



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

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

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 12

Antall ord: 7494

Vi er innesperret

**Vi er innesperret i oss selv
men noen kastet kjærligheten inn til oss
så vi kan se vår ensomhet
med en annens blikk: hei, sier vi
Her er jeg. Fødselsmerket. Klar.
Se meg, husk meg, elsk meg ferdig.
Livet er for stort til å bæres alene
Vi må dele det med noen. Med lengsler
som dragsug etter dager og netter
griper vi hverandre
som om det er mulig å dele et liv.
Et liv like uendelig som døden.**



Av: Stein Mehren (sisert Halvorsen, 2005)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Summary	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling, avgrensing og presisering	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teoridel	8
2.1 Omsorg	8
2.1.1 Omsorg som en relasjonell betraktningssmåte	9
2.1.2 Omsorg som en praktisk betraktningssmåte	9
2.1.3 Omsorg som en moralsk betraktningssmåte	10
2.2 Hjemmesykepleie	10
2.2.1 Lover og forskrifter	11
2.3 Ensomhet.....	12
2.3.1 Årsaker til ensomhet.....	13
2.4 Sosial isolasjon.....	13
2.4.1 Årsaker til sosial isolasjon.....	14
2.5 Sosiale nettverk	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Hva er metode	15
3.2 Litteraturstudie som metode.....	15
3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden	16
3.2.2 Litteratursøk og valg av litteratur.....	16
3.3 Kildekritikk	17

3.4 Etske aspekter ved forskning	17
4.0 Resultat- og drøftningsdel	19
4.1 Skape kontakt under besøket.....	19
4.2 Formidle kontakt med andre	21
4.3 Nytte tiden under besøket.....	23
4.4 Eksterne sosiale tilbud til eldre	24
4. 5 Telefonkontakt	25
5.0 Avslutning	27
6.0 Litteraturliste	28

Sammendrag

Temaet for oppgaven er ensomhet og sosial isolasjon hos eldre. Med denne oppgaven ønsker jeg å sette fokus på tiltak som kan redusere ensomhet og sosial isolasjon hos eldre hjemmeboende. Problemstillingen jeg har valgt ut i fra tema er: *"Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere ensomhet og sosial isolasjon hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie?"*

Hensikten med oppgaven er å få en bedre innsikt i hvordan hjemmesykepleien kan bidra til at de eldres sosiale situasjon bedres. Metoden jeg har brukt i oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie. Funnene viser at ensomhet og sosial isolasjon er et økende problem blant dagens eldre, men at graden varierende fra bruker til bruker. Yte omsorg, skape relasjoner basert på tillitt og forståelse, samt være sosialt å tilstede hos brukerne er faktorer som spiller en vesentlig rolle for å bedre hverdagen til de ensomme og sosialt isolerte.

Summary

The theme in this assignment is loneliness and social isolation in elderly people. I will promote measures that can reduce loneliness and social isolation among the elderly living at home. The problem I have chosen based on theme is: *"How can nurses contribute to reduce loneliness and social isolation among the elderly people living at home receiving home care?"*

The purpose of the assignment is to gain a better understanding of how home care can help the elderly's social situation is improving. The method I have used in this study is a qualitative study of literature. The discoveries I have made show that loneliness and social isolation is a growing problem among today's elderly, but that the degree is seen ranging from user to user. Providing care, creating relationships based on trust and understandings, as well as being socially present to the users, are factors that play a significant role in improving the lives of the lonely and socially isolated.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valget av tema grunner i en stor interesse for hjemmesykepleie og de eldre hjemmeboendes hverdagssituasjon. Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i min hjemkommune i tre år og har hatt praksis i Danmark. Gjennom disse erfaringene har jeg utviklet en varme for hjemmesykepleien og synes dette er en plass jeg gjerne kunne tenkt meg å arbeide etter endt utdanning.

Jeg anser hjemmesykepleie som et felt av stor betydning innenfor min sykepleieutdanning. Vi møter mennesker i ulike aldrer, fysiske, psykiske og sosiale situasjoner, i tillegg til at pleien som utøves vil være svært ulik fra bruker til bruker. I mitt møte med brukere i hjemmesykepleien har jeg fått en forståelse av at mange eldre har liten sosial kontakt med andre. Studier viser at det er forsket mye på ensomhet og sosial isolasjon. I en kartleggingsstudie som ble gjort av mennesker som mottar hjemmesykepleie i Norge, viste det seg at 28 % av brukerne opplevde seg ensomme eller sosialt isolerte. I tillegg antydte studien at de ansatte i hjemmesykepleien opplevde problemer knyttet til ivaretagelsen av brukernes sosiale behov (Norvoll & Hofset, 2003 sitert Birkeland & Natvig, 2008b). Som helsepersonell har vi plikt til å dekke alle brukeres grunnleggende behov, noe som er lovfestet i lovverket og i kvalitetsforskriftene.

Jeg ønsker derfor i denne oppgaven å ta opp den sosiale situasjonen til eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Hva kan hjemmesykepleieren gjøre for å bedre brukerens sosiale situasjon? Temaet i denne oppgaven vil derfor være ensomhet, sosial isolasjon og sykepleierens oppgave for å forhindre dette.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere ensomhet og sosial isolasjon hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling, avgrensing og presisering

Jeg ønsker med min problemstilling å få kunnskap om hvordan hjemmesykepleieren kan møte personer som er ensomme og sosial isolerte. Jeg ønsker å belyse de mulighetene som finnes for å bedre den sosiale situasjonen til de eldre med tanke på aktivitetstilbud, besøkstilbud og hva hjemmesykepleien kan bidra med i forbindelse med dette.

Hensikten med oppgaven er å bedre min innsikt i temaet jeg har valgt å skrive om og dermed øke min kunnskap. Oppgaven vil være rettet mot eldre over 67 år som bor alene, har en funksjonssvikt og er tilknyttet hjemmesykepleien. Jeg inkluderer både menn og kvinner, men jeg vil ekskludere pasienter med demens fra oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp i seks hoveddeler med en innledningsdel, teoridel, metodedel, resultat- og drøftingsdel samt en avslutningsdel. I innledningen presenterer jeg bakgrunn for valg av tema, min valgte problemstilling, begrunnelse for valg av problemstilling samt avgrensing og presisering. I teoridelen kommer jeg med en forklaring på de begrepene som er sentrale for min oppgave. Begrepene jeg har valgt danner et grunnlag for drøftingen min i resultat- og drøftingsdelen. Videre har jeg en metodedel der jeg forklarer generelt hva metode er, samt litteraturstudie som metode og hvordan jeg har søkt for å finne frem til relevant litteratur. Under resultat- og drøftingsdelen kommer jeg med en presentasjon av funnene jeg har kommet frem til, i tillegg til at jeg drøfter problemstillingen opp mot forskningsfunn og teorien fra teoridelen. Jeg har valgt å ta med enkelte egne erfaringer og synspunkter for å belyse temaet, men i liten grad ettersom dette er et litteraturstudium. Oppgaven avsluttes med en avslutningsdel hvor jeg kommer med en konklusjon på hva forskningen i litteraturstudiet sier.

2.0 Teoridel

2.1 Omsorg

I følge Fjørtoft (2006) er et av grunnelementene i omsorgsbegrepet at det handler om å bry seg om andre, det vil si andres situasjon og behov. Omsorg er en avgjørende faktor for kvaliteten på tjenestene vi utfører. Det innebærer at brukeren og brukerens behov blir sett og møtt av fagpersoner som viser engasjement, faglig kompetanse og empati. Da hjemmesykepleie handler om å møte enkeltmennesker og deres situasjon, er omsorg en sentral verdi.

Vi skiller mellom formell og uformell omsorg. Den formelle omsorgen ytes av mennesker fra det offentlige hjelpeapparatet, for eksempel hjemmesykepleien. Uformell omsorg er omsorg gitt av mennesker som har en personlig relasjon til omsorgsmottakeren. Oftest er det slektskap mellom giveren og mottakeren, men det kan også være venner eller naboer (Fjørtoft, 2006).

Kari Martinsen (sitert i Kristoffersen, 2005, s. 61) mener at omsorg er et ontologisk fenomen. Det vil si at omsorg er en grunnleggende forutsetning for all menneskelig liv. Det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at man er avhengige av hverandre, det vil si at mennesket ikke kan leve i isolasjon fra andre. Hun presiserer at avhengigheten til andre trer særlig frem i de situasjoner der mennesket sliter med sykdom, lidelse og funksjonshemming. Omsorgen viser seg gjennom måten vi forholder oss på til ting og redskaper omkring oss på og gjennom arbeidet. Vi omgår andre mennesker og bruker redskapene på bestemte måter. Derfor sier Martinsen at omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv.

Martinsen (sitert i Kristoffersen, 2005, s. 63) legger stor vekt på det hun kaller for vedlikeholdsomsorg. Det vil si at hun tar avstand fra mål som sier at pasienten skal bli selvhjulpen eller uavhengig. I stedet mener hun at målet må være å opprettholde et visst funksjonsnivå eller å unngå forverring. Hun presiserer at pleiesituasjonen bør være preget av å forsøke å gjøre det best mulig for pasienten i hans her – og – nå – situasjon.

2.1.1 Omsorg som en relasjonell betraktningssmåte

Omsorg som relasjonelt begrep peker på at omsorg er en samhandling og et forhold mellom mennesker (Fjørtoft, 2006). I følge Martinsen er et fundamentalt aspekt ved menneskelivet at vi inngår i relasjoner der vi er gjensidig avhengige av hverandre. Mennesket er innvevd i bestemte livshistorier i tillegg til en sosiokulturell historie, disse sammenhengene er det avgjørende å ta utgangspunkt i for å yte best mulig sykepleie (sitert i Kirkevold, 2001, s. 176).

Når Martinsen skriver om omsorg som et relasjonelt begrep, sier hun at det kjennetegnes ved å være et mellommenneskelig forhold mellom to parter, basert på fellesskap, solidaritet og en form for gjensidighet. En forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt er å ha forståelse for andres situasjon. Denne forståelsen bygger på felles erfaringer. Martinsen sier det slik: *”for at vi skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, for eksempel felles normer, regler, behov eller virksomheter. Vi må dele en dagligverden hvor vi har noe felles”* (sitert i Kirkevold, 2001, s. 171).

Ved å kunne forholde seg til felles erfaringer som vi tilegner oss, enten ved å ha tilsvarende erfaringer eller å handle i felles opplevde situasjoner, sier Martinsen at det opparbeides en felles forståelse som kan bidra til å underbygge solidaritet og fellesskap (sitert i Kirkevold, 2001, s. 171).

2.1.2 Omsorg som en praktisk betraktningssmåte

Omsorg som praktisk begrep handler om konkrete situasjonsbetingede handlinger som er basert på en forståelse av hva som er til andres beste (Fjørtoft, 2006). I følge Martinsen (sitert i Kirkevold, 2001, s. 173) er omsorg mer enn en grunnholdning som reflekteres i forholdet mellom mennesker. Omsorg knyttes også i stor grad til praktisk handling. Martinsen sier at omsorgens handlinger vokser ut av en konkret situasjon og tilstand som mottakeren befinner seg i. Omsorg som konkret handling bygger på sykepleiers faglige og etiske vurdering av ulike situasjoner. Anvendelse og utøvelse av faglig kunnskap tilegnes gjennom praktisk erfaring samt ved hjelp av eksempel læring (sitert i Kirkevold, 2001, s. 175).

Martinsen forklarer det slik:

”Å anvende sine fagkunnskaper gjennom bruken av de enkle redskapene som pasienten allerede er kjent med fra sitt dagligliv, slik som klut og skje, er noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon. En pleiesituasjon bør vi tilstrebe å gjøre så enkel som mulig, og ikke bruke unødvendig mange fremmede gjenstander og ord. Det er den ikke- spesialiserte fagkunnskapen som formidles gjennom bruken av dagliglivets redskaper, vi ofte glemmer” (sitert i Kirkevold, 2001, s. 173).

2.1.3 Omsorg som en moralsk betraktningmåte

Det moralske begrepet baseres på prinsippet om ansvaret for våre medmennesker, særlig de svakeste (Fjørtoft, 2006). I følge Martinsen (2003) handler moral om å gjøre noe for andre mennesker. Moralen og kjærligheten er taus og usynlig, og finnes alle steder. Den er uten motiv, beregnede konsekvenser og begrunnelse, men virker i det skulte. Målet, motivet og begrunnelsen er selve gjerningen og øyeblikkets handlinger.

Martinsen setter den spontane og fundamentale nestekjærligheten opp mot det hun kaller normmoralen. Normmoralen er nødvendig for ivaretagelse av livsytringene i krisesituasjoner. Med det mener hun situasjoner der ikke nestekjærligheten spontant fører til moralsk omsorg (sitert i Kirkevold, 2001, s. 173).

Den moralske dimensjonen av omsorg er i følge Martinsen knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Hun legger til at moral spiller en stor rolle nettopp i forvaltningen av makt og avhengighet, og at sykepleie som omsorg derfor må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk (sitert i Kirkevold, 2001, s. 172). Kvåle (2006) legger til at sykepleierne bør reflektere over hvor stor makt de har i omsorgsrelasjonen og hvor avhengige brukerne er av måten sykepleierne velger å bruke sin makt på.

2.2 Hjemmesykepleie

I følge Fjørtoft (2006) har alle hjemmeboende krav på å få dekket sine grunnleggende behov. Hjemmesykepleie er ment som et tilbud om omsorg og pleie til hjemmeboende når svekket helse, alderdom eller sykdom sørger for at de trenger hjelp enten i en kort eller lang periode.

