



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Tema

Eldre som er alene, ensomhet og sosialt liv

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001- Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 64

Antall ord: 7683

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag.....	3
Summary	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Presentasjon for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og hensikt med oppgaven.....	7
1.4 oppgavens oppbygging.....	8
2.0 Metode.....	8
2.1 Hva er metode	8
2.2 Litteraturstudie som metode.....	9
2.3 Innhenting av data	9
2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk.....	10
3.0 Teori	11
3.1 Omsorgsteori	11
3.1.1 Omsorg som verdigrunnlag.....	12
3.1.2 Omsorg som sosial relasjon.....	13
3.1.3 Teoriens grunnlag og menneskesyn	13
3.1.4 Sykepleiens mål og hensikt	14
3.2 Hjemmesykepleie	15
3.2.1 Sykepleieren i hjemmesykepleien.....	16
3.3 Alene og Ensom?	17
3.4 Årsak til ensomhet.....	18
4.0 Resultat og drøfting	19
4.1 Motivere og legge til rette for sosiale tilbud til eldre	19
4.2 Hjemmesykepleien den viktigste sosiale kontakten?	21
4.3 Positive og fortellende sykepleiere	22
4.3 Når tiden er knapp.....	24
4.4 De pårørende en ressurs?.....	26
4.5 Faglig kompetanse og faste pleiere	28
5.0 Avslutning	29
6.0 Litteraturliste:	30

Sammendrag

Bakgrunn: Det skrives og snakkes mye om ensomhet blant eldre. Tema for oppgaven er ”*Alenetilværelse og ensomhet blant hjemmeboende eldre*”. Et av målene var å finne ut om eldre som bor alene er ensomme, og på hvilken måte det gjør seg gjellende. Problemstillingen er ”*Alene eller ensom, hvordan bidra til en bedre sosial situasjon*”. Hva er årsak til ensomhet blant hjemmeboende eldre, og hvordan påvirker dette eventuelt den sosiale situasjonen?

Mål: Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien bidra til å bedre den sosiale hverdagen til den eldre, og hvilke tiltak kan iverksettes for å styrke de sosiale relasjonene og nettverket de eldre har. Omsorg står sentralt i det å gi sykepleie til eldre hjemmeboende. Hvordan styrke samhold mellom pasient og sykepleier, og hvordan kan sykepleiere på en best mulig måte ut fra omsorgsteori møte den eldre hjemmeboende. Relasjoner, omsorg, nettverk, sosiale tilbud er sentrale begrep.

Metode: Litteraturstudie

Funn: Oppgaven viser til funn gjort i ulike forskninger, hvor eldre selv gir uttrykk hva som betyr mest i det sosiale relasjonene med sykepleiere og det sosiale nettverket forøvrig. Det gis en økt forståelse om hvordan den sosiale situasjonen endres når mennesker blir eldre. Og opplevelse den eldre har om hva som betyr noe for deres sosiale situasjon.

Summary

Background: Loneliness amongst the elderly is the subject of discussion and extensive literature. The theme of this paper is “*Loneliness amongst the elderly living alone at home*”. One of the aims was to identify if elderly living alone were lonely, and in which respect this manifests itself. The question is: “*Alone or lonely, how can we contribute to a better social situation*”. What is the reason elderly living at home are lonely, and does it have an effect on their social situation?

Aim: How can a community care nurse assist in improving the situation and contribute to a better everyday life, and what measures are required to strengthen both the social relationships and community networks for the elderly. Care is the most important thing provided by the nurse for elderly at home. How can the relationship between patient and nurse be strengthened, and what is the best way a nurse can meet an elderly person at home based on care theories.

Relationships, care, social network, community services are all fundamental concepts.

Method: Study of literature

Results: This paper refers to a variety of research, where the elderly themselves have expressed what is most important to them in social relationships with the nurse and the rest of community. This gives a greater understanding of how the social situation changes when people become older, and what experiences the elderly have which are important for their social situation.



De andre er vandret jeg sitter her alene

Årene er i ferd med å hviskes ut

dagene er lange og føles tomme,

ensomhet... er det ingen lykke i

Men så kommer de hvite engler

jeg glemmer en liten stund,

at jeg egentlig er ganske alene

da engelen sender meg et smil

jeg tenker

nå har jeg det fint

S. A. N

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon for valg av tema

Tema for oppgaven er alenetilværelse, ensomhet og sosial situasjon blant hjemmeboende eldre. Hvordan vil følelse av ensomhet og alenetilværelse henge sammen? I møte med pasientene i hjemmesykepleien får vi en forståelse av at mange eldre er mye alene. For noen kan de se ut som den daglige kontakten med hjemmesykepleien er den sosiale kontakten de først og fremst har i hverdagen. Hvordan kan den sosiale delen av livet til den eldre forbedres, slik at den eldre kan oppleve mer tilfredsstillelse rundt sitt sosiale liv. Dette tror jeg er et veldig aktuelt tema, og vil være relevant for oss som jobber innenfor hjemmesykepleie å få økt forståelse og innsikt i.

1.2 Problemstilling

Alene eller ensom, hvordan bidra til en bedre sosial situasjon?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og hensikt med oppgaven

Valget av tema for oppgaven er først og fremst interessen for de hjemmeboende eldre som er tilknyttet hjemmesykepleien. Gjennom flere års arbeid i hjemmesykepleien i kommunen jeg bor i, er jeg opptatt av at de eldre skal ha det bra. Ofte skapes gode relasjoner mellom pleier og pasient, og denne kontakten vedvarer gjerne over flere år. Derfor ønsker jeg å ta opp et aktuelt tema som det å være alene, ensomhet og se på den sosiale situasjonen til de eldre. Samtidig prøve å belyse et problem og få økt innsikt og forståelse av et fenomen som snakkes og skrives mye om. Noen hevder vi går mot et kaldere samfunn, der folk bryr seg mindre om hverandre (Halvorsen, 2005). Hva kan minske følelsen av å være alene, ensomhetsfølelse hos de hjemmeboende eldre, og hva kan hjemmesykepleien bidra til i forhold til dette?

Jeg ser for meg en mulig fremtidig arbeidsplass innenfor hjemmesykepleien og er opptatt av at vi må ivareta pasienten på en god og omsorgsfull måte, det innebærer og de psykososiale behov den eldre har. En studie gjort i Finland viser at mer enn en tredjedel av de som svarte (39.4%) led av ensomhet (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä 2006). Routasalo "et al," (2006) sier også at tendens til ensomhet er merkbar økende jo høyere alder. Eldre blir i følge Nord, Eilertsen & Bjerkheim (2005) definert som personer over 67 år, og gamle som er over 80. Denne oppgaven vil omhandle eldre som har gjennomsnittsalder på 82,5 år hovedsakelig, og vil være rettet mot de som bor alene hjemme og er tilknyttet hjemmesykepleien. Oppgaven vil omfatte begge kjønn. Sykepleiere skal gi helhetlig pleie og omsorg, i denne oppgaven blir det fokusert mest på omsorgsteori, og sykepleie gitt ut fra det.

1.4 oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp med innledning, problemstilling, begrunnelse for valg, hensikt, og en metodedel som forteller om innhenting av aktuell data, kildekriterier, og søkemotorer. Videre vil de utvalgte forskningsartikler og faglitteratur bli presentert i teori og drøftedel. Teoridelen er forsøkt fremstilt på en mest mulig relevant måte for oppgaven og problemstillingen som er valgt. Her vil bruk av forskningsresultater, faglitteratur og pensumbøker være sentrale. Drøftningsdelen er basert på ulike fag og forskningslitteratur og drøftes opp mot problemstillingen. Oppgaven vil avsluttes med en konklusjon og litteraturliste.

2.0 Metode

2,1 Hva er metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2000). s 71.

En metode kan i følge Tranøy være en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskaper eller å etterprøve påstander om krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2000). Metode er redskapet vårt i forhold til det vi skal undersøke. Dalland (2000) sier videre at begrunnelsen for å velge en bestemt metode vil være at den hjelper oss å samle inn data og gir oss tilstrekkelig informasjon på det vi skal undersøke.

Metode kan vi dele inn i kvalitative og kvantitative. Kvalitative metoder tar opp meninger og synspunkter som ikke lar seg tallfeste, Det å bruke kvalitative studier er sentralt, da oppnår vi pasientene sine perspektiver over situasjonen som de befinner seg i, og vi får med deres opplevelse av behovet for hjelp (Forsberg & Wengstrøm 2008).

Kvantitative metoder tar opp informasjonen og former den til målbare enheter som lar seg tallfeste i skjema eller prosentvis, og kan finne ut gjennomsnitt i en del av befolkningen (Dalland 2000).

2.2 Litteraturstudie som metode

” Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde” (Forsberg og Wengstrøm, 2008 s. 34 .)

I denne oppgaven er litteraturstudie som er en kvalitativ metode valgt, hvor mening og opplevelse står sentralt (Dalland, 2000). Hensikten med litteraturstudie er å få en oversikt over et bestemt område, gjøre forsøk på et strukturert arbeid ut i fra forskningsresultater som er publisert.

Litteraturstudie er vanlig å bruke i forbindelser med hovedoppgaver, og skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Sekundærlitteratur blir brukt i nesten alle oppgaveskrivninger, hvor selvstendighet kommer frem i måten de analyserer, tolker, og vurderer litteraturen på (Rienecker og Jørgensen 2005). Litteraturstudier kan i følge Troye og Grønhaug (1993) være godt egnet dersom det finnes mye empirisk litteratur som belyser de spørsmål en ønsker svar på i problemstillingen.

Litteraturstudier bygger på eksisterende litteratur, hvor en må velge ut relevante data for oppgaven, og prøve å bearbeide og drøfte funnene (Forsberg og Wengstrøm 2008).

2.3 Innhenting av data

Litteraturinnsamlingen om emnet alene, ensomhet og sosial situasjon blant hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie, resulterte i en del relevant stoff for oppgaven. Faglitteratur om tema, pensumbøker, relevante fag, forskningsartikler og tidsskrifter som samfunnsspeilet, norsk legeforening og sykepleien, er nyttet. Jeg søkte på ulike søkemotorer som ProQuest, Svemed, Vård i Norden, PubMed. ProQuest er en bra database i hensyn til forskning innenfor helse, og hvor de fleste artiklene er i fulltekst. Søkord på ProQuest var: Elderly og home nursing som gav 50 resultater. Etter vurdering ble 3 artikler tatt med i oppgaven.

Søk på PubMed med søkeord som Home nursing, Elderly og Sosial needs gav 60 resultater. På Vård i Norden ble søkeord hjemmesykepleie, eldre og alene brukt, det gav 13 resultater hvor av 2 artikler ble brukt. Søkord på norsk har vært eldre, hjemmeboende, ensomhet, hjemmesykepleie, omsorg, sosiale behov. Videre på engelsk: loneliness, alone, home nursing, old people, age, social contacts.

2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk

I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) er resultatet av litteraturstudie avgjørende på hvor nøyaktig man identifiserer og vurderer relevante studier. Kvalitetskriterier som at studien har en hypotese og en klart formulert problemstilling er sentrale (Forsberg og Wengstrøm 2008). Forskning blir vurdert på bakgrunn av kvaliteten på metodene som er brukte i studien, og tolkningen skal være forankret i en empirisk underlag uansett syn en har på virkeligheten (Olsson og Sørensen 2003).

Det som er sentralt å tenke på i henhold til den litteraturen jeg velger ut for oppgaveskrivingen, er at den er relevant for det som jeg skal skrive om i oppgaven. De ulike forfattere av faglitteraturen er blitt vurdert som aktuelle på bakgrunn av kompetanse og anerkjennelse innenfor sitt område. Artikkelen til Birkeland og Natvig (2008) omhandler eldre mennesker med gjennomsnittsalder 82,5 år som er tilknyttet hjemmesykepleie. Videre er det tema som aleneboende, ensomhet, og faktorer som påvirker sosialt liv som studiene omhandler, det vil være sentralt i forhold til problemstillingen. Artikkelen fra Birkeland og Natvig 2008, Dale, Dale og Lorentsen 2001 er godkjent fra Etisk Komité for medisinsk forskningsetikk. Tønnesen, Førde & Nortvedt er godkjent av Regional forskningsetisk komité. En artikkel fra Wenger og Burholt kan være for gammel i og med den var en studie som pågikk fra 1979-1999. Grunnen for den ble tatt med er at den beskriver forandring i nivå av sosial isolasjon og ensomhet. Noe som vurderes som like aktuelt i dag.

3.0 Teori

3.1 Omsorgsteori

Når vi skal skrive en oppgave så tenker vi gjerne at vi gjør det ut i fra et teoretisk perspektiv. I følge Dalland (2000) er hensikten med sykepleieteorier å finne retningen for forskningsinteressen vår.

Et begrep som står sentralt i møte med hjemmeboende eldre er å gi omsorg. Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre, og hvordan vi i hjemmesykepleien møter de eldre. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det blant annet at det er pålagt oss å ha fokus på helhetlig omsorg ovenfor pasienten vi møter (Norsk Sykepleierforbund 2008). Videre heter det at hjemmesykepleiere skal ha en sentral rolle hvor pasientenes behov og ivaretagelse skal skje på en best mulig måte (Kommunehelsetjenesteloven, 1982).

Ut fra dette med omsorg som vi gir i møte med pasientene, blir Kari Martinsens omsorgsteorier sentrale. Kari Martinsens beskrivelse av sykepleiefaget er nettopp bygd opp omkring begrepet omsorg, der helhetlig omsorg er grunnlaget for sykepleieryrket (Kirkevold 2001). Teorien hennes er å betrakte som fenomenologisk, som betyr at mennesket og omgivelsene utgjør en enhet som ikke kan deles opp. Omsorgens betydning er sentral fordi menneskene er avhengige av hverandre, og de kan ikke leve isolert fra andre. Avhengigheten kommer tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse, og funksjonsvikt rammer (Martinsen, 2003). Den barmhjertige samaritanen blir brukt for å belyse Martinsens teori, og handler om en helhetlig syn på mennesket, og det å vise nestekjærlighet (Martinsen, 2000).

3.1.1 Omsorg som verdigrunnlag

Erfaring, faglig kunnskap og skjønn er sentrale begrep i teorien. For å skape tillit og trygghet til pasienten, må sykepleiere opptre som likeverdige, være anerkjennende og inkluderende. Forholdet der pasienten er avhengig av sykepleieren, bør omsorg være sykepleierens verdigrunnlag (Martinsen 2003). Omsorg skal ha en sentral rolle i pleien som utøves til hjemmeboende eldre, og er vedtatt med lov om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven 1999).

