



FORSIDEARK

Til bruk ved avsluttende eksamen i sykepleie ved høyskolen Diakonova

Tittel: Hvordan kan sykepleier møte ensomme hjemmeboende enslige eldre innenfor dagens rammer?

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

(Sett kryss)

<input checked="" type="checkbox"/>	JA, jeg tillater
<input type="checkbox"/>	NEI, jeg tillater ikke

Dato for innlevering: 06.03.15

Kandidat nr: 103

Kull: BIS 183

Antall ord: 10 153

Veileder: Ann-Kristin Fjørtoft

Innhold

FORSIDEARK.....	1
1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Oppgavens avgrensninger.....	5
1.4 Oppgavens oppbygging og innhold.....	5
2. Metode.....	7
2.1 Metodebeskrivelse	7
2.1.1 Litteraturstudie	7
2.1.2 Praksiserfaringer	8
2.2 Kildekritikk.....	8
3. Teori	10
3.1 Sykepleiefaglig perspektiv	10
3.1.1 Sykepleiens mål og etikk	10
3.1.2 Hjemmesykepleiens mål	11
3.1.3 Helsefremming og forebygging	11
3.2 Den eldre syke hjemmeboende.....	12
3.2.1 Det å bli eldre.....	12
3.2.2 Eldreomsorgens utvikling og det å motta hjelp hjemme.....	13
3.2.3 Sykepleie til den eldre.....	13
3.2.4 Psykososiale behov	14
3.3 Ensomhet	14
3.3.1 Ensomhet som fenomen.....	14
3.3.2 Forskning på eldre og ensomhet	15
3.4 Aktuelle rammer i hjemmesykepleien	15
3.4.1 Prioritering	15
3.4.2 Tid.....	16
3.4.3 Vedtak og tjeneste-bestiller-utfører	16
3.4.4 Lovverk.....	17
3.4.5 Samhandlingsreformen	18
4. Drøfting	19
4.1 Hvordan kan sykepleiers holdninger og verdier møte den unike eldre	19
4.2 Hvordan møte den unike ensomheten til vedkommende.....	20

4.3 Hvordan kan relasjonen bidra til livskvalitet og mindre ensomhet	22
4.4 Hvordan sosialt samvær/nettverk kan motvirke ensomhet.....	23
4.5 Hvordan ivaretar den helsefremmende funksjonen de psykososiale behovene	25
4.6 Hvordan påvirker dagens rammer sykepleiers møte med den ensomme eldre	26
4.6.1 Hvordan påvirker tiden i møte med den ensomme	26
4.6.2 Hvordan vil bestiller-utfører-modellen påvirke hjelpen brukeren får.....	28
4.6.3 Hvordan påvirker lovverk og organisering møte med den eldre og ensomhet	29
5. Avslutning	31
Referanseliste	32

«Min alderdom listet seg inn på meg;

en dag var jeg falt i hans klør.

Han tok meg med til et annet land,

og der var jeg ikke som før.»

William Shakespare (1603) i Hamlet, Første graver i 5. akt, scene 1.

1. Innledning

Jeg vil nå gjøre rede for valg av temaet og formålet med oppgaven. Deretter presenteres en utformet problemstilling. Videre følger oppgavens avgrensning og til slutt litt om oppgavens utforming.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ble engasjert i temaet ensomhet da jeg hadde praksis i hjemmesykepleien. Å trå inn i andres hjem og fungere som hjelper var skremmende, men likevel en god opplevelse å hjelpe i deres omgivelser. I løpet av praksisperioden observerte jeg at flere brukere, bruker defineres som en som benytter seg av en tjeneste, viste symptomer på nedstemthet. Dette latet til i hovedsak gjelde enslige. Det var en inntrengende opplevelse å høre om hvor lange dagene kunne være og hvor ensomme de følte seg. Et par av brukerne hadde lite sosialt nettverk og den menneskelige kontakten fikk de igjennom hjemmesykepleien. Det var tøft å haste videre og forlate hun som satt sammenkrøpet ved kjøkkenbordet med radioen på lav summing.

Hverdagene mine var preget av høyt arbeidstempo og brukerne måtte forholde seg til mange hjelpere. De fleste besøkene dreide seg om toalettbesøk og medisiner, men det var få eller sjelden noen vedtak om samtale eller av annen sosial karakter. Noen hadde vedtak om tilsyn, men det virket uavklart hva tilsynet skulle innebære og det resulterte oftest i en telefonsamtale. Årene på sykepleien har gjort meg tryggere, faglig sterkere og jeg vet hvilke rettigheter brukere har og hva jeg plikter å bistå med. Dessuten har jeg fått en bevisstgjøring for hva en sykepleier befatter seg med og hvilke områder en har ansvar for. For meg manglet hjemmesykepleiepraksisen fokus på de psykososiale behovene og ivaretagelse av disse, herunder ensomhet. Jeg ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om bakenforliggende årsaker til hvorfor mange eldre opplever ensomhet i dagens samfunn. Samtidig ønsker jeg å se hvilke rammefaktorer som påvirker tjenesten. Videre er hensikten av personlig karakter da jeg

selv vil lære å ivareta psykososiale behov og se hva som kan gjøres for den ensomme hjemmeboende innenfor det hjemmesykepleiefaglige handlingsrommet.

Dette er et tema som stadig er i tabloidene og det forskes på hjemmesykepleie og ivaretagelse av den hjemmeboende. Den eldre blir nedprioritert for yngre som følge av nye organiseringer (Fermann & Næss, 2008). Birkeland (2013) underbygger at dette er et problemområde og at hjemmesykepleien mangler helhetlig tilnærming.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i psykososiale behov og hvilke rammefaktorer som styrer hjemmesykepleien har jeg valgt: Hvordan kan sykepleier møte ensomme hjemmeboende enslige eldre innenfor dagens rammer?

1.3 Oppgavens avgrensninger

Oppgaven vil forholde seg til hjemmeboende eldre i Norge som benytter seg av hjemmesykepleie med vedtak om stell, medisintil levering og øvrige basale behov. Ønsker ikke å vektlegge førstegangsbesøk og hva som gjøres i startfasen av tjenesten. Da det ikke er av avgjørende betydning for mitt fokus. Fokuset rettes mot enslige eldre over 65 år av begge kjønn. Bakgrunnen for at jeg velger 65 år er at en studie som brukes i oppgaven har kandidater med nedre aldersgrense på 65 år. Samtidig er alderen opp mot norsk pensjonistalder 67 år. Oppgaven dreier seg i hovedsak om de psykososiale behovene, herunder ensomhet hos eldre og tar ikke utgangspunkt i tidligere diagnoser eller eventuell somatisk sykdom, selv om det kan disponere for ensomhet. Tar ikke noe forbehold om medisinbruk av ulik karakter, men er bevisst at det finnes medisiner for lidelser relatert til det psykososiale. Ettersom hovedfokuset vil omhandle hva sykepleier kan gjøre i denne situasjonen vil jeg ta utgangspunkt i det helsefremmende perspektivet som dreier seg om livskvalitet og tilretteleggelse for flest mulig gode dager. Det siktes inn på eldre hjemmeboende som er orienterte og har mulighet for delaktighet. Det er flere psykososiale behov som en sykepleier i denne sammenhengen må fokusere på, men går ikke inn på andre enn ensomhet da det blir for omfattende for oppgavestørrelsen.

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Metodedelen blir presentert under kapittel to hvor litteraturstudium og praksiserfaringer er hovedvekt, så vel som gjennomgang av den valgte litteraturen og kildekritikk. I kapittel tre presenteres teorien. Den omfatter det sykepleiefaglige perspektivet, en beskrivelse av

hjemmeboende eldre, ensomhet som fenomen og tilslutt de rammene jeg mener er aktuelle for dette problemområdet. I nest siste kapittel drøftes teorien sett i lys av problemstillingen. Siste kapittel vil inneholde avslutningen på oppgaven og til slutt følger referanselisten.

2. Metode

Jeg vil nå gjøre rede for valg av metode. Videre beskrives hvordan jeg har plukket ut relevant data, valg av disse og en begrunnelse. Avslutningsvis fremkommer kildekritikken.

2.1 Metodebeskrivelse

For å løse problemer og finne fram til ny kunnskap vil man i følge Dalland (2012) kunne benytte seg av en metode som hjelpemiddel.

2.1.1 Litteraturstudie

Da denne oppgaven er en litteraturstudie har jeg henvendt meg til faglitteratur og eksisterende forskning. Litteraturstudie danner grunnlaget for en oversikt rundt eksisterende kunnskaper på det aktuelle området og en systematisering av denne kunnskapen (Støren, 2013). Jeg har vært grundig ved innsamling av dataene og forsøkt å forholde meg kritisk. Jeg har benyttet meg av skolens bibliotek og funnet pensumlitteratur, artikler og relevant faglitteratur. Samtidig har jeg sett på lovverket som omhandler hjemmesykepleien som tjeneste. Videre har Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) og en undersøkelse av Statistisk sentralbyrå (2007) vært av interesse for oppgavens omfang. Alle områdene har vært betydningsfulle ressurskilder for å besvare problemstillingen.

Benyttet i hovedsak databasen Swemed+ til fag- og forskningsartikler for å forsikre meg om kvalitetssikret forskning. I starten av søkeprosessen var jeg åpen og hadde ingen spesifikk taktikk for søkeprosessen. Startet enkelt med «hjemmesykepleie» for å skape oversikt. Fikk da frem ni artikler som omhandlet diverse forskning i forbindelse med hjemmesykepleie. Tønnesen & Nortvedts (2012) studie tok jeg med videre da faglig forsvarlighet er fundament i lovverket. For å spesifisere søket mitt valgte jeg å se til problemstillingen og søkeordene jeg har brukt er «ensomhet», «eldre» og «hjemmesykepleie». Fant en artikkel med eksakt disse søkeordene som brukes (Birkeland, 2013), men for å få bredere spekter valgte jeg å benytte de engelske MESH-termene «aged», «homecare» og «loneliness». Her fikk jeg et resultat på ti artikler som omhandlet mitt tema. Dette kan indikere at det ikke er så mye forskning på området og ikke så mye å sammenligne med. Plukket ut studier av Drageset (2004), Birkeland & Natvig (2008, 2008) og Dale, Saevareid, Kirkevold & Söderhamn (2010) da disse var interessant med tanke på mitt fokus og omhandlet ensomhet blant hjemmeboende eldre og psykososiale behov. Dessuten gav forskningen mulighet til å reflektere over andre momenter som indikerte at ikke det nødvendigvis er så mye ensomhet blant eldre og se det i sammenheng med oppgaven min. Kildene på forskningsbiten fremstår interessante og

informerende. Med utgangspunkt i å være publisert via SweMed+ og med forfattere titulert med yrkestitler så vel som grundige litteraturlister ser jeg kildene som akseptable.

Øvrig litteratur har utspring i anerkjente forfattere med erfaringer på området som baserer seg på forskning og tidligere teoretisk kunnskap.

2.1.2 Praksiserfaringer

Hovedvekten i denne oppgaven gjennomføres fra et teoretisk grunnlag. Samtidig ønsker jeg å trekke inn egne praksiserfaringer for å belyse og forklare nærmere enkelte emner. Egne erfaringer kan være med på å skildre situasjoner ytterligere og samtidig vise til den praktiske utførelsen av teori og organisering. Imidlertid er jeg bevisst på kun å bruke egne erfaringer på en kritisk måte og unngå å konkludere på dette grunnlaget alene.

2.2 Kildekritikk

Dalland (2012) forteller at kildekritikk innebærer å vurdere litteraturen og forskningen som skal brukes i oppgaven. Dette resulterer i å evaluere om stoffet som er funnet kan gripe an og overføres til problemstillingen.

Når det kommer til den valgte litteraturen har jeg forsøkt å vurdere anføringer fra teorien til problemstillingen. Jeg er bevisst at disse skal være av sykepleiefaglig relevans og har forsøkt å holde meg til nyere forskning og på den måten holdt meg til oppdatert informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011). Søkeprosessen var spennende da jeg ikke hadde noen forventninger om antall artikkelfunn. Det viste seg imidlertid å være mye forskning på de ulike områdene av problemstillingen, men få som omhandlet hele problemområdet jeg har valgt å fokusere på. Jeg har funnet syv artikler som omhandler eller kan overføres til problemstillingen. Samtlige av dem, med unntak av en, er av nyere dato og i utgangspunktet skandinaviske sådan.

Artikkelen til Drageset (2004) omhandler sykehjemspasienter, men jeg velger å bruke den da flere av aspektene kan anvendes. Den er over ti år gammel, men et fenomen som ensomhet vil ikke nevneverdig ha endret seg siste tiår og fortsatt ha en overføringsverdi til samtiden.

Jeg ser at det kan være en svakhet at utvalget på eksempelvis Birkelands (2008, 2008, 2013) studier er begrenset, men disse er kvalitative resultater og jeg ser på dem som opplysende og mer inngående da ensomhet ikke nødvendigvis er målbart ved kvantitative studier. Imidlertid har den kvantitative delen av forskningsartiklene interessante funn som anvendes i oppgaven.

Samtidig er en del av litteraturen på området basert på Birkeland (2008,2008,2011,2013) og på grunnlag av det kan forskningen savne bredde og baseres nevneverdig på hans tolkninger. Allikevel var det naturlig å bruke den teorien da hans kunnskap på området er troverdig med tanke på gjennomførte studier og teoribok. Jeg er klar over hans perspektiv, men opplever at han har relevante poenger som kan belyse problemstillingen. Dessuten vil disse artiklene være veiledende på at dette er et problemområde, noe som igjen understrekes av litteraturen.

Praksistiden min danner en forforståelse for ensomheten blant de hjemmeboende eldre og jeg er ikke objektiv i utvelgelse av litteratur og forskning på området. Imidlertid er jeg klar over egen forforståelse og har selv forsøkt å finne forskning som ikke stadfester mitt utgangspunkt. Jeg vet at jeg kun har erfaring på et geografisk område av hjemmesykepleien og kan derav ikke generalisere. Dette gjelder også min bruk av boken til Panagiotaki (2009), som veileder tipset meg om og debattinnlegget til Lien (2015) da jeg er innforstått med at dette er deres synspunkter og vinklinger.

Når det gjelder litteraturen i oppgaven har jeg forsøkt å bruke primærkilder hvor dette har vært mulig. Jeg har sett kilder i teoribøker og har fulgt henvisningene derifra og funnet primærkildene hvor dette har vært mulig. I Fjørtoft (2012) fant jeg henvisninger til Orvik (2004) og valgte å dra på biblioteket for å finne primærkilden. På den måten baserer jeg meg på Orviks fremstilling av teorien og sørger for at jeg ikke baserer meg på en annens tolkninger. Når det kommer til sekundærkilder har jeg benyttet meg en del av Orvik (2004) og hans tolkninger av Næss (2003 I:Orvik, 2004). Som nevnt ovenfor er jeg klar over fortolkninger, men velger likevel å bruke sekundærkilden da den er gjengitt og spesifisert i Orvik (2004).

3. Teori

Dette kapitlet begynner med det sykepleiefaglige perspektivet som danner grunnlaget for utførelsen av denne oppgaven. Så presenteres pasientbeskrivelsen og deretter en beskrivelse av ensomhetsfenomenet. Avslutningsvis tar jeg for meg de rammene jeg ser som aktuelle i denne sammenhengen. Dette kapitlet bygger på eksisterende litteratur, forskning i lag med retningslinjer for sykepleiere og lovverk for å kunne svare på problemstillingen.

3.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Travelbee (2001) betegner sykepleie som en mellommenneskelig fremgangsmåte med utgangspunkt i at den berører nettopp mennesker. Hennes definisjon av sykepleie tuftes på den mellommenneskelige prosessen som omhandler den profesjonelle sykepleieren som hjelper et individ, dens familie og øvrig samfunn til å mestre eller forebygge erfaringene med lidelse, sykdom og meningen med slike erfaringer. Det er sykepleier som er ansvarlig for å skape menneske-til-menneske forholdet.

3.1.1 Sykepleiens mål og etikk

Omsorgen for den syke er et hovedmål for all sykepleie. Videre er helse, livskvalitet og mestring sentrale mål for sykepleien som tjeneste. For at disse målene skal kunne realiseres må sykepleier basere seg på forståelse og innlevelse i pasientens situasjon. Sykepleie tar for seg et samfunnsmessig ansvar og forplikter å følge moralske idealer og verdier.

Grunnleggende for sykepleietjenesten er verdiene nestekjærlighet og barmhjertighet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

All sykepleie baseres på respekt for hvert menneskes liv og dets iboende verdighet. Sykepleie skal tuftes fundamentalt på omsorg, barmhjertighet, være kunnskapsbasert og menneskerettighetene skal respekteres. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten står sentralt i de yrkesetiske retningslinjene: Ivaretagelse av den enkeltes integritet og verdighet, derunder rettigheten av helhetlig sykepleie, retten til ikke å krenkes og det å være medbestemmende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Etikken synliggjør hvilke valg vi står ovenfor i møte med en pasient og hvem valgene involverer. Dette er i følge Fjørtoft (2012) med på å styre oss i hva som er vesentlig i relasjonen og hvilket overordnede mål som går foran.

3.1.2 Hjemmesykepleiens mål

Det å være klar over hva en selv arbeider for er en vesentlig del av tankegangen hos sykepleieren. Fjørtoft (2012) hevder at det er nødvendig å være klar over hvilke mål som arbeides mot og ikke la målene bli udefinerte i den hektiske arbeidshverdagen. En bevissthet rundt holdninger og verdier vitner om hva som styrer oss i arbeidet og hva vi lar oss styre av. I en situasjon hvor det oppstår konflikter og dilemmaer av ulik karakter vil denne bevisstgjøringen styre oss i retning av hva som må gå foran. Hjemmesykepleien som organisasjon har flere perspektiver på mål. Disse kan belyses i møte med brukeren og deres opplevelse av hjemmesykepleien og den sykepleiefaglige utførelsen. Videre kan det ses på overordnede mål for selve organisasjonen og dens forvaltning av eksempelvis ressurser. Grunnleggende verdier som overveies i hjemmesykepleien er kvalitet og kvalitetskrav, sentrale mål samt etikk og verdivalg. For å forstå hva slags virke hjemmesykepleien arbeider etter ses det på hvilke mål som gjøres virkelige. Det ledende målet i hjemmesykepleien er å bistå brukeren til å kunne mestre det hverdagslige hjemme, fremme livskvalitet og hjelpe slik at vedkommende kan bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. Drageset (2004) underbygger sykepleierens bistandsfunksjon når det kommer til mestring. Fjørtoft (2012) viser til å se etter i beskrivelsen av hva som er særegent for den aktuelle gruppen som rettesnor for hvilke behov de ulike pasientgruppene har. Alt tatt i betraktning er livskvalitet og mestring svært sentrale mål i hjemmesykepleien. Omsorgen vil i følge Birkeland & Flovik (2011) komme til uttrykk i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Likeledes vil det mellommenneskelige være avgjørende for den som behøver hjelp over lang tid.

3.1.3 Helsefremming og forebygging

Ansvarsområdene en sykepleier befatter seg med er delt inn i funksjonsområder. Disse er med på å danne rammeverket rundt sykepleiens ansvarsområder. En av funksjonene er den helsefremmende og forebyggende funksjonen. Forebyggingen tar sikte på kartlegging av potensielle og eksisterende problemer. Mens den helsefremmende delen tar utgangspunkt i å fremme helse, øke eller opprettholde livskvalitet og sørge for velvære hos pasienten (Kristoffersen et al., 2011). Helsefremmende arbeid handler om hvordan det tilrettelegges for at personen opplever å ha kontroll over eget liv og egen helse (Gammersvik & Larsen, 2012). Denne funksjonen retter seg mot det friske mennesket, mennesker som av ulike grunner kan være i faresonen for helsesvikt og menneske med helsesvikt som kan føre til komplikasjoner (Kristoffersen et al., 2011). Fjørtoft (2012) viser til hvordan helsefremming og forebygging som tilskudd til pleie og behandling er vesentlig for sykepleien til den hjemmeboende. Ut i fra

et helsefremmende perspektiv i møte med den eldre vil dette berøre hvordan sykepleier bistår og ivaretar den enkeltes ressurser, integritet, opplevelse av mening og mestring. Sykepleieren som skal hjelpe den eldre pasienten med å håndtere hverdagen i sitt hjem og fremhjelp livskvalitet. Birkeland & Flovik (2011) hevder at hjemmesykepleien må basere seg på det humanistiske synet på helse og ikke bare det biomedisinske. Det humanistiske perspektivet tar for seg menneske som helhet og helsen defineres som hva den enkelte klarer å utrette med eventuell hjelp og hva som er betydningsfullt for vedkommende. På den måten vil den hjemmeboende kunne oppleve helse og velvære til tross for sykdom. Fermann & Næss (2008) er opptatt av den helsefremmende funksjonen i møte med den eldre hjemmeboende og viser til flere tiltak som kan iverksettes for å fremme helsen. Disse kan omhandle hvordan pårørende støttes som ressurs, bidra til kulturbegivenheter for den eldre, skape sosialkontakt og fremme tilhørighet i lag med fysisk aktivitet.

3.2 Den eldre syke hjemmeboende

Eldre er i følge Fjørtoft (2012) definert til en alder av 67 år og eldre. Kirkevold (2008) forteller at alderdommen i vårt samfunn varer lenge. Det skilles mellom «gamle» og de «eldre eldre». Grensen for å omtales som «gammel» går ved alderen 80 år. Det er nesten å forvente at den eldre pådrar seg sykdommer ettersom alderen stiger. Menneskekroppen er slitt og tidligere livssituasjoner setter sitt avtrykk. Med en blanding av aldringen og det å være utsatt for sykdommer gjør at mange eldre i dag utvikler helseproblemer (Kirkevold, 2008).

3.2.1 Det å bli eldre

Gjennom hele voksenlivet blir menneskekroppen eldre. Dette fenomenet forklarer Kirkevold (2008) som biologisk aldring og har fellesnevner i alle levende vesen. Denne aldringen påvirker alle kroppens organer, i tillegg til å senke reservekapasiteten og føre til dårlige reguleringsforhold med tanke på blodtrykk og temperatur. Ytterligere blir sansene også dårligere. Høy alder fører også til psykologisk aldring. Dette medfører nedsatt evne til å ta fatt på problemer og videre endringer i intelligens og svekket hukommelse. Selvbildet vil med alderen også endres, da de eldre ofte tar til seg den negative holdningen fra omverdenen når det gjelder det å bli gammel. Personligheten følger ikke denne utviklingen og en beholder mesteparten av sine særtrekk og væremåter gjennom alderdomsprosessen. Videre følger den sosiale aldringen som endrer rollene når det kommer til arbeidsliv og familie. Med årenes løp blir de fleste omsider pensjonister og ofte besteforeldre. Parallelt med dette er ofte pasientrollen forbundet med alderdommen og mange eldre forblir pasienter livet ut (Kirkevold, 2008).

3.2.2 Eldreomsorgens utvikling og det å motta hjelp hjemme

Endringene av hvordan eldreomsorgen i landet har vært organisert må tas hensyn til for å forstå hvorfor eldre er den gruppen som er mest representert i hjemmesykepleien.

Institusjonene som tidligere tok seg av den skrøpelige eldre er stadig under nedtrapping.

Samtidig blir den eldre boende hjemme lenger enn tidligere og det tar lengre tid før sykehjem kommer på bane (Fjørtoft, 2012). Det å bli boende hjemme fører til en bevaring av interesser, ivaretar sosiale roller og vedlikeholder nettverk (Tønnesen & Nortvedt, 2012).

Det er av betydning å ha kunnskap om det å arbeide i en annens hjem med tanke på hva et hjem omfavner av kvaliteter. Det å ivareta og respektere hjemmets egenskaper er av stor betydning. Hjemmet er med på å befeste rammen rundt den enkeltes liv. Hjemmet er oftest skapt av de menneskene som bor i det og det vitner om historier, meninger og forskjellige livssituasjoner. Hjemmet er av betydning for folk flest, det er en privat arena hvor tankeinnhold rundt livets store spørsmål dannes. Å leve med sykdom og være avhengig av hjelp utenifra og andre hjelpemidler fører til tilpasningsutfordringer for den enkelte. Det kan være problematisk og oppleves invaderende. Pasienten vil kanskje være takknemlig for hjelpen som gis, men det vil kanskje kjennes som overrumpling da de befinner seg i sine mest private omgivelser (Fjørtoft, 2012). Den eldre betrakter det å leve et liv hjemme uten å måtte ha for mye hjelp er et godt liv (Kristoffersen, 2011).

3.2.3 Sykepleie til den eldre

Eldre er ikke en ensartet gruppe mennesker, imidlertid byr det å bli eldre på en del generelle utfordringer. Sykepleie til eldre mennesker er en sammensatt affære som omhandler kunnskaper om grunnleggende sykepleie, naturlig aldring og geriatriske sykdommer. Geriatrisk sykepleie, som er sykepleie til eldre, baseres på forståelse for den enkeltes livssituasjon og hvilke faktorer som gir livet mening (Kirkevold, 2008). Dessuten har ikke den eldre samme krav om helse og fysisk fostring som yngre og vurderer seg selv til å ha god helse (Kristoffersen, 2011). Ved sykepleie til den eldre må sykepleieren ha en helhetlig tilnærming og være innforstått med at den eldre er et flersidet individ med tanke på det biofysiologisk perspektivet og psykiske, sosiale og åndelige forhold. Det er av stor betydning i møte med eldre å benytte en individuell tilnæringsmåte og respekt for den enkeltes livssituasjon. Det å bli eldre er ikke ensbetydende med sykdom, men mange eldre er syke. Om det er alderdommen eller sykdommen som er årsaken for nedsatt omsorgsevne er ikke alltid lett å skille (Fjørtoft, 2012). Enn videre kan det tenkes at det å bo alene i eldre år er psykisk

belastende. Grunnlaget for dette utsagnet skyldes at den eldre muligens har nedsatt mobilitets evne og som følge av alderdom fått sviktende helse (Næss, Moum & Eriksen, 2011).

3.2.4 Psykososiale behov

Den syke eldre vil få utfordringer knyttet til mer enn de fysiske begrensningene og plagene ved lidelsen. En eventuell lidelse kan få psykiske og sosiale konsekvenser. Som individ må den eldre prøve å mestre sykdommen og forsøke å leve et så normalt liv som mulig (Bondevik, 2000). Sårbarheten, de fysiske hindringene og rollen som hjelpetrengende vil kunne frembringe utfordringer med å tilpasse seg livsendringer. Dette kan oppstå som følge av avkortet mulighet for å tilegne seg ny kunnskap. Samtidig vil tap av helse og det sosiale nettverket føre til at den eldre ikke har så mye krefter i reserve. Enkelte eldre vil stå ovenfor store livsspørsmål som meningen med livet og andre eksistensielle tanker. At hjemmesykepleieren kommer så nære et annet menneske og dets livssituasjon gjør at verdiene utfordres. I tilfeller som dette blir det vesentlig å stille seg spørsmål om hva som er av betydning (Fjørtoft, 2012). Gjennom samværet meddeler Bondevik (2000) hvordan sykepleier kan utvikle positive holdninger til den eldre. For å kunne pleie den eldre er det vesentlig at sykepleier overveier etiske problemstillinger nøye. Videre må det tas i betraktning at den eldre syke skal håndtere det å være ufør, stigmatisering utenifra og sosial isolasjon som følge av tap av ressurser. Thorsen (2011) påpeker at det periodevis vil være anselig å endre på Maslows grunnleggende behovsrekkefølge for å ivareta psykososiale behov.

3.3 Ensomhet

Opp igjennom tidene har kunst, litteratur og musikk vært preget av ensomhet. Dette kan vitne om at ensomhet er noe allmennheten har fått kjenne på kroppen (Halvorsen, 2005). Ensomhet avhenger ikke av andre beskrivelser som det å bo alene, det å være enslig eller isolasjon sosialt sett (Birkeland & Flovik, 2011).

3.3.1 Ensomhet som fenomen

Ensomheten kan være en smertefull fornemmelse og by på flere helsemessige problemer (Fjørtoft, 2012). Birkeland & Flovik (2011) forklarer fenomenet som en indre emosjon som omhandler isolasjon fra andre. Hvordan en person ser seg selv i kontakten med andre er det som er utgangspunktet for ensomheten. Halvorsen (2005) hevder at ensomhetsbegrepet er knyttet opp mot et tabubelagt anliggende og at det er vanskelig å snakke om. Ved å fortelle om ensomheten i dagens samfunn vinnes upopularitetskonkurransen og en fremstiller seg selv som avdanket. Det assosieres med skam og skuffelse og flere holder ensomheten skjult. En

forklaring på ensomhet presentert av Halvorsen (2005) omhandler mangel på tilhørighet. I tilfeller hvor den sosiale kontakten er distansert vil følelsen av ensomhet kunne komme kryptende (Halvorsen, 2005). Samtidig er ensomheten kompleks og ikke alltid lett gjenkjennelig (Fyrand, 2005). Ved at ensomheten ofte er maskert og usynlig vil det være av stor betydning at helsepersonell har innsikt på området. Halvorsen (2005) påpeker at det kan være nyttig å fortelle om ensomhet som eventuell årsaksutløser for symptomene på problemer. Birkeland & Flovik (2001) forteller om hvordan ensomheten avbilder en følelsesmessig sinnstilstand og kan ha vært en utfordring før helsevesenet kom på banen.

3.3.2 Forskning på eldre og ensomhet

I Arvid Birkelands (2013) studie kommer det frem at de eldre som benytter hjemmesykepleie er mye alene i løpet av dagen. Store deler av døgnet blir de sittende alene og ensomheten kan være påfallende. Fyrand (2005) underbygger at de eldre er spesielt utsatt for dette. Med tanke på hva isolasjon og ensomhet fører med seg vitner dette om å være et helseproblem. Hjemmesykepleien skal derfor sikre sosiale behov når det kommer til sosial kontakt, felleskap og samvær (Birkeland, 2013). Hauge & Kirkevold (2012) indikerer at det er store forskjeller i hvordan de eldre beskriver ensomhet. Videre viser studien til Dale et al. (2010) også at den eldre ikke oppga å være nevneverdig ensom og følte de hadde omgang med omverden, selv om det også her var store variabler.

3.4 Aktuelle rammer i hjemmesykepleien

Det er rammefaktorene som bestemmer kvaliteten i hjemmesykepleien. Rammene påvirker hva som er mulig å utrette hos den enkelte brukeren. En nøkkelegenskap er å vite om rammene og være kritisk til dem. Hvis omsorgen skal være forsvarlig må også rammene bygge opp under det. Noen rammer lar seg endre, mens andre må overholdes. De setter grenser for hva som kan gjøres og det som er riktig å gjøre. Det er en grense på hvor effektiv omsorgsarbeidet kan gjøres og hovedmålet må gå foran (Fjørtoft, 2012).

3.4.1 Prioritering

De siste par årene har målgruppen for hjemmebaserte tjenester endret seg iherdig. Fermann og Næss (2008) forklarer denne endringen ved at stadig yngre benytter seg av tjenesten. Tjenesten har gått fra å være en alderdomstjeneste til å omfatte kroniske lidelser, funksjonshemninger og annen funksjonssvikt. Næss (2003,I: Orvik, 2004) forteller at hjemmesykepleiens flere brukere resulterte i mindre tid hos hver. Statistisk sentralbyrå (2007)

forteller om den stadig økende gruppen unge blant brukerne. Det er også denne gruppen som benytter seg mest av tjenesteressursene. Tjenestene for den hjemmeboende er et politisk satsningsområde og med tanke på siste års utvikling viser økningen av yngre brukere at denne prioriteringen fungerer. Fermann & Næss (2008) hevder at problemet med denne utviklingen er at den eldre hjemmeboende kan tape i kampen om tilstrekkelig omsorg. Det vil være avgjørende at den eldre kjemper for egen sak og skulle han være ute av stand til dette vil pårørende og hjemmesykepleien måtte bistå.

3.4.2 Tid

Tiden er ifølge Fjørtoft (2012) en av de vesentlige rammefaktorene i de fleste helseforetak og er ofte et resultat av andre rammefaktorer i en større sammenheng. Allikevel kan det egne seg å se på tid som egen rammefaktor. Med mange krav og lange arbeidslister og er hverdagene i hjemmesykepleien hektiske. Tiden er ofte begrenset i møte med brukerens komplekse behov. For å kunne sørge for imøtegåelse av de ulike behovene og gi god omsorg er tiden avgjørende faktor. Fjørtoft (2012) beskriver hvordan tidsperspektivet blir tydelig og håndgripelig i møte med brukerne. Orvik (2004) hevder at for å kunne bidra til den gode samtale og yte god omsorg at tiden vil være altavgjørende da den får en egenverdi. Ved tidspress vil det være belastende både for brukerne og for personalet (Orvik, 2004). Dette kommer tydelig frem i hjemmesykepleien da det prioriteres hvor mye tid til rådighet som følge av flere besøk denne dagen. Ved å bruke mer tid hos en bruker vil dette spise av de andres tilgang på sykepleieren. Derav beskrives tid som en moralsk verdi i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012).

Fjørtoft (2012) setter ord på uttrykket «omsorg etter stoppeklokke» og forklarer at hjemmesykepleien arbeider under strenge tidskjemaer. Dessuten blir antall brukere pr vakt måleenhet for hvor effektivt dagen har vært, som igjen er besværlig. Mens Næss (2003 I: Orvik, 2004) viser til konsekvensene ved liten tid og store arbeidsmengder. Hjelperen skal få gjort mest mulig på kortest mulig tid og dette går igjen ut over brukerne. Mottaker og hjelper får for liten tid til å bli kjent med hverandre som individer som igjen kan øke sjansene for krenkelse av mottakere av tjenesten.

3.4.3 Vedtak og tjeneste-bestiller-utfører

I følge Fjørtoft (2012) fattes vedtak på bakgrunn av søknad om tjeneste fra bruker, pårørende eller hjemmesykepleien. Dette organiseres med bestiller-utfører-modellen. Grunnlaget for at det er en egen enhet som fatter vedtakene og en motpart som utfører tjenesten er for å kunne vurdere behovene riktig. Det er den faglige tyngden som skal tale brukerens sak og derav vil

en bestiller ikke måtte ta hensyn til en tjenesteutførers utfordringer med hensyn til driften. Ved å arbeide vedtaksbasert skaper dette utfordringer for både sykepleieren og brukeren. Selv om dette sikrer brukeren nødvendig helsehjelp kan det ved lite fleksibilitet by på problemer. Med komplekse behov som stadig er i endring kan det være vanskelig å måle behovene. Birkeland og Flovik (2011) beskriver at det vil kunne dukke opp nye behov og det vil da være avgjørende å ta standpunkt til disse. Av den grunn vektlegger Fjørtoft (2012) at sykepleieren i hjemmesykepleien ikke bare kan arbeide som konsulent på enkeltoppdrag, men bruker egen kompetanse og faglig forsvarlighet for å kunne vurdere behov omgående. Når det arbeides vedtaksbasert benyttes den anslåtte tiden som veiledende, men allikevel bruker sykepleier den tiden som er nødvendig hos brukeren. Derav vil det ikke være muligheter for altfor strenge tidsskjemaer hvis sykepleier skal kunne imøtegå de varierende behovene brukeren har. Videre forteller Fjørtoft (2012) at det vil være avgjørende at sykepleieren i hjemmesykepleien har innsikt når det kommer til bestiller-utfører-modellen og hvordan å endre vedtakene i tråd med behovene. Med faglig forstand og et holdbart, men kritisk forhold til vedtakene legges grunnlaget for faglig forsvarlighet. Et godt samarbeid mellom bestiller og utfører frembringer endring av enkeltvedtak ved behov.

3.4.4 Lovverk

Som offentlig tjeneste styres hjemmesykepleien av forskrifter og lovverk. Disse anføringene er med på å bestemme tjenestene som utlyses og hvem som er ansvarshavende for de aktuelle tjenestene (Fjørtoft, 2012).

Helsepersonelloven (1999) tar fatt på hva helsepersonell er pliktige til å bistå med ovenfor en pasient og er med på å sikre kvaliteten i tjenesten. I følge denne loven skal det være en likevekt mellom kravene til god omsorg, faglig forsvarlighet og hva pasienter kan forvente seg av helsehjelpen. Dette gjør krav til utøvelsen av helsehjelpen.

Videre tar Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) for seg den sikkerheten befolkningen skal ha når det kommer til likeverdig adgang til kvalitet sikrede tjenester. Denne loven dreier seg også om tillitsskapende forhold mellom pasienten og tjeneste. Den skal bidra til trygghet sosialt sett og garantere respekt for den individuelle pasienten. Samtidig er loven med på å konstatere brukermedvirkningen som skal være individuelt tilpasset og retten på innsikt og informasjon om egen helsetilstand.

En av kjernelovene når det gjelder hjemmesykepleien som tjeneste er i følge Fjørtoft (2012) Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Hovedformålet er å behandle, forebygge og legge til

rette slik at skade, sykdom, lidelse eller nedsatt funksjonsnivå kan mestres. Loven skal være med som drivkraft for å bistå til sosial trygghet, muligheten til å bo og leve selvstendig samt og ha en tilværelse fylt av mening i samhandling med andre. Videre skal loven sikre kvaliteten i tjenesten og at det er foretatt individuelle hensyn for den enkelte. Enhvers ressurser skal komme i dens favør på best mulig måte med overvekt av respekt for den enkeltes verdighet og integritet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.4.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens (St.meld. nr 47 [2008-2009]) mål er å sikre helsetjenesten for å kunne imøtekomme utfordringer med tanke på pasient aspektet, men også det samfunnsøkonomiske. Den sikre pasienter riktig behandling, til rett tid på riktig sted. Det satses på forebyggende helsearbeid, pasientmedvirkning og samhandling mellom de ulike helseprofesjonene. Som helsereform mener Fjørtoft (2012) at samhandlingsreformen vil kunne få vesentlige utfall for hjemmesykepleien. Denne reformen er med på å skape økning av mottakere av hjemmesykepleie så vel som nye arbeidsoppgaver. Dette vitner også debattinnlegget til Lien (2015) om.

4. Drøfting

I dette kapittelet kommer jeg til å drøfte: Hvordan kan sykepleier møte ensomme hjemmeboende enslige eldre innenfor dagens rammer? Det legges vekt på hvordan en sykepleier kan bidra i møtet med den ensomme og hvilke forhold som må tas i betraktning for at den ensomme skal oppleve livskvalitet. Foruten det vil de ulike rammefaktorene belyse problemstillingen.

4.1 Hvordan kan sykepleiers holdninger og verdier møte den unike eldre

Hvis det er slik at gruppen med eldre pasienter fortsetter å øke kan det være avgjørende med et samfunn som tar godt nok vare på sine eldre. Med utgangspunkt i dagens teknologiske og vitenskapelige fremmarsj kan følelsen av at alderdom er synonymt med utdatering oppstå. Et slikt perspektiv på aldring gjør noe med respekten vår for den eldre garde. Med bakgrunn i lovverk og retningslinjer skal sykepleier ha respekt for menneskets iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Eide & Eide (2011) hevder at den respekten utfordres i arbeid med den eldre. For at den eldre skal oppleve å bli respektert må det ses på hva som er det unike ved denne personen (Eide & Eide, 2011). Derfor må sykepleier ta stilling til hva som er særegent og spesielt ved vedkommende. Hjemmesykepleieren møter mange pasienter med ulike behov og livssituasjoner. Dersom sykepleieren skal kunne arbeide personrettet og forholde seg til gitte retningslinjer må han ha det rette grepet på hva som er unikt ved vedkommende. Fra egen praksistid husker jeg hvordan møtet med de forskjellige bidro til å kunne forstå vedkommende bedre og respektere deres livsvalg. Det som kanskje var uvesentlig for meg, var av stor betydning for dem og ved å realisere deres unike ønsker opplevde jeg at brukerne følte seg inkludert, tatt på alvor og ikke minst at de var sin egen herre.

Pasientene i hjemmesykepleien er ofte pasienter gjennom mange år og sykepleier vil ha mulighet til å kunne kjenne den enkelte godt. På den måten kan det argumenteres for å ta i bruk Travelbee's (1999) teori om menneskesyn hvor alle mennesker er forskjellige, enestående og ekstraordinære på hver sin måte. Dette blir elementært i møte med den eldre pasienten hvis det skal tas høyde for Kirkevold (2008) sitt utsagn om at forskjellene forsterkes når alderdommen inntre og helsen svikter. Som følge av et langt liv vil den eldre ha mange ulike erfaringer og kjennskap til ulike deler av samfunnet som igjen gjør dem svært forskjellige fra hverandre. Noen er oppvokst på landet, andre i en leilighet med tolv søsken på Grünerløkka. Boken til Panagiotaki (2009) gjør dette kjent og det er tydelig ved hennes

skildringer at de hjemmeboende eldre i høy grad er ulike. Manglende kunnskaper om at alle har en unik historie vil kunne føre til en svakere relasjon mellom sykepleier og pasient.

På den andre siden vil det å bli eldre som regel føre med seg en del felles utfordringer (Fjørtoft, 2012). Disse utfordringene kan være knyttet opp mot felles tanker om det å eldes og hvordan den eldre ser seg selv i storsamfunnet. I gjennom årenes løp på sykepleierutdanningen har jeg vært i kontakt med flere eldre mennesker med ulike bakgrunner. Det som ble tydelig for meg var at flere av dem ikke ønsket å være til bry og mente de kun kostet samfunnet penger. Jeg har valgt å tolke dette som et uttrykk for nedsatt verdisyn, som støttes av Kirkevold (2008). Samtidig vil det være flere biofysiologiske endringer som generelt sett opptrer hos de fleste som følge av alderdom. Ved å ta høyde for hvordan enkelte eldre ser på seg selv og hvilke endringer alderdommen har forårsaket vil sykepleier kunne møte og sette seg inn i deres oppfattelse av situasjonen (Kirkevold, 2008).

4.2 Hvordan møte den unike ensomheten til vedkommende

Media har stadig større betydning for hva som er «sant» og ofte tegnes bildet av den ensomme eldre som er glemt og forbigått. Samtidig viser forskning at menneskene som jobber i de ulike organisasjonene, myndighetene og befolkningens generelle oppfatning også er med på å danne dette bildet (Dale et. al, 2010).

For den saks skyld vil det være av betydning å se ensomhet ut i fra de individuelle forskjellene som vises til i avsnittet over. Med dette som bakgrunn og kunnskap om at noen er alene og føler seg ikke ensomme, mens andre er ensomme sammen og at ensomhet kan oppstå sammen med andre (Fyrand, 2005, Halvorsen, 2005) vil sykepleier måtte forholde seg ulikt til enhver ensom bruker. Tatt dette i betraktning og min egen erfaring i hjemmesykepleien kan det antydes som gunstig at sykepleier har innsikt i disse forskjellene for å kunne møte den ensomme på riktig måte. Ved å ta høyde for at alle er forskjellig unngås generalisering av ensomhet og da kunne basere seg på relasjonen i seg selv og det som er unikt for situasjonen. Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) forsvarer nettopp det unike og danner grunnflate for individuell tilnærming.

Ensomheten er aktuell for oss alle, men er av avgjørende betydning for de eldre i hjemmesykepleien. Det er flere av brukerne som ikke har noe sosial tilhørighet og bor alene. Dessuten er eldre spesielt utsatt for ensomhet da sykdommen kan ha ført til funksjonssvikt av ulik karakter som gjør det besværlig for dem å opprettholde kontakten med omverdenen. Funksjonshemninger kan også føre med seg et ønske om å isolere seg grunnet en følelse av

ikke kunne bidra sosialt i like stor grad som tidligere (Fjørtoft, 2012). Til samme tid begrunnes dette av Birkeland (2008) da hverdagens sosiale kontakt for den eldre preges av de forskjellige hjelperne herunder også familiens korte besøk. Videre gjