

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

*"Hvordan kan sykepleieren forebygge ensomhet hos eldre i sykehjem?"*

[Larsen, Telma Lång]

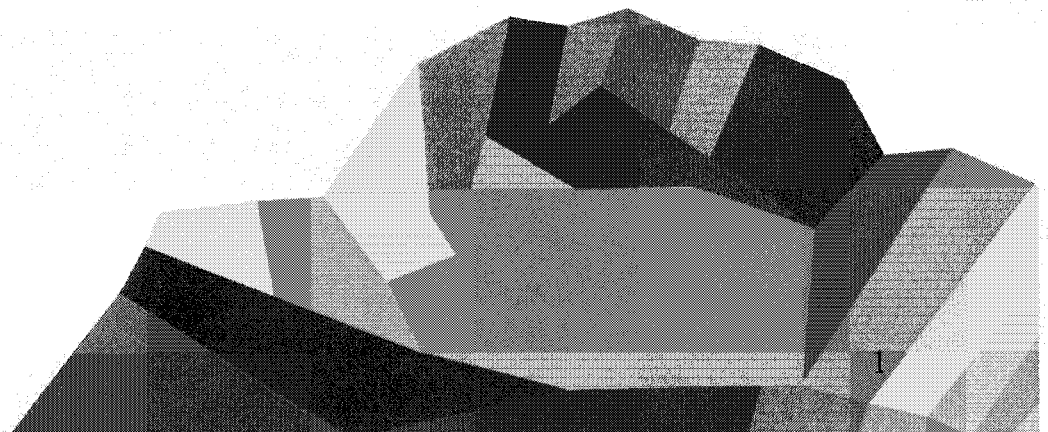
**Emnekode:** SY180H 000

**Innleveringsdato:** 26/04.2013

**Kandidatnr:** 20

**Totalt antall sider:** 33

**Antall ord:**9544



## Ord over grind

Du går fram til mi inste grind,  
og eg går òg fram til di.  
Innanfor den er kvar av oss einsam,  
og det skal vi alltid bli.

Aldri trenge seg lenger fram,  
var lova som galdt oss to.  
Anten vi møttest tidt eller sjeldan  
var møtet tillit og ro.

Står du der ikkje ein dag eg kjem  
fell det meg lett å snu  
når eg har stått litt og sett mot huset  
og tenket at der bur du.

Så lenge eg veit du vil koma i blant  
som no over knasanes grus  
og smile glad når du ser meg stå her,  
skal eg ha ein heim i mitt hus.

- Dikt av Halldis Moren Vesaas  
I ein anna skog, 1955.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning</b>	
1.1 Problemstilling	4
1.2 Avgrensning	4
1.3 Bakgrunn og valg av tema	4
1.4 Hensikt med oppgaven	5
1.5 Oppgavens oppbygging	5
<b>2.0 Metode</b>	
2.1 Hva er metode	6
2.2 Litteraturstudie	6
2.3 Kildekritikk og presentasjon av data	6
2.4 Søkeprosessen, databaser og søkeord	8
2.5 Etsiske overveielser □ □	8
2.6 Presentasjon av artiklene	8
2.7 Funn i artiklene	9
<b>3.0 Teori</b>	
3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori	10
3.1.1 Syn på helse	10
3.1.2 Menneske – til – menneske forhold	10
3.2 Kommunikasjon	12
3.3 Ensomhet	13
3.3.1 Kjennetegn og symptomer	13
3.4 Sykehjem	14
3.5 Sykehjem som hjem	14
3.6 Forebygging	15
3.7 Nettverk	16
<b>4.0 Drøfting</b>	
4.1 Kommunikasjon	17
4.2 Kartlegging av nettverk	19
4.3 Skape trivsel, fellesskap og kontakt	20
4.4 Sosial integritet og sykehjem som hjem	24
4.5 Pårørende som ressurs	26
<b>5.0 Avslutning</b>	28
<b>Litteraturliste</b>	
Pensumlitteratur	29
Selvvalgt litteratur	29
Internetthenvvisninger	31
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	33

## **1.0 Innledning**

Jeg er sykepleier student ved Universitet i Bodø, kull 10-Høst, og har i den forbindelse skrevet bacheloroppgave i sykepleie.

Oppgaven inneholder 9544 ord.

### **1.1 Problemstilling**

”Hvordan kan sykepleieren forebygge ensomhet hos eldre i sykehjem?”

### **1.2 Avgrensning**

Jeg ønsker å legge vekt på forebygging fremfor behandling etter forekomst. Derfor vil sykepleieren ha en sentral rolle i denne jobben.

### **1.3 Bakgrunn og valg av tema**

Jeg ønsker med denne oppgaven å få belyst temaet eldre og ensomhet på sykehjem, og vil se på hva sykepleiere og sykehjemmene kan gjøre for å redusere dette problemet.

Gjennom en statistikk fra Statistisk sentralbyrå (2007) kom det fram at ensomhet er mest utbredt i de eldre aldersgruppene, i gruppen 70-79 år og blant dem over 80 år. Det kom også fram at tre av ti personer er ensomme blant eldre over 80 år.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg har lagt merke til at det er lite stoff som er knyttet til eldre på sykehjem, det meste av informasjon å finne omhandler ensomme hjemmeboende eldre. Det ga meg lyst til å fokusere spesielt på eldre i sykehjem, og jeg skal drøfte hvordan sykepleiere kan møte og hjelpe ensomme pasienter i en slik tilværelse. Siden det i årene som kommer vil være en stor økning av eldre på sykehjem (Hauge 2008), mener jeg at dette er et aktuelt tema både i dag og for fremtiden. Praksisen jeg tidligere var ute i, samt mine tidligere erfaringer som vikar ved ulike sykehjem har ført til at interessen rundt valgt tema har blitt større. Jeg har sett og erfart at det er mange eldre som sitter alene på rommet sitt, uten annen stimuli enn kort og hastig kontakt med de ansatte. Det må sies at situasjonen til hver enkelt pasient selvfølgelig er ulik; da noen har besøk av pårørende eller venner daglig, mens andre sjelden eller aldri har besøk. Jeg har diskutert og reflektert en del rundt dette med mine kollegaer på jobb, og noe vi alle nevner er at vi ofte har dratt hjem etter endt arbeidsdag med en vond følelse og dårlig samvittighet for de eldre som sitter igjen alene på rommene sine. Vi har også alle erfart hvor lite tid og ressurser vi fra tid til annen har å gi pasientene den oppfølgingen, gode samtalen og kontakten som hver enkelt fortjener og faktisk har krav på.

#### **1.4 Hensikt med oppgaven**

Jeg går mitt siste år på sykepleiestudiet, og skal med dette skrive en bacheloroppgave for å fullføre grunnutdanningen. Mitt hovedmål med oppgaven er å belyse et tema som er interessant for nettopp meg, om som er aktuelt i min fremtidige jobb som sykepleier. I oppgavebeskrivelsen står det at jeg skal fordype meg i et tema som jeg har spesiell interesse for, så av den grunn har jeg valgt å skrive om ensomhet på sykehjem. Det faglige og personlige målet med denne oppgaven er å øke min egen kunnskap og kompetanse rundt teamet *eldre og ensomhet på sykehjem*. Målet og tanken er at denne skriveprosessen skal bidra til at jeg ved ferdigstillelse har nok kunnskaper til å ta tak i disse problemene når jeg selv er ferdigutdannet sykepleier.

#### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven starter med en innledning hvor jeg belyser valg av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensning, hensikt med oppgaven og begrunnelse for den valgte problemstillingen. På dette viset kan leserne få et innblikk i, og en anelse om, hva oppgaven handler om. Deretter legges prosjektet til en standardisert oppgaveteknisk utforming bestående av metodedel, teoridel, drøfting, avslutning, litteraturliste og eventuelle vedlegg. Jeg har et ønske om å ha en rød tråd mellom de ulike delene av oppgaven, for å skape et så helhetlig og oversiktlig resultat som mulig.

## 2.0 Metode

### 2.1 Hva er metode

”Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelse for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant metode” (Dalland 2007:81).

### 2.2 Litteraturstudie

Jeg har valgt at denne oppgaven skal utføres som et litteraturstudie. Et litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt den problemstillingen jeg har valgt. Denne form for studie brukes ofte som bakgrunn for hovedoppgaver og skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode (Olsson og Sørensen, 2003). I litteraturstudien kan man si at man prøver å stille med blanke ark i forhold til temaet, og at formålet er å tilegne seg ny kunnskap og nye synsvinkler om det valgte temaet. Jeg, som er forskeren, forsøker å møte situasjonen som om den alltid har vært ny, og streve etter en helhetsforståelse av spesifikke forhold. Dette for å få et så fullstendig bilde av situasjonen som mulig. Selve metoden går ut på å systematisere kunnskap om karakteristika. Det vil si at en søker altså etter å finne de kategoriene, beskrivelsene eller modellene som best beskriver et fenomen eller en sammenheng med omverdenen eller i individets livsverden (Olsson og Sørensen, 2003).

### 2.3 Kildekritikk og presentasjon av data

Kildekritikk går ut på å karakterisere og vurdere den litteraturen jeg har brukt i oppgaven. Hensikten er å fortelle leseren hvordan man har gjort utvelgelsen av litteratur, og hvorfor man har valgt nettopp den aktuelle litteraturen. Ved å bruke kildekritikk viser du at du er i stand til å være kritisk i forhold til det kildematerialet som er valgt (Dalland, 2007).

Forfatterne av artiklene har gjennomgått anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt, så for min del stilles det ingen direkte krav til dette. Det finnes flere forskningsetiske komiteer som skal sikre ivaretagelse av de ovennevnte faktorene under forskning. De fleste studiene som jeg har brukt i denne oppgaven har gjennomgått disse og blitt godkjent av slike etiske komiteer. Jeg har også med artikler som ikke har gjennomgått en slik godkjenning, men har likevel valgt å ta dem med da studiene som var gjort var veldig relevante innenfor mitt tema, og forfatterne var kjente (Olsson og Sørensen, 2003).

## Litteratur:

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. Boken omhandler mye om hva mennesker trenger for å oppleve håp, mening og hva man trenger for å mestre situasjoner når man blir rammet av lidelse eller vanskelige tider i livet. Kommunikasjon er svært sentralt i boken, noe som er aktuelt for min oppgave.

Garsjø, O. (2003) *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Boken omhandler institusjonen som et begrep i seg selv, og tar for seg hvilken rolle en som yrkesutøver har i institusjonsarbeid. I og med at oppgaven min dreier seg om eldre på sykehjem, så har jeg brukt denne boken fordi den også retter søkelyset mot hva som skjer med mennesket i møtet med institusjoner, og hvilke følger det kan ha for mennesket å oppholde seg i institusjon.

Bondevik, M. (2000) *De eldste eldre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Et av kapitlene i boken tar for seg ensomhet, som oppgaven min i hovedsak dreier seg om. Boka er basert på spørreundersøkelser Bondevik har gjort blant eldre mennesker. Han forsøker blant annet å gjøre rede for hvilke ulike forhold som er av betydning for de eldres opplevelse av ensomhet, sosial kontakt og ekstensielle behov.

Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, A. H. (red.) (2008). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Boken tar utgangspunkt i den eldre pasient, og vektlegger å beskrive prinsippene og særtrekene når det kommer til geriatrisk sykepleie. I tillegg har boken egne kapitler som omhandler en den geriatriske pasient i sykehjem, noe som passer veldig fint i forhold til oppgaven min. Boka fremhever også viktigheten av helsefremmende og forebyggende arbeid i møtet med den eldre.

Blix, E.S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Boken handler om hvordan sykepleieren kan ivareta menneskets basale behov når det ikke selv er i stand til det. Det legges vekt på den mellommenneskelige dimensjonen i forholdet sykepleier-pasient, og at omsorgsperspektivet er integrert i sykepleien. Denne egner seg godt til oppgaven min da den belyser forholdet mellom sykepleier og pasient på en svært god måte.

## 2.4 Søkeprosessen, databaser og søkeord

I begynnelsen av prosessen valgte jeg meg ut tre databaser som jeg ønsket å bruke. Science-Direct, Proquest og PubMed. Grunnen til valget var at jeg var godt kjent med disse tre, har brukt dem kontinuerlig gjennom studiet og har bestandig hatt funn innenfor sykepleie der. Jeg brukte søkeordene elderly, loneliness, nursing home og lonely. Valgte disse ordene fordi de omhandlet problemstillingen min. I utgangspunktet ville jeg finne de nyeste artiklene, men det viser seg at det ikke er forsket så veldig mye på dette temaet. Dermed forholdt jeg meg til artikler innen de 10 siste årene. Valgte å avgrense meg kun til artikler som var i fulltekst, og både nasjonale og internasjonale artikler ble tatt i bruk.

## 2.5 Ethiske overveielser

Som tidligere nevnt er oppgaven basert på litteraturstudie. Dette gjør altså at det ikke stilles noen krav til anonymisering, taushetsplikt og konfidensialitet av utvalget for min del (Olsson og Sørensen, 2003), da dette allerede er gjort av de ulike forfatterne. I arbeidet med et litteraturstudie er det viktig at man gjør de etiske overveielsene som er aktuelle. Det innebærer blant annet det å gjengi referanse og sitater riktig, og å oppgi navnet til forfatteren(e) der hans/hennes meninger direkte uttrykkes. Dette gjøres for å hindre at plagiering kan oppstå (Olsson og Sørensen, 2003). Under arbeidet med oppgaven har jeg dermed vært nøye med å gjengi funnene i artiklene korrekt og referere til forfatteren. Dette har jeg gjort for å unngå at jeg gjør andres arbeid og tekst til mitt eget, og også for å hindre plagiering.

## 2.6 Presentasjon av artiklene

**Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey - Drageset, Kirkevold, & Espehaug (2010).**

Hensikten med dette studiet var å undersøke hyppigheten av kontakt og ensomhet blant pasienter i pleiesektoren, og sammenhengen mellom ensomhet og sosial støtte.

Studiet ble utført med kvantitativ metode, gjennom ansikt - til - ansikt intervju av 227 personer.



### **Older norwegians' understanding of loneliness - Hauge, & Kirkevold (2010).**

Studiens formål var å undersøke eldre personers forståelse av ensomhet og hva de betraktet som hensiktsmessige og effektive måter å håndtere ensomheten på.

Studiet ble utført med kvalitativ metode på 30 personer.

### **Safe, but lonely: Living in a nursing home – Slettebø, Å, (2008).**

Hvordan opplever og betrakter pasientene på sykehjem sitt liv der? Målet med studien var å beskrive denne opplevelsen hos en gruppe sykehjemsbeboere.

Studiet ble utført med kvalitativ metode hvor 14 pasienter ble intervjuet på sykehjemmet.

## **2.7 Funn i artiklene**

### **Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey.**

Det viste seg at totalt 56% av intervjuobjektene opplevde ensomhet. Mangel på følelsesmessig nærhet til andre og personer som man føler seg trygg på, syntes å være viktige utløsende faktorer for ensomhet.

### **Older norwegians' understanding of loneliness**

Studien understreker betydningen av subjektive opplevelser når man skal forstå fenomenet ensomhet, og å utvikle og rette fokus på støtte for ensomme eldre mennesker som ikke klarer å takle ensomheten på egen hånd.

### **Safe, but lonely: Living in a nursing home**

Det viktigste funnet var at det å leve i et sykehjem er en trygg, men likevel ensom opplevelse. Følelsen av respekt, sikkerhet og at å bli ivaretatt av sykepleiere, samt å ha en følelse av autonomi, ble betraktet som positive faktorer av informantene. Påliteligheten til sykepleiere og i hvilken grad de oppfyller og innfrir de sosiale behovene til beboerne, var faktorer som tilsvarende trengte forbedring.

### **3.0 Teori**

#### **3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori**

”I virkeligheten fins det ingen pasienter. Det fins bare enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan gi dem den hjelpen de trenger.” (Travelbee, 1999:62).

Uttrykket over gir et godt bilde på Travelbees tankegang. Joyce Travelbee har hatt, og har fortsatt stor innflytelse når det kommer til norsk sykepleierutdanning. Hun hadde fokus på sykepleiefagets mellommenneskelige aspekter, noe som egner seg til temaet mitt om ensomhet på sykehjem blant eldre.

Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926 og døde i 1973. Hun var psykiatrisk sykepleier og var inspirert av eksistensialistisk filosofi forankret i humanismen.

Filosofien hennes tar utgangspunkt i menneskets individuelle eksistens, og hvilke ting som gir våre liv mening. Hennes teori bygger på tolkning av det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget og har hermeneutisk vinkling. Hun er opptatt av at ethvert menneske er et unikt individ. Vi er lik hverandre, men jeg er samtidig så ulik alle andre. Selv brukte Travelbee ikke begrepet pasient, men menneske (Travelbee, 1999).

##### **3.1.1 Syn på helse**

Travelbee gir ingen konkret definisjon på begrepet helse, men stiller gode spørsmål omkring det. Hun snakker om det objektive og det subjektive aspektet ved helse, legger vekt på at vi mennesker kan bli diagnostisert som ”syk” av en doktor, men selv føle oss friske. Det samme kan skje motsatt vei; at en føler seg syk men er ”friskmeldt” av doktoren (Travelbee, 1999). Angående helse i sammenheng med sykepleie, så står den subjektive opplevelsen i sentrum for Travelbee. For enkelte vil god helse være knyttet til å utføre dagligdagse ting, mens det for andre vil mene at helse er ensbetydende med det å kunne jobbe (Travelbee, 1999).

##### **3.1.2 Menneske – til – menneske forhold**

Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold, og at dette er elementært i møtet med den andre. Både sykepleier og den syke forholder seg til - og oppfatter - hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som ”pasient” og ”sykepleier”. Fasaden/merkelappen om det å være ”pasient” og det å

være ”sykepleier” må strykes ut og overkommes for at en kan nå inn på hverandre. Dette er kjennetegn på et slikt menneske-til-menneskeforhold.

En grunntanke hos Travelbee (1999) er altså at den profesjonelle sykepleieren har hovedoppgaven med å etablere dette menneske-til-menneskeforholdet. Dette kommer ikke av seg selv, det må bygges opp gradvis mens sykepleier samhandler med den syke og andre. Det forutsetter og krever at sykepleieren må vite og være bevisst på hva hun tenker, føler, erfarer og ikke minst gjør (Travelbee, 1999).

For å nå målet og hensikten med sykepleie er menneske- til- menneske forholdet et virkemiddel for å hjelpe hvert enkelt individ med å forebygge og mestre sykdom og lidelse, og ved å finne mening i de erfaringene som kommer fortløpende i prosessen. Det endelige målet på sykepleiekompetansen er alltid i hvilken grad den syke og familien har fått tilstrekkelig og god hjelp, både med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) hevder videre at når forholdet etableres mellom sykepleier og den hun har omsorg for, går dette gjennom fire faser:

- 1: Det innledende møtet : I den første fasen treffes pleier og pasient for første gang. Fasen består mye av observasjoner og antagelser, det dannes grunnlag for det førsteinntrykket man alltid lager seg i møtet med en ny person.
2. Framvekst av identitet : I den andre fasen tar man mer avstand fra forholdet man har fått som pleier og pasient, man ser videre på individet i sin helhet. Det knyttes bånd og man ser på den andre med andre øyne. Når dette nye perspektivet så er kommet, kan man se og imøtekomme den andres følelser og vise empati.
3. Empatifasen : I den tredje fasen begynner man å ta del i den psykiske tilstanden som den andre befinner seg i. Når man har empati har man evnen til å sette seg inn i andres situasjon, uten å føle på det på samme måte, sånn at man fortsatt klarer å stå objektivt på utsiden.
4. Sympatifasen : Når man så når den fjerde fasen er man ute av empatifasen, men over i sympatifasen. Her distanserer man seg ikke på den samme måten som i empatifasen, men man går derimot inn på annen måte og vil lindre den andres plager.

Travelbee (1999) mener at etter disse fire fasene, har man skapt et menneske – til – menneske forhold til pasienten, noe som fører til at man får gjensidig forståelse og kontakt.

### 3.2 Kommunikasjon

Travelbee (1999) sier at kommunikasjon kan betraktes som en form for deling og overføring av tanker og følelser. Man deler lettere med andre om man føler at det man har å komme med vil bli godt mottatt, enn om det blir ignorert, latterliggjort og avvist. Gjensidig respekt er viktig, skriver Travelbee (1999). Den syke og dens familie/pårørende kommuniserer for å få hjelp, mens sykepleierne bruker denne prosessen for å søke og å gi informasjon. Det blir formidlet omsorg fra sykepleieren gjennom kommunikasjon. Er det interessedangel fra sykepleieren sin side, vil den syke reagere på samme måte, uansett hvilken måte sykepleieren formulerer seg eller hva vedkommende sier. Gjennom kommunikasjon vises det hvor stor innvirkning mellommenneskelig nærhet kan ha på sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon trenger ikke bare å trekke oss nærmere hverandre, men kan også skyve oss fra hverandre. Det overføres meninger eller budskap mellom personer, og det er en kontinuerlig form for kommunikasjon. Den kan ha en kreativ form ved at sykepleieren snakker og handler bevisst på en måte som kan skape forandring (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er et emne som åpenbart og utvilsomt har mye å si for kontakt og arbeid med andre mennesker i alle typer situasjoner. Det er de ansatte på sykehjemmene som tilbringer mest tid sammen med de eldre, det er derfor viktig at de ansatte har grunnleggende og god kunnskap om tilnærming og kommunikasjon i møtet med den andre.

Selve begrepet kommunikasjon kommer fra latin som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med (Eide og Eide, 2007). Gjennom gode kommunikasjonsferdigheter kan en forstå brukeren som person, yte bedre hjelp, støtte og gi omsorg på en best mulig måte. God profesjonell kommunikasjon er derfor egnet til å ivareta de eldre på en god måte (Eide og Eide, 2007). "Fagkunnskap og empati er trolig de mest grunnleggende forutsetningene for profesjonell kommunikasjon" (Eide&Eide 1996:51).

Ved hvert møte mellom sykepleieren og den man har omsorg for foregår det kommunikasjon – både når de samtaler og når de er tause. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme overfor den syke. Graden av bevissthet i forhold til hva vi viser hverandre, vil variere fra situasjon til situasjon, og fra person til person. Denne bevisstheten er en viktig del av sykepleierrollen, slik at vi tenker over hvordan vi møter den andre.

Vi skiller mellom nonverbal og verbal kommunikasjon, der innholdet i den nonverbale skjer med utveksling av tegn og signaler, blant annet gjennom ansiktsmimikk, blikk og stemmeleie/-klang. Innholdet i den verbale blir formidlet gjennom ord (Eide og Eide, 2007).

Fortolkninger av andres signaler skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikter. Ulike oppfattelser og tolkninger av signaler kan gjøre møte med den andre godt, ubehagelig, sårende, irriterende og inspirerende (Eide og Eide, 2007).

### 3.3 Ensomhet

Blix og Breivik (2006) sier at den største gruppen av ensomme finnes blant gamle. De eldste eldre er en gruppe som ofte har opplevd tap av nære betydningsfulle personer, som ektefelle, søsken, venner og kanskje også barn. Mange av disse eldre bor i sykehjem, noe som i seg selv medfører en innskrenkning av det kjente, sosiale nettverket og tap av en god del relasjoner.

Peplau og Perlman (Bondevik, 2000) sier at ensomhet har to betydninger. Den første er en subjektiv, ikke direkte målbar opplevelse av å *føle seg* alene. Den andre er en objektiv målbar tilstand av å *være* alene. «Fellestrekk ved definisjoner av ensomhet er at det er en subjektiv opplevelse som er negativ og ubehagelig, og som kommer av mangler i personens relasjoner» (Breivik 2006:88).

Videre sier Blix og Breivik (2006) at mange eldre ikke har familie i nærheten og at personell i helsevesenet kanskje er de eneste de har kontakt med. Dette kan føre til det Drageset (2002) kaller både emosjonell og sosial ensomhet. «Emosjonell ensomhet forårsakes av tap av nær tilknytning til andre mennesker» «Sosial ensomhet forårsakes av tapte nettverksrelasjoner der personer deler felles interesser» (Drageset 2002:89).

#### 3.3.1 Kjennetegn og symptomer

Ensomhet er en av de største årsakene til utvikling av depresjon, spesielt hos eldre. Dette kan medføre følelser av tomhet, tristhet og fremmedgjøring. Man kan ofte se symptomer som er depressive hos eldre, men depresjon betyr ikke i alle tilfeller at man er ensom (Kristoffersen, 2006c). Det er viktig å være bevisst på at disse to ikke alltid henger sammen. Ensomhetsopplevelse kan ha et stort variasjonsmønster - fra mild opplevelse av savn til en vond opplevelse. Den kan være forbigående, ustabil eller av kronisk karakter (Bondevik, 2000).

### 3.4 Sykehjem

Et sykehjem blir av Thorsen og Skre (Garsjø 2003:104) definert som ”En medisinsk institusjon som gir opphold og medisinsk pleie til pasienter som ikke krever opphold i sykehus”. Et sykehjem kan etter Goffmans (Garsjø, 2003) framstilling kalles en total institusjon. Kjenne-tegn ved en total institusjon er at de regulerer store deler av beboerens liv, og at hverdagen er rutinepreget. Det er ofte veldig sterilt og har et utvilsomt institusjonspreg over seg i forhold til mange ulike ting. Garsjø beskriver videre sykehjemmet som de eldres ”endeholdeplass”. Det er hit de kommer når sykdom eller andre faktorer gjør at de ikke kan bo hjemme lenger, og behovet for omsorg og pleie øker (Garsjø, 2003).

### 3.5 Sykehjem som hjem

Det er delte meninger fra de eldre om det å flytte til et sykehjem. Enkelte ”skriker” etter plass, mens andre svarer nei på spørsmål om de kunne tenke seg å flytte til sykehjem. Det å flytte fra sitt eget hjem ses av de fleste på som en svært stor overgang. Følelsen av å bryte opp fra kjente omgivelser og en hjemlig trygghet kan være skremmende, og forandringen er for mange stor. Realiteten er at den eldre flytter til et nytt bosted hvor man ofte kun får ta med et begrenset antatt ting og eiendeler, og at arealet her er av en annen karakter enn det den eldre er vant til hjemme. Det krever at man må bli kjent med nye mennesker - både de andre beboere på sykehjemmet og helsepersonellet. Tilpassing i forhold til nye rutiner, døgnrytme, annerledes mat og ikke minst det å bo rundt så mange andre er andre forandringer den eldre må takle (Hauge, 2008).

Det er viktig å huske på at det også fins mange positive sider ved en tilværelse i sykehjem. Sykehjemmet kan tilby trygghet til alle døgnets tider. Kvalifisert helsepersonell gjør vurderinger og observasjoner av hver enkelts helsetilstand. Årsakene til at de eldre er kommet til sykehjemmet er mange og varierte. Oppfølgingen de får i forhold til pleie, omsorg og medisinsk ivaretagelse har stor betydning for de eldre, også spesielt i forbindelse med at de nå har flyttet fra sitt eget hjem. Den medisinske behandlingen blir fulgt opp på et annet nivå enn det som ofte er mulig å oppnå hjemme. Baksiden med sykehjem som permanent bosted er at den eldre må bo tett innpå andre den ikke kjenner, som han/hun i utgangspunktet verken har kjent, snakket med eller har felles interesser med. Det er også en stor omstilling i seg selv å måtte venne seg til at det er andre beboere og helsepersonell rundt seg hele tiden, da enkelte er vant

til en stille og rolig tilværelse for seg selv i hjemmet. Det å skulle klare å opprettholde de rutiner som en tidligere har hatt i det daglige, livsmønster og privatliv kan fort bli vanskelig (Hauge, 2008).

### 3.6 Forebygging

Forebyggende helsearbeid for de eldre dreier seg om å forebygge sykdom, skade og tidlig død, og i tillegg det å bevare menneskets helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Mæland (2005) skriver om flere overordnede prinsipper for forebygging, et av dem er at man på alle måter skal bidra til at de gamles livskvalitet blir best mulig. Helseforebygging handler om å fremme helsen til folk, og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet.

Kvarme og Helseth skriver at; ”Forebyggende helsearbeid innebærer å redusere sykdom, skader og sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer(...) Behov bør avdekkes så tidlig som mulig for at problemene ikke skal utvikle seg” (Kvarme og Helseth, 2007:28).

Kvarme og Helseth svarer følgende på spørsmålet om hvorvidt forebyggende og helsefremmende arbeid er det samme; ”*Forebyggende helsearbeid kan betegnes som det man gjør for å 'luke vekk' sykdom og skader (...) Helsefremmende arbeid er derimot mer ressursorientert og tar utgangspunkt i hva som fremmer helse – alt som kan 'fylle' på og virke positivt inn på helse* (Kvarme og Helseth, 2007:32).

Vi skiller mellom tre former for forebygging.

Primær forebygging: Tar utgangspunkt i at helsen på en eller annen måte er truet, slik at oppmerksomheten blir mer spesifikt rettet mot faktorer i vårt miljø eller levesett som kan være årsak til helsesvikt.

Sekundær forebygging: Tar sikte på å stoppe eller forsinke helsenedbrytende prosesser.

Tertiær forebygging: Innebærer å lære folk å fungere med de problemene de har, det kan være det å ha kroniske sykdommer, sosiale problemer og så videre. Tertiær forebygging skal også søke å hindre at nye helseproblemer oppstår. ”Sykepleieren på sykehjem kan ikke gi den gamle konen sin sårt savnede mann tilbake, men hun kan være med å arrangere turer og sammenkomster for sine pasienter slik at hun forebygger sosial isolasjon ” (Oversatt fra Mæland, 2005).

Forebyggende helsearbeid er oppbygget på naturvitenskapelig kunnskap om sykdom og hvor-

dan denne oppstår. For å kunne forebygge er det viktig å ha kjennskap til selve sykdommen, dens årsak(er), samt å se faresignalene for den. Det er gjort studier som viser at skadefrekvensen på livsstilsykdommer kan reduseres med 30-50 % når det forebyggende arbeidet samordnes. Kritikkk som rammer sykdomsforebyggende arbeid er at den tar fra folk gleder, ved å fokusere på alt som kan skade (Helseth og Kvarme, 2007).

### 3.7 Nettverk

Et sosialt nettverk ifølge Hummellvoll (2004) betyr det nærmiljø av både formell og uformell art som individet beveger seg innenfor, og som kan gi

- følelsesmessig støtte og verdsetting
- informasjon og hjelp til både orientere seg i omverdenen og til å mestre problemer
- vennskap, felles interesser og verdier
- materiell støtte ved behov (Humellvoll 2004:582).

Som sykepleier er det alltid viktig å ha fokus på å bidra til at pasienten får mulighet til å mestre sin egen situasjon. Sykepleieren skal hjelpe den syke til å bevare et tilfredsstillende forhold til mennesker rundt ham, på denne måten kan han få gitt uttrykk for sine behov og tanker (Smeby, 2005).

Som sykepleier kan man hjelpe den eldre til å opprettholde kontakten med pårørende og eventuelle andre kontakter, gjennom for eksempel et nettverkskart. Det er også muligheter for at vedkommende har kontakt med sitt nettverk uten at sykepleieren er innblandet på så veldig mange måter, noe som kalles indirekte nettverksintervensjon. Det er en måte for den eldre å forsøke å vedlikeholde, utdype og eventuelt forøke sitt sosiale nettverk. Det er pasienten selv som er i direkte kontakt med sitt nettverk, men ofte med ulik grad av hjelp fra sykepleieren eller andre hjelpere (Kristoffersen m.fl., 2006).

Smebye (2005) presiserer at kvaliteten på nettverket ikke avhenger av antall personer en har kontakt med, heller ikke hvor ofte en har kontakt. Vi har alle en eller flere personer som en stoler på, noe som er viktig for mennesker i alle aldersgrupper og livsfaser. Et svakt og konfliktfylt sosialt nettverk kan føre til sykdom og mistriksel (Smebye, 2005).



## 4.0 Drøfting

### 4.1 Kommunikasjon

Det finnes både dårlig og god kommunikasjon. Eide og Eide (2007) skriver at gjennom gode kommunikasjonsferdigheter kan man forstå brukeren som person, yte bedre hjelp, støtte og omsorg på best mulig måte. En god profesjonell kommunikasjon egner seg dermed til å ivareta pasienten på en god måte, og er et godt verktøy for å hjelpe den ensomme pasient.

Så hvordan bruker man som sykepleier kommunikasjon til det gode for den eldre? Kommunikasjon er noe alle som jobber med mennesker burde sette høyt, og som jeg mener har stor betydning når det gjelder kontakt og forståelsen av andre mennesker.

Det er ikke vanskelig å forstå at et forhold bygget på tillit kommer gjennom gode og troverdige samtaler, og det gjør at pasientene lettere betror seg til oss om det skulle være noe. Man er ikke opphøyd som menneske selv om man skal yte sykepleie til den andre, noe jeg mener at Travelbee setter fokus på. Jeg og den andre skal være på samme nivå for å få etablert en god kommunikasjon – og dermed et tillitsfullt forhold.

Det er derimot svært viktig å huske på at det er sykepleierens ansvar og oppgave å lede og tilrettelegge interaksjonen på best mulig måte med den syke, slik at det kan tjene sykepleiens mål og hensikt. Det vil i neste trinn være til det beste for pasienten. Det vil også være en viktig oppgave for sykepleieren å definere og bevisstgjøre for seg selv hvilken kommunikasjon som foregår, og ikke minst hva som faktisk kommuniseres (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er en prosess som bidrar til at sykepleieren blir i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). Dermed oppfylles det ovennevnte sykepleiens mål og hensikt, nemlig det å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. I tillegg kan man, om det er nødvendig, hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. For å ivareta pasienten optimalt, må jeg se på den andre som et individ, og legge bort alle forutinntatte meninger om hvordan han/hun burde eller skal være. Spørsmålet blir da hvordan man skal oppnå nettopp det. Jeg mener at man først og fremst må være klar på sin egen rolle i samspillet med den eldre. Man må deretter være klar for – og trygg nok på seg selv – til å kunne imøtekomme andre uansett hvilket utgangspunkt vedkommende har. På samme måte som jeg ønsker å bli sett som den jeg er, må jeg se den andre som han eller hun er. Det viktigste i samspillet oss imellom er mennesket bak årene, diagnosen eller utseendet.

De fire fasene jeg har beskrevet i punkt «(3.1.2.)» anser jeg som viktig i forholdet mellom pasient og sykepleier. Jeg tror at sykepleieren er nødt til å inneha visse egenskaper og verdier for å kunne arbeide seg gjennom de ulike fasene. Dersom jeg som sykepleier allerede i første fase ikke viser interesse for pasienten, har jeg i utgangspunktet store problemer med å kunne hjelpe. Det er i første fase det skal dannes et førsteinntrykk, så her kommer både kommunikasjonen og holdningen vår betraktelig frem. I fase to er det viktig at jeg som sykepleier har muligheten og ikke minst evnen til å sette meg inn i den andres situasjon. Uten evnen til empati kommer man seg ikke til fase tre, og fase fire vil heller ikke kunne oppnås.

For sykepleiere arbeidende i sykehjem vil det være naturlig at man tilbringer mye tid sammen med pasientene, noe som gjør at det er viktig at vår tilnærming bygger på respekt og anerkjennelse. □ Fra praksis og jobb har jeg mange erfaringer når det gjelder kommunikasjon, og viktigheten av dette. □ Den nonverbale kommunikasjonen, det vi viser med kroppsspråket, er også noe jeg ser på som svært relevant i samspillet med andre. Denne kommunikasjonsmåten kan være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine egne ressurser så godt som mulig. Gjennom å møte pasienten på en oppmuntrende, styrkende og bekreftende måte bidrar man til et godt utgangspunkt. Det er viktig at vi som sykepleiere er bevisste på vår væremåte ovenfor pasientene, og også hvordan virkning den enkelte har på oss. Våre holdninger avsløres lett gjennom vår tilnærming og vårt samspill med pasientene, og de kan fort merke vår motvilje hvis vi ikke liker vedkommende. Dette er noe som igjen kan forsterke opplevelsen av ensomhet (Kristoffersen m.fl., 2006).

Våre holdninger og vårt kroppsspråk påvirkes i en situasjon hvor man er stresset, og dette merker nok pasientene godt. Her kommer dette med tidspresset man har over seg når man jobber inn, noe som er et stadig tilbakevendende tema i dagens helsevesen. Som et apropos til dette ønsker jeg å trekke frem et utsagn fra artikkelen til Slettebø (2008), hvor hun forteller om to kvinners beskrivelse av muligheten til relasjoner på sykehjemmet. ”Jeg har ingen å snakke med. Enten hører ikke de som bor her eller så snakker de ikke. Her er det **ingen** å snakke med – det gjør dagen min lang og kjedelig. Jeg skulle ønske sykepleierne kunne ta seg litt tid å snakke med oss” ”Sykepleierne har ikke tid til å snakke med oss med mindre det er noe ekstraordinært, - bare da snakker de med oss” (Oversatt fra Slettebø, 2008). Den store utfordringen for meg som sykepleier er å finne det fem-minuttet som er til overs, og hele dagen ha fokus på å bruke tiden riktig på dem man møter. Men det er på ingen måte enkelt.

Viktigheten av det direkte møtet mellom pasient og sykepleier blir viktiggjort av Travelbee (1999). Hun legger vekt på møtet mellom meg og den andre, at vi skal gi slipp på de tidligere nevnte forutinntatte roller. Slettebø (2008) refererer til Adserballe som sier at vi skal ”vise respekt til pasientene når vi snakker om dem og snakker med dem, vise respekt og toleranse for deres unikheter når vi møter pasienter, og vise respekt og empati og forsøke å forstå hvordan pasientene selv opplever deres situasjon”. Om pasientene blir møtt på et slikt vis, vil de kanskje føle at det sosiale behovet blir ivarettatt. På denne måten kan ensomhetsfølelsen bli redusert (Slettebø, 2008).

#### 4.2 Kartlegging av nettverk

I en studie av Hauge & Kirkevold (2010) understrekes betydningen av subjektive opplevelser når man skal forstå fenomenet ensomhet, og å utvikle støtte for ensomme eldre mennesker som ikke klarer å takle ensomheten på egen hånd. Travelbee (1999) sier det er viktig å kartlegge den andres individuelle behov. I arbeid med mennesker som er ensomme, vil jeg som sykepleier trenge opplysninger om både de fysiske og de sosiale forholdene. Disse kan jeg tilegne meg ved å kartlegge nettverket til pasienten, noe som vil kunne gi meg innsyn i hvordan personen er, hva han/hun anser som viktig i livet sitt, og den generelle livssituasjonen.

Jeg har selv erfaring med bruk av nettverkskart. Både jeg og de jeg har jobbet sammen med har erfart at nettverkskart har god virkning på enkelte eldre, og dårligere på andre. Slik vil det være i uansett sammenheng, i og med at alle er forskjellige. I flere av erfaringene mine viste det seg at de eldre faktisk hadde flere relasjoner enn de selv trodde, noe som var en svært positiv opplevelse.

Jeg opplever at nettverkskart gjør brukeren mer bevisst på sin egen situasjon, samtidig som det gir oss et videre forløp for samarbeid. Men før man begynner prosessen med å skissere et nettverkskart, er det viktig at den andre gir sitt samtykke, og at jeg gir en forståelig forklaring på hvorfor jeg vil bruke akkurat denne metoden.

Her kommer taushetsplikten min inn, og det må nok forklares ekstra godt for pasienten slik at han forstår at min profesjonelle rolle som sykepleier er til stede hele tiden. Denne betryggelsen har jeg opplevd som veldig positiv fra pasientenes side, da de har følt at jeg har brydd meg og visst tillit.

Et nettverkskart kan tegnes i en sirkel som man deler inn i fire deler, de forskjellige delene kan man for eksempel kalle familie, venner, arbeid og andre. I midten av disse fire feltene,

tegner pasienten seg selv. Når han skal skissere inn personer, tegner han dem med den avstanden han mener det er mellom ham selv og dem. Jo nærmere, desto mer betydningsfull er personen. Det kan også trekkes linjer mellom personene i feltet, om det er relasjoner mellom dem igjen. Dette kan markeres med forskjellige tegn, ut ifra hvordan man velger å lage dette nettverkskartet. For eksempel kan man skrive – på personer man ikke har så godt forhold til, + på de som er ekstra gode venner, kors på de som er gått bort og lignende. Det man må huske på er at gjennom prosessen med å tegne dette nettverkskartet, kan det komme både positive og negative reaksjoner fra pasienten. Han får muligheten til refleksjon rundt de relasjonene og bekjentskapene han har, noe som for de fleste oppleves som emosjonelt. Det er her viktig at jeg som sykepleier viser tillit, slik at det kan skapes et bånd mellom oss. Det er viktig at den sykepleieren som har startet arbeidet med nettverkskartet, forholder seg til den samme pasienten og tilbyr samtaler og oppfølging om dette skulle være nødvendig (Kristoffersen m.fl., 2006). Etter at jeg og pasienten har kartlagt nettverket sammen, kan jeg organisere og planlegge ulike måter for nettverksintervensjon. Det blir en oppgave for meg som sykepleier å hjelpe pasienten gjennom indirekte nettverksintervensjon. To av de viktigste fokusområdene er å opprettholde og utdype kontakt med personer som allerede er i livet hans eller oppmuntre og legge til rette for nye bekjentskaper (Kristoffersen m.fl., 2006).

#### 4.3 Skape trivsel, fellesskap og kontakt

Blix og Breivik (2006) sier at pasienten må hjelpes til produktiv sysselsetting, underholdning og fritidssysler. Hauge (2008) skriver at eldre på sykehjem er mer ensomme enn eldre som bor hjemme til tross for at de har mennesker rundt seg det meste av dagen. Garsjø (2003) bekrefter dette når han skriver at ensomhet er en stor del av hverdagen ved institusjoner, til tross for at beboerne føler trygghet ved å ha mennesker i nærheten. I studien av Slettebø (2008) understreket beboerne på sykehjemmet at å flytte inn i sykehjemmet hadde gjort at de følte seg tryggere enn de følte når de bodde i deres private hjem. De følte de ble tatt vare på, men på samme tid ville standarden på omsorgen vært enda bedre hvis det hadde vært mer pleiepersonell.

Så må man spørre seg: Er tryggheten i sykehjemshverdagen grunnlag nok for å unngå ensomhet? Jeg og de øvrige pleierne på sykehjemmet skal ivareta den eldre sosiale og åndelige behov. Gjennom prosessen når den eldre flytter på sykehjem, flytter han/hun som regel fra et allerede godt etablert sosialt nettverk. Personalet ved sykehjemmet skal etter min mening bidra til at de eldre som ønsker det, klarer å danne seg ett nytt sosialt nettverk ved sykehjemmet, og i tillegg tilrettelegge for ivaretagelse av den sosiale kontakten vedkommende har utenfor

sykehjemmet. I direkte arbeid med å sørge for trivsel, fellesskap og kontakt innad på sykehjemmet, kan jeg tilrettelegge for at de eldre kan dele livserfaringer og interesser med hverandre. Jeg har gjennom praksis erfart at mange har flere felles interesser, erfaringer og tidlige opplevelser enn først antatt. Utfordringen min ligger i all hovedsak i å få belyst disse. For å kunne gjøre det, må jeg sette meg inn i de Eldres situasjon og livshistorie, samt vise interesse for det livet de har levd.

Dersom man erfarer at enkelte av de eldre sykehjemsbeboerne likevel ikke finner seg til rette, eller opplever ensomhet til tross for forsøk på å inkluderes i det sosiale fellesskapet på sykehjemmet, er man kanskje nødt til å tilnærme seg situasjonen på en annen måte. Gjennom å bruke nettverkskartet, vil man da kunne benytte seg av de sosiale ressursene den eldre har utenfor institusjonen. Slettebø (2008) henviser til en kvinne som forteller om akkurat dette :

*”Min niese er veldig omsorgsfull og støttende. Hun tar meg ofte ut fra sykehjemmet. For meg spiller det ingen rolle hvor vi skal, bare vi drar ut for en stund. Jeg har ingen venner her. Det er forresten en kvinnelig bosatt her som jeg bruker å prate med. Det er så hyggelig å ha noen å snakke sammen med”* (oversatt fra Slettebø, 2008).

Dette utsagnet trekker nettopp fram hovedmomentene i artikkelen av Slettebø (2008). Betydningen av å ha noen rundt seg å snakke med er viktigere enn man tror, og i en travel hverdag på jobb med lite ressurser blir ikke dette prioritert godt nok.

Når mange mennesker bor så tett sammen som i en sykehjemsavdeling, burde det i utgangspunktet være et godt utgangspunkt for fellesskap og trivsel. Utfordringen for oss er som nevnt å legge til rette for sosiale settinger som blir hyggelige, men også for at de som ønsker det, har muligheter til å trekke seg tilbake (Kirkevold, m.fl 2010).

Det er ikke bestandig så lett å legge slike ting til rette, da de som bor på sykehjemmet har svært ulike utgangspunkt og tilstander. De kan for eksempel være psykisk syk, dement eller være i en så fysisk dårlig tilstand at de ikke greier å utføre så mye selv. Her kommer prinsippet om autonomi inn, og kravet til meg som sykepleier om å ivareta pasientens egeninteresse og selvaktelse så langt det er overhodet mulig. Tilrettelegging er i mine øyne et nøkkelord, men på ingen måte en enkel løsning. De erfaringene jeg har gjort meg, viser meg at pleiepersonellet ofte har fokus på at «alle skal med» når det for eksempel skjer noe sosialt. Hva da hvis noen ikke ønsker å delta? Enkelte kan også ombestemme seg, og ønske å trekke seg til-

bake etter at den sosiale settingen er etablert. Årsakene til at vedkommende ikke ønsker å delta kan være mange, og det er viktig at man forsøker å få tak på det – og imøtekomme og respektere valget. Det blir helt feil å tvinge mennesker til deltakelse i noe, bare fordi jeg og du opplever og tror at det vil være fint for ham/henne å delta.

I virkeligheten er det ikke alltid slik at den eldre har store muligheter for å ivareta sin autonomi og selvbestemmelsesrett, så det handler mye om at vi som sykepleiere må hjelpe, og stå opp for, pasientene. Det vil i de aller fleste tilfeller ikke være nok å bare sette en gruppe eldre mennesker sammen på ei stue for å skape trivsel og fellesskap. Dersom de ansatte tar initiativ til samtale, kan det gjøre det mye lettere for pasientene å komme i snakk. Av erfaring har jeg opplevd at pasientene lettere samtaler når vi legger opp til diskusjoner og samtale, enn om vi ikke er tilstede. De eldre setter også svært stor pris på at man har tid til å bli værende i det sosiale samværet.

Flere undersøkelser som er gjort i sykehjem har vist at det blir helt stille blant beboerne når personalet ikke er til stede (Hauge, 2004). Flere pasienter gir likevel uttrykk for at de ønsker positive relasjoner til medbeboerne på sykehjemmet, for å kunne oppleve trivsel i hverdagen. Hauge (2004) viser til en rekke tegn på at beboerne i sykehjem har ønske om å delta i fellesskap, og at det virker å ha en dominerende plass i det daglige liv i sykehjemmet.

Er det da mulig å bedre fellesskapet og kontakten mellom pasientene i fellesrommet? Et forslag fra Hauge (2004) er å omorganisere dagligstuen fra privat til offentlig rom. Hun hevder det ikke er nok å plassere beboere til sosialt fellesskap i samme rom. Det må skapes et fellesskap hvor aktivitet, helst basert på egen deltakelse, står i sentrum. Fokus må være på at de eldre har noe å komme med ovenfor hverandre, og at de kan ha glede av både samtaler og felles aktiviteter.

Blix og Breivik (2006) tar opp en del gode eksempler på felles aktiviteter man kan iverksette på sykehjemmet.

- Håndarbeid
- Underholdning
- Felles måltider

- Høytlesning og allsang

Disse blir nevnt som tiltak for å motvirke ensomhet, rettet mot nettopp felles aktivitet blant pasientene på sykehjem. Gjennom felles opplevelser styrkes samholdet i avdelingen. Aktiviteter som dans, musikk, sang og høytlesning gir også mening og velvære for mange. Jeg har selv erfart hvilket utbytte og glede de eldre har av ulike arrangementer og kulturelle innslag i avdelingen. Myskja (2006) har gjennom sine studier vist hvordan metodisk bruk av sang og musikk kan øke livskvaliteten, og redusere ensomhet og isolasjon i alderdommen. Han har utviklet en egen metodebok som kan hjelpe de ansatte, også for de av oss som ikke har særlig musikalsk bakgrunn, til å bruke musikk som et viktig hjelpemiddel i en ellers klinisk hverdag (Myskja, 2006).

Besøktjenester fra Røde Kors og andre lignende organisasjoner kan også være et bra tiltak (Blix og Breivik, 2006). På hjemmesiden til Røde Kors står det:

*”Besøktjenesten arbeider for å ha et aktivt og kontakt skapende arbeid for eldre som er ensomme, syke eller har andre spesielle behov. Vi arbeider for å gjøre hverdagen bedre for eldre som både bor i egen bolig og som bor på institusjon/ sykehjem. Besøktjenesten har derfor, i tillegg til å tilby besøksvenner, også arrangementer spesielt rettet mot eldre som bor på institusjon/ sykehjem”* (Røde kors, u.å).

For å sy sammen et godt sosialt tilbud til de eldre, har man som pleier en viktig oppgave i å bli kjent med hvert enkelt menneske. Dette for å kunne imøtekomme den eldres behov så godt som mulig. Det er derfor viktig at man som sykepleier får fram deres erfaringer og interesser. Mine egne erfaringer tilsier at dette er noe som blir gjort svært lite på en del avdelinger. Enkelte ganger har jeg opplevd at det er en stor ubevissthet i forhold til dette, mens det andre ganger blir begrunnet med lite tid og mange oppgaver. Min mening er likevel at dette er en prosess som ikke behøver å ta opp stor del av tiden, eller er spesielt utfordrende. Det handler i mine øyne om å bli kjent med den enkelte, og aktivt sammen med ham eller henne jobbe med – og komme med forslag om – ulike aktuelle sosiale tiltak som kan være aktuelle.

### 4.3 Sosial integritet og sykehjem som hjem

I følge Levine (Kirkevold m.fl, 2008) er ivaretagelse av pasientens sosiale integritet er det fjerde grunnleggende prinsippet i utøvelse av sykepleie. Hun hevder at det er umulig å ivareta den enkeltes helhet eller integritet hvis en ikke tar hensyn til vedkommendes sosiale kontekst. Dette innebærer at vi som sykepleiere kjenner til og respekterer pasientens sosiale, kulturelle og etniske bakgrunn og at vi vet hvordan hver enkelt pasient forstår og plasserer seg innenfor sin sosiale situasjon. Den sosiale situasjonen hver enkelt pasient kommer fra og plasserer seg innenfor vil påvirke pasientens verdier og mål, herunder fenomener som omhandler helse, sykdom og aldring. Derfor henger den sosiale og den personlige integriteten sammen. Jeg erfarer at dette også henger mye sammen med den kartleggingen man gjør for å skape trivsel og en opplevelse av fellesskap for den enkelte.

I studiet av Slettebø (2008) presiserte pasientene at det verste ved å leve i et sykehjem synes å være ensomhet og mangel på kontakt med familie, venner og sykepleiere. Det er store forskjeller på hvor stor omgangskrets eldre som bor på sykehjem har. Noen har store familier og venner som ofte kommer på besøk, andre har kanskje ingen i nærheten – noe som resulterer i et avgrenset sosialt nettverk. Det kan i noen tilfeller være at eldre som ofte får besøk og sosialt stimuli utenfra, kanskje isolerer seg og tar mindre del i det sosiale fellesskapet på sykehjemmet. I andre tilfeller er dette slett ikke tilfellet. Hos andre er kanskje sykehjemmet den eneste sosiale kontakten de har. Det er nettopp derfor så viktig at man har et godt etablert sosialt fellesskap hvor man inkluderer samtlige som ønsker det (Kirkevold m.fl, 2008). Dersom de ikke ønsker å delta, skal de også bli imøtekomet i forhold til det.

Jeg har på ingen måte vanskelig å forstå at de eldre på sykehjem har vanskeligheter med å føle seg hjemme når de flytter på et sykehjem. Duncan (2007) skriver at det er vanlig å savne sine kjente og gamle omgivelser. Hun sier også at det er viktig at de eldre får mulighet til å ta med seg noe av det kjente, og det å kunne utføre sine rutiner slik en gjorde disse hjemme. Det har jeg selv opplevd i praksis; at pårørende har kommet med en god lenestol, en favoritt kopp, bilder eller enkelte pyntegjenstander som minner om sitt gamle. Dette har vært en positiv faktor for de eldre. Noen ganger tok vi med en gyngestol til en eldre mann inn på stua, hentet kaffekopper som de hadde hatt med seg fra sitt eget hjem samt bildealbum for å se i. Det er



slike kjente ting som kan være av veldig stor betydning for de eldre, og ikke minst bidra til at de føler at sykehjemmet faktisk er mer som et hjem. Men erfaringene mine viste dessverre at det også i flere tilfeller ble slik at vi ikke hadde tid til å ta frem og fokusere på det kjente gamle, noe som medførte at skuffelsen blant pasientene ble stor. Hadde man kunnet sett bort fra de faste rutinene og rammene som beskriver institusjonalisering (utdypet i teoridelen av oppgaven), ville man kanskje kunne økt trivselen på en enklere måte. Duncan (2007) poengterer at det ikke skal mye penger til for å omgjøre et sykehjem til hjem, men at det krever engasjement. Jeg har selv vært opptatt av å for eksempel gjøre det trivelig på fellesstua, med å legge på duker, sette fram blomster og pyntegjenstander. Dette hadde nattevaktene som oppgave hver natt til søndag, det å legge på hvite store duker å pynte bordene slik at de eldre fikk det koselig når de skulle spise søndagsfrokost. Beboerne satte stor pris på det, og det skapte ofte grunnlag for samtale om tidligere opplevelser o.l.

Ved at vi tar del i livet til pasientene gjennom deres egne gjenstander, kan det oppstå gode muligheter for sykepleieren å bli kjent med pasientene. Travelbee (1999) legger fram i sin interaksjonsprosess at det er en fremvekst av identiteter i utviklingen av menneske-til-menneske forhold. Men hva betyr dette i en rolle ovenfor de eldre på sykehjemmet, skal man få fokuset fra "de eldre" til hver enkelte, for å gi dem individuell oppmerksomhet og omsorg? Det må respekteres at pasientene kun har sitt eget rom som sitt, og så lite som et fint skilt på døra kan ha noe å si for hver enkelte. Vi som sykepleiere må prøve å gjøre sykehjemmet mindre institusjonelt, men i stedet få det til å ha mer hjemmekoselig preg over seg. Å være omgitt av gjenstander som har betydning for en, kan forebygge ensomhet og øke trivsel i sykehjem (Duncan, 2007). Dette kan også være gjenstander som tidligere ikke har vært en direkte del av hverdagen til den enkelte, men av en slik art som har blitt betydningsfull for eksempel etter innflytting på sykehjemmet. Dersom man klarer å skape gode sosiale arenaer, med elementer som den eldre opplever som positive, trygge eller gode, kan man bidra til bedre trivsel. Et eksempel er hvis avdelingen har flere mulige oppholdsrom, og beboeren liker best å være i en spesiell stue, kanskje til og med ved et konkret bord. Da kan det være viktig å sørge for at han eller hun får være der trivselen er best, kanskje sammen med de to som han eller hun har best kontakt med. Er den gamle fiskeren vant til å se havet, kan man imøtekomme det med å sette den gode lenestolen hans ved vindusposten. Har du ei gårdskone i avdelingen, kan det hende at hun ønsker å se utover beitet ovenfor sykehjemmet. Det viktigste i slike vurderinger og tiltak er uansett den eldres eget ønske.

#### 4.5 Pårørende som ressurs

I en artikkel av Bergeland & Hestetun (2003) kommer det fram at det er mange pårørende som opplever det vanskelig å få kontakt med personalet i sykehjem. De føler at de ikke når frem til dem og at de hele tiden har det så travelt. De synes kommunikasjon med personalet er vanskelig, for de skjønner at dagene er stressende med tidspress i forhold til hvor mye som skal være gjort på kort tid.

Kontakt med familie er i svært mange tilfeller det som betyr mest for de eldre, spesielt når de er kommet på sykehjem hvor de kun er ”omringet” av ukjente. Her kommer en av mine viktige oppgaver som sykepleier inn, hvor jeg skal legge mest mulig til rette for at denne kontakten blir holdt ved like. Et tillitsforhold med de pårørende kommer pasientene til gode, for gjennom samtykke fra pasienten kan man gi opplysninger om helsetilstanden og behovene som er gjeldende nå etter at de kom på sykehjemmet (Kristoffersen m.fl., 2006).

I en studie viste det seg at følelsesmessig nærhet til andre mennesker som man føler seg trygge på, synes å være en viktig faktor for ensomhet (Drageset, Kirkevold, & Espehaug, 2010). Familiemedlemmer og andre nære er et godt eksempel på slike. Personalet i sykehjemmet er et annet viktig eksempel, men det krever en innsats fra hver enkelt pleier i tilnærmingen og nærheten til den eldre.

Pårørende er personer som de eldre ofte har nær tilknytting til, og de er også personer som har hatt en lang «karriere» som omsorgsgiver for sine nærmeste før de kommer på sykehjemmet. Det er viktig for dem å få formidlet sine ”kunnskaper” til personalet, det kan da dannes et bedre grunnlag for pleien som pasienten får (Bergeland & Hestetun, 2003). Pårørende kan også være usikre på ulike ting, da alle er ulike og håndterer rollen som pårørende forskjellig. Det kan da være lurt å gi råd og ideer om hva de kan gjøre når de skal på besøk på sykehjemmet. Det er ikke alle som er klar over at de faktisk kan ta ”mamma/pappa” med hjem, kjøre tur, dra på kafé eller bare gå en liten luftetur utenfor sykehjemmet. Det er derfor viktig at vi informerer og åpner for dette, og legger til rette for at det skal være mulig.

I studien til Slettebø (2008) kommer det fram at beboerne stort sett var fornøyde med hvordan deres ønsker ble møtt i forhold til måltider, dusjerutiner, muligheter til å høre på radioen eller se på TV. De følte seg også trygg i dagliglivet. Det var derimot store forskjeller mellom beboernes ønsker i forhold til etablering av sosiale relasjoner, og det de ofte opplevde som manglende muligheter til nettopp dette. Man må spørre seg hvorfor det oppleves slik, og hvilke tiltak som kan

iverksettes for å endre på det. Min tanke er at vi raskt kan gå i en fallgrube hvor sykehjemshverdagen i stor grad er preget av rutiner. Jeg har ofte erfart at man på morgenen snakker om hvem som skal dusje i dag, hvem skal til tannlegen, kostlister hvor det står at Ola skal ha fire halve skiver med gul- og brunost og at Anna skal høre på andakten kl 11 på søndag. Jeg mener ikke at det er noe galt i slike rutiner, men samtidig gjør jeg meg noen tanker rundt hvor mange andre viktige ting man bør ha fokus på. Ingen mennesker har bare like dager, og som sykepleier og ikke minst medmenneske må jeg være bevisst og klar over de individuelle forskjellene. Kanskje Ola heller ønsker marmelade eller servelat i dag, kanskje Frida vil ut og sitte på verandaen i sola i stedet for å ligge i sengen, eller kanskje faktisk alle ønsker å komme ut i dag? Etter min oppfatning velger vi til en viss grad hver eneste dag hvordan vi legger opp arbeidsdagen vår, og de vurderingene og prioriteringene vi foretar oss – skaper beboernes hverdag i avdelingen. Det er etter min oppfatning da mer riktig å fokusere på de individuelle, ofte enkle behovene, og forsøke å imøtekomme disse. Hvordan ønsker jeg å ha det når jeg blir gammel?

## 5.0 Avslutning

”Hvordan kan sykepleieren forebygge ensomhet hos eldre i sykehjem?”

Gjennom arbeidet med denne oppgaven opplever jeg selv at jeg har fått bedre innsikt og forståelse av ensomhet blant eldre. Jeg har erfart at ensomhet som begrep ikke lar seg definere på en enkel måte, men at det derimot kan forstås på ulike måter ut fra sammenhengen. Ensomhet blant eldre fortøner seg ofte ulikt i hjemmesituasjon og i sykehjem, noe som skaper utfordring for meg som sykepleier i møtet med sykehjemsbeboeren. Fokuset mitt på forebygging av ensomhet har skapt mange nye refleksjoner og lærdom for meg. I min fremtidige rolle som sykepleier håper jeg å kunne bruke mine refleksjoner som grunnlag i møtet med den eldre.

Mitt inntrykk er at det generelt er lite forskning å finne angående temaet ensomhet og eldre, noe som forundrer meg. «Ensomhet» og «eldre» er begge velkjente begreper i sykepleieutdanninga, og koblingen av disse viser seg å være svært aktuelt i dagens samfunn. Slik jeg ser det, vil det også være et like aktuelt tema i fremtiden. Utfordringen ligger i å belyse viktigheten av at vi som helsepersonell har fokus på hvor stor innvirkning ensomhet har på den Eldres liv, og at det ofte bare skal små, men viktige tiltak til for å skape endring av et negativt bilde.

I prosessen med å finne tema for oppgaven var jeg innom flere ulike temaer, blant annet fordi sykepleie som fag består av så mange ulike emner. Når jeg nå er i slutfasen av arbeidet, er jeg glad for temavalget mitt. Jeg har oppnådd en annen forståelse av hvilken tilnærming man kan ha i møtet med den eldre, og føler at min bevissthet rundt både min rolle som fremtidig sykepleier og ikke minst rundt det å ha pasienten i fokus har økt svært mye.

Alt i alt har prosessen vært svært lærerik. Jeg sitter ikke igjen med ett fasitsvar på hva jeg eller andre skal gjøre for å forebygge ensomhet blant eldre i sykehjem, men jeg håper at jeg gjennom oppgaven skaper grunnlag for refleksjon rundt ulike tilnærminger til temaet. I mine øyne er det viktigste at hver enkelt skaper sin egen vei å gå, men at fellestanken skal være å bidra til en best mulig hverdag for den eldre. Det er viktig at vi husker på hvilken makt og innflytelse vi faktisk har på den andres liv, og hvilke enkle endringer vi kan foreta for å skape bedring.

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur

Blix, E.S., Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H og Eide, T.(2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: K. Brodtkorb, M. Kirkevold & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.v

Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, A. H. (red.) (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsbibliotek.

### Selvvalgt litteratur

Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk. – 7 sider

Drageset, J.(2002). *Ensomhet på sykehjem – nettverkskontakt betydning for ensomhet blant sykehjemsbeboere?* *Vård i Norden*, 22(2), - 4 sider

Duncan, C. (2007). Loneliness, helplessness, and boredom. [Elektronisk versjon]. *Nursing Homes*, 56 (9), 86-88 - 3 sider

Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. - 9 sider

Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. [Oslo], Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. no. 208: V, 230 s.

- 3 sider

Kristoffersen, Nina Jahren mfl. (2006c) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademiske

- 49

Kvarme, L. G. (2007). *Forebyggende og helsefremmende arbeid*. I: K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.

- 29

Myskja, A (2006). *Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

- 12 sider

Olsson, H. og Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- 20 sider

Smebye, K. L. (2005). *Kontakt med andre*. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E–A Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- 28 sider

Thorsen, K. (2005). *Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid* [Elektronisk versjon]. *Aldring\_og livsløp*, 3,2-6

- 4 sider

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

- 146 sider

Totalt antall selvvalgt pensum: 314

## Internetthenvisinger:

- Hauge, S., & Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*.  
Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879870/> (Sett 27/02-13)
- Drageset, J., Kirkevold, M., & Espehaug B. (2010). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 611–619.  
Tilgjengelig fra: <http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S0020748910003093> (Sett 1/03-13)
- □ Bergeland, Å., & Hestetun, M. (2003). Samarbeid med pårørende i sykehjem. *Sykepleien* 2003 91(18):42-45. Tilgjengelig fra: URL <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/120212/samarbeid-med-parorende-i-sykehjem> (Sett 11/03-13).
- Slettebøe, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*, 87(1), 22-25.  
Tilgjengelig fra: <https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/487/2/416616.pdf> (Sett 11/02.13)
- Statistisk sentralbyrå (2007) Andeler som sier at de er ensomme minst «av og til»  
Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200901/14/tab-2009-03-09-01.html> (Sett 7/02-13)

Artikkel	Forfatter og årstall	Metode	Inkluderte i forskningen	Hensikt	Resultat
Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey.	(Drageset, Kirkevold, & Espehaug, 2010).	Kvantitativ metode  Ble utført gjennom ansikt – til – ansikt intervju	227 personer	Hensikten var å undersøke hyppigheten av kontakt og ensomhet, og sammenhengen mellom ensomhet og sosial støtte.	Det viste seg at totalt 56% opplevde ensomhet. Følelsesmessig nærhet til andre, personer som man føler seg trygg på, synes å være viktig for ensomhet
Elder Norwegians' understanding of loneliness	(Hauge, & Kirkevold, 2010).	Kvalitativ metode	30 personer	Hensikten var å undersøke eldre folks forståelse av ensomhet og hva de betraktet som hensiktsmessige og effektive måter å håndtere ensomheten på.	Studien understreker betydningen av subjektive opplevelser når man skal forstå fenomenet ensomhet, og å utvikle støtte for ensomme eldre mennesker som ikke klarer å takle ensomheten på egen hånd
Safe, but lonely: Living in a nursing home	(Slettebø, Å, 2008).	Kvalitativ metode  Intervjuet hver pasient på sykehjemmet	14 personer	Hvordan opplever beboerne på sykehjem sitt liv der? Målet med studien var å beskrive denne opplevelsen hos en gruppe sykehjemsbeboere.	Det viktigste funnet var at det å leve i et sykehjem er en trygg, men ensom opplevelse. Følelsen av respekt, sikkerhet og at å bli ivaretatt av sykepleiere, samt å ha en følelse av autonomi, ble betraktet som positive faktorer av informantene. Påliteligheten av sykepleiere og i hvilken grad de oppfyller de sosiale behovene til beboerne, var faktorer som synes å trenge forbedring

## Vedlegg 1



<b>Søkeord</b>	<b>Søkedato</b>	<b>Søkeplass</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Gjennomgåtte abstracter</b>	<b>Gjennomgåtte Artikler</b>	<b>Artikler tatt med</b>
Loneliness and elderly	16/2-13	PubMed	198	3	2	1
Loneliness and elderly and nursing homes	18/2-13	ProQuest	149	4	2	1
Loneliness and elderly and nursing home	26/2-13	ScienceDirect	110	1	1	1

## Vedlegg 2