Omsorg kan deles inn i 3 aspekter:

- **Relasjonelt aspekt.** Mellommenneskelig forhold, bygger på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Sette seg inn i pasientens situasjon, og omfatter et nært og åpent forhold mellom pasient og sykepleier (Martinsen, 2003).
- **Moralsk aspekt.** Omsorg og moral er nært forbundet, omsorg kan sies å være relasjoner og moral som viser seg i praktisk handling, der moral og gode holdninger må læres. Vanligvis skiller vi mellom etikk og moral, hvor etikk ofte omtales som moralens teori. Ifølge Martinsen er ikke dette skillet, men moral og etikk er ett som leves i de menneskelige relasjonene. Videre mener hun at alle sykepleiesituasjoner er tilknyttet moralprinsippet, der ansvar og handling må være i beste mening for de hjelpetrequende eller svake (Kristoffersen "et al," 2005).
- **Praktiske aspekt.** Martinsen (2003) forteller at omsorg er i høyeste grad en praktisk handling, ikke bare en grunnholdning. Utførelsen av konkrete handlinger, bygger på erfaringer og forforståelse om hva som er til pasientens beste. Omsorgen må gjøres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse, og ikke føler seg umyndiggjort.

3.1.2 Omsorg som sosial relasjon

I følge Martinsen er den helhetlige omsorgen en sosial relasjon, som bygger på gjensidighet, solidaritet, samhandling og fellesskap. Hver person er unik, og er et særegent menneske med egne tanker, erfaringer, opplevelse og bakgrunn. Selv om mennesker har mye til felles, er de likevel forskjellige (Martinsen, 2003).

Fellesskap og solidaritet er knyttet opp mot omsorg. Omsorg handler også om å ha forståelse for andre, denne forståelsen hevder Martinsen tilegner vi oss sammen med andre, både med at vi deler felles erfaringer, og på den måten lærer å kjenne den andre (Kristoffersen "et al," 2005). Denne omsorgen skal være ekte, og bør forholde seg til andre ut i fra en holdning som er anerkjennende. Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, den ene er den balanserte gjensidigheten som kjennetegnes ved et mer likeverdig forhold, der begge parter gir og mottar omsorg. Den uegennyttige gjensidigheten forstås med at den ene parten gir hjelp og omsorg til den andre uten å forvente noe igjen. Martinsen påpeker at å ha solidaritet med de svake er omsorgens og sykepleiens grunnlag (Kristoffersen "et al," 2005). Grunnholdningen som kjennetegner omsorg er preget av innlevelse, engasjement, moralsk og faglig vurdering i sykepleien som utøves.

3.1.3 Teoriens grunnlag og menneskesyn

Martinsen vektlegger et menneskelig fellesskap, som bygger på relasjoner mellom mennesker som sentralt i teorien. Hennes sykepleietenkning er ganske kritisk, det forklares med at hun tar avstand fra mye av den tenkningen som foreligger om sykepleie som yrke og fag, og presenterer et alternativ til den (Kristoffersen "et al," 2005). Det som er sentralt er den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskap i utøvelsen av sykepleien, dette mener Martinsen er langt viktigere en det hun betegner som begrepslig/teoretisk kunnskap (Martinsen, 2003).

Mennesker er avhengige av hverandre, og relasjoner blir sett på som fundamentale i Martinsen verdioppfatning av sykepleien. Menneskers avhengighet kommer tydelig frem når de blir hjelpetrengende, for eksempel ved sykdom, funksjonssvikt, og skader. Martinsen (2003) hevder livsytringene våre som tillit og barmhjertighet er medfødt, og er det fundamentale i de menneskelige relasjonene. Martinsen mener også at livsytringer som medfølelse, åpen tale, håp,

tilgivelse, er det å vise nestekjærlighet. Livsytringene må gis uttrykk for i ord og handling, fordi tydningen ikke er alltid avleselig sier Martinsen (2003). Martinsen vektlegger likeverd, og mener alle mennesker har lik verdighet, uansett utrusning (Martinsen 2003).

3.1.4 Sykepleiens mål og hensikt

Martinsen hevder at omsorg er et mål i seg selv, og mener andre teorier som bygger på egenomsorg er urealistiske mål for store pasientgrupper som sykepleiere gir omsorg til (Kristoffersen "et al," 2005).

Målet er å prøve å opprettholde et visst funksjonsnivå og unngå forverring. Pleiesituasjonen skal utøves på en best mulig måte ovenfor pasienten, og at omsorgen som gis vil øke livsmotet.

Martinsen sier at i situasjoner der relasjon med pleier og pasient varer over tid, er omsorgen enda mer sentral. Sykepleier må også bidra til å styrke pasientens evne til selvhjulpenhet på de områder som er mulige. Om begrepet livsmot sier Martinsen at *"sykepleie er et praktisk fag hvor målet er å fremme den lidernes livsmot"*. (Kristoffersen "et al," 2005 s, 64). Dette kan forstås ved at livsmot er høyst personlig og individuelt begrep, og hvor det må tas utgangspunkt i pasientens totale livssituasjon. Måten vi da møter pasienten på, ved å skåne vedkommende for påkjenninger og ta vare på hans livsmuligheter, vil sykepleieren fremme pasientens livsmot (Kristoffersen "et al," 2005).

3.2 Hjemmesykepleie

Pleie og omsorgstjenester i kommunene ytes ved lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenester i kommunen. Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste gitt av Sosialdepartementet, med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene, pålegger kommunene lovbestemte sykepleietjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 1999). Lov om sosiale tjenester er lovens formål § 1-1 å *fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og forebygge sosiale problemer. Og hvor sykepleiere skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt hverdag* (Sosialtjenesteloven, 1991).

Kommunehelsetjenesteloven skal dekke behov for hjemmebaserte tjenester for de som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen (Kommunehelsetjenesteloven, 1982).

Hjemmetjenesten har hatt veldig utvikling, spesielt de siste 30 år, og er nå den største bærebjelken i den kommunale omsorgstjenesten (Fermann og Næss 2008).

I følge Birkeland og Natvig (2008b) er antall mottakere av hjemmesykepleie fordoblet fra 1992 til 2005. Det viser en økning i forhold til mottakere av hjemmetjeneste i landet vårt. Mange av disse er eldre som er alene, og bor i egen bolig. I følge Kinsella og Velkoff vil antall eldre over 80 øke. Og videre kan de tyde på at antall eldre som mottar hjemmesykepleie er økende (Hellstrøm "et al," 2004).

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende om pleie og omsorg når alderdom, svekket helse eller sykdom, medfører mennesker trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at de skal hjelpe pasienten til å mestre hverdagen sin i eget hjem (Fjørtoft, 2006). Sentrale faktorer er å se den enkelte sin situasjon og hva som må gjøres for at vedkommende kan ha det best mulig. Det vil kreves individuelle tilpasninger, og et godt og nært samarbeid med pasienten og pårørende. Et annet sentralt mål for hjemmesykepleien er at de som ønsker å få bo hjemme, skal få hjelp til dette så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2006). Innenfor hjemmesykepleie jobber sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsfagarbeidere og ufaglærte (Fjørtoft, 2006). Gjennom forvaltningslovens bestemmelser skjer tildelingen av hjemmesykepleie, der søknad om hjemmesykepleie blir vurdert på faglig og juridisk grunnlag. På bakgrunn av det utformes et vedtak, om tildeling og eventuelt hvilke tiltak og hjelp som skal ytes (Fermann og Næss 08).

3.2.1 Sykepleieren i hjemmesykepleien

I alle sammenhenger som de utøves sykepleie, vil sykepleiefunksjonen som gjelder å forebygge, behandle, rehabilitere, og lindre stå sentralt. Det skal utøves faglig forsvarlighet i pleien og gis omsorg i møte med pasientene (Helsepersonelloven 1999). Når vi møter hjemmeboende eldre, kommer sykepleiere inn i andres hjem for å yte profesjonell omsorg (Fjørtoft, 2006). Dette krever respekt, varsomhet og at sykepleiere viser ydmykhet for hvert enkelt hjems verdier og normer. Utøvelsen av hjelp og pleie blir på litt andre premisser, hvor vi skal imøtekomme hver enkelt pasient ut i fra de forskjellige behov de har (Fjørtoft, 2006). Begrep som pleie, medisinhåndtering, og tilsyn og observasjoner er sentrale. Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Helse og omsorgsdepartementet 2003).

3.3 Alene og Ensom?

Birkeland (2008b) sier at det er *ikke noen universell definisjon på ensomhet, men kan likevel sies å være en subjektiv opplevelse av å være sosialt isolert med negative følelser i forhold til kontakt med andre*. I Studiet "Gamle, hjelpetrequende å alene" (Birkeland og Natvig 2008b) viser at mellom 5 til 10 % av de eldre opplever seg som ensomme over tid, 10 – 40 % opplever seg periodevis ensomme.

En finsk studie viser resultatet at mer enn en tredjedel av de som svarte (39.4 %) led av ensomhet (Routasalo "et al," 2006). I følge Wenger og Burholt (2004) viser resultatet at eldre over 81 år opplever økende ensomhet, der tap av nære pårørende er en vesentlig faktor.

En kartleggingsstudie av pasienter som mottar hjemmesykepleie viser at 28 % av pasientene opplever seg som sosialt isolerte eller ensomme (Birkeland og Natvig 2008a). Aleneboende trenger i større grad mer hjelp fra hjemmesykepleien en andre eldre som bor sammen med noen. Norvoll og Hofseth fant ut i en undersøkelse at 2/3 av pasientene i hjemmesykepleien er aleneboende (Fjørtoft, 2006).

I den norske studien av livsløp, aldring og generasjon - sier 32 prosent av de intervjuede at de ofte eller av og til opplever ensomhet. Dette er en stor andel, noe som forteller oss at ensomhetsfølelsen er utbredt, understreker Psykolog Kirsten Thorsen (Eriksen, 2005).

I følge Birkeland og Natvig (2008b) trives også mange eldre med å være alene, og begrunnes med at de får bo i hjemmet og at man venner seg til å være alene. Å være alene kan være frivillig og positivt hevder Routasalo "et al," (2006).

Å være alene er ikke det samme som å være ensom, for noen er det å være alene selvsagt, men for andre som ønsker mer sosial kontakt blir det negativt og vil kunne gi følelse av ensomhet (Fjørtoft, 2006). Dette bygger opp om at alenetilværelse ikke betyr at en er ensom, men at faktorer som gjør at en blir alene, som for eksempel tap av ektefelle kan gi ensomhetsfølelse.

Ensomhet er å oppleve et savn av ønsket kontakt med andre, har mindre kontakt med andre, eller dårligere innhold i kontakten enn hva vedkommende ønsker (Thorsen og Clausen 2009).

Begrepet ensomhet omfatter den sosiale formen for ensomhet, som oppstår på grunn av mangelfulle sosiale relasjoner, og den ensomheten en føler ved at en er alene, emosjonell

ensomhet (Halvorsen, 2005). Når det gjelder ensomhet i samfunnet avspeiler det hvor godt eller dårlig de sosiale nettverkene fungerer. Undersøkelser gjort viser at ensomhet er i økende grad, og er et faresignal på at kontakten og samspillet mellom mennesker ikke er tilfredsstillende (Kristoffersen "et al," 2005). Antagelsen om at mennesker er avhengige av hverandre virker til å være sentral, dette kommer også frem i følge Martinsen teorier.

3.4 Årsak til ensomhet

I følge Birkeland og Natvig (2008b) er det to hovedårsaker til ensomhet blant eldre, den ene er tap av ektefelle, familie, og venner. Den andre er helsesvikt, og tap av funksjoner. Birkeland (2008) påpeker at brudd i forhold til nære relasjoner, spesielt knyttet til tap av ektefelle og nære venner er en vesentlig faktor til ensomhet. En annen faktor til ensomhet er helsesvikt og sykdom blant eldre. Dale "et al," (2001) sier at de er flest ensomme i gruppen eldre som bor alene, og at dårligere helse fører til mer ensomhet og isolasjon blant eldre. Ensomhet og depresjon er i følge Hellström, Persson, & Hallberg (2004) relatert til lav livskvalitet.

I følge psykolog Kirsten Thorsen heter det at ensomheten vil bli mer utbredt i årene som kommer, først og fremst fordi det blir flere eldre. Videre vil økningen av svært gamle og aleneboende medføre større risiko for ensomhet (Eriksen, 2005).

Årsak sammenhenger er vesentlige, både for å øke forståelsen og kunne bidra til å gjøre hverdagen bedre for de som alene og sliter med ensomhet. Undersøkelser gjort viser at de som har vært i parforhold og hadde hatt et sosialt nettverk, rapporterte mer om følelse av ensomhet enn de som hadde levd alene (Halvorsen, 2005). Ting kan tyde på at eldre blir samfunnsmessig sett på som at de har et mindre sosialt liv når de er blitt gamle, og at forventningen til sosial kontakt reduseres (Halvorsen, 2005). Kvinner ser i større grad ut til å være ensomme enn menn (Thorsen og Clausen 2009) (Routasalo "et al," 2006). Flere eldre føler de sosiale nettverket rakner når de blir eldre der tap av helse, familie og venner oppgis som hovedgrunn. De eldre utaler selv at ensomheten ofte skyldes ytre forhold som tap av ektefelle, venner og helsesvikt (Thorsen og Clausen 2009). Ensomhet hører sammen med familiesituasjon og den Eldres helsetilstand, og forekommer mest blant hjemmeboende eldre som bor alene. Enker og enkemenn opplever mest ensomhetsfølelse (Thorsen og Blekesaune 2006).

4.0 Resultat og drøfting

4.1 Motivere og legge til rette for sosiale tilbud til eldre

Birkeland og Natvig (2008b) forteller at eldre som bor alene og har omfattende helsesvikt, vil ha behov for sosial støtte og samvær med andre mennesker. Dette kan gjelde både praktisk eller emosjonell støtte i form av oppmuntring og motivasjon. Mange eldre er mye alene, og den eldre opplever at det er vanskelig å komme seg ut.

. (Dale "et al," 2001) hevder at sosiale relasjoner påvirkes av sykdom og alderdom, samtidig som sosial støtte er veldig sentralt i nettopp de situasjonene. Sosial støtte og kontakt øker den eldre selvrespekt, og forebygger depresjoner og ensomhet. Det sosiale nettverket vil bidra til å ivareta den sosiale identiteten. Spesielt eldre kvinner beskriver venner som betydningsfullt (Barstad 2004). I Wenger og Burholt (2004) heter det at de eldre gjør lite selv for å komme ut av en situasjon hvor de har lite sosial kontakt. Studien viser av eldre over 81 år opplever 55 % seg moderat isolerte. Sykepleiere i hjemmesykepleien kan ha en betydningsfull rolle i forhold til å formidle tiltak som kan øke den sosiale kontakten (Birkeland og Natvig 2008a).

I studien til Routasalo "et al," (2006) heter det at jo eldre man er innfinner man seg med å være alene, og føler ikke ensomheten i den grad "yngre" eldre gjør. Halvorsen (2005) hevder at selv om eldre mennesker blir mer sosialt isolert betyr ikke det nødvendigvis at de vil føle seg mer ensomme, fordi alderen vil kunne redusere forventningene til den sosiale kontakten

Motivasjon er et sentralt begrep i forhold til sosial kontakt, og sykepleiere må informere om hva tilbud som finnes i nærmiljøet til de eldre (Fjørtoft, 2006). Sykepleiere kan prøve å legge til rette for at den eldre kommer seg mer ut, det kan gjelde transport, eller ordne med følge. Mange eldre har rett til kjørekvisisjon når de oppsøker ulike helsetjenester, da vil kjøretøyet være egnet til både rullestolbrukere og eldre med nedsatt funksjonsnivå. Kortidsopphold i institusjon, besøkstjenester og pasientvenner er og faktorer som kan bedre den sosiale kontakten.

I (Birkeland og Natvig 2008a) heter de at ti av informantene i studie deltok på et dagtilbud, der hensikten var å ivareta sosiale behov gjennom fellesskap, samvær og aktiviteter. Dagtilbudet så ut til å bety spesielt mye for dem som hadde få kontakter hjemme. Videre fremkommer det at eldre

som trenger mest hjelp i henhold til forflytning, toalettsituasjoner og manøvre rullestol blir de som kommer seg minst ut.

I St. meld. Nr. 37 (1992-1993) står det at eldresentrenes mål er ”å hindre eller begrense at sosiale og helsemessige problemer oppstår” (Ranhoff 2008, s 146).

For de eldre som er i stand til å ta seg ut av hjemmet, vil eldresenter være et alternativ for å treffe andre mennesker. Halvorsen (2005) skriver derimot at dagsenteret kan oppleves som en fysisk og mental belastning, fordi helsesvikt og høy alder er det som de eldre har felles. Dette kan ha sammenheng i at de fleste kommuner har dagsenter som er mest tilrettelagt for demente (Ranhoff 2008). Ut i fra det kan en antyde at mentalt oppegående eldre opplever det som belastende og oppsøke et dagsenter hvor de fleste er demente, og hvor de har lite å tilføre hverandre.

Egen erfaring med dette er at noen få av pasientene våre ønsker dagopphold ved senteret her i kommunen, selv om flere klager på lange og ensomme dager. Til gjengjeld synes de som deltar at det er veldig givende og gir mening i hverdagen. Ofte opplever den eldre å treffe igjen ”gamle” kjente fra nærmiljøet, og den sosiale delen med sang, prating, og fellesskap oppleves som meningsfylt. Når de viser seg at eldre vegrer seg for å bli med på eldresentrene, kan de se ut til å ha sammenheng med at de tror ikke de får hjelp til toalettsituasjoner, forflytning, eller de føler seg ikke spreke nok. Dette blir igjen underbygd i artiklene til Birkeland og Natvig (2008).

Wenger og Burholt (2004) hevder at flere eldre har ønske om mer kontakt, men har problemer å opprettholde dem. Nettverksintervensjon kan bidra til å øke den sosiale kontakten til den eldre. Som sykepleier kan vi bidra til å kartlegge og analysere nettverket i samarbeid med den eldre (Kristoffersen ”et al,” 2005). Hjemmesykepleien kan gi veiledning og hjelp til pasientens forsøk på å mobilisere kontakter. Tiltak som å øke pasientens evne til å ta kontakt med andre, opprettholde kontakt, og kanskje forbedre de relasjonene vedkommende har, er begrep som kan øke den sosiale kontakten (Kristoffersen ”et al,” 2005). Tilsyn fra hjemmesykepleien til eldre som bor alene kan virke forebyggende mot ensomhet, men blir sjelden brukt som tiltak alene i tildeling av tjenesten (Færmann og Næss 2008). Den største hensikten med tilsynsbesøk i hjemmesykepleien er å ha sosial kontakt, samtale og vurdere den eldres situasjon. Men i følge Birkeland og Natvig (2008a) synes det uklart hvilken sosial rolle tilsynene har. Dette kan igjen

påvirkes av ressursene tjenesten har, og det faglige nivået på den som utøver tilsynet. Erfaring viser at både personer med dårlig norsk språk forråd og ufaglærte jobber innenfor hjemmetjenesten, og har i tilfeller ikke de nødvendige kunnskapene.

Telefonkontakt kan bidra til å skape sosial kontakt for eldre, og sykepleiere kan oppmuntre til denne form for kontakt for eldre som er mye alene. Pårørende kan oppmuntres til å ringe den eldre, og et telefonnettverk vil kunne ha en sentral betydning for de sosiale relasjonene (Birkeland, 2007). Faktorer som nedsatt hørsel, fraværende pårørende og svekket allmenntilstand kan vanskeliggjøre dette. Noen eldre inngår avtaler hvor pårørende eller hjemmesykepleien ringer forskjellige tider, det vil kunne bidra til økt trygghet og samhandling.

Tiltak som å søke tjenesteordninger som hjemmehjelp, mer telefonkontakt fra hjemmesykepleien, hyppigere tilsyn, eventuelle kortidsopphold er noe vi som sykepleiere kan vurdere som hensiktsmessige alternativer i forhold til eldre som er mye alene. Fra praksis viser det seg at tiltak som hjemmehjelp ser ut til å bety mye for den eldre, og særlig vektlegges ”kaffepausen” da hjemmehjelpen setter seg ned har tid å prate. Matombringing som mange kommuner driver (Ranhoff 2008) viser seg og som et hyggelig sosialt innslag, hvor maten bringes ut til eldre av stort sett de samme personene over tid.

4.2 Hjemmesykepleien den viktigste sosiale kontakten?

I studie gjort av Birkeland og Natvig (2008a) viser analysen av tjue intervjuer med eldre pasienter tilknyttet hjemmesykepleien, at ivaretagelsen av pasientens sosiale behov skjer hovedsakelig fra omsorgen som gis fra hjemmesykepleien. Måten sykepleierne utøvde pleien på, førte til at pasientene opplevde hjemmesykepleien som å ha en sentral sosial funksjon.

Eldre uttalte i tilfeller at hjemmesykepleien var deres mest betydningsfulle kontakter, og at det oppsto nærmest en venninne/ venn forhold (Birkeland og Natvig 2008a).

At venner og familie uteblir kan ha sammenheng med at de selv får dårlig helse og at flere faller fra (Birkeland og Natvig 2008b). Det vil bety at hjemmesykepleien er i stor grad den kontakten de eldre har i hverdagen. For noen eldre er hjemmesykepleien pasientens eneste sosiale kontakt.

Det vil bety at sykepleiere har et stort faglig og medmenneskelig forhold til den eldre, hvor oppriktig interesse og engasjement bør være sentralt (Fjørtoft 2005).

Aleneboende viser i større grad behov for hjemmebaserte tjenester (Birkeland og Natvig 2008b). I følge Hellstrøm "et al," (2004) var det å motta hjemmesykepleie forbundet med dårlig livskvalitet, og videre var sykdom og ensomhet sentrale faktorer til nedsatt livskvalitet. Studien avslørte at flest kvinner hadde behov for hjelp. Dette kan ha sammenheng med at kvinner lever lengre, og er i større grad hjelpetrengende. Det å være alene kan medføre mer behov for hjelp fra det offentlige tjenestetilbudet, spesielt når nettverket rundt er dårlig. For noen eldre kan avhengighetsforholdet bli i et annet perspektiv en det som var ønsket.

