fl.2006, s. 80). I *kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene* er ”mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet” nevnt som et grunnleggende behov (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Likevel oppgir over halvparten av brukerne i hjemmesykepleien å være ensomme (Norvoll og Hofseth, 2003).

Ensomhetsopplevelse kan variere fra en mild opplevelse av savn til en vond opplevelse, og være av forbigående, ujevne eller kronisk karakter (Bondevik, 2001). For en del eldre er dette problemet større enn selve helsesvikten (Solheim, 2004).

Ensomhet forbindes ofte med alderdommen (Halvorsen, 2005). Gamle mennesker omtales ofte som en ensartet gruppe der alle opplever livet på samme måte. En overser ofte at eldre mennesker er en sammensatt gruppe, bestående av enkeltindivider med sine særtrekk som gjerne er forsterket med alderen. Det er ikke alderen som avgjør hvor vidt en føler seg ensom eller ikke. Men det overskygger ikke de faktum at mange eldre føler seg ensomme (Bondevik, 2001).

Det er ulike mangler i den sosiale kontakten som kan føre til opplevelse av ensomhet (Karoliussen og Smebye, 2004). I følge en studie gjort av Birkeland og Natvig (2008) av eldre som bor alene, har hatt hjemmesykepleie over tid og som hjemmesykepleien oppfatter å være i en vanskelig situasjon, viser det seg at brukerne opplever at de blir sittende mye alene i boligen, at familien er en ustabil faktor, at telefonen er viktig, at venner lett uteblir og at de har vansker med å komme ut av boligen (Birkeland og Natvig, 2008).

I følge Thorsens undersøkelse (1990) var fravær av en fortrolig venn den faktoren som bidro sterkest til ensomhet. Det kunne komme av at en var enslig, som vil si at en ikke hadde ektefelle eller partner. Deretter var meningsløshet og fremmedgjøring viktige faktorer. Det innebar blant annet å savne mening med livet og å føle at ingen hadde bruk for en (sitert i Kristoffersen m.fl., 2006 s. 99).

Videre viser det seg at kvinner gir oftere uttrykk for å være mer ensomme enn menn. Dette kan komme av at ulike forventninger. Kvinner ønsker nære og fortrolige relasjoner, som gir større risiko for å bli skuffet. Et annet aspekt er ulik tilgang på nære personer. Selv om kvinner har flere de deler sine gleder og sorger med enn det menn har, har de likevel forventninger som ikke innfris (Kristoffersen m.fl., 2006).

Eldre år karakteriseres av ulike former for tap (Bondevik, 2001), og savn av kontakt som de en gang har hatt. De som har hatt en ektefelle som de har mistet er mer ensomme enn de som ikke har hatt noen ektefelle. Derfor er ensomhet mest ubredt blant enker og enkemenn (Kristoffersen m.fl., 2006). Resultatet av studien til Eriksson og Svedlund (2007) viser at ensomheten som den eldre opplever etter partnerens bortgang oppleves som det vanskeligste i

samband med dødsfallet (Eriksson og Svedlund, 2007). Videre blir venner på samme alder syke og dør. Eldre med dårlig økonomi og få materielle ressurser kan få problemer med å delta i ulike sosiale aktiviteter. Sosial aktivitet og integrasjon krever slike ressurser (Karoliussen og Smebye, 2004).

Innholdet i den sosiale kontakten kan også endres over tid, og forholdet kan oppleves mindre tilfredsstillende. For mange ektepar fører pensjonering til at de må tilbringe mer tid sammen enn før. Som kan være en utfordring når det gjelder å skape kvalitet i samlivet (Karoliussen og Smebye, 2004). Ensomhet i tosomhet er den mest skjulte formen for ensomhet, særlig blant gifte kvinner. Når kontakten med den en lever sammen med bare fungerer overfladisk og en savner dypere kontakt, kan en føle seg veldig alene (Kristoffersen m.fl., 2006). Alderdommen kan dessuten føre til at ønsket om sosial kontakt øker. Dersom den eldre ikke lenger kan engasjere seg i hobbyer som lesing, håndarbeid osv, kan ønske om sosialt samvær øke. Angst og depresjon kan også virke i samme retning (Karoliussen og Smebye, 2004).

Eldre kan i tillegg oppleve en form for ensomhet som beskrives som det å være sosialt etterlatt. Det å være en av det få gjenlevende i sin egen generasjon kan gi en særpreget ensomhetsopplevelse som ikke lar seg endre. Det er ingen andre å dele en felles fortid og felles erfaringer fra tidligere i livet med. Denne formen for ensomhet er knyttet til tap som er uerstattelige – tap av ektefelle, søsken, slektninger i samme generasjon eller jevnaldrende venner. Vonde opplevelse av mellommenneskelige relasjoner, nåtidige eller fortidige, i form av å føle seg i veien eller glemte, vil imidlertid forsterke en vond ensomhetsopplevelse (Bondevik, 2001).

3.2.3 Konsekvenser av ensomhet

Forskning viser at dårlig psykisk og fysisk helse kan henge sammen med intens og vedvarende ensomhet. Ensomhetsfølelse kan resultere i sykdom, stort forbruk av ulike helsetjenester og tidlig død. Biokjemisk forskning knytter ensomhet til tidlige hjertesykdommer. Andre undersøkelser viser sammenheng mellom ensomhet og selvmord, depresjon, medikamentmisbruk og andre psykopatologiske forhold (Bondevik, 2001).

En av de vanligste psykiske problemer knyttet til ensomhet er depresjon. Forskning viser at mennesker som føler seg deprimerte også føler seg ensomme. Depresjon er vanligst ved langvarig, intens ensomhet. Men alle deprimerte mennesker er ikke ensomme. Depresjon forekommer oftest hos eldre mennesker, er mer utbredt en ensomhet og har sammenheng med mange andre faktorer (Bondevik, 2001).

3.2.4 Nettverk

Det vil være viktig for meg som sykepleier å bidra til å fremme brukerens mulighet til å mestre sin situasjon. Brukerens egen kontaktevne kan bedres, og forholdene i miljøet legges til rette for å fremme kontakt. Å forbedre brukerens nettverk vil si å arbeide med mennesker som brukeren allerede kjenner, og som er viktige personer for han. Å utvide nettverket betyr å finne nye personer som brukeren ikke kjenner, og hjelpe han til å utvikle nye forbindelser til disse (Kristoffersen m.fl., 2006).

Å tegne et nettverkskart kan gjøre brukeren mer bevisst på sin situasjon. Et nettverkskart kan tegnes med fire felt, der det er sektorer for *familie, slekt, arbeid/daghjem* og *andre*. Når brukeren tegner inn personene i de fire feltene angir han hvor betydningsfulle de er for han ved å plassere dem i en passende avstand fra seg selv. Han selv er plassert mitt i kartet. Deretter trekkes en linje mellom de personene som kjenner hverandre. Personene kan være betydningsfulle på både en positivt og negativt måte. På karte merkes det med *pluss-* eller *minustegn*, eventuelt begge deler. Brudd markeres ved *tverrstrek*, og døde presoner merkes med et *kors* (Kristoffersen m.fl., 2006).

Indirekte nettverksintervensjon er en tilnærming for å forsøke å få den eldre til å vedlikeholde, utdype og eventuelt utvide sitt sosiale nettverk. Jeg som sykepleier har da liten kontakt med brukeres nettverk. Det er brukeren selv som har kontakt med nettverket.

Direkte nettverksintervensjon vil si at både jeg som sykepleier og bruker har direkte kontakt med den eldres nettverk (Kristoffersen m.fl., 2006).

4.0 Drøftning

Målet mitt som sykepleier i hjemmesykepleien er å hjelpe bruker til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, slik at han/hun kan bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. For å oppnå dette målet, må jeg ha et helhetlig menneskesyn, slik at alle behovene til menneske blir ivaretatt (Birkeland, 2007). Dette betyr i praksis at jeg som sykepleier må rette oppmerksomheten min mot brukerens individuelle behov, slik at de grunnleggende behovene blir dekket og resterende ressurser blir verdsatt og stimulert (Foss og Wahl, 2002). En slik tilnærming syns å være en utfordring, da en studie viser at over halvparten av brukerne av hjemmesykepleie har psykiske eller sosiale problemer, deriblant ensomhet (Norvoll og Hofseth, 2003). De grunnleggende fysiske behovene blir stort sett ivaretatt, men det oppstår problemer med å ivareta de psykososiale behovene på en kvalitetsmessig god måte (Birkeland, 2007). Dette viser at oppmerksomheten i hjemmesykepleien bør endres, slik at ensomhet og andre psykiske problemer blir oppdaget og behandlet. Det skal på bakgrunn av denne introduksjonen, diskuteres hva som kan være aktuell sykepleie til eldre brukere av hjemmesykepleie som opplever ensomhet.

4.1 Forståelse og kontakt

For å hjelpe den ensomme bruker, må jeg som sykepleier skape en relasjon til brukeren basert på *forståelse og tillit*. I følge Travelbee er *kommunikasjon* et middel til å bli kjent med brukeren, forstå og møte brukerens behov og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er altså et middel til å etablere et *menneske- til menneske- forhold*, som igjen er grunnlaget for og virkeliggjør sykepleierens formål (Eide og Eide, 2006). Jeg som sykepleier kan oppnå dette ved at jeg ser brukeren som et individ, et menneske og setter til side all forutforståelse om hvordan brukeren burde eller skulle være. Videre må jeg vise empati i behandlingen av brukeren og være tilgjengelig. Som sykepleier kan det være hensiktsmessig at jeg klart og tydelig signaliserer at jeg verdsetter og forstår brukeren. Dette kan for eksempel gjøres ved at jeg gir meg tid og uttrykker at jeg ønsker å være tilstede (Karoliussen og Smebye, 2004). Det kan være viktig å legge vekt på kontinuitet, for at denne tilnærmingen skal føre til gjensidig tillitsforhold. Det vil si at så langt det lar seg

gjøre, bør faste sykepleiere gå til en bruker. Det blir da mulig å skape en allianse mellom sykepleier og bruker (Birkeland, 2007).

4.2 Nettverkskartlegging

Joyce Travelbee mener det er viktig å kartlegge brukerens individuelle behov (Kristoffersen m.fl., 2006). I arbeidet med den ensomme bruker vil jeg som sykepleier trenge opplysninger om brukerens sosiale forhold. Slike opplysninger kan jeg skaffe meg ved å kartlegge det sosiale nettverket til brukeren. Gjennom *nettverkskartlegging* vil jeg få en bedre forståelse av hvem personen er og hvordan hans livssituasjon er.

Før jeg begynner å lage et nettverkskart, er det viktig å forklare brukeren hvorfor opplysningene er viktige. Han må gi sitt samtykke før jeg lager et slik kart, ettersom hans forhold til andre mennesker blir detaljert fremstilt på godt og vondt. Som sykepleier vil jeg få opplysninger om svært personlige forhold. Jeg bør derfor minne brukeren om at jeg har taushetsplikt, slik at han blir trygg på at opplysningene ikke kommer videre til uvedkommende. Tillit er en helt nødvendig forutsetning for at brukeren skal åpne seg og dele med sykepleier hvordan han egentlig har det.

Det å tegne nettverkskart kan utløse prosesser i pasienten, som kan være alvorlige og kreve oppfølging. Brukeren kan for eksempel oppdage hvor ensom han virkelig er. Å erkjenne det kan være ydmykende overfor sykepleier, og kanskje enda verre å erkjenne overfor seg selv. Dette kan sette i gang sterke følelser. Derfor bør personer som er spesielt kvalifisert innen nettverksarbeid stå ansvarlig for arbeidet og være tilgjengelig for eventuelle samtaler (Kristoffersen m.fl., 2006).

Ved å tegne et nettverkskart blir brukeren mer bevisst på sin situasjon, og det er en samarbeidsprosess som gir godt grunnlag for videre arbeid. Kartet viser rent grafisk hva som er styrken og svakheten i brukerens nettverk uten at så mye må sies. Jeg som sykepleier kan for eksempel kommentere at det ser bra ut i en sektor, men er dårligere i en annen. Det kan til dømes komme frem at han har mest kontakt med offentlige hjelpere, og at kontakten med gamle venner har avtatt. Kanskje setter dette i gang tanker hos brukeren, slik at han selv ser muligheter for å gjøre mer selv for å gjenoppta denne kontakten. Det er viktig at brukeren selv for innsikt og selv tar ansvar, det skaper mer varige løsninger (Kristoffersen m.fl., 2006).

4.3 Nettverksintervensjon

Etter at jeg som sykepleier og bruker sammen har kartlagt brukerens nettverk, kan jeg på bakgrunn av nettverkskartleggingen planlegge ulike former for *nettverksintervensjon*. Ved *indirekte nettverksintervensjon* blir min oppgave som sykepleier å stimulere den eldre til å beholde og utdype de kontaktene han eller hun har, og oppmuntre til å bli kjent med nye mennesker. I noen situasjoner må brukeren hjelpes til å få kontakt med personer han eller hun ikke har hatt kontakt med på en stund (Karoliussen og Smebye, 2004).

For syke eldre kan en nettverksintervensjon som tar sikte på å øke hyppigheten av kontakt i et eksisterende nettverk være den mest realistiske tilnærmingen (Karoliussen og Smebye, 2004). Dette kan gjøres ved at jeg som sykepleier gir brukeren støtte til å prøve å utvikle et nærmere forhold til personer han ønsker å ha kontakt med. Det samme gjelder dersom han skal avvikle problematiske forhold.

Jeg som sykepleier må formidle at det betyr mer å ha et godt nettverk der brukeren kan gi og få sosial støtte, enn å ha et stort nettverk. Det kan være relevant for han å velge hvem han ønsker å ha mer kontakt med, for så å pleie denne kontakten. Å skape gjensidig kontakt krever øvelse og mot. Her kan jeg støtte brukeren i å ta det første skrittet. Videre kan brukeren trenge hjelp til å finne ny adresse til personer som han i midlertidig har mistet kontakten med, og støtte for å bestemme seg for å skrive eller ringe. Å øve på samtaler gjennom rollespill, og deretter gi støtte under oppfølgingen av kontakten kan også være et alternativ (Kristoffersen m.fl., 2006).

Hos friske eldre kan det imidlertid vær et realistisk mål å forsøke å utvide det eksisterende nettverkt. Sykepleier kan da oppmuntre den eldre til bruk av eldresenter, eller servicesenter, der det er mulighet for å stifte nye vennskap (Karoliussen og Smebye, 2004). For brukere som ønsker å utvide sitt nettverk ved å ta kontakt med nye mennesker, kan jeg som sykepleier være en god kontaktformidler. Jeg kan for eksempel forsøke å formidle kontakt mellom personer som har felles problem, er i en lik livssituasjon eller har samme interesser. Å stifte en selvhjelpsgruppe kan også være hensiktsmessig (Kristoffersen m.fl., 2006).

I mange tilfeller er *direkte nettverksintervensjon* et nødvendig tiltak i eldreomsorgen. Det vil si at både jeg som sykepleier og bruker har direktekontakt med nettverket til brukeren. Denne

kontakten kan være i form av for eksempel nettverksmøter der sentrale aktører i nettverket møtes for å planlegge hjemmesituasjonen til den eldre (Karoliussen og Smebye, 2004).

4.4 Være sosialt tilstede

Den eldre blir ofte sittende mye alene i egen bolig. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier er sosialt tilstede den tiden jeg er der. Med det menes i hvilken grad jeg har kontakt med brukeren den tiden jeg er på besøk. I tillegg til rent praktiske oppgaver kan det være like så viktig for mange brukere å få kontakt, snakke sammen og få impulser fra utenverdenen. For noen brukere i hjemmesykepleien er det slik at hjemmesykepleien kan være den viktigste sosiale kontakten (Birkeland, 2007).

Arbeidet i hjemmesykepleien kan være stressende og det kan være svært liten tid til disposisjon hos hver enkelt bruker. Men det er ikke slik at jeg som sykepleier nødvendigvis må sette meg ned og bruke ekstra tid hver gang for å ha kontakt. Men når arbeidssituasjonen tillater det er det viktig at jeg setter meg ned og tar meg tid til en prat. Kontakt er imidlertid noe som kan og skal etableres i det en trår inn i hjemmet og noe som foregår parallelt med eventuelle praktiske oppgaver (Birkeland, 2007).

Når jeg som sykepleier går inn i hjemmet til en bruker vil det være naturlig å begynne å snakke om vanlig generelle ting, og etter hvert nærmer jeg meg brukers situasjon og de aktuelle praktiske gjøremål. Kommunikasjon og kontakt består av at et budskap går begge veier. Det er derfor viktig at jeg lytter og har oppmerksomheten rettet mot brukeren og lar brukeren snakke uavbrutt.

Brukerne som opplever ensomhet har behov for impulser utenfra. En ”sosial kontakt kommunikasjon” må derfor bestå av uformelle samtaler og kontakt der jeg må kunne fortelle og gi tilkjenne mine meninger om ”vanlige” ting. Dersom samtaler i hjemmet ensidig tar form av ”terapeutiske samtaler” kan det virke uheldig. Fordi det virker lett unaturlig i en hjemlig kontekst og kan virke hemmende heller enn fremmende på kontakt og kommunikasjon (Birkeland, 2007).

Det kan også være lurt at bare et begrenset antall personell mellom 10 og 20 personer besøker brukerne. Fordi for mye skifting i personale er uheldig, og det vil dels oppleves respektløst når det til stadighet er nye folk som kommer inn i hjemmet (Birkeland, 2007).

4.5 Pårørende

Kontakten med familien er ofte den som betyr mest for de eldre. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier legger forholdene best mulig til rette for at denne kontakten blir opprettholdt (Karoliussen og Smebye, 2004). Dette kan gjøres ved å bygge opp et tillitsforhold til de pårørende, informere om brukerens helsetilstand og behov, veilede de pårørende i hvordan de kan løse sine omsorgsoppgaver og gi støtte.

Kontakt med pårørende kommer brukeren til gode, ved at pårørende kan gi opplysninger om brukeren. Disse opplysningene kan bidra til jeg kan finne måter å aktivisere den eldre på, som er i tråd med hans interesser. Dersom den eldre for eksempel har vært med i en kristen forsamling eller menighet før, kan jeg arrangere transport eller følge brukeren til gudstjenester.

De pårørende kan være usikre på sin rolle og redde for å bry seg. Det kan derfor være lurt at jeg som sykepleier gir dem ideer og informasjon om hva de kan hjelpe til med når de er på besøk. Det kan være nødvendig å gi konkret informasjon om at de for eksempel kan kjøre en tur eller ta den eldre med hjem en ettermiddag eller helg. De å feire fødselsdager er en fin anledning til å samle de Eldres familie og venner (Kristoffersen, 1995).

4.6 Tilbud til eldre

Det finnes en rekke ulike former for tilbud til eldre som kan være til hjelp for ensomme brukere. *Eldresentrene* er et slikt tilbud, som kan være med å gi eldre sosial kontakt. Her får de eldre kontakt med andre mennesker. De møter eldre som de tidligere har kjent fra nærmiljøet, og har mulighet for å knytte nye kontakter. Sentrene har en rekke ulike service tilbud som frisør, hudpleie, fotpleie og bad. Det drives også ulike former for kurs, trimgrupper og samtalegrupper og det arrangeres fellesturer. Matsservering i kafeteria og tilbud om middag gis også. En del steder er det også tilbud om sosialrådgivning og juridisk virksomhet ved

siden av helsetilbud som ergoterapi, fysioterapi, sykepleie og legetjeneste (Karoliussen og Smebye, 2004).

Videre er *frivillighetssentraler* et annet tilbud som kan være til stor nytte for ensomme eldre brukere. Ved frivillighetssentraler kan eldre brukere være med å hjelpe andre og også selv motta hjelp. Friske eldre kan få bruke tid og krefter på en meningsfylt måte, for eksempel ved å være barnevakt, gjøre innkjøp for andre som selv ikke klarer det, eller være fast besøks kontakt for ensomme eldre i nærmiljøet. Mens eldre som har behov for hjelp, kan henvende seg til frivillighetssentralen med sine behov. Frivillighetssentraler er altså viktige arenaer i nærmiljøet, der nye sosiale kontakter kan knyttes og sosiale nettverk utvides (Karoliussen og Smebye, 2004).

Et annet fint tilbud til ensomme brukere er *Forenings- og klubbvirksomhet*. Det finnes alt i fra bridgeklubber, lesesirkler og trimpartier til malegrupper og sangkor. Vider kan beboerforeninger og bydelsentre kan være viktige møtesteder i nærmiljøet. De fleste menigheter arrangerer tiltak for eldre. Norsk Pensjonistforbund har også regelmessige møter for medlemmene sine. Det finnes dessuten en rekke undervisningstilbud for eldre, der deltakerne får muligheter til å utfolde sine evner og knytte kontakt med andre som har fells interesser (Karoliussen og Smebye, 2004).

Dersom de eldre har vansker med å komme seg ut av boligen på grunn av funksjonssvikt og/ eller mangel på transportmiddel. Kan jeg som sykepleier sørge for at bruker har transportmuligheter slik at han kommer seg frem og tilbake, for eksempel til dagsenter med buss eller drosjerekvisisjon til ulike helsetjenester. En annen løsning kan være at flere slår seg sammen og organiserer en transporttjeneste.

Eldre får også tilbud om en rekke spesialordninger i forbindelse med turer, reiser og ferier. De har rett til honnørbilletter på kollektive transportmidler, og enkelte kommuner subsidierer spesiell transport for funksjonshemmede. Organisasjoner som Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors har også spesialbiler. Frivillige organisasjoner er med på å arrangere ferier for eldre i Norge og i utlandet (Karoliussen og Smebye, 2004).

For at brukeren skal ha mulighet til å delta ved disse ulike tilbudene, er det nødvendig at jeg som sykepleier informerer, motiverer og oppmuntrer brukerne til å delta. Jeg må eventuelt

legge forholdene til rette slik at bruker skal kunne delta, da med tanke på transportmiddel osv. Dersom bruker gruer seg for å gå alene, kan jeg gjerne være med de første gangene slikt at brukeren finner seg til rette og føler seg trygg på å gå dit alene.

4.7 Telefonen – en viktig faktor

For eldre brukere med ensomhetsopplevelse, kan kontakt gjennom *telefon* erstatte den fysiske nærheten til andre. Spesielt er telefonen viktig i kontakt med søsken, venner på samme alder og barn/barnebarn. For eldre som i liten grad kommer seg ut, vil det være vanskelig å overleve sosialt uten et aktivt forhold til telefonen (Birkeland, 2007). Det er derfor viktig at jeg som sykepleier oppmuntrer de eldre til å skaffe seg et telefonnettverk både i og utenfor familien. Samtidig bør familien oppmuntres til å ringe til de eldre. Vider må de praktiske forholdene legges til rette slik at bruk av telefon oppleves som et lett tilgjengelig hjelpemiddel (Bondevik, 2001). Organisasjonen Telefonkontakten for eldre og uføre kan også være med på å bryte uønsket ensomhet og gi trygghet. Telefonkontakten organiserer telefonvenner som ringer regelmessig etter avtale (Karoliussen og Smebye, 2004).

5.0 Konklusjon

Ensomhet blant eldre hjemmeboende viser seg å være et utbredt problem og det psykososiale behovet, som behov for sosial kontakt blir ofte nedprioritert. Det må derfor bli sett mer fokus på eldreomsorgen slik at de psykososiale behovet blir dekket på en kvalitetssikker måte. For på denne måten hindre ensomhet blant eldre hjemmeboende. Som sykepleier skal jeg ha et helhetlig menneskesyn, slik at alle behovene til menneske blir ivaretatt. Oppgaven min i møte med ensomme brukere blir derfor å skape en relasjon basert på forståelse og tillitt. En slik relasjon skapes ved at jeg som sykepleier viser empati i behandlingen av brukeren, er tilgjengelig og signaliserer at jeg verdsetter og forstår brukeren. Videre kan det være hensiktsmessig å kartlegge brukerens nettverk, som gjøres ved å tegne et nettverkskart. Ut i fra et slikt nettverkskart kan jeg som sykepleier planlegge ulike former for nettverksintervensjon, som vil si å stimulere brukeren til å beholde og utdype de kontaktene han eller hun har, og oppmuntre til å bli kjent med nye mennesker, eventuelt samle inn sentrale aktører i nettverket til nettverksmøte. Det vil også være viktig at jeg som sykepleier er sosialt tilstede i møte med brukeren og involverer og samarbeider med pårørende, samt informere og motivere brukeren til å delta i ulike tilbud for eldre som for eksempel eldresentre, frivillighetssentraler og klubber/foreninger. Telefonen er også en viktig faktor for ensomme brukere. Det er derfor viktig at jeg oppmuntrer og legger forholdene til rette for at brukeren skal skaffe seg et telefonnettverk, både i og uten for familien.

Litteraturliste

Birkeland, A. (2007) Studieguiden i hjemmesykepleie. Høgskolen Stord/Haugesund.

Birkeland, A., Natvig, G.K., (2008) Gamle, hjelpetrengende og alene. Vård i Norden. 87 vol.28. Tilgjengelig fra: <http://www.artikkel.nu/Public/Main.aspx> [Lest 21.10.08]

Bondevik M. (1988) Ensomhetsopplevelse. En fenomenologisk begrepsanalyse. Alma Mater Forlag AS. Bergen.

Bondevik M. (2001) De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Bull O. (1995) Samlede dikt og noveller. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Dalland O. (2007) Metode for oppgave skriving. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Eide H., Eide T. (2006) Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Eriksson M., Svedlund M. (2007) Upplevelser hos äldre närstående i samband med partners dödsfall- en litteraturöversikt. Vård i Norden. 83 vol. 27. tilgjengelig fra: <http://www.artikkel.nu/Public/Main.aspx> [Lest 24.01.09]

Forsber C., Wengstøm Y.(2008) Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Natur & Kultur. Stockholm.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html> [Lest 19.01.09]

Foss B., Wahl A.K. (2002) Pasienters behov viktigere enn rutiner. Sykepleien nr. 18/2002. Tilgjengeig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=786&categoryID=25> [Lest 31.01.09]

Halvorsen K. (2005) Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Karoliussen M., Smebye K.L. (2004) Eldre, aldring og sykepleie. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Kristoffersen N.J (1995) Generell sykepleie, bind 2. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Kristoffersen N.J., Nortvedt F., Skaugen E.A. (2006) Grunnleggende sykepleie, bind 1. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Kristoffersen N.J., Nortvedt F., Skaugen E.A. (2006) Grunnleggende sykepleie, bind 3. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Kristoffersen N.J., Nortvedt F., Skaugen E.A. (2006) Grunnleggende sykepleie, bind 4. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Nilsson B., Lindstrøm U.Å., Nåden D. (2006) Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. Scandinavian Journal of Caring Science. 20; 93-101

Nord R., Eilertsen G., Bjerkreim T. (2005) Eldre i en brytningstid. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Norvoll R., Hofseth C. (2003) Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie. SINTEF.

Solheim, M. (2004) Kan eg komme inn? Verdier og valg i hjemmesykepleien. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Travelbee J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Universitetsforlaget AS. Oslo.

Åndsverksloven (1961) Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/n/dok/Laws/Lover/Andsverksloven.html?id=279652>. Kap. 1 [lest

14.01.09]