



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK 180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

Ensomhet hos eldre



Dato: 31.03.14

Kandidatnr.: 53 og 6

Antall Ord: 9552

Stor takk til vår veileder som har vært svært tålmodig og oppmuntrende.

www.uin.no



Min krok er kald med grå gardiner
Som stenger solen ute.
Min seng er smal og golvet griner.
Jeg prater med min pute.

En natt forbi, et ensomt monarki.
Sang fra sjelen, slipp meg ned.
Jeg trenger en å våkne med.

En drøm er dekt til to personer
Og samler støv på stolen.
Et tog av tause telefoner,
og angst for alkoholen.

En natt forbi, en frihetsparodi.
Tåketanker, gi meg fred.
Jeg trenger en å våkne med.

En natt forbi, en stilnet melodi.
Tåketanker, gi meg fred.
Jeg trenger en å sovne ved,
Så får jeg en å våkne med.

- Jan Eggum (1979)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Avgrensning	4
1.4 Formålet med oppgaven	5
1.5 Begrepsavklaring.....	5
1.6 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 METODE	7
2.1 Hva er metode	7
2.2 Valg av metode - litteraturstudie	7
2.3 Litteratursøk	8
2.4 Kildekritikk	8
3.0 TEORI	10
3.1 Presentasjon av Kari Martinsens omsorgsfilosofi	10
3.2 Ensomhet i hjemmet.....	11
3.2.1 Definisjoner	11
3.3 Hjemmesykepleien	12
3.3.1 Bestiller-utfører-modellen	12
3.3.2 Hjemmesykepleiens rammer	13
3.3.3 Mål for hjemmesykepleien	14
3.4 Lovverk	15
3.5 Etikk	16
3.5.1 Menneskesyn	16
3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	17
4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	18
4.1 Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie	18
4.2 Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor?	18
4.3 Coping with ageing and failing health: A qualitative study among elderly living alone.....	20
4.4 Gamle, hjelpetrengende og alene	20
5.0 PRESENTASJON AV DRØFTINGSTEMA.....	22
6.0 DRØFTING.....	23
6.1 Hjemmesykepleien, regelverk og målsettinger	23
6.2 Forebygging av ensomhet – muligheter og begrensninger innenfor rammene	25
6.3 Hjemmesykepleieren og den gode omsorgen.....	28
7.0 AVSLUTNING	32
8.0 REFERANSELISTE	34

1.0 INNLEDNING

Gjennom vår erfaring som studenter i hjemmetjenesten har vi sett at det ofte kan være mangel på ressurser. Det kan være for lite helsepersonell på jobb i forhold til arbeidsmengde eller det kan være problemer med innleiing av vikar eller ekstravakt ved sykdom. I følge Ramm (2013) var i år 2000 13 % av befolkningen over 67 år gammel, og i 2050 vil denne statistikken øke til 21 %. Dermed vil det også være et økende behov for helsepersonell. I tillegg kan pasientene føle seg oversett og dårlig ivaretatt på grunn av travle dager og lite tid inne hos pasientene. For mange pasienter kan det korte besøket de får av sykepleieren være svært betydningsfullt, da dette kan være det eneste sosiale som skjer i løpet av dagen. Det sosiale aspektet kan for mange være utfordrende, spesielt for eldre pasienter som av ulike årsaker for det meste er hjemme alene. Det kan være av grunner som sykdom eller funksjonshemming. For disse pasientene kan dette være med på å skape grobunn for følelsen av ensomhet. Forskning viser at det er en sammenheng mellom ensomhet og selvmord, og ensomhet og depresjon (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Vi har inntrykk av at mange sykepleiere er bedre på å ivareta fysiske behov og fokuserer mindre på de sosiale behovene. Ofte kan det kun være de fysiske behovene sykepleieren klarer å identifisere hos pasienten, og er kanskje dermed lettere å ivareta. Vi erfarer at i sykepleiestudiet er det et stort fokus på å ivareta alle pasientens behov og å se hele mennesket.

«Et helhetlig syn på mennesket er at helheten er mer enn summen av delene og relasjonene blir viktige for å skape helhet og mening» (Odland, 2008: s.25). Odland (2008) mener at framtidige sykepleiere bør ha et holistisk menneskesyn. Dette menneskesynet er fundamentalt og et stort fokus i sykepleien. Med dette menes det at et menneske ikke kan forstås ut i fra hvordan organet i kroppen fungerer eller hvordan diagnosen og behandlingen er, men en må se hele mennesket. Med helhet menes menneskets kropp, tanker, engstelse, skavanker, skam, sårbarhet, ånd, ressurser, smerte, livssituasjon og kulturbakgrunn. Altså alle fenomener som hører til mennesket. Dette medfører at en må betrakte pasienten som et likeverdig menneske, og ikke bare som et objekt. (Odland, 2008).

For at sykepleieren skal klare å gi god omsorg til et menneske ut fra holistisk tenkning, må en ta hensyn til både sjel og legeme, sosiale, åndelige og kulturelle behov. (Odland, 2008).

I tillegg er det lovpålagt at helseprofesjoner skal ivareta mer enn bare pasientens somatiske sykdom. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 (2011) sier følgende om helsepersonells ansvar om å ivareta pasientens sosiale behov:

«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning»

1.1 Bakgrunn for valg av tema

For vår bacheloroppgave i sykepleie har vi valgt temaet ensomhet hos eldre. Etter tre år på sykepleierutdanningen og derav cirka ett år i praktiske studier sitter vi igjen med både gode og dårlige erfaringer. Som studenter i hjemmesykepleien har det gjort inntrykk på oss begge hvor mye det betydde for den eldre at vi satte oss ned og tok oss tid til pasienten. Gjennom samtalene med noen av pasientene opplevde vi flere som fortalte om sin ensomhet. De fortalte at besøket av hjemmesykepleieren ofte var det eneste sosiale som skjedde om dagene. Imidlertid følte de at sykepleieren ofte forventet at pasienten skulle starte samtalen. Noen ganger, hvis pasienten ikke kom på noe å snakke om, kunne sykepleieren ha vært på besøk, uten at de utvekslet et ord. Pasienten ga uttrykk for at dette var en medvirkende årsak til følelsen av ensomhet. Mange av dagene i praksis gikk til besøk av disse pasientene, hvor vi kunne sitte og drikke kaffe og prate sammen. Dette følte vi hadde en positiv virkning på pasientene, der også vi satt igjen med en god følelse. Vi opplevde at dagene ble mer betydningsfulle, spesielt for pasientene, men også for oss. Dette har inspirert oss til å skrive om ensomhet hos pasienter i hjemmetjenesten, og manglende ivaretagelse av deres sosiale behov.

1.2 Problemstilling

Ensomhet hos eldre - Hvordan kan hjemmesykepleieren bidra til å ivareta eldres sosiale behov?

1.3 Avgrensning

Som nevnt ble vi inspirert til å skrive om emnet «ensomhet hos eldre» gjennom samtaler med pasienter i hjemmesykepleien. Vi har også gjennom praksis observert mindre ensomhet i

sykehjem og sykehus, noe vi tror har sammenheng med at personalet og medpasienter befinner seg rundt pasienten til en hver tid. Derfor velger vi å ha fokus på hjemmesykepleien.

Fordi ensomhet kan forekomme i alle aldre velger vi å begrense vårt fokus til eldre pasienter. Vi definerer eldre pasienter i begrepsavklaringen.

Vi ønsker å utelukke personer med demens fordi forskning viser at tiltak gjort hos demente eldre har mindre virkning på ensomhet enn hos friske eldre (Stessman, Rottenberg, Shimshilashvili, Ein-Mor, & Jacobs, 2013). Vi vil ha fokus på klare og orienterte eldre.

«*Sosial isolasjon som oppleves tvungen eller uønsket, er ensomhet*» (Fjørtoft, 2012: s. 128). Vi ønsker å fokusere på vår ivaretagelse av pasientens sosiale behov fordi det har en så relevant tilknytning til ensomhet.

Vi vil bruke Kari Martinsens sykepleieteorier som grunnlag for oppgaven vår. Hun har fokus på at omsorg skal være ekte og bygge på relasjon mellom mennesker. En skal ikke sette konkrete og overordnede mål, men heller la omsorgen ta sikte på at livsmotet skal øke og at de helbredende kreftene skal få virke. (Martinsen, 2003). Dette er noe som vi finner svært relevant for vår oppgave.

1.4 Formålet med oppgaven

Målet med oppgaven er å bevisstgjøre oss som fremtidige sykepleiere om viktigheten av at pasientenes sosiale behov blir ivaretatt og hvordan vi kan oppnå dette. Vi ønsker at det skal være en større bevissthet i hjemmesykepleien om omfanget av ensomhet, og de krav pasienten har på ivaretagelse av sosiale behov.

1.5 Begrepsavklaring

Fjørtoft (2012) definerer ensomhet som en smertefull erfaring og kan i enkelte tilfeller være en medvirkende årsak til depresjon, passivitet eller rusmisbruk.

Eldre defineres som personer fra cirka 67 år og opp (Fjørtoft, 2012).

Hjemmesykepleieren er en sykepleier som jobber innenfor hjemmebaserte tjenester og begrepet blir brukt når tjenesten utføres av sykepleieren (Fjørtoft, 2012).

Blix og Breivik (2006) definerer sosiale behov som følger: «*Sosiale behov er knyttet til vårt behov for fellesskap og kontakt med andre. Å opprettholde stabile kontakter har stor betydning for den enkeltes opplevelse av trygghet og håp. Mye tyder på at et godt sosialt nettverk kan forebygge sykdom*» (s. 11).

1.6 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 tar for seg vår problemstilling, avgrensninger, sentrale begrep og formålet med oppgaven. Kapittel 2 beskriver valg av metode, kildekritikk og en presentasjon av selvvalgt litteratur. Vi definerer begrepet metode, hva en litteraturstudie er og hvordan vi har kommet frem til relevant litteratur. I kildekritikken presenterer vi vår kritiske tenkning overfor selvvalgt litteratur og hvor vi har hentet våre forskningsartikler fra. I kapittel 3 og 4 presenterer vi all relevant teori vi ønsker å bruke i drøftinga, samt en presentasjon av de artikler vi har valgt å benytte oss av. Kapittel 5 er en tabell der vi beskriver våre temaer og undertema i drøftinga, mens kapittel 6 inneholder drøftingsdelen. Avslutningen kommer i kapittel 7.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode

Metode er i følge Dalland (2007) et verktøy eller et hjelpemiddel til problemløsning og til fremhenting av ny kunnskap. Uavhengig av hvilken fremgangsmåte eller hvilket middel som brukes for å oppnå dette målet, vil det være en av alle mulige metoder.

Innen forskning skiller vi mellom kvantitativt orienterte og kvalitativt orienterte metoder. De kvantitative metodene omgjør informasjon til målbare enheter, som gjør det mulig å beregne prosent, lage tabeller eller regne gjennomsnitt av en større mengde. Altså kan forskeren samle data om fenomenet gjennom bruk av tall. De kvalitative metodene har fokus på subjektens meninger og opplevelser og tolkning av disse. Selv om begge metoder kan inneholde elementer fra hverandre, er forskjellene ganske store. Imidlertid er forskjellen i første rekke knyttet til måten å samle inn data på. (Dalland, 2007).

2.2 Valg av metode - litteraturstudie

Gjennom oppgaven tar vi for oss et sentralt tema og avgrenser dette. Vi skal reflektere rundt temaet og drøfte det opp mot teori, egne erfaringer og personlig kunnskap. Metoden vi har valgt å bruke er litteraturstudie, og med utgangspunkt i problemstillingen blir oppgaven vår utformet kvalitativt.

I en litteraturstudie finner man frem til aktuell forskning og annen litteratur omhandlende vårt tema. Gjennom denne metoden kan en innhente mye kunnskaper fra funn og erfaringer gjort i tidligere forskning. Hensikten med litteraturstudien er å kartlegge kunnskap innenfor vårt tema både når det gjelder metode, erfaringskunnskap og teori. Det er også viktig å unngå uaktuelle tema, eller besvare spørsmål som allerede er besvart. (Stene, 2003). Med dette forstår vi at meningen ikke er å innhente ny kunnskap, men heller belyse nye sider av en sak gjennom en sammensetning av forskjellig forskning.

2.3 Litteratursøk

Vi har valgt kun å søke etter fagfelleverderte artikler som er tilgjengelige i fulltekst på nett. I tillegg har vi tilstrebet å finne nyere artikler enn 5 år. Vi har valgt å forholde oss til engelske MeSH-termer i alle databasene for å få flest mulig relevante treff.

Database	Søkeord	Antall treff
Svemed +	- Loneliness	- 31
	- Social isolation + Home care services	- 3
Pubmed	- Loneliness + Elderly	- 139
	- Social isolation + Loneliness	- 118
	- Coping + elderly + alone	- 170

2.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) er kildekritikk en måte å skille mellom troverdige opplysninger og rene spekulasjoner. Altså bruker man kildekritikk til å vurdere gyldigheten til litteraturen man bruker. Vi bruker kildekritikk som et hjelpemiddel til å forholde oss kritisk til kildematerialet vi finner.

Når vi har lett etter, og funnet aktuell litteratur har vi valgt å begrense våre valg av litteratur innenfor visse rammer. Vi har stort sett kun valgt artikler som er nyere enn 6 år gamle, med noen unntak. Enkelte bøker vi har brukt er eldre enn dette, men disse er pensumlitteratur og vi forholder oss til dem som oppdaterte og pålitelige. De forskningsartiklene vi har valgt å bruke er fagfelleverderte. I tillegg har vi kun forholdt oss til databaser vi anser som svært pålitelige, herunder Svemed og Pubmed for søking etter artikler og Bibsys for søking etter relevante bøker. Dette er databaser som er anbefalt fra universitet i Nordland.

Det finnes mye forskning innenfor vårt tema. De forskningsartiklene vi har valgt, føler vi svarer best på vår problemstilling. Vi ser med et kritisk blick på de artiklene som vi bruker

ved at vi har fokus på om artiklene ivaretar rettighetene til intervjuobjektene, er passende i forhold til vårt tema og om de er nøye med anonymisering. I tillegg skal vi i den grad vi bruker egne erfaringer anonymisere disse. Vi er også oppmerksomme på at artiklene er gjort i ulike kulturer og at dette kan prege våre funn og resultater. Vi har i første omgang lett etter kvalitative artikler fordi en kvalitativ tilnærming anser vi som mest relevant for vår problemstilling. Vi har valgt å bruke 4 artikler hvorav 3 er kvalitative og en er kvantitativ.

3.0 TEORI

3.1 Presentasjon av Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Vi har i vår oppgave valgt å bruke Kari Martinsens filosofi som sykepleieteoretisk ramme. Kari Martinsen er en norsk omsorgsfilosof og har utviklet sine tanker gjennom en lang periode med faget og et detaljert forfatterskap. Hun har en spesialisering innenfor psykiatri i bunn, og har en magistergrad og doktorgrad i filosofi. (Marriner- Tomey & Alligood, 2010).

Martinsen sier at omsorg har tre særtrekk. Hun mener omsorg er et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep. Det relasjonelle begrepet tar utgangspunkt i et kollektivistisk basert menneskesyn hvor det er grunnleggende at mennesker er avhengige av hverandre. Ut fra et slikt menneskesyn står ikke avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet. Martinsen tar utgangspunkt i et kollektivistisk basert menneskesyn når hun beskriver relasjonen. Dette menneskesynet er den verdiforutsetning som legger premiss for hva relasjonen skal handle om. Det vil si at vi må ha fokus på livsformene foran individet. Livsformer kan defineres som en dannelse av kollektiv, fellesmenneskelig praksis. Noen livsformer bygger på mer grunnleggende verdier enn andre, noe som kan føre til en funksjon som forbilde for praksis. Martinsen mener det finnes et overordnet forbilde. Et slikt overordnet forbilde kan være prinsippet om ansvaret for de svake. (Martinsen, 2003).

Martinsen forklarer dette prinsippet gjennom det andre av omsorgens tre særtrekk; det praktiske begrepet. Ansvaret for de svake, det moralske universalismeprinsipp, sier at det er viktig å ta del i den andres lidelse og ikke bare stille seg utenfor. Dette begrepet innebærer at den som hjelper skal delta praktisk i den andres lidelse, og ikke stoppe med kun å synes synd på. Hjelpen skal også gis betingelsesløst, altså uten å forvente noe tilbake. Dette kalles generalisert gjensidighet, noe som hun ser på som svært sentralt innenfor omsorgen. Det er imidlertid ikke slik at omsorgsgiver aldri kan få noe igjen. Kari Martinsen viser til eksempler der det finnes flere sykepleiere som mener de får igjen gjennom et forhold preget av omtanke og takknemlighet. I samarbeidet med pasientene er det viktig at sykepleieren strukturerer sitt arbeid med utgangspunkt i pasientens særegne situasjon, og gir omsorg ut fra en god situasjonsforståelse. For å få en god situasjonsforståelse og med det et godt forhold mellom pasient og sykepleier, må en over tid danne en forpliktende omsorgsrelasjon. (Martinsen, 2003).

Det tredje særpreget ved omsorgen er den moralske siden. Dette aspektet handler om den kvaliteten vi danner i relasjonen. For å ha god kvalitet i relasjonen mener Martinsen at vi må bruke våre erfaringer til å lære god omsorg, og omsorgsmoral. Innenfor omsorgsmoral er solidaritet et nøkkelbegrep. Martinsen mener det er viktig å opptre moralsk forsvarlig ut fra solidaritet med den svake. Hvis sykepleieren skal ha solidaritet med den svake, må hun basere sine handlinger på engasjement. Målet for en sykepleier som handler solidarisk er prioriteringer som minsker forskjeller mellom mennesker. For å lære dette må en anvende moralske skjønn ut fra hvordan en forstår situasjonen med den kunnskapen og bevisstheten om verdier en har. Gjennom praksis og erfaringer må verdier læres og integreres i oss. Vi tar moralske beslutninger med utgangspunkt i våre verdier og menneskesyn. Martinsen mener at hver situasjon er unik, og at det unike i hver situasjon bør vektlegges. Det er derfor viktig å gjøre gode moralske beslutninger og at en overveier konsekvensene for sine handlinger i det konkrete tilfellet. Denne dimensjonen ved omsorgsbegrepet regnes som overordnet i forhold til de to andre. Moralen lager grunnlaget for hvordan det relasjonelle og det praktiske arbeidet utføres. (Martinsen, 2003).

Martinsen er i tillegg inspirert av den danske filosofen og teologen Løgstrups tenkning om livsytringer. Løgstrup definerer livsytringer som hva vår henvisthet til hverandre består i. Livsytringer er kun spontane og umiddelbare og kan aldri være et resultat av menneskers bevissthet. Det kan blant annet være tillit, barmhjertighet og medfølelse. Dette er nødvendig for at menneskelige relasjoner kan opprettholdes og utvikles. I alle relasjoner og situasjoner er å handle i best mulig overensstemmelse med livsytringen et mål i seg selv. Hvordan vi skal nå dette målet må en lære og vurdere ut fra innsikt, forståelse, erfaring og klokskap. Dette setter krav til personens oppmerksomhet i forhold til hvilke utfordringer møtet med det andre mennesket kan gi. (Martinsen, 1990).

3.2 Ensomhet i hjemmet

3.2.1 Definisjoner

Det er visse begreper som er viktig å skille fra hverandre når en skal definere ensomhet. Sosial isolasjon, ensomhet og å bo alene er tre forskjellige fenomener. (Birkeland og Flovik, 2011).

Å bo alene kan for mange være foretrukket, og en livsstil de har blitt vant til. Disse pasientene kan tilbringe svært mye tid alene, uten at det er en sammenheng mellom ensomhet eller sosial isolasjon. Noen har høy toleranse for å være alene, mens andre ikke har det. (Birkeland og Flovik, 2011).

Sosial isolasjon er når en person av ulike årsaker blir utelukket fra resten av verden rundt seg. Det kan være av geografiske årsaker eller av funksjonshemming. Det går altså an å være sosialt isolert uten å føle ensomhet, selv om en etter lang nok tid sannsynligvis vil oppleve ensomhet. (Birkeland og Flovik, 2011).

Ensomhet og det å være ensom i seg selv handler mer om ens emosjonelle tilstand enn fysiske faktorer. «*Ensomhet handler om hvordan en person bedømmer seg selv i forhold til kontakt med andre*» (Birkeland og Flovik, 2011: 69). Dette er en negativ følelse som oppleves ubehagelig. Selv om ensomhet oppleves som et problem er det for mange vanskelig å snakke om. (Birkeland og Flovik, 2011).

3.3 Hjemmesykepleien

Når hjemmeboende blir rammet av sykdom, dårlig helse, alderdom, eller livssituasjonen endrer seg, kan en bli avhengig av hjelp i kortere eller lengre perioder. Da kan hjemmesykepleien komme med et tilbud om pleie og omsorg i hjemmet. Dette er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet, uavhengig av alder eller sykdom. (Fjørtoft, 2012). «*Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell*» (Fjørtoft, 2012: s.19).

3.3.1 Bestiller-utfører-modellen

En viktig rammefaktor for arbeidet til hjemmesykepleien er organiseringen av kommunehelsetjenesten. Den er med å påvirke hva som er mulig å utføre, og bestemmer ansvars- og samarbeidsforholdet. Mange kommuner har gjort en omorganisering, og det er også flere som er i ferd med å innføre dette. Denne omorganiseringen vil si å organisere etter bestiller-utfører-modellen. Modellen tydeliggjør et skille mellom arbeidsoppgavene og

ansvaret bestilleren har og oppgavene og ansvaret som utføreren har. Bakgrunnen for modellen var at de som utfører jobben ikke skulle være de samme som tildeler jobben. (Fjørtoft, 2012) «*De faglige perspektivene ved pasientens behov skal veie tyngst, og de som fatter vedtak, skal ikke trenge å ta hensyn til ressursmessige spørsmål vedrørende driften*» (Fjørtoft, 2012: s. 175).

Organisasjonen har en egen enhet som arbeider med bestiller-oppgaver. De vurderer hvilke behov hver enkelt pasient trenger og behandler søknaden. Når det er blitt til et reelt vedtak, blir det sendt videre til utførertjenesten, slik at pasientene får de aktuelle tjenestene. Det offentlige tjenesteapparatet har ansvaret for at hver enkelt pasient får det tilbudet en har rett og krav på. De har også ansvar for at kvaliteten på utførelsen av arbeidet er faglig, juridisk og etisk forsvarlig. (Fjørtoft, 2012).

3.3.2 Hjemmesykepleiens rammer

Hjemmesykepleien er en offentlig helsetjeneste som arbeider innenfor organisatoriske og ressursmessige rammer, og innebærer både muligheter og begrensninger. Det er også lover og forskrifter som tjenesten må holde seg innenfor. Helsehjelpen skal utføres forsvarlig og den skal være omsorgsfull ovenfor pasientene. Dette kravet har flere aspekter: «*juridisk, faglig og etisk*» (Fjørtoft, 2012: s.171). Helsehjelpen til pasientene skal gjøres av fagpersoner som har kvalifikasjoner som er nødvendig for utførelsen. Arbeidet skal utføres på en omsorgsfull og forsvarlig måte. Så lenge helsehjelpen blir faglig forsvarlig, er hjemmetjenesten veldig fleksibel om hvem som gjør hva av arbeidsoppgaver. Hvis pasienten har behov for oppfølging av annen hjelp fra andre tjenester, er det krav om å kontakte disse. (Fjørtoft, 2012,) «*Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp handler dessuten om hvordan den enkelte fagperson møter pasientene og utfører de aktuelle gjøremålene*»(Fjørtoft, 2012: s.171). En må kjenne hvor grensene går for hva som er lov, og utføre handlingen ut ifra egne faglige kvalifikasjoner (Fjørtoft, 2012).

Den viktigste ressursen i hjemmesykepleien er personalet og den kompetansen de bærer med seg. For at pasienten skal få dekt sine behov og at hjelpen er forsvarlig, må personalet være tilstrekkelig og kompetent. Det er viktig å være faglig oppdatert siden det er store krav til kompetansen. Kompetansen, kunnskapen og holdningene til fagpersonen er en avgjørende

kvalitetsfaktor, som både kan begrense og øke mulighetene for hver enkelt pasient. (Fjørtoft, 2012).

Pasientens egne ressurser har stor betydning for hva som kan gjøres. Her spiller både fysiske, psykiske og sosiale ressurser stor rolle. Samarbeidet mellom pasient og sykepleier er preget av i hvor stor grad pasienten er rammet av sykdom. Pårørende er viktige ressurser for hjemmeboende. De er med og skaper et sosialt nettverk for pasienten. For å sikre best mulig omsorg for pasienten i hjemmet, er det viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende. (Fjørtoft, 2012).

Det som ofte blir nevnt som en styrende faktor i hjemmetjenesten, er tiden. Det er mange krav, mye en skal rekke over og dagene blir fort hektiske. Mange ganger er tiden alt for kort for å imøtekomme behovet som hver enkelt pasient har. Fjørtoft (2012) bruker et eksempel hvor tildelt tid blir problematisk. En pasient har behov for eksempelvis hjelp til stell og matlaging. Siden det er mange pasienter som trenger hjelp, har pasientene kun en halvtime hver. En morgen føler denne pasienten seg dårlig, og har behov for lengre tid enn planlagt. Dette vanskeliggjør å forlate pasienten, og besøket varer fort lengre enn planlagt. Da går det ut over de andre pasientene. (Fjørtoft, 2012).

3.3.3 Mål for hjemmesykepleien

Målet for hjemmesykepleien er at pasientene skal få den hjelpen de har behov for slik at de skal klare å mestre hverdagen i sitt eget hjem, og få økt livskvalitet. «*Livskvalitet er et subjektivt begrep med mange dimensjoner*» (Fjørtoft, 2012: s.58). Dette målet har like mye å si for alle typer mennesker, f.eks. om de er i forskjellige aldersgrupper, ulike livssituasjoner eller graden av hjelpebehov hver enkelt har behov for. Det viktigste er å se at det handler om hvert enkelt individs behov, og ikke bare arbeidet som sykepleiere skal utføre for pasientens behov. For å kunne ivareta hvert enkelt individs behov må sykepleieren lytte til pasienten om hvordan han oppfatter sitt liv, da dette er en individuell opplevelse. (Fjørtoft, 2012).

For at et menneske skal kunne få til noe i den aktuelle situasjonen, er mestring et viktig element for alle mennesker. (Fjørtoft, 2012). «*Mestring kan defineres som en persons kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller en utfordrende situasjon*» (Fjørtoft, 2012: s.60). Hvordan mestring kommer til utfall, er avhengig

av pasientens egne strategier og ressurser. I hvilken grad miljøet rundt er med å støtte, hindrer selvmestring, eller hvor krevende situasjonen en er i, er en avgjørende faktor. At en opplever mestring, gir positivt utslag for livskvaliteten. Siden livskvalitet og mestring er sterkt knyttet sammen, er det viktig å legge til rette for pasientene slik at de føler mestring i sin hverdag. Vi skal ikke gjøre mer enn nødvendig, slik at vi tar ifra pasientene det de kan gjøre selv, men heller støtte pasientens ressurser. (Fjørtoft, 2012).

For at sykepleiere skal hjelpe pasienten til å få økt livskvalitet, må de tenke helhetlig (Odland, 2008). En må se hele pasienten, men også kunne se pårørende. Pårørende er en viktig ressurs i pasientens hverdag. (Fjørtoft, 2012). Denne definisjonen på hjemmesykepleie sier om hva det helhetlige perspektivet er: *«Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus»* (Fjørtoft, 2012: s.19).

3.4 Lovverk

Det er lovfestet at sykepleiere og annet helsepersonell skal ivareta pasientens sosiale behov på lik linje med somatisk sykdom eller skade. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2011 sier spesielt mye om dette.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier i § 1-1 at en av lovens særlige formål er å *«fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og forebygge sosiale problemer.»*

Angående kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester sier § 3-1 følgende om hvem kommunens ansvar omfatter: *«Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.»* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-2 står det om at for å oppfylle det ansvaret som er beskrevet i § 3-1 skal kommunen tilby blant annet *«Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.»*

Under § 3-3 om helsefremmende og forebyggende arbeid står det at «kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I tillegg står det i forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) i § 3 at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet «*sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.*»

3.5 Etikk

3.5.1 Menneskesyn

Odland (2008) beskriver holisme som en av to hovedretninger innenfor menneskesyn. Hun sier at sykepleien og andre helseprofesjoner støtter seg til det holistiske menneskesynet (Odland, 2008). Holisme er «*Lære som hevder at helheten er mer enn summen av delene*» (Odland, 2008: s. 25). Denne tankegangen står i motsetning til et reduksjonistisk menneskesyn som ser på organismen som en maskin og sjelen som iakttagbar atferd. Ut fra den holistiske tenkningen er det fire dimensjoner en kan ta utgangspunkt i:

Den *fysiske dimensjonen* som handler om at de enkelte kroppsdelene og organer må sees i en sammenheng. Somatiske sykdommer kan skape komplikasjoner for resten av livet til den rammete. Den *psykiske dimensjonen* er relatert til menneskets sjelelige liv og egenskaper. Psykiske plager og psykologisk stress kan i verste fall føre til mentale sykdommer. Den *sosiale dimensjonen* som handler om menneskets behov for jevnlig kontakt med andre mennesker. Et godt sosialt nettverk kan fungere som en immunitet overfor sykdom. Den *åndelige dimensjonen* går ut på menneskets valg av verdier, livssyn eller religion. En av sykepleierens oppgaver er blant annet å identifisere og imøtekomme åndelige behov. (Odland, 2008).

3.5.2 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiere må følge yrkesetiske retningslinjer som baseres på prinsippene i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler, og slik FNs menneskerettighetserklæring beskriver menneskerettighetene. I disse retningslinjene er det fokus på hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør tas hensyn til i praksis. De yrkesetiske retningslinjene beskrives som sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske utfordringer og dilemma (Norsk sykepleierforbund, 2011). Grunnen til at sykepleieryrket har fått utarbeidet egne yrkesetiske retningslinjer er, i følge Sneltvedt (2008), at sykepleiere møter mennesker som permanent eller midlertidig er ute av stand til å ta vare på eget liv og interesser. Dette gir sykepleieren en makt og mulighet som må ivaretas på en moralsk forsvarlig måte som berettiger egen yrkesetisk kodeks (Sneltvedt, 2008).

4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

4.1 Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie

Førstelektor ved Høgskolen i Stord/Haugesund, Arvid Birkeland, har publisert en forskningsartikkel ved navnet «Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie». Hensikten med studien er å kartlegge pasienter i hjemmetjenestens sosiale situasjon, og innhente informasjon og kunnskap om deres sosiale opplevelser og erfaringer med andre mennesker. (Birkeland, 2013).

De kvalitative pasientintervjuene ble utført individuelt, mens det ble gjort fokusgruppeintervju med sykepleierne. Pasientene som ble intervjuet i studien bestod av 12 kvinner og 8 menn, mens 6 sykepleiere var i fokusgruppen. Gjennom intervjuene fant Birkeland at ensomhet ikke er et dominerende problem i hjemmesykepleien, men at temaet er tabubelagt og preget av taushet. Enkelte av pasientene som ble intervjuet sa om ensomhet at «*det er unormalt*», og at «*i min alder blir man bare alene*». En hadde også sagt at «*jeg har alltid vært alene og liker det sånn*». Birkeland presiserer at dataene må analyseres med forbehold om at både pasient- og sykepleiergruppene er avgrensede, og på grunn av forskjellig organisering kan erfaringer avvike fra kommune til kommune. (Birkeland, 2013).

Birkeland konkluderer med at feiltolkninger av pasienters sosiale situasjon fort kan oppstå som følge av taushet rundt emnet. Han mener at for å få et riktig bilde må pasientenes subjektive opplevelser være i sentrum for de vurderinger man gjør rundt hans sosiale situasjon. Forfatteren konkluderer videre med at hjemmesykepleien ofte kan få et for fysisk-somatisk fokus. Dette kan føre til en neglisjering av psykososiale behov og man mister det helhetlige perspektivet i sykepleie. Han mener det bør være en mer systematisk og helhetlig kartlegging av pasienters ivaretagelse av sosiale behov, og en bedre forståelse og tilnærming til pasienter som er i risikozonen for ensomhet og sosial isolasjon. (Birkeland, 2013).

4.2 Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor?

Forfatterne Abir K. Bekhet og Jaclene A. Zauszniewski fikk i juni 2012 publisert sin forskningsartikkel; «Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key

factor?» Artikkelen ble publisert som siste redigerte versjon i «Archive of Psychiatric nursing». (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Bakgrunnen for artikkelen er at andelen eldre bosatt i eldreheim i Amerika er økende. Statistikk viser at eldre som har måtte flyttet ut av deres hjem som et resultat av sykdom, gir uttrykk for følelser som ensomhet, depresjon, angst og stress. Dette er følelser som har vist seg å senke Eldres livskvalitet betraktelig. Forfatterne viser også til forskning som fremhever sammenhengen mellom ensomhet og selvmord hos eldre. (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Forfatterne intervjuet 314 personer boende i et eldreheim. For å bli inkludert i studien var vilkårene at den eldre kunne lese og forstå engelsk, kunne utføre basale oppgaver i hjemmet som å gå på do, lage mat og annet husarbeid, samt at personen måtte være kognitivt frisk. Spørreundersøkelsen gikk ut på å måle den Eldres oppfatning av egen helse, deres sykdomsbilde med funksjonell status og kroniske lidelser og å få en oversikt over depressive symptomer og angst. De fant også ut at 29 % av de eldre uttrykte en følelse av ensomhet. Gjennom spørreundersøkelsen fant de ut at ensomhet var sterkt assosiert med angst og depressive symptomer, det var en liten sammenheng med funksjonell status og ingen sammenheng med kroniske lidelser som for eksempel hjerte- og karsykdommer. (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

Forfatterne konkluderte med at det er et behov for å utvikle forebyggende tiltak for å hindre eller redusere ensomhet. De identifiserte tre hovedsakelige mål i forebyggende tiltak innenfor ensomhet: Å utvikle gode mellommenneskelige forhold, hindre utvikling av ensomhet hos eldre i feresonen og å hindre ensomhet i å utvikles til mer alvorlige problemer. De fortsatte med å presentere ulike tiltak som kan bidra til måloppnåelse. De foreslo blant annet kognitiv terapi som er en psykologisk behandlingsmåte utført av en terapeut, etablering av mellommenneskelige forhold med sykepleier eller andre helsearbeidere, læring av mestringsstrategier med mer. Til slutt konkluderte de med at sykepleieren har gode muligheter for å hindre ensomhet og sosial isolasjon hos eldre. (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

4.3 Coping with ageing and failing health: A qualitative study among elderly living alone

Arvid Birkeland og Gerd Karin Natvig (2009) har samarbeidet om denne forskningsartikkelen. Hensikten med denne studien er å få en mer omfattende forståelse av hvordan eldre mestrer å være syk, ha dårlig helse og å bo alene.

20 pasienter med en gjennomsnittlig alder av 82 år ble intervjuet. Det ble brukt kvalitative forskningsintervju med opptak, mens analysen av funnene ble utført med hermeneutisk metode. Sentrale elementer i analysen var forforståelse, tolkning og forståelse. (Birkeland & Natvig, 2009).

Funnene viser at mestringsstrategien til intervjuobjektene var å akseptere situasjonen, noe som ofte førte til en oppgitt og mer passiv livsstil. Sykepleieren må være bevisst at eldre som viser seg å være passive og oppgitte ofte ikke vil gi uttrykk for deres behov. For å hjelpe eldre pasienter ut av en passiv livsstil og inn i en daglig rytme de kan føle seg komfortabel i, er det ofte nødvendig at sykepleieren bruker en mer aktiv problemløsningsstrategi. Sykepleieren bør motivere de eldre til å praktisere forskjellige sosiale aktiviteter, og å implementere disse inn i en daglig rytme. (Birkeland & Natvig, 2009).

4.4 Gamle, hjelpetrequende og alene

Arvid Birkeland og Gerd Karin Natvig (2008) fra Høgskolen i Stord/Haugesund har utarbeidet en forskningsartikkel hvorav hensikten var å få en dypere forståelse av hvordan gamle og syke eldre opplever sin sosiale situasjon når de bor alene i hjemmet. Bakgrunnen for studien var blant annet at pasienter har i samsvar med lovverk krav på ivaretagelse av sosiale behov som mulighet for samvær, fellesskap og aktivitet.

Forfatterne har brukt kvalitative forskningsintervjuer, og analysen ble gjort i en hermeneutisk tilnærming. Informantene besto av 12 kvinner og 8 menn, og samtlige hadde vansker i forflytning. Gjennomsnittsalder var 82,5 år. (Birkeland og Natvig, 2008).

De konkluderte med at Eldres sosiale situasjon må forstås ut fra flere forhold. Den påvirkes av venner og kjentes tilstedeværelse, frekvens, kvalitet og lengde på besøk de får, deres mulighet

til å komme seg ut av boligen og i hvilken grad de bruker telefonen. Det betyr også mye i hvilken grad familien er en del av den eldre liv. Til slutt beskriver de forslag til hvordan hjemmetjenesten kan fange opp og forebygge eldre følelse av ensomhet eller sosial isolasjon. (Birkeland og Natvig, 2008).

5.0 PRESENTASJON AV DRØFTINGSTEMA

Tema	Undertema
Hjemmesykepleien, regelverk og målsettinger	<ul style="list-style-type: none">- Hindringer og begrensninger- Forbedringspotensial?- Sykepleierens innflytelse på administrative avgjørelser- Bestiller- utfører- modellen- Etske retningslinjer
Forebygging av ensomhet – muligheter og begrensninger innenfor rammene	<ul style="list-style-type: none">- Ensomhet – et tabubelagt tema- Identifisering av ensomhet – trives pasienten alene?- Depresjon, angst og stress - livskvalitet- Tiltak
Hjemmesykepleieren og den gode omsorgen	<ul style="list-style-type: none">- Omsorgens tre særtrekk – faller noen av sidene vekk?- Tidsbruk- Den gode samtalen- Tillit- Vennskapsforhold- Kollektivistisk menneskesyn

6.0 DRØFTING

6.1 Hjemmesykepleien, regelverk og målsettinger

Det er lovbestemt at sykepleieren har et ansvar for at pasienten skal få de tilbud og vedtak som han har krav på (Fjørtoft, 2012). I tillegg må hjemmesykepleieren handle i forhold til hjemmetjenestens målsettinger. Pasienten skal oppleve mestring av hverdagen i sitt eget hjem, samt ha så høy livskvalitet som mulig. (jf. kapittel 3.3.3). Vi har imidlertid erfart i studentpraksis at det kan være for utfordrende å oppfylle både målsettinger, lovverk og å ivareta alle pasientens behov innenfor hjemmesykepleiens rammer. I tråd med vår problemstilling, ønsker vi derfor å se nærmere på om krav og forventninger til hjemmesykepleieren er for høye for at god ivaretagelse av pasientens sosiale behov kan utføres.

Når tiltak skal iverksettes blir den enkelte pasientens behov vurdert og pasienten får tildelt et vedtak som tilsier hva hjemmetjenesten må utføre (jf. kapittel 3.3.1). I enkelte tilfeller får pasienten ytterligere behov for hjelp, og vedtaket må endres (Fjørtoft, 2012). Vi mener derfor det er viktig at sykepleieren ikke bare observerer pasientens somatiske tilstand, men også om hans sosiale behov blir ivarettatt. Dette er i tråd med hva Odland (2008) sier om at pasientens behov bør ivaretas ut fra et menneskesyn som ivaretar helheten: fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Sykepleieren bør derfor gjøre en grundig kartlegging av pasientens sosiale behov, spesielt gjennom pasientens egen beskrivelse av situasjonen (Birkeland, 2013). Som nevnt tidligere har vi erfart at mange sykepleiere kan bli mest opptatt av å oppfylle pasientens vedtak av fysisk karakter, og en slik kartlegging kan fort bli nedprioritert. Dette kommer på tross av at det i forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) i § 3 står at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre blant annet «*sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.*» (jf. kapittel 3.4). Vi tror at nedprioriteringen av nevnte kartlegging kan komme av liten tro på egen evne til å påvirke ledelsens beslutninger. Sykepleierne bør være bevisst sin innflytelse på administrative avgjørelser (Fjørtoft, 2012).

Vi har sett at sykepleieren kan i mange tilfeller få et inntrykk av at enkelte pasienter føler seg ensomme eller har et manglende sosialt nettverk. Da bør sykepleieren dokumentere dette og diskutere det i personalgruppen og foreslå tiltak og endringer for pasientens vedtak. Dette

opplever vi som forbedringspotensial i hjemmetjenesten. Tiltak som sykepleieren kan vurdere om det er behov for er blant annet tilsyn, økt tid inne hos pasienten og kognitiv terapi (Bekhet og Zauszniewski, 2012).

Under § 3-3 om helsefremmende og forebyggende arbeid står det at «*kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.*» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er altså lovgitt at hjemmesykepleieren skal forebygge og hjelpe pasienten med hans sosiale utfordringer. I samsvar med hjemmesykepleiens målsettinger om pasientens mestring av egen livssituasjon, viser også loven til veiledning fra de som yter helse- og omsorgstjenester. For at sykepleieren skal kunne gi god veiledning kan ikke besøket preges av lite tid (Fjørtoft, 2012). Når sykepleieren observerer vedtak som ikke oppfyller pasientens krav om ivaretagelse av hans sosiale behov, må som nevnt nye vedtak utformes (Fjørtoft, 2012). Dette foregår gjennom bestiller-utfører-modellen (jf. kapittel 3.3.1). Et vedtak er ment som en ryddig og god måte å organisere pasientens helsehjelp på, men kan være en begrensende faktor hvis tjenesten ikke viser fleksibilitet. Pasientens behov kan endre seg og det er viktig at dette blir fulgt opp. (Fjørtoft, 2012). Hvis pasienten for eksempel mister noen av sine nærmeste pårørende og dermed havner i risikozonen for ensomhet, mener vi det er viktig å forebygge at denne pasienten utvikler ensomhet og sosial isolasjon. Dette støtter også Bekhet og Zauszniewski (2012). For at vedtakene kan bli endret etter behov må sykepleieren bruke sine faglige kunnskaper. Hun må gjøre en vurdering av behovene fortløpende, samt at det må være et nært samarbeid med bestiller og utfører. (Fjørtoft, 2012). Ut fra vår erfaring mener vi imidlertid at det også er viktig å bruke skjønn når sykepleieren besøker pasienten. Pasienten trenger kanskje ikke alltid et nytt vedtak hvis han ikke mestrer alle små gjøremål i hverdagen. Gjennom studentpraksis har vi erfart at en viss fleksibilitet er gunstig i relasjonen med pasienten. Det at vi hjalp pasienten med små oppgaver utenfor vedtakene, følte vi var med på utviklingen av pasientens tillitsforhold til oss. Dette kunne gjøres forutsatt av at tidsbruken ikke gikk ut over tiden inne hos andre pasienter.

Hvilke vedtak og avgjørelser som må gjøres i forhold til pasientens behov kan etter vår erfaring i mange tilfeller utgjøre et etisk dilemma. Vi opplevde i studentpraksis en situasjon hvor hjemmetjenesten og familien så at pasienten trengte sykehjemsplass, mens pasienten selv ikke ønsket dette. I slike tilfeller kan yrkesetiske retningslinjer være et godt hjelpemiddel (jf. kapittel 3.5.2). I forbindelse med ivaretagelse av sosiale behov sier de yrkesetiske

retningslinjene at sykepleierens ansvar går ut på både å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov (Norsk sykepleieforbund, 2011). Dette er enda et av kravene sykepleieren må forholde seg til, og vi har i studentpraksis opplevd hendelser som vi anser som brudd på disse retningslinjene. Vi kommer da tilbake til det innledende spørsmålet hvorvidt hjemmesykepleieren mener krav og forventninger er for høye.

6.2 Forebygging av ensomhet – muligheter og begrensninger innenfor rammene

Birkeland (2013) beskriver ensomhet som et tabubelagt tema. Han sier at mye tyder på at de eldre opplevde ensomhet, uten at pasientene ga direkte uttrykk for det. De brukte heller uttrykk som «det er lange dager». (Birkeland, 2013). Birkeland (2013) foreslår flere mulige årsaker til tausheten rundt begrepet. Det kan være på grunn av hjemmetjenestens kultur om i første rekke å ivareta de fysiske behovene. Denne kulturen tror vi kan komme av at de som arbeider i hjemmetjenesten er for lite bevisste på den holistiske tankegangen, og at et reduksjonistisk menneskesyn er dominerende. Det kan også være at begrepet ensomhet bringer assosiasjoner om depresjon og psykisk lidelse, og dermed også skam og stigmatisering. (Birkeland, 2013). Dette er noen av flere begrensninger vi vil komme inn på i ivaretagelsen av Eldres sosiale behov. Spørsmålet er da hvordan hjemmesykepleieren best kan forholde seg til begrensninger som oppstår i ivaretagelsen av Eldres sosiale behov?

Bekhet og Zauszniewski (2012) sier at det er sterke assosiasjoner mellom Eldres følelse av ensomhet og konsekvenser på psykisk helse, som angst og depresjon. De viser også til en sammenheng mellom ensomhet og selvmord. Det er derfor viktig å identifisere behov og iverksette tiltak så tidlig som mulig. (Bekhet og Zauszniewski, 2012). Samtlige forskningsartikler i vår oppgave har tiltak mot ensomhet og sosial isolasjon som et vesentlig moment. Noen av artiklene og aktuell litteratur har fokus på tiltak som kognitiv terapi, gruppeterapi, tilsyn og lignende, men i størst grad er fokuset på sykepleierens væremåte i pasientkontakten.

Vi har sett at det ofte er utfordrende å forstå pasientens situasjon fordi pasienten ikke ønsker å snakke om egne sosiale vansker. Birkeland (2013) sier at siden ensomhet er preget av taushet oppstår det ofte feiltolkninger av pasientens sosiale situasjon. Han har fokus på å unngå slike feiltolkninger og oppnå en større forståelse av pasienter med følelsen av ensomhet eller som

befinner seg i risikogruppen (Birkeland, 2013). Vi har erfart at mange pasienter opplever det som lettere å åpne seg for andre pleiere enn de som er innom hver dag. Vi er enige med Birkeland (2013) som sier at pasienten skammer seg over å være ensom og er redd for at en dyp samtale om dette kan påvirke relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Bekhet og Zauszniewski (2012) foreslår tiltak mot dette som blant annet at pasienten kan få besøk av en psykiatrisk sykepleier som kan hjelpe pasienten å åpne seg om sin ensomhet. De sier at sykepleieren bør innta en «personlig» rolle fremfor å være i sykepleierrollen. (Bekhet og Zauszniewski, 2012).

I tillegg kan tausheten rundt temaet ensomhet vanskeliggjøre en kartlegging hvorvidt pasienten føler seg ensom, er sosialt isolert eller bare bor alene (jf. kapittel 3.2.1). Sykepleieren kan ikke fastslå at pasienten er ensom, fordi ensomhet er en subjektiv følelse kun pasienten kan beskrive seg selv som. Sosial isolasjon er derimot noe som objektivt kan beskrives, og en kartlegging kan gi mulige indikasjoner på i hvor stor grad pasienten er ensom. (Birkeland, 2013). I følge Birkeland og Flovik (2011) er det i tillegg flere pasienter som opplever mye alenetid som positivt, og ikke ønsker mer sosialisering enn de har. I studentpraksis reflekterte vi over hvordan vi best mulig kunne få pasientene selv til å dele sine tanker og bekymringer. Vi prøvde oss frem hos ulike pasienter, og kom frem til at en lyttende og deltagende tilnærming hadde en positiv effekt hos flere. Gjennom disse samtalene fikk vi bedre kartlagt pasientenes sosiale status, samt at pasientene fikk snakket ut om sine sårbare tema. Dette står i stil med Martinsens (2005) tanker om den gode samtalen og Eide og Eides (2007) teori om aktiv lytting. Vi mener det derfor er avgjørende at sykepleieren er engasjert og interessert i pasientens liv, og lytter til hvordan pasienten selv beskriver sin sosiale situasjon. I tråd med Birkeland (2013) mener vi dette er den beste måten sykepleieren kan få et helhetlig bilde av pasientens sosiale situasjon, og iverksette fungerende tiltak ut fra dette.

Birkeland og Natvig (2009) sier at mange eldres mestringsstrategi i forbindelse med ensomhet er å akseptere situasjonen som den er. Forskningen deres viser at mange eldre sitter alene hjemme uten forsøk på sosialisering. Som et av intervjuobjektene beskrev det; «*tidligere levde jeg, nå eksisterer jeg bare*». (Birkeland og Natvig, 2009). Dette inntrykket følte vi gikk igjen i samtaler med pasienter i vår studentpraksis i hjemmetjenesten. Hos pasienter med en slik holdning kan det virke som sykepleieren har glemt det holistiske menneskesynet. Det kan se ut som det åndelige og det psykologiske aspektet er nedprioritert. Birkeland og Natvig (2008) kommer med noen forslag til hvorfor den eldre opplever den sosiale situasjonen som

vanskelig. De sier det må forstås ut fra flere forhold. Det kan være at venner/ektefeller uteblir eller går bort, i hvilken grad de eldre kommer seg ut av boligen, om de bruker telefonen, om de har en familie og hvor mye familien har mulighet til å ta kontakt. (Birkeland og Natvig, 2008). Vi tror det vil være hensiktsmessig at sykepleieren tar kontakt med pasientens familie, og oppfordrer dem til å ta aktivt kontakt med pasienten enten gjennom telefonsamtaler eller å komme på besøk. Dette støttes av Birkeland og Natvig (2008) og sier videre at også den eldre bør motiveres til å ta initiativ til sosial kontakt med venner og familie. I tillegg er det viktig å oppmuntre den eldre til å implementere slike initiativ til en daglig rytme (Birkeland og Natvig, 2009).

Det å bruke familien aktivt for å sosialisere den eldre vil være hensiktsmessig både for pasienten og for hjemmesykepleien. Å ivareta den Eldres sosiale behov kan være krevende, og vi har opplevd at det ofte ikke er tilstrekkelig mange ansatte på jobb for å prioritere dette. Det kan også være at den eldre ikke alltid har familie, eller så blir det å besøke den eldre nedprioritert av familien, noe som også kommer til uttrykk i Birkeland og Natvigs (2008) artikkel. Et alternativ til bruk av venner og familie for å sosialisere den eldre er frivillige organisasjoner. Røde Kors Norge skriver på sine nettsider at de tilbyr en rekke aktiviteter for å motvirke ensomhet og skape sosiale nettverk (Røde Kors Norge, u.å.). I tillegg er også frivillighetssentralen en organisasjon hvor sosialisering er i fokus (Frivillighetssentralen, 2010). Vi mener at sykepleieren bør bruke disse tilbudene aktivt, og legge til rette for et samarbeid mellom pasienten og den frivillige organisasjonen.

Som nevnt tidligere er ofte pasientene tilbakeholdne i å gi uttrykk for deres sosiale behov. Vi mener at det derfor er viktig at sykepleieren har en aktiv og problemfokuset tilnærming i dialogen med disse pasientene, noe som og er i tråd med Birkeland og Natvig (2009) sin påstand. Vi er enige med Birkeland og Natvig (2009) når de sier at dette kan medvirke til at pasienten lettere snakker om sine sosiale behov, og at sykepleieren kan gå aktivt inn og hjelpe pasienten. På denne måten kommer den praktiske dimensjonen til uttrykk i relasjonen (Martinsen, 2003). Martinsen (1990) mener at sykepleieren skal utøve omsorg ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Med dette mener hun at i relasjonen skal hensynet være på den andres situasjon. Hun sier vi må forstå det pasienten prøver å formidle, og bruke vår kunnskap til å forstå den andres situasjon bedre enn den andre. (Martinsen, 1990). Altså kan vi tolke det å kunne sette seg godt inn i pasientens situasjon, og forstå pasientens tanker og følelser som essensielt. Med at pasienten klarer å snakke om sine sosiale behov, er det

lettere for oss å kartlegge de sosiale behovene til pasienten, og med dette bidra til å ivareta pasientens behov.

6.3 Hjemmesykepleieren og den gode omsorgen

Martinsen (2003) beskriver den gode omsorgen som et resultat av oppfyllelse av omsorgens tre særtrekk: Det relasjonelle, det praktiske og det moralske (jf. kapittel 3.1). Hvis en av sidene mangler blir det ikke utøvet helhetlig og god omsorg. Dette nevner også Odland (2008) angående holistisk menneskesyn. Å ha et helhetlig menneskesyn er også et av hjemmesykepleiens overordnede mål (jf. kapittel 3.5.1). I tillegg til målsettinger har hjemmesykepleieren mange rammer og forventninger å forholde seg til (jf. kapittel 3.3.2). Dette kan være effektivitet, økonomisk bevissthet og å være bevisst på den enkelte pasients tildelte vedtak. (Fjørtoft, 2012). Har hjemmesykepleieren egentlig mulighet til å utføre sitt arbeid samtidig som hun ivaretar omsorgens tre særtrekk?

For at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens sosiale behov er det etter vår oppfatning svært viktig å skape en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Martinsen (2003) sier at sykepleieren må forholde seg til pasienten med solidaritet og engasjement, og møte pasienten der han er. Mange pasienter mener imidlertid at sykepleieren ikke viser interesse for pasientens situasjon ved hjemmebesøket, men kun er opptatt av å utføre de tildelte vedtakene (Birkeland og Natvig, 2008). I studentpraksis opplevde vi selv møter med pasienten hvor vi hadde for lite tid til å prioritere de gode samtaler med pasientene. Hvis vi brukte for mye tid inne hos en pasient, førte det til en nedprioritering av andre pasienters behov (jf. kapittel 3.3.2). Dette følte vi var ødeleggende for våre relasjoner med pasientene. Kari Martinsen (2003) henviser til Løgstrup når hun sier at slike handlinger gir grobunn for mistillit. *«For den andres tillit kan misbrukes ved at jeg ikke tar imot den andres utleverthet. I stedet stiller jeg meg likegyldig som tilskuer til den andre.»* (Martinsen, 2003: s. 71).

Martinsen (2003) er opptatt av den gode samtalen i relasjonen med pasienten. Nøkkelen til den gode samtalen er tilegnelse. Tilegnelse er å lytte til den andre, ta det inn over seg og svare med nye spørsmål slik at begge parter sammen kan få en bedre forståelse av det en samtaler om. (Martinsen, 2005). Birkeland (2013) legger også vekt på viktigheten av å lytte til pasienten. Fordi pasienten best kjenner sin egen situasjon, bør kommunikasjonen med pasienten lage grunnlaget for de vurderinger man gjør om dette (Birkeland, 2013). Blix og

Breivik (2006) påpeker at det er visse samtaleteknikker som sykepleieren bør benytte for at pasienten skal kunne åpne seg. Samtaleteknikker er noe Bekhet og Zauszniewski (2012) også kommer inn på. For eksempel sier Blix og Breivik (2006) at setninger som har fokus på egne handlinger og meninger kan hemme samtalen. Hvis sykepleieren er engasjert, viser pasienten tillit og respekt, viser tilstedeværelse og lytter aktivt til pasientens formidlinger vil det føre til åpenhet hos pasienten. (Martinsen, 2005). Dette støttes også av Eide og Eide (2007). Aktiv lytting gir pasienten en følelse av trygghet, og bidrar til god selvfølelse (Eide og Eide, 2007). Vi tror at hvis sykepleieren viser travelhet og lite interesse vil det ha motsatt virkning og pasienten blir mer innadvendt. Selv om hverdagen er preget av travelhet tror vi den gode samtalen kan utføres i både korte og lange besøk. For eksempel ved sårstell, morgenstell eller utlevering av medikamenter. Det er også viktig å gi pasienten et tydelig bilde på hvor han har sykepleieren. I motsatt fall tenker vi at pasienten blir tilbakeholden med sine tanker og formidling av behov, noe som også støttes av Blix og Breivik (2006).

Vår erfaring fra studentpraksis i hjemmetjenesten er at det var hensiktsmessig at vi i samtalen med pasienten var hengivne og oppmerksomme på alt pasienten ønsket å fortelle. Dette førte til en fortrolighet med pasienten da pasienten fortalte om sin følelse av ensomhet til oss (jf. kapittel 1.1). I tråd med Martinsens (2003) teori er vi opptatt av at sykepleieren i pasientkontakten ikke skal forvente å få noe igjen, men gi omsorgen betingelsesløst. I forbindelse med samtale og kommunikasjon med pasienten mener vi at sykepleieren skal være oppriktig engasjert og oppmerksom i pasientens formidling. Imidlertid har vi opplevd pasienter som gir uttrykk for irritasjon over helsepersonell som kun lytter til dem og ikke deler av egne tanker. Noen pasienter følte at sykepleierne forventet at pasienten selv skulle starte samtalen, på tross av at pasienten som regel bare sitter der og opplever sjelden noe nytt å fortelle om. Dette tror vi kan føre til en stagnering i kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren.

Møtet med det andre mennesket setter krav til sykepleierens oppmerksomhet i forhold til utfordringene vi møter i pasientkontakten (Martinsen, 2003). Martinsen (1990) sier at for å handle i samsvar med livsytringen må skjønnsmessige vurderinger gjøres i forhold til den enkelte situasjonen. Sykepleieren må lære å vurdere hvordan best mulig å handle ut fra livsytringen gjennom klokskap, erfaring, forståelse og innsikt. (Martinsen, 1990). Altså bør sykepleieren gjøre gode vurderinger i forhold til enten å lytte til pasienten, dele av egne erfaringer eller en sammenheng av disse. Disse vurderingene bør baseres på erfaring,

kjennskap til pasienten og forståelse av hans situasjon. Dette tror vi er nødvendige forutsetninger sykepleieren bør inneha for å oppfylle Birkelands (2013) etterlysning av økt fokus og forståelse av pasienter i risikogruppen for ensomhet.

Martinsen (2003) mener at et kollektivistisk menneskesyn er grunnleggende i relasjonen. Dette menneskesynet er den verdiforutsetning som legger premiss for hva relasjonen skal bestå av (jf. kapittel 3.1). Dette kommer Birkeland og Flovik (2011) inn på når de definerer noen sentrale momenter i forhold til ivaretagelsen av pasientens sosiale behov i relasjonen;

- *«Omsorgen som utøves.*
- *Selve personen som er på besøk.*
- *Måten personen som er på besøk kommuniserer på, og innholdet i kommunikasjonen.*
- *Kontinuitet, erfaring og faglig dyktighet i personalgruppen.»* (Birkeland og Flovik, 2011: s. 72).

I disse momentene har de fokus på den enkelte sykepleierens atferd og kompetanse i pasientkontakten. Birkeland og Flovik (2011) sier at i relasjonen mellom sykepleier og pasient oppstår og utøves den sosiale kontakten. De mener det er viktig ikke kun å ha fokus på praktiske arbeidsoppgaver og vedtak, men også være henvendt mot og være i kontakt med pasienten. Dette støttes av Birkeland og Natvig (2008). Når en form for vennsksforhold dannes sammen med pasienten, blir ofte pasienten ytterligere interessert i å ha en dialog og det oppstår en gjensidig interesse for hverandres liv (Birkeland og Flovik, 2011). I vårt første møte med pasienten i studentpraksis opplevde vi hvor viktig det var for pasienten å bli sett på som et enkeltindivid, og ikke bare som en av mange. Ved å gi pasienten vår fulle oppmerksomhet følte vi et tydelig engasjement fra pasienten og takknemlighet etter endt besøk. Vi følte vi dannet et vennsksforhold med pasienten. Dette eksemplet gir et godt bilde på Martinsens (2003) tenkning om generalisert gjensidighet (jf. kapittel 3.1). Bekhet og Zauszniewski har i sin artikkel også fokus på viktigheten av gode mellommenneskelige forhold mellom sykepleieren og den ensomme pasienten. De sier at i den gode relasjonen mellom sykepleieren og pasienten stilles det, i forhold til sosiale normer, krav og forventninger til begge parter. Dette kan være med på å gi pasienten økt kunnskap om opptreden i sosiale relasjoner, og øke lysten til selv å søke sosiale situasjoner. (Bekhet og Zauszniewski, 2012).

Den gode omsorgen innebærer altså en ivaretagelse av omsorgens tre dimensjoner; det praktiske, det relasjonelle og det moralske (jf. kapittel 3.1). På grunn av relevansen opp mot vår problemstilling har vi i denne sammenhengen valgt å ha mye fokus på den relasjonelle dimensjonen. Det er likevel viktig å være bevisst på at hver av sidene har sin verdi i ivaretagelsen av den gode omsorgen. Hvis den praktiske eller moralske siden ikke ivaretas tror vi at den gode omsorgen blir borte. I relasjonen med pasienten må sykepleieren handle ut fra det moralske universalismeprinsipp og ta praktisk del i den andres lidelse (Martinsen, 2003). I dette tilfellet mener vi sykepleieren bør identifisere og kartlegge pasientens sosiale behov og ivareta disse gjennom ulike tiltak. Martinsen (2003) beskriver moralen som den grunnleggende dimensjonen innenfor omsorg. Den bestemmer hvordan de to andre dimensjonene utføres. Dette begrepet handler om kvaliteten i utførelsen av omsorgen. (Martinsen, 2003). Vi mener derfor at vi som sykepleieren bør vise engasjement og solidaritet i relasjonen for og best mulig skape et tillitsforhold til pasienten. Uten et godt tillitsforhold til pasienten tror vi sykepleieren verken vil kunne skape den gode relasjonen med pasienten, eller utføre gode praktiske handlinger. Dette støtter også Martinsen (2003).

7.0 AVSLUTNING

Vi har tidligere vist til at et holistisk menneskesyn er sentralt i utøvelsen av sykepleie. Innenfor dette begrepet må sykepleieren i tillegg til åndelige, fysiske og psykiske behov ivareta det sosiale aspektet i omsorgen. Å etablere en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren er essensielt i ivaretakelsen av pasientens sosiale behov. For å skape den gode relasjonen må sykepleieren være påpasselig på at alle de tre dimensjonene som i følge Martinsen (2003) er sentrale i den gode omsorgen, blir ivaretatt. Denne ivaretakelsen må skje gjennom en gjensidig åpenhet hos pasienten og sykepleieren. Sykepleieren er avhengig av åpenhet hos pasienten fordi ensomhet oppleves av mange som vanskelig å snakke om. Det at sykepleieren viser engasjement og interesse i pasientens situasjon vil gjøre det lettere for pasienten å samtale om sin følelse av ensomhet.

Det er imidlertid en rekke rammefaktorer sykepleieren må forholde seg til i hjemmesykepleien. Dette er rammer som vanskeliggjør ivaretakelsen av sosiale behov. Dette kan blant annet være tid, lovverk og organisatoriske avgjørelser. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst sin evne til å påvirke administrative avgjørelser, og bruker denne muligheten til å ivareta den eldres sosiale behov. Sykepleieren kan foreslå endringer i pasientens vedtak som blant annet ekstra tid, tilsyn eller samtaleterapi som kan være med på å lindre pasientens følelse av ensomhet. I tillegg vil det være viktig å vise fleksibilitet og skjønn og ikke forholde seg til pasientens vedtak slavisk. Sykepleieren bør tilstrebe og hjelpe pasienten med små gjøremål så lenge tiden strekker til. Dette er med på å danne et tillitsforhold med pasienten og den gode samtalen kan opprettholdes. Frivillige organisasjoner som tilbyr sosial inkludering er også et godt hjelpemiddel om tid og ressurser ikke strekker til.

Ut fra dette forstår vi at det er viktig å være bevisst på eget menneskesyn, opptreden i pasientkontakten og administrative innflytelse innad i organisasjonen. Når sykepleieren i tillegg har kunnskaper om ulike forebyggende tiltak mot ensomhet, vil hun ha gode muligheter til å bidra til ivaretakelsen av pasientens sosiale behov. Dette kan også være med på å lindre pasientens følelse av ensomhet.

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært givende og en lærerik prosess. Fordi vi opplever dette som et svært aktuelt tema tror vi denne nye kunnskapen kan komme godt til nytte i vår utøvelse av sykepleie. Selv om vi har hatt fokus på ivaretakelsen av sosiale behov i

hjemmesykepleien, tror vi dette er kunnskap vi kan benytte oss av både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har i tillegg lært mye om viktigheten av et holistisk menneskesyn og de tre dimensjoner innenfor omsorg, som vi mener bør være kjernen i all utøvelse av sykepleie.

8.0 REFERANSELISTE

Pensumlitteratur:

Birkeland, A & Natvig, G. K. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28(1), 18-21.

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

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Kapittel 1).

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget. (Kapittel 7).

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (1990). Omsorg I sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red.) *Moderne omsorgsbilder*, (s. 91-96.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Odland, L-H. (2008). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s.24-41). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sneltvedt, T. (2008). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s.97-115). Oslo: Gyldendal akademisk.

Selvvalgt litteratur – 357 sider:

Bekhet, A.K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: is loneliness a key factor? *Arch psychiatr Nurs*, 26(3), 214-224. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.007

Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning* 8(2), 116-122. Hentet fra:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1191991/eldre,-ensomhet-og-hjemmesykepleie>

Birkeland, A., & Flovik, A.M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.

Birkeland, A & Natvig, G. K.(2009). Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 257-264.

Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal akademisk: Oslo. (Kapittel 13).

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget: Bergen.

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet 5. mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitet+i+pleie*

Frivillighetssentralen. (2010). *Retningslinjer for frivilligsentraler/nærmiljøsentraler.* Hentet 28. mars 2014 fra http://frivilligsentral.no/res/20067/2010_Retningslinjer_for_frivilligsentraler_bokmal.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30.* Hentet 5. mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorg*

Marriner- Tomey, A., & Alligood, M.R. (2010). *Nursing theorists and their work.* Maryland Heights, Mo.: Mosby Elsevier.

Martinsen, k. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen.* Oslo: Akribe.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler.* Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (Vol. 137). Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>

Røde Kors Norge. (u.å). *Sosial Inkludering.* Hentet 28. mars 2014 fra <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/omsorg/sosial-inkludering/>

Stene, M. (2003). *Vitenskapelig forfatterskap – Hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver.* Kolle forlag: Oslo.

Stessman, J., Rottenberg, Y., Shimshilashvili, I., Ein-Mor, E., & Jacobs, J. M. (2013). Loneliness, Health, and Longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* doi: 10.1093/gerona/glt147. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24077598>