Martinsen påpeker at å ha solidaritet med de svake er omsorgens og sykepleiens grunnlag (Kristoffersen "et al," 2005). Sykepleieren kan hjelpe de eldre til mestring og tilpasning av situasjonen slik at isolasjon og ensomhet blir mindre (Ranhoff 2008).

Det å være til stede med hele seg, virke oppriktig interessert og bruke tiden på en god måte, ha blikkontakt er noen av mine erfaringer som har mest å bety for omsorgen vi gir (Karoliussen og Smebye 2004). Å se med "hjertets øye" betyr å være oppmerksom, lyttende, og være nærværende i situasjonen (Martinsen, 2000). Som sykepleier i de eldres hjem kan vi "lese historien fra veggene", og forstå bedre hvem den enkelte er (Fjørtoft, 2006). Dette vil bety at vi lettere oppnår god kontakt og tillit. Å finne ut av interessefelt for eksempel hobbyer den eldre har, eller har hatt styrker relasjonene.

4.3 Positive og fortellende sykepleiere

Som sykepleiere er vi forskjellige i måte å være på og kommunisere på. I følge Pepleu er kommunikasjonen en sentral del i relasjonen med pasienten (Birkeland og Natvig 2008b). I følge Birkeland og Natvig (2008a) heter det at eldre selv uttaler at noen av pleierne er lette å snakke med, mens andre er tyngre å kommunisere med. Det at sykepleiere som kommer på hjemmebesøk til eldre pasienter har evne til å prate og uformelt og positivt, er tatt med som et behov de eldre har (Birkeland og Natvig 2008a). På grunn av funksjonssvikt kan den eldre

komme i en situasjon som gir lite variasjon og stimuli, da påpeker de eldre at har behov for oppmuntring utenfra. Hjemmesykepleiere som er positive og har godt humør, og som har evne til å snakke om dagligdagse ting og er fortellende, er ønsket i den sosiale kontakten. De eldre selv antyder at de opplever lite og har dermed lite å fortelle (Birkeland og Natvig 2008a). Videre sier noen eldre at ”allslags kan jeg snakke med pleierne om, og de går ikke videre med ting”.

I eldreomsorgen kan mye gjøres hevder Halvorsen (2005), gjennom sosialpolitikk og samfunnsplanleggingens område. Større tilgang og avsatt tid fra hjemmesykepleien, som betyr tid til å sitte ned å prate vil ha stor betydning for den eldre som er mye alene. Kroppsspråk og blick har stor betydning for hvordan vedkommende oppfatter at en er oppriktig interessert i kontakt (Halvorsen, 2005). Gjennom praktisk erfaring har jeg opplevd pleiere som i stor grad signaliserer at de ikke har tid eller liten interesse for den eldre. De som ikke møter blikket, og står klar i døren til å gå. Hvilke signaler gir vi den eldre da? Neppe noe som kan føre til tillit og gode relasjoner. Mens derimot fremhever de eldre, pleiere som har tid til å sette seg ned, gir gode relasjoner og fører til at de føler seg anerkjent og respektert. Dette igjen kan dempe følelse av å være alene eller ensom. Forleden fortalte jeg en pasient i hjemmesykepleien at jeg hadde gått tur rundt et lokalt vann der vi bor. Litt forundret så jeg den gamle mannen sitte med tårer i øynene, hvor det viste seg at der hadde han vært mye som liten gutt, og minnene var mange. Slike situasjoner er med å kunne skape gode relasjoner mellom sykepleieren og pasienten, det at vi har noe felles og vi innleves i en situasjon som vi begge kjenner oss igjen i (Martinsen 2003).

Å snakke sammen på en fortrolig og god måte kan også gjøres under praktiske handlinger, for eksempel i en pleiesituasjon (Birkeland, 2007). Det kan se ut som i mange tilfeller fører til en mer avslappende atmosfære. Hummelvoll (2004) har synspunkter på hva den gode samtalepartneren er, og hevder det har stor betydning hvordan vi samtaler med pasientene vi møter.

Omsorgsprosessen fremmes når innhold og måten vi snakker til pasienten virker kjent, samtidig som den hindres når kommunikasjonen oppleves fremmed (Hummelvoll, 2004). Videre skal en ha våkenhet for pasienten sine behov, og det kan forklares med at når vi samtaler med pasienten, er vi sensitive for vedkommende sitt behov. Pepleu hevder at kommunikasjon mellom pasient og pleier krever tålmodighet, og at måten vi kommuniserer på er sentralt for å kunne skape en god relasjon (Holm, 2005).

4.3 Når tiden er knapp

(Birkeland og Natvig 2008a) forteller om psykiske behov er på grunn av tidsmangel tilsynelatende nedprioritert. Tidsklemme er en trussel mot den sosiale delen som hjemmesykepleien representerer for mange eldre. Flere eldre klager på at hjemmesykepleien har alt for liten tid, at de stikker fort innom og går igjen (Birkeland og Natvig 2008a).

Pasienter fra en studie gjort av Tønnesen, Førde & Nortvedt (2009) beskriver hjemmesykepleien som positiv, der hjemmesykepleierne gjør sitt beste innenfor vanskelige rammer. Pasientene mener videre at tjenesten preges av liten tid på grunn av ressursmangel, og at dette påvirker samhandlingen mellom sykepleier og pasient. De medisinske behovene ser ut til å bli ivaretatt, men i følge pasientene så er det liten tid å imøtekomme psykososiale behov (Tønnesen "et al," 2009). Næss viser til pasientens psykososiale behov blir nedprioritert når det er liten tid.

Pasientene selv beskriver psykososiale behov som sentrale, og at de er bekymret for at pasienter som er alene ikke får ivaretatt disse behovene (Tønnesen "et al," 2009).

Men selv om tiden er knapp, kan kvaliteten på tilsynet være avgjørende. I følge noen av pasientene mente de at noen av pleierne tok seg tid til å sitte ned på litt, og at det kunne tyde på at de brukte tiden de hadde til rådighet på en mer hensiktsmessig måte (Birkeland og Natvig 2008). Igjen er stikkord som blikkontakt, vennlighet og tilstedeværelse sentrale. I Dale "et al," (2001) heter det at betydningen for eldre å ha hjemmesykepleie var stor for mange.

I Tønnesen "et al," (2009) forteller eldre om store forskjeller når det gjelder pleiere, noen tar seg tid og er fleksible, andre renser ikke en barbermaskin fordi det ikke står i vedtaket. Studien forteller videre at de eldre opplever store forskjeller i møte med sykepleiere. De som tar seg tid, og de som ikke gjør det. "Noen går fort, det avslører noen med engang". "De møter ikke blikket, og blikket avslører mennesker veldig". Resultatet pasientene beskriver er lav selvfølelse, skyldfølelse, og følelse av de er i veien (Tønnesen "et al," 2009). Noen eldre mente at dersom de behøvde praktisk hjelp så ble den sosiale kontakten mer tilfredsstillende (Birkeland og Natvig 2008a). Det kan se ut som ved å tolke de ulike artiklene, handler det mye om hvordan den enkelte sykepleier er og vedkommendes væremåte, og at det er det sosiale behovet til den eldre som svekkes når tiden er knapp. Tidsbegrensninger setter sykepleieren i et etisk dilemma kan det

være grunn å tro, dels fordi en ikke får gitt fullverdig pleie og samvittigheten for den ”neste på listen”.

Å skape gode relasjoner i følge Martinsen krever innlevelse av sykepleiere, og omsorgen må gjøres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse, og ikke føler seg krenket eller umyndiggjort. Her vil begrep som holdninger, moral, etikk, kroppsspråk og verdier ha stor betydning for hvordan sykepleien utøves. Men når tiden er knapp vil det være nærliggende å tenke at det går utover kvaliteten på omsorgen. Tiden sammen med den eldre, som bygger på respekt og innlevelse blir dårligere når tidsbegrensningene er avgjørende. Tilliten mellom sykepleiere og den eldre kan da bli sett på prøve er det nærliggende å tro. I slike situasjoner må vi kanskje gå i oss selv for å kunne styrke kvaliteten på hjemmebesøket.

Ved å gi den eldre støtte og bidra til trygghet vil det virke positivt inn på samhandlingen med pasienten, og pasienten kan føle seg sterkere personlig (Holm, 2005). At kvinner ser ut til å være mer ensomme enn menn, kan ha sammenheng med at de har ofte nærere relasjoner til sosiale kontakter (Kristoffersen ”et al,”2005).

Å ”løfte” blikket blir ofte brukt i sykepleiesammenheng, og er sentralt i forhold til å utøve god pleie både medisinsk og sosialt. Men når tiden er knapp, er det vanskelig å gjennomføre.

Korte besøk fører til mye alenetid (Birkeland og Natvig 2008b), sentralt da er at sykepleiere må ha evne til å bruke den tiden de har på hvert enkelt tilsyn på en mest mulig omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Som sykepleiere må vi synliggjør at pasienten er betydningsfull (Fjørtoft, 2006). Viser til erfaring som å holde den eldre i hånden, gjøre små ærend som å skifte en lyspære, eller rulle opp håret er i følge de eldre av stor betydning, og krever egentlig lite av oss pleiere. Telefonkontakt fra hjemmesykepleien er og en ressurs når tidsbegrensinger en medvirkende faktor, og vil kompensere for manglende sosial kontakt. (Birkeland og Natvig 2008b).

4.4 De pårørende en ressurs?

Når det gjelder sosial kontakt med familie og venner inngår det som store forskjeller. Noen har pårørende som kommer innom daglig, mens andre har ser familien sin sjelden. I følge Birkeland og Natvig (2008b) avhenger kontakten i stor grad med hvilken mulighet og vilje familien har til samvær med den eldre. Noen familier viser stor omsorg for den eldre, og dermed ivaretas sosial kontakt, mens andre opplever i motsetning liten sosialkontakt med familien. Det kan og se ut som eldre som trenger mest kontakt og oppfølging har minst kontakt med familien, og uansett er tiden familien tilbringer sammen med den eldre ofte begrenset (Birkeland og Natvig 2008b).

I Dale "et al," (2001) viser at ved siden av ektefelle, er det barna som har den mest sentrale rollen i forhold til sosiale relasjoner, der det å ha regelmessig kontakt med barn og barnebarn betydde mye for dem. Noen av de eldre mente og at å ha kontakt med naboer og nærmiljø var betydningsfullt for den sosiale integriteten. At studiene viser til ulike resultater kan ha en sammenheng med at pårørende er slitne etter å stille opp for den eldre som trenger mye hjelp. Flere eldre oppleves som klagende og det medfører en påkjenning for de pårørende.

I følge Wenger og Burholt (2004) er det å bo i nærheten av barna beskyttende mot ensomhetsfølelse. Det samme gjaldt i tilfeller der den eldre bodde i samme hus som voksne barn. En annen studie viste at følelser av ensomhet sto ikke i forbindelse med hyppighet av kontakt med barn og venner, men i stedet grunnet forventningene og kvaliteten til kontakten. De største grunnene til ensomhet var å bo alene og følelse av å møte lite forståelse hos sine nærmeste, og at kontakten med venner ikke svarte til forventningene (Routasalo "et al," 2004).

I følge Birkeland og Natvig (2008) er familien i tilfeller en ustabil sosial faktor, venner uteblir og de eldre er mye alene. Det kan se ut som når pårørende er fraværende emosjonelt vil det styrke ensomhetsfølelsen i likhet med de eldre som opplever sosialt fravær av pårørende.

(Routasalo "et al," 2006) forklarer at de flere eldre mente var avgjørende for gode sosiale relasjoner var hvor godt de ble forstått av sine nærmeste, og at de hadde støtte i sine pårørende. Tiltak som å hjelpe den eldre til å reflektere over forventning og følelser, og i større grad lære å leve med situasjonen var stikkord som ble nevnt i studiet. Overføre det til praksis kan bety at hjemmesykepleien må lære den eldre i større grad å akseptere situasjonen, og kanskje ikke ha så

høye forventninger til sine pårørende. Vi vet at pårørende kommer i situasjoner der de føler seg utbrent, og hvor den eldre kan for mange være krevende og vanskelig å distansere seg fra.

Det sosiale nettverket er en vesentlig del av pasientens ressurser, og når vi jobber i hjemmesykepleien er det sentralt å prøve å kartlegge hvilket sosialt nettverk de ulike pasientene har (Fjørtoft, 2005). Familie og andre pårørende utgjør en betydelig rolle som uformelle hjelpere, men oppnår i tilfeller å trenge støtte selv (Hummelvoll, 2004).

Hjemmesykepleien ser på familie og venner som en ressurs for pasientens sosiale nettverk, som samarbeidspartnere og som en målgruppe med egne behov for omsorg og hjelp. Helhetlig omsorg for pasienten vil og bety at pårørende er inkludert som en sentral aktør (Fjørtoft, 2006) og i følge Martinsen ses på som en del av helheten.

Pårørende og det sosiale nettverket vil kunne ha stor betydning for livssituasjonen til pasienten og for hjemmesykepleien. Som sykepleier i hjemmesykepleien vil det å vise omsorg og omtanke for de pårørende være forebyggende for både de og den eldre, og i større grad bidra til at pårørende forsetter og være en ressurs for den eldre (Fjørtoft, 2006). Å se de pårørende, vise vennlighet og gi dem oppmuntring, eller servere en kaffekopp når de er innom, er etter min erfaring positivt for relasjonene og samhandlingen. Og for flere eldre gjør pårørende en stor innsats for å ivareta dem (Fjørtoft, 2006). Resultater etter gjennomgang av studiene viser likevel at pårørende er en ustabil ressurs, som kan underbygges i Birkeland og Natvig (2008b). En gjennomgang på hvordan sykepleiere kan styrke pårørende som sosial kontakt burde ha et vesentlig fokus, i og med dem er ønsket i en større grad fra flere eldre.

4.5 Faglig kompetanse og faste pleiere

I følge Birkeland og Natvig (2008a) er det å ha en stabil gruppe pleiere å forholde seg til et betydelig behov de eldre har. Faste pleiere bidrar til å skape en allianse mellom pasient og pleier (Birkeland, 2007). Antall pleiere betyr mindre, men det som derimot er vesentlig er at de som skal hjelpe vet hvordan ting skal gjøres og er kjent med pasientene. De eldre uttrykte når pleiere uten erfaringer og utdanning kom å skulle hjelpe dem, gikk det utover både den sosiale kontakten og det praktiske arbeidet. En sa at den verste tiden på året var når ferievikarene kom (Birkeland og Natvig 2008a). I Tønnesen "et al," (2009) heter det på grunn av ressursknapphet er de sykepleiefaglige ansatte redusert til fordel for hjemmehjelpere, og de eldre opplever en dårligere kvalitet på pleien. Erfaring og faglig kunnskap er i følge Martinsen (2003) sentrale i pleien.