Arenaen for omsorg i hjemmesykepleien er andres hjem. Hjemmet er ikke bare et sted vi bor men også et symbol for selvstendighet, individualitet og ikke minst trygghet. Ved å ha arbeidsplass i andres hjem må en ha kunnskaper om hjemmets betydning samt hva det innebærer i relasjonen til den hjelpetrequende. Ivaretagelse og respekt for hjemmet er unike kvaliteter. Samtidig har hjemmet som arbeidsplass konsekvenser for yrkesutøverens yrkesrolle og arbeidsmiljø (Fjørtoft, 2006).

I henhold til Fjørtoft (2006) er det overordnede målet for hjemmesykepleiens arbeid, at brukeren skal motta hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. Dette målet favner mennesker i ulike aldrer og livssituasjoner, samt hjelpebehov. Hun presiserer at det skal handle om menneskene og deres liv, ikke bare isolerte oppgaver vi må utføre. Videre er det nødvendig med fleksibilitet, individuelle tilpasninger samt et nært samarbeid med brukeren og deres pårørende med tanke på å finne de beste løsningene. Fjørtoft nevner også et annet overordnende mål for hjemmesykepleien; at den enkelte skal kunne bo i eget hjem så lenge det er ønskelig, og ikke minst forsvarlig.

Som sykepleier i hjemmesykepleien er det avgjørende å ha gode kommunikasjonsevner for å skape tillitt og kontakt hos brukeren. Kommunikasjonen må være styrt av etiske verdier og verdivalg. Empati er en sentral del av kommunikasjonen og handler om evnen til å lytte, forstå andre menneskers følelser og reaksjoner (Fjørtoft, 2006).

2.2.1 Lover og forskrifter

Dagens hjemmesykepleie styres av en rekke lover og forskrifter. Disse omhandler tjenestene pasienten har rett på, samt hva de skal inneholde og hvem som til enhver tid har ansvaret. Den mest sentrale loven med henhold til hjemmesykepleie er Kommunehelsetjenesteloven fra 1982. Den slår fast at enhver kommune har ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp til landets innbyggere. § 2- 1 i Kommunehelsetjenesteloven (1982) sies det slik: *”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg”*. Formålet med kommunehelsetjenesteloven (1982) er at kommunen ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse, trivsel, gode miljømessige og sosiale forhold. Helsetjenesten skal også søke å forebygge samt behandle sykdom, skade eller lyte.

I forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) har kommunen nedskrevet ulike prosedyrer for å sikre de grunnleggende behovene til brukerne av pleie- og omsorgstjenester.

En annen lov som også står sentral i hjemmesykepleien er pasientrettighetsloven fra 1999. I følge Fjørtoft (2006) er loven ment for å sikre at den enkelte pasient kan stille krav til helsetjenestene. Denne loven blir regnet som grunnsteinen for alle helsetjenester. Formålet med pasientrettighetsloven (1999) er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasientene rettigheter overfor helsetjenesten. I tillegg skal loven bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og samtidig ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, menneskeverd og integritet.

2.3 Ensomhet

Ensomhet blir gjerne sett på som en subjektiv måling av uvelkomne følelser eller oppfatninger, forbundet med mangel på kontakt og som et resultat av et smertelig tap eller geografisk separasjon (Wenger & Burholt, 2004).

”Mennesker lever i samspill med hverandre. Behov for kontakt med nærhet og fellesskap til andre er for de fleste en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfylt” (Smebye, 2005, s. 80).

Det finnes flere ulike definisjoner på ensomhet, men ennå ingen universelle. I følge Nilsson, Lindstrøm & Nåden (2006) er ensomhet en kompleks dimensjon i menneskers liv og kan oppleves i mange ulike nivåer. De sier at ensomhet kan forstås som en strukturell dimensjon i tilværelsen, men ikke som en sykdom. Likevel presiserer de at en alvorlig dimensjon av ensomhet kan bli så uutholdelig for pasienten, at det kan snu mot å bli en sykdom.

En annen forklaring kommer fra Peplau & Perlman (1982, sitert i Thorsen & Clausen, 2008, s. 74) som hevder at ensomhet omhandler de menneskene som opplever et savn av ønsket kontakt med andre. Den som er ensom har mindre kontakt med andre, eller dårligere innhold i kontakten i forhold til hva hun eller han ønsker. Paül & Ribeiro (2009) forklarer ensomhet som nedsatt sosial kontakt, mangel på mennesker som er tilgjengelige eller som er villige til å dele sosiale og følelsesmessige problemer.

Smebye (2005) skriver at omfanget av ensomhet i samfunnet avspeiler hvor godt eller dårlig de sosiale nettverkene fungerer. Hun mener at økende ensomhet er et faresignal på at spillet mellom mennesker ikke er holdbart. Årsaken til dette kan være personlighetsfaktorer og livssituasjonen en befinner seg i. Ensomhet er derfor en sentral faktor

i flere sykdommer og det antas å være en medvirkende årsak til blant annet psykiske lidelser, økende alkoholforbruk og ikke minst selvmord i samfunnet.

2.3.1 Årsaker til ensomhet

Ensomhet er et betydningsfullt og allmennmenneskelig tema som er svært aktuelt hos hjemmesykepleiens brukere (Halvorsen, 2005). Det er derfor nødvendig å ha kunnskaper om årsakene til ensomhet, for å kunne vurdere risikogrupperne knyttet opp mot temaet.

Smebye (2005) nevner flere årsaker til ensomhet. Årsakene kan være at kvaliteten i den etablerte kontakten er mindre enn hva man ønsker, ønskene og forventningene til kontakten har endret seg, i tillegg til at den reelle kontakten er mindre enn man ønsker. Birkeland & Natvig (2008a) sier i sin studie at hovedårsaken til ensomhet er brudd på forhold i nære relasjoner, særlig partnere og nære venner, i tillegg til tap av funksjon og sykdom.

Kirsten Thorsen gjorde i 1990 en undersøkelse på nettopp det med å finne ut av årsakene til ensomhet. Uansett alder kom det frem at kvinner i større grad gav uttrykk for ensomhet enn menn. Bakgrunnen for dette var at kvinnene gav mer uttrykk for følelsene sine enn hva menn gjorde. Forskjellen mellom menn og kvinner skyldtes gjerne ulike forventninger, da kvinner ønsket nære og fortrolige relasjoner. Dette ville øke risiko for å bli såret eller skuffet. Hos eldre mennesker var ensomheten av en mer varig karakter enn den var hos unge og voksne (Smebye, 2005).

2.4 Sosial isolasjon

Sosial isolasjon er en objektiv vurdering av å ha liten kontakt med andre (Wenger, Davies, Shahtamabesi & Scott, 1996, sitert i Birkeland & Natvig, 2008a, s. 18). Definisjonen på sosial isolasjon kan være mangel på sosiale nettverk, og plasseres gjerne på et kontinuum mellom alenehet og ensomhet. Sosial isolasjon som oppleves uønsket eller tvungen, kan også kalles ensomhet (Fjørtoft, 2006). I følge Wenger & Burholt (2004) er de som bor alene, er alene i hjemmet mer enn ni timer til dagen og bor mer enn 50 meter unna nærmeste nabo, sosialt isolerte mennesker. Smebye (2005) sier også at mennesker har behov for sosial kontakt og en ytre bekreftelse på hvem de er. Langvarig isolasjon kan true med å ødelegge eller bryte ned selvpoppfatningen vi har, da en ikke mottar bekreftelse på seg selv av andre.