Det å kjenne pasientens vaner, verdier, rutiner og livshistorie er med å støtte opp om kvaliteten på dagliglivet og de sosiale relasjonene. Når sykepleiere kjenner pasientene er dette medvirkende for å kunne gi individuell tilpasset sykepleie. Gjennom kunnskap og forståelse kan sykepleiere ta utgangspunkt i hva den enkelte pasient har størst behov for (Færmann og Næss 08). Det kan blant annet være den sosiale situasjon hos en av pasientene er dårlig, mens en annen har et veldig godt sosialt nettverk. Kontinuitet er også sentralt i forhold til å ha en helhetlig helseforståelse av den eldre, og dermed i større grad kjenne til behovene den eldre har (Færmann og Næss 08).

Pasienter må ofte forholde seg til flere pleiere en ønskelig. Hvor god kontinuitet og oppfølging av pasientene i hjemmesykepleien blir det da? At pasienten har behov for kontinuitet i hjemmesykepleien kan ses i sammenheng med betydningen av at pleierne kjenner pasienten (Færmann og Næss 2008). Erfaringsvis opplever vi i hjemmetjenesten hver sommer at de eldre ønsker ferielutt. Dette forklarer de eldre med at vikarene oppleves som en belastning, fordi de mangler kunnskap og forståelse for den eldre sin situasjon (Birkeland og Natvig 2008a) Primærsykepleier innebærer å ha spesielt ansvar for noen av pasientene, og kan være hensiktsmessig i forhold til sosiale relasjoner (Karoliussen og Smebye 2004). Dette vil være et enkelt tiltak i forhold til å styrke sosiale behov hos eldre og bety at en følger noen eldre godt opp. Problemet er at det i tilfeller ikke blir iverksatt.

5.0 Avslutning

Ut ifra studier blant hjemmeboende eldre, viser det at en del eldre opplever følelse av ensomhet. Graden av ensomhet varierer, og det mest utløsende faktorer til ensomhet ser ut til å være tap av venner, familie og helsesvikt blant de eldre. Å være alene er ikke det samme som å være ensom, da flere hevder å ha et godt liv. Men alenetilværelsen kan være med å øke følelse av ensomhet. Faktorer som påvirker den sosiale situasjonen til eldre vil være avgjørende for sykepleiere i hjemmesykepleien og ha kunnskap om. Å skape gode relasjoner krever innlevelse av sykepleiere og omsorgen må gjøres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse og føler seg respektert. Politisk sett kan det tyde på at det må en endring til med hensyn til å øke opp de sykepleiefaglige nivå, og minke tidsbegrensninger i hjemmesykepleien. Det kan se ut som erfaring og faglig dyktighet, å være fortellende og positiv, ha tid, har stor betydning for både kvaliteten på pleien og det sosiale behovet hos den eldre. Når det gjelder sosiale tiltak vil motivasjon, veiledning og tilrettelegging være sentrale begrep. Pårørendes rolle kan se ut som å være usikker i forhold til å bedre den sosiale situasjonen til eldre.

6.0 Litteraturliste:

Barstad, A (2004) Få isolerte, men mange er plaget av ensomhet. Samfunnsspeilet nr 5, 2004.

Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/200405/04/> [lest 20.01.2010]

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

Birkeland, A. Natvig, G. K. (2008a) Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, 2008; 10: 2,3-14 [lest 04. 01. 2010]

Birkeland, A. Natvig, G. K. (2008b) Gamle, hjelpetrengende og alene. VÅRD I NORDEN 1/2008. PUBL. No. 87 VOL. 28 No. 1 PP 18-21 [lest 04. 01. 2010]

Bollig, G. Pedersen, R. Førde. R. Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. Sykepleien. Forskning nr 3, 2009;4:186-196. Tilgjengelig fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/280192/artikkel_bollig_2706.pdf

[lest 28. 01. 2010]

Dale, B. Dale, J.G. Lorensen, M. Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. VÅRD I NORDEN 2/2001. PUL. No. 60 og lignende. 21 No. 2 PP 4-10

[lest 02. 02. 2010]

Dalland, O. (2000) Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Eriksen, N (2005) Flere ensomme eldre? NOVA- norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Tilgjengelig fra: <http://www.reassess.no/index.gan?id=8920&subid=0> [lest 18.01.2010]

Fermann, T. Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, H,A (ed). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Fjørtoft, A. K. (2006). Hjemmesykepleie. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Forsberg, C. Wengstrøm, Y. (2008) At göra systematiske litteraturstudier:Värdering, analys och presentation av Omvårdnadsforskning. Natur å kultur. Stockholm.

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

Hellström, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R, (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home I: ProQuest vol. 48, PP: 584- 593. [lest 06. 01. 2010]

Helsepersonelloven § 4 (1999). Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven) av 2 juli. 1999 nr 64. Hentet 22 januar 2010 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&&

Helse og Omsorgsdepartementet (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste. Hentet 28 januar 2010 fra http://www.regjeringen.no/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/1999/i-0971-b.html?id=87485

Helse og omsorgsdepartementet (2003). Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjeneste for tjenesteyting av 27 juni 2003 nr 792. Hentet 1 februar 2010 fra <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>

Holm, U. (2005). Empati: å forstå andre menneskers følelser, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Hummelvoll, J. (2004). Helt – ikke stykkevis å delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Kirkevold, M. (2001). Sykepleieteorier - analyse og vurdering, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, H. A. (2008). Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Kommunehelsetjenesteloven (1982). Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982 nr 66. Hentet 24 januar 2010 fra http://lovdata.no/cgi_wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19821119-066.html&emne=lov%20om%20helsetjenest%20i%20kommunene*&

Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Skaug, E.A. (2005). Grunnleggende sykepleie, bind 3. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Martinsen, K. (2005). Øyet og Kallet. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Martinsen, K. (2003). FRA MARX TIL LØGSTRUP. Universitetsforlaget, Otta AS.

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

Norsk sykepleierforbund (2008). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> [lest 20.01.2010]

Norvoll, R. Rugkåsa, M. & Brodtkorb, E. (2003). Mellom mennesker og samfunn. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Olsson, H & Sørensen, S. (2003). Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2005). Den gode oppgaven, Fagbokforlaget, Bergen.

Ranhoff, A.H. (2008) Forebyggende og helsefremmende sykepleie. Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H (ed). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Routasalo, P.E. Savikko, N. Tilvis, R. Strandberg, T.E. & Pitkala, K.H. (2006). Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People - A population-Based Study I: ProQuest vol . 52, PP 181-187. [lest 08. 01. 2010]

Sosialtjenesteloven (1991). Lov om sosiale tjenester m.v av 13 desember 1991 nr 81. Hentet 28. januar 2010 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19911213-081.html>

Thorsen, O. & Clausen, S.T. (2009). Hvem er de ensomme? I: Tidsskriftet samfunnsspeilet 1/2009 [lest 06. 01. 2010]

Troye, S.V. Grønhaug, K. (1993). Utredningsmetodikk: hvordan skrive en utredning til glede for seg selv og andre. Tano, Oslo.

Tønnesen, S. Førde, R. Nortvedt, P. (2009). Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset: omsorg på andres premisser, Nordisk tidsskrift for helseforskning – nr 1 – 2009, 5 årgang.

Wenger, G.C. Burholt, V. (2004). Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. ProQuest vol. 23, PP 115-127 [lest 03.02.2010].