Mange eldre har et udekket behov for tiltak som ivaretar sosial og emosjonell støtte. Det kan også være tiltak som hindrer sosial isolasjon, hukommelsesvansker, depresjon, angst og ensomhet (Laake & Pettersen, 2003, sitert i Fermann & Næss, 2008, s. 214).

Flere brukere av hjemmesykepleie er utsatt for å bli sosial isolert. Sykdom og funksjonssvikt kan sørge for at det blir vanskelig å opprettholde kontakt med andre, noe som igjen kan føre til at noen velger å isolere seg (Fjørtoft, 2006).

2.4.1 Årsaker til sosial isolasjon

Det er ofte ytre forhold som bidrar til at mennesker er sosialt isolerte. Årsakene kan være at brukere bor veldig avsides og langt borte fra andre mennesker. I tillegg kan mangel på tilpasset transport, vær- og føreforhold være medvirkende årsaker. Det kan også ha med sterke fysiske eller psykiske funksjonshemminger å gjøre, da samfunnet ikke alltid er tilpasset de funksjonshemmede (Smebye, 2005).

2.5 Sosiale nettverk

Et sosialt nettverk kan defineres som et sett av relativt varige, uformelle relasjoner mellom mennesker (Schiefløe, 1982, sitert i Smebye, 2005, s. 82). De menneskene som inngår i et sosialt nettverk, er mennesker som betyr noe for hverandre både på godt og vondt. Smebye (2005) presiserer at kvaliteten på nettverket ikke avhenger av antall personer og heller ikke hvor ofte en har kontakt, men hver person har en eller flere personer en stoler på. Et konfliktfylt og svakt sosialt nettverk, kan føre til sykdom og mistriivsel (Smebye, 2005). Fjørtoft (2007) legger til at det sosiale nettverket er en vesentlig del av brukernes ressurser. Det er derfor avgjørende å kartlegge hvilket sosialt nettverk den enkelte bruker har. Det kommer frem av en levekårsundersøkelse fra 2002 at de aller fleste har noe som står seg nær. Blant eldre over 66 år var det 6 % av mennene og 11 % av kvinnene som oppgav at de ikke hadde et sosialt nettverk (Barstad, 2004, sitert i Fjørtoft, 2006, s. 117).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte til å frembringe kunnskaper samt etterprøve påstander som fremsettes ved krav om å være sanne, holdbare eller gyldige (sitert i Dalland, 2007, s. 81). Dalland (2007) skriver at metoden sier oss noe om hva vi bør gjøre for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Han skriver også at begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at den vil gi oss gode data samt belyse spørsmålet på en faglig måte. Vilhelm Aubert nevnes også i flere sammenhenger, og han definerer metode slik:

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

I følge Olsson & Sørensen (2003) skiller vi mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er forskningsprosedyrer som gir beskrivende data. Det vil si menneskets egne talte eller skrevne ord samt observerbar atferd. Dalland (2007) legger til at den kvalitative metoden i større grad tar sikte på å fange opp en mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjon om til målbare enheter som gir muligheter til å foreta regneoperasjoner som å finne gjennomsnittet og prosenter av en større mengde. Denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie.

3.2 Litteraturstudie som metode

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Forsberg & Wengstrøm (2008) definerer litteraturstudie som det å kritisk granske, systematisk søke og sammenfatte litteraturen innenfor et problemområde eller emne. Hensikten ved en litteraturstudie er at man kan finne svar på en problemstilling gjennom litteratur som allerede eksisterer. Kravet for å kunne gjennomføre en litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig forskning og informasjon rundt et tema, og at man på bakgrunn av dette vil kunne komme med en konklusjon i oppgaven.

3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden

Sterke sider ved en litteraturstudie er at man kan bruke forskning og litteratur som allerede eksisterer. Fordelen er derfor at man enkelt kan finne frem til informasjon man trenger ved å benytte seg av bøker, artikler og annen forskningslitteratur. Dette gir en mulighet for å tilegne seg mye kunnskap på kort tid (Forsberg & Wengström, 2008).

Det finnes også svake sider ved en litteraturstudie, da det å lese bøker og oversiktsartikler kan medføre flere problem. Svakheter ved en litteraturstudie kan være at man ikke får frem personlige erfaringer, meninger og førstehånds kunnskap fra de problemet angår. I tillegg kan tilgangen til relevant forskning være begrenset, utvalget kan være selektivt om forfatteren velger studier som støtter egne synspunkter, og ulike eksperter innenfor samme område kan komme frem til helt ulike resultater (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

I oppgaven har jeg brukt relevant pensum- og faglitteratur, fag- og forskningsartikler, offentlige dokumenter samt annen aktuell litteratur jeg har funnet på internett, BIBSYS og i vitenskapelige databaser. For å finne frem til fagartikler har jeg anvendt Sykepleien.no, hvor jeg har brukt en artikkel i oppgaven. For å finne frem til vitenskapelige forskningsartikler har jeg brukt artikkelbaser som ProQuest, SveMed+ og Vård i Norden. Jeg har anvendt norske og engelske søkeord. Når jeg har søkt på enkeltord relatert til mitt tema kommer det frem veldig mange treff, noe som har ført til at jeg har kombinert søkeordene for å forminske antallet.

Søkeordene jeg har brukt i ProQuest: *Home nursing* gav 405 treff så derfor forminsket jeg søket til *Home nursing AND loneliness* som gav et treff, *Home nursing AND social isolation* som gav tre treff og *Home nursing AND elderly* som gav 54 treff. Av disse har jeg brukt to aktuelle artikler. *Social contact* gav 238 treff, *Social contact AND elderly* gav 21 treff. Av disse har jeg brukt en aktuell artikkel.

Søkeordene jeg har brukt i SveMed+: *Ensomhet* gav 11 treff derav to aktuelle artikler, *Hjemmesykepleie* gav fire treff og en aktuell artikkel. *Home nursing* gav 1430 treff, men da jeg forminsket søket til *Home nursing AND loneliness* fikk jeg åtte treff der en artikkel ble brukt. *Social isolation* gav 248 treff der tre artikler ble brukt.

Søkeordene jeg har brukt i Vård i Norden: *Hjemmesykepleie* gav 15 treff der tre artikler ble brukt, *Ensomhet* gav 25 treff der en artikkel ble brukt, mens *Isolasjon* gav 22 treff der en artikkel ble brukt.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2007) skriver at kildekritikk handler om å fastslå at en kilde er sann. Med dette mener han at man skal vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Hensikten med kildekritikk er å la leseren ta del i refleksjonene om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder belysning av en problemstilling.

Jeg har i størst mulig grad prøvd å bruke primærkilder når jeg har søkt eller anvendt aktuell litteratur. Det vil selvfølgelig være noen tilfeller hvor jeg har vært nødt til å bruke sekundærkilder, da noen forfattere henviser til andre forfattere på definisjoner, statistikker og sykepleieteorier. Jeg har anvendt mye pensumlitteratur samt forskningsartikler fra ProQuest, SveMed+ og Vård i Norden. Derfor vet jeg at disse kildene er sikre og godkjente. Jeg har også anvendt en fagartikkel fra Sykepleien.no som jeg mener har vært av relevans for min oppgave, i tillegg til at jeg har anvendt to artikler fra Tidsskriftet Samfunnspeilet som også har vært av relevans for min oppgave.

Jeg har i størst mulig grad valgt å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år, men i litteratur om sykepleieteorier har jeg anvendt teori som er eldre enn 10 år, da teorien ikke forandrer seg særlig. Forsberg & Wengstrøm (2008) støtter opp om dette da de skriver at man skal være kritisk til litteraturen man benytter, i tillegg til at litteratur som er eldre en 10 år kan være av betydning for resultatet.

3.4 Ethiske aspekter ved forskning

I følge Dalland (2007) dreier etikk seg om normene for god og riktig livsførsel. Når man står over vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før man handler. Vi kan oppleve at en del av forskningens normer kan komme i konflikt med allmennmoraliske, politiske og samfunnsmessige vurderinger (Befring 1992: 203, sitert i Dalland, 2007, s. 233).

Olsson & Sörensen (2003) nevner fire grunnleggende etiske prinsipper for medisinsk forskning. Disse omfatter autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade samt rettferdighetsprinsippet. De skriver videre at forskningsetikk har med forholdet til opphavsmannen å gjøre. Sitater og referanser må være korrekt gjengitt og opphaverens navn må være oppført. Dersom en forfatter gjør seg til eier av en annen persons tekst, vil det være å plagiere andres materiale. Jeg har i oppgaven brukt Høyskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for bruk av kildehenvisninger og litteraturliste.

4.0 Resultat- og drøftningsdel

Problemstillingen i denne oppgaven er ” *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere ensomhet og sosial isolasjon hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie?* ”. Jeg ønsker å drøfte problemstillingen min opp mot innholdet i teoridelen, samt ut i fra de ulike forskningsartiklene og annen aktuell litteratur jeg har benyttet meg av i oppgaven.

I følge Skaar, Fensli & Söderhamn (2010) vil antall eldre øke kraftig i løpet av de nærmeste årene, noe som kan føre til store utfordringer med tanke på økte hjelpebehov. Dersom eldre hjemmeboende ikke får dekket sine behov, mener Skaar et al. (2010) at det vil være hjemmesykepleiens rolle å dekke disse.

Det kommer frem av studien til Barstad (2004) at det sees en økning i antall sosial isolerte mennesker i det norske samfunnet. Målinger som har blitt gjort viser at ca 2 % av den voksne befolkningen er totalt isolerte. Det vil si om lag 70 000 mennesker. Andre studier viser at det er kvinner som er mest isolerte. Når det gjelder ensomhet sees det som et mer utbredt samfunnsproblem enn sosial isolasjon. Videre viser det seg at de Nordiske landene, inkludert Storbritannia, har en lavere andel med mennesker som føler seg ensomme enn i Middelhavslandene. Dette på tross av en lavere grad sosial kontakt, samt en høyere prosent av eldre mennesker som bor alene (Walker & Maltby, 1997, sitert i Paül & Ribeiro, 2009, s. 53). I følge Birkeland (2002) har det sosiale livet stor betydning for opplevelsen av å ha et godt eller dårlig liv. For noen kan det være så belastende å bo sammen med andre, at de blir tvunget til å være enslige. Dette kan bidra til at de det gjelder blir værende for mye alene, noe som kan føles ubehagelig. Han påpeker at tendensen til ensomhet og sosial isolasjon er fremtredende.

4.1 Skape kontakt under besøket

For å kunne hjelpe eldre som er ensomme og sosial isolerte er det avgjørende å skape kontakt med brukerne. I de situasjonene hvor hjemmesykepleien er brukerens eneste sosiale kontakt, får man et faglig og medmenneskelig ansvar som fagperson. Det betyr derfor mye at man viser interesse, engasjement og ikke minst empati for brukerne (Fjørtoft, 2006).

I følge Wenger & Burholt (2004) ønsker de eldre mer kontakt med andre mennesker, men mange har vanskeligheter med å opprettholde kontakten. For å skape kontakt er det vesentlig å danne relasjoner som baseres på tillitt og forståelse. Omsorg er et sentralt begrep knyttet til

hjemmesykepleie, og som nevnt tidligere i oppgaven er relasjoner en forutsetning for å handle omsorgsfullt. Mæland (2005, sitert i Ranhoff, 2008, s. 137) sier at sykepleiere skal jobbe ut i fra prinsipper som handler om å legge omgivelsene til rette for en best mulig helseutvikling, bidra til at den Eldres livskvalitet blir styrket, stimulere den Eldres evne til fleksibel funksjonering, kontroll og mestring, samt stryke motstandskraften mot forhold som kan true den Eldres helse. Drageset (2002) legger til at meningsfulle sosiale relasjoner som har til hensikt å sørge for trygghet, i tillegg til at de gir mulighet for vennskap og intimitet, er avgjørende for Eldres velbefinnende. Dersom mennesker taper sine sosiale relasjoner er de utsatt for ulike emosjonelle plager, deriblant ensomhet (Drageset, 2002).

Fjørtoft (2006) stiller spørsmålsteget til om ensomhet er et ansvarsområde for hjemmesykepleien. Hun skriver at det ennå ikke finnes noen spesifikke tiltak i de kommunale hjemmetjenestene. Dette er et problem som mange ansatte i hjemmesykepleien møter, og flere brukere sliter med. Sykepleiers ansvarsområde er å dekke brukernes grunnleggende behov og sosial kontakt inngår i dette. I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) er det et krav til hjemmesykepleien om å sikre brukernes sosiale behov som muligheten for samvær med andre, sosial kontakt, aktivitet og felleskap. Attpåtil kommer det frem av Kommunehelsetjenesteloven (1982) at helsetjenesten skal utføre oppgaver som pleie og omsorg, i tillegg til å fremme trivsel og gode sosiale forhold. Ut i fra dette anser jeg ensomhet og sosial isolasjon som et ansvarsområde for sykepleierne.

Birkeland & Natvig (2008b) sier at ivaretagelsen av brukernes sosiale behov skjer hovedsaklig gjennom omsorgen personalet utøver. Hjemmesykepleierne etablerer kontakt med brukeren først og fremst i kombinasjon med den praktiske pleien. Det er naturlig at brukerne knytter bedre sosial kontakt med noen av hjemmesykepleierne enn andre. Graden av kontakt avhenger av hvilken sykepleier som kommer på besøk, hvordan de er som personer, i tillegg til deres evne til å være positive og fortellende. I følge Halvorsen (2005) har kroppsspråk og blick en avgjørende betydning for hvordan de eldre oppfatter at man er interessert i å skape kontakt. Birkeland og Natvig (2008b) understreker at personalet i hjemmesykepleien i større grad bør vektlegge og kommunisere verbalt om dagliglivet og opplevelsene sine til brukerne.

Jeg har opplevd flere ganger at eldre jeg besøker i hjemmesykepleien er fortvilet over at det er så mange ulike pleiere som stikker innom, og jeg kan forstå deres frustrasjon. I studien til Birkeland & Natvig (2008b) uttrykket de eldre nettopp det å ha en stabil gruppe pleiere å

forholde seg til, som betydningsfullt. I tillegg hadde flere eldre dårlig erfaringer med vikarer. Dette støttes opp om i studien til Tønnessen, Førde & Nortvedt (2009), da det kommer frem at flere brukere synes det er slitsomt at det ofte er mange og ufaglærte pleiere som kommer på besøk. Dette var noe som gikk ut over omsorgen i pleiesituasjonen. De eldre presiserte at problemet var at de måtte fortelle på nytt hvor ting var, rytmen i stelle ble forstyrret i tillegg til at stellet tok lengre tid. Dette er faktorer som kan føre til at det er vanskelig å danne relasjoner mellom bruker og pleier. Det kan derfor bli et problem når man skal bevege seg inn på områder som kjennes såre for brukerne, som for eksempel ensomhet og sosial isolasjon.

4.2 Formidle kontakt med andre

Hjemmesykepleiers funksjon for å redusere ensomhet og sosial isolasjon kan være å kartlegge brukernes sosiale nettverk samt motivere brukerne til å søke kontakt hos familie, venner og naboer. For å kartlegge brukernes sosiale nettverk, kan det være nyttig å lage et nettverkskart. Brukerne må gi sitt samtykke for man tegner opp kartet, da brukernes forhold til andre mennesker kan bli fremstilt på godt og vondt (Smebye, 2005). Nettverkskartene kan deles opp i familie, slekt, profesjonelle hjelpere, naboer samt venner og øvrige (Fyrand, 1994, sitert i Smebye, 2005, s. 90). Brukerens navn er plassert i midten av kartet. Når brukeren da skriver navnet på de personene som inngår i det sosiale nettverket, angis det hvor betydelige de er ved å plassere navnene i en passende avstand fra seg selv. Det trekkes da en linje mellom personene som kan avmerkes med pluss- eller minustegn, alt ettersom hva de betyr for vedkommende (Smebye, 2005). I følge Halvorsen (2005) vil personer med små sosiale nettverk være mer sårbare, noe som kan øke risikoen for sosial isolasjon. Kvaliteten på det sosiale nettverket måles opp ved å finne ut av i hvilken grad en person har potensiell støtte dersom det oppstår et problem. Er en med i sosiale nettverk som har en negativ innvirkning, vil nettverkstilhørigheten gi en forhøyet risiko for ensomhetsfølelse, sier Halvorsen (2005).

Studien til Skaar et al. (2010) viser at flere eldre har mangelfull sosial kontakt med andre mennesker. Noen har i liten grad kontakt med familien, andre ønsker ikke å prate om emnet, mens enkelte har god kontakt med familien sin. I følge Birkeland & Natvig (2008a) finnes det flere familier som gjør en innsats for de eldre i familien, likevel ser det ut for at pårørende i stor grad tar hensyn til sin egen familie, arbeid og karriere først. Da de eldre har behov for støtte fra familien, vil det være familien som avgjør agendaen og bestemmer hvor mye tid de vil sette av til de eldre. Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä (2006) supplerer med

at mer enn 39,4 % av de eldre lider av ensomhet, ikke bare på bakgrunn av hyppighet i kontakten med barn og venner, men i hovedsak på grunn av forventninger og tilfredshet av disse kontaktene.

Brukeren er den primære målgruppen i helsetjenesten, men i løpet av de senere årene har pårørendeperspektivet blitt mer og mer vektlagt. For å kunne yte helhetlig omsorg for brukerne innebærer det at pårørende blir en vesentlig aktør. Det nevnes flere forhold som knytter helsetjenesten til de pårørende. For det første er pårørende betydningsfulle for brukeren og hans situasjon, i tillegg til at de på mange måter kan fungere som samarbeidspartnere for hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2006). Da bør hjemmesykepleien nytte de pårørende som en ressurs ved å oppmuntre de til å ta kontakt med de eldre som føler seg ensomme og sosial isolerte.

Den sosiale kontakten avhenger av familiens vilje og mulighet for å ta kontakt, da avstand og alder på barna kan oppleves som et hinder. Studien til Birkeland & Natvig (2008a) viser at kontakt med venner og kjente i mange tilfeller var begrenset, da de eldres helsesituasjon var dårlig. Wenger & Burholt (2004) kom frem til at mangel på nære venner, ønsket etter flere venner samt fravær av venner eller slektninger var elementene som gikk igjen hos de eldre som følte seg ensomme. I følge Dale, Dale og Lorensen (2001) påvirker sykdom og alderdom kvaliteten på de sosiale relasjonene og rollene. De mener at sosial støtte øker selvaktelsen samtidig som den reduserer tendensen til depresjoner, angst og ensomhetsfølelse. Birkeland & Natvig (2008a) legger til at det oppstår vanskelige situasjoner når de eldre har vanskeligheter med å forflytte seg uten hjelp fra andre. Dette byr på problemer med å komme seg ut av egen bolig, noe som vil ha en negativ innvirkning på å skape kontakt med andre.

Det viser seg at mediene har fokusert på ensomhet som et stort problem blant eldre, men studier kan tyde på at det er et overvurdert problem i forhold til hvordan eldre selv rapporterer å ha det. Forklaringen på dette kan være at når antall sosiale relasjoner etter hvert avtar, så avtar forventningene og derfor skjer det en gradvis tilpasning (Dale et al., 2001). Halvorsen (2005) støtter opp om dette da han sier at selv om mange eldre mennesker blir sosial isolerte, vil det ikke nødvendigvis si at de føler seg mer ensomme. Han mener i likhet med Dale et al. (2001) at dette er noe som kan ha en sammenheng med at man med alderen vil redusere forventningene til den sosiale kontakten med andre.

Det er betydningsfullt å understreke at ensomhet heller ikke er det samme som å være alene, bo alene eller ha få venner. Selv om en person velger å være en einstøing, bo avsides eller

sjelden se mennesker, kan vedkommende være svært fornøyd med tilværelsen. Man kan ha utallige venner og en stor vennekrets, men likevel ha opplevelsen av å være ensom. Vanligvis sees en sammenheng mellom størrelsen på det sosiale nettverket og om man opplever ensomhet (Meeuwesen et al., 2001 og Halvorsen, 2005 sitert i Thorsen & Clausen, 2008, s. 74).

4.3 Nytte tiden under besøket

Et problem som jeg selv opplever på mitt arbeid i hjemmesykepleien er at tiden hos brukerne ofte er knapp. Det er derfor svært betydningsfylt å bruke tiden nyttig og til det beste for brukeren. Det kommer frem av studien til Birkeland & Natvig (2008a) at de eldre tilbringer mye tid alene i boligen sin, kun uavbrutt av korte besøk fra hjemmesykepleien eller familien. Det viser seg at mange eldre setter pris på kontakten de har med hjemmesykepleien, men besøkene er preget av liten tid til prat. Tønnessen et al. (2009) sier i sin studie at de eldre opplever hjemmesykepleien som noe positivt, da de gjør så godt de kan innenfor vanskelige rammer.

Det kan være enkle grep man kan gjøre for at brukerne skal få følelsen av at vi er til stedet når vi er på korte besøk. Det kan være så lite som å ta av seg jakken og legge nøklene til bilen i lommen. Sitter hjemmesykepleier med jakken på og holder nøklene i handa, kan de eldre få følelsen av at en har det travelt. I følge Birkeland & Natvig (2008b) handler det i hovedsak om hvordan hver enkelt utfører arbeidet sitt, da tiden er begrenset for alle brukerne. Dette støttes opp om i studien til Tønnessen et al. (2009) som sier også at hjemmesykepleien er en tjeneste som er preget av tidsknapphet. De mener at samhandlingen i relasjonen mellom bruker og sykepleier påvirkes, da brukernes psykososiale behov ikke ble møtt av sykepleierne. Birkeland & Natvig (2008b) legger til at tiden er spesiell knapp om kveldene og i helgene, da behovet for sosial kontakt gjerne er størst.

På en annen side sier Tønnessen et al. (2009) at hjemmesykepleiens organisering styrer tjenestetilbudet når ressursene er begrenset. Pasientens behov må derfor tilpasses hjemmesykepleiens premisser, noe som bidrar til at det er vanskelig å ivareta individuelle hensyn i tillegg til at den sykepleiefaglige omsorgen reduseres. I henhold til Birkeland & Natvig (2008a) er ikke årsaken til ensomheten at eldre sitter mye alene eller at de har få besøk

i løpet av en dag. Det handler heller om at besøkene er korte både av hjemmesykepleien og av familien.

4.4 Eksterne sosiale tilbud til eldre

Et moment for å redusere ensomhet og sosial isolasjon er å motivere brukerne i hjemmesykepleien til å oppsøke sosiale tilbud som tilbys i distriktene. I følge Halvorsen (2005) hevdes det at alle tiltak i samfunnet både direkte og indirekte, reduserer den sosial avstanden mellom mennesker, og som i tillegg ikke fører til at noen stenges ute, vil være en bidragsyter til å redusere den sosialt betingende ensomheten. Ranhoff (2008) skriver at de fleste kommunene i landet har organiserte tiltak som dagsentre og matombringing. Målene til dagsentrene er å begrense eller hindre at sosiale og helsemessige problemer oppstår. Ranhoff (2008) sier videre at dagsentrene antas å være betydningsfulle når det gjelder forebyggingen av sosial isolasjon og medfølgende plager. Ved dagsentrene tilbys ulike aktiviteter som de eldre kan hygge seg med i samhold med andre. Da det finnes skyssordninger som rekvisisjoner og transporttjeneste kort (TT kort) for de eldre, kan hjemmesykepleien ordne med transport som er tilpasset den Eldres funksjonsnivå. I min hjemkommune er det en standard på aktivitetstilbudet som sier at tjenesten inkluderer skyss med egen buss til og fra aktivitetstilbudet, en får middag, kaffe og eventuelt andre forfriskninger, i tillegg til at det blir lagt opp til individuelt tilrettelagte aktiviteter. Det finnes også tilleggstjenester de eldre kan kjøpe som frokost, frisør, fotpleie (Vindafjord kommune, 2008).

I studien til Birkeland & Natvig (2008b) kommer det frem at 10 av 20 eldre i utvalget benytter seg av dagtilbudet i kommunen. Dagtilbudet viser seg å være et fint tilbud til dem som av ulike grunner hadde få kontakter hjemme. De eldre fikk da opplevelsen av fellesskap, samvær og aktivitet. På en annen side sier Halvorsen (2005) at dagopphold kan oppleves som en fysisk og psykisk belastning, da helsesvikt og alder er de eldre har til felles. I følge Skaar et al. (2010) viser det seg at deltagelse i ulike aktiviteter er noe som er ønsket, men at flere er begrenset på grunn av helsetilstanden.

I følge Ranhoff (2008) er matombringing et tiltak for å hindre ernæringsvikt hos eldre som ikke kan kjøpe og lage maten sin selv. I min hjemkommune er tilbudet ment for å hindre ernæringsvikt, men også som et trivselstiltak for de eldre som bor hjemme. Matombringing er et tilbud der frivillige fra kommunen kjører ut middag og dessert eller suppe til

hjemmeboende. Dette er en tjeneste som blir tilbudt hver dag med unntak av lørdag (Vindafjord kommune, 2008).

Et annet tilbud til brukere som er ensomme og sosialt isolerte, kan være å motivere dem til å ta kontakt med frivillighetssentralene. Frivillighetssentralene rundt om i kommunene har gjennom tiden etablert møteplasser og tiltak tilegnet for ensomme og sosialt isolerte mennesker. Eldresentrene i kommunene, menigheter og frivillige organisasjoner er uten tvil et betydningsfullt treffsted. En aktør som har rettet stor oppmerksomhet mot ensomme mennesker er Røde Kors. Organisasjonens hovedmål er å utøve et aktivt besøks- og kontaktskapende arbeid for de ensomme, syke, innsatte samt andre med spesielle behov. De ensomme eldre får tilbud om jevnlig besøk av en person som har meldt seg til frivillighetsarbeidet. Aktuelle aktiviteter kan være tur i skog og mark, kino eller kafé besøk. Det er betydningsfullt å understreke at jevnlig besøk ikke bidrar til at ensomhetsfølelsen forsvinner, men kontakten med omverdenen kan være en medvirkende faktor til at brukerne kommer ut av isolasjonen og ensomheten lindres (Halvorsen, 2005).

4. 5 Telefonkontakt

Det kommer frem i studien til Birkeland & Natvig (2008a) at telefonen er en god kompensasjon for fysisk kontakt hos eldre som ikke hadde mulighet for å komme seg ut av boligen sin. Wenger & Burholt (2004) understreker at mangel på telefonkontakt, var noe som bidro til sosial isolasjon. For eldre som i liten grad kom seg ut av boligen, vil det være vanskelig å overleve sosialt uten et aktivt forhold til telefonen (Birkeland & Natvig, 2008a). Videre sier Birkeland & Natvig (2008 I) at faktumet er at brukerne er skrøpelige og har vanskeligheter med å forflytte seg. Det må derfor legges til rette for at det skal være enklest mulig for de eldre å ha telefonkontakt med andre. En mulighet er å plassere telefonen i nærheten av en god stol hvor de eldre oppholder seg mye. Da vil det gjerne bli lettere for de eldre å bruke telefonen. Et annet tiltak kan være å ha en telefon som er enkel å bruke, gjerne med store taster for de som har problemer med å se eller treffe tastene. Det må tas i betraktning at nedsatt hørsel kan skape problemer for den eldre med tanke på telefonkontakt.

Som sykepleier i hjemmesykepleien er det derfor betydningsfullt å oppmuntre brukerne til å skaffe seg et "telefon" nettverk, i tillegg til at familie og venner bør oppmuntres til å ringe de eldre. I følge Halvorsen (2005) finnes det en rekke frivillige organisasjoner som er opptatt av den store ensomheten i samfunnet, og som har opprettet hjelpeordninger for det. Kirkens

SOS` krisetelefon er en av aktørene, og her kan mennesker ringe inn å få pratet om sine problemer. Det har vist seg at hver fjerde man som ringer Kirkens SOS` ønsker å prate om ensomhet. På frivillighetsportalen er det opprettet en offentlig støttet telefon for eldre og uføre (Halvorsen, 2005). Hensikten er å formidle telefonvenner til eldre som har et lite sosialt nettverk. Ikke alle eldre ønsker å benytte seg av slik tilbud, men det kan være til hjelp for noen.

Telefonkontakten er spesielt betydningsfull for å opprettholde sosial kontakt med søsken, barn og barnebarn samt venner på samme alder. Skaar et al. (2010) støtter opp om dette, da det kommer frem i studien deres at telefonkontakt er en faktor som til en viss grad kan erstatte besøk. På en annen side sier Birkeland & Natvig (2008a) at den eldre må være villig til å bruke telefonen. Ikke alle liker å prate i telefonen, og derfor må den eldre ta initiativ til dette selv. Det er betydningsfullt at hjemmesykepleien må la det gå på brukernes premisser, slik at brukerne ikke overkjøres.

5.0 Avslutning

Det viser seg at ensomhet og sosial isolasjon er utbredte problem de eldre hjemmeboende sliter med. Graden av ensomhet og sosial isolasjon sees varierende, men det ser ut for at tap av ektefelle og venner samt helsesituasjon er medvirkende årsaker. Som sykepleier i hjemmesykepleien finnes det ulike måter man kan redusere ensomhet og sosial isolasjon på. Det handler om å skape gode relasjoner mellom bruker og pleier ved å være sosialt tilstede for den ensomme og sosialt isolerte brukeren. Siden omsorg utøves ved å danne gode relasjoner, er dette noe hjemmesykepleien bør ha fokus på, da økt samhandling gir positive følelser. Et vesentlig moment for å forhindre ensomhet og sosial isolasjon er at hjemmesykepleien nyter tiden når de er på besøk, slik at brukerne får følelsen av at vi er tilstede for den enkelte. Samtidig er det betydningsfullt å motivere de eldre til å søke kontakt med andre, samt involvere de pårørende slik at de har lettere for å ta kontakt. Flere av studiene viser at telefonkontakt betyr mye for de eldre, og derfor må hjemmesykepleien oppfordre til at de eldre til å nytte seg av telefonen. Videre er det avgjørende å informere og motivere de eldre til å delta i de ulike sosiale aktivitetene som tilbys. Alternativer kan være dagsentrer, eldresentre, frivillighetssentraler, menigheter og andre foreninger.

6.0 Litteraturliste

- Barstad, A. (2004). Få isolerte, men mange er plaget av ensomhet. I: *Tidsskriftet Samfunnsspeilet*. Nr. 5. Hentet 09. februar 2011 fra:
<http://www.ssb.no/ssp/utg/200405/04/>. [lest 09.02.2011].
- Birkeland, A. (2002). Økt livskvalitet med rett hjemmepleie. *Sykepleien* 2002 90 (10): 44 - 46
DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0029. Hentet 31. januar 2010 fra:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documentoent_id=120606
- Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2008a). Gamle, hjelpetrengende og alene. Hentet 20. oktober 2010 fra: *Vård i Norden* 1/2008. Publ. No. 87 Vol. 28. No. 1 PP 18- 21.
- Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2008b). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2008; 10: 2, 3 – 14. [lest 12.12.2010].
- Dale, B., Dale, J. G. og Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Hentet 20. oktober 2009 fra: *Vård i Norden* 2/2001. Publ. No. 60 Vol. 21 No. 2 PP 4- 10.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drageset, J. (2002). Ensomhet på sykehjem – har nettverkskontakt betydning for ensomhet blant sykehjems beboere? Hentet 19. oktober 2009 fra: *Vård i Norden* 2/2002. Publ. No. 64 Vol. 22 No. 2 PP 9- 14.
- Fermann, T. & Næss, G. Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie- ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg & Wengström (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

- 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.* (2003). Hentet 16. januar 2011 fra <http://lovdata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html>
- Frivillighetsportalen (u.å). *Telefonkontakt for eldre og uføre*. Hentet 09. februar fra: <http://www.frivillighetsportalen.no/web/12730>
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982 nr. 66*. Hentet 10. desember 2010 fra <http://lovdata.no/all/tl-19821119-066-001.html>
- Kristoffersen, N. J. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie- bind 4* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. Hentet 12. januar 2010 fra: *Vård i Norden* 1/2006. Publ. No. 79 VOL. 26 No. 1 PP 15 – 19.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup - om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- 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. [lest 03.01.2011].
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiver* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. Hentet 18. januar 2011 fra <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html>
- Paùl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Clinical Gerontology*. 19; 53- 60. [lest 03.01.2011].
- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaar, R., Fensli, M. & Söderhamn, U. (2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt- en intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. Hentet 24. januar 2010 fra: *Vård i Norden* 2/2010. Publ. No. 96 VOL. 30 No. 2 PP 33 – 37.
- Smebye, K. L. Kontakt med andre. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorsen, O. & Clausen, S. T. (2009). Hvem er de ensomme? I: *Tidsskriftet Samfunnsspeilet*. Nr. 1/2009. Hentet 09. januar 2011 fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200901/14/index.html>. [lest 09.01.2011].
- Tønnessen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009). Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Nr. 1 – 2009, 5 årgang.
- Vindafjord kommune. (2008). *Tjenestestandard for aktivitetstilbud for heimebuande eldre*. Hentet 07. februar 2010 fra: <http://www.vindafjord.kommune.no/Filnedlasting.aspx?MIId=350&FilId=1618&back=1&MIId2=422&MIId3=425>
- Vindafjord kommune. (2008). *Tjenestestandard for middagsutlevering*. Hentet 07. februar 2010 fra: <http://www.vindafjord.kommune.no/Filnedlasting.aspx?MIId=350&FilId=1621&back=1&MIId2=422&MIId3=425>
- 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. *Canadian Journal on Aging*. 23 (2) : 115- 127. [lest 15.10.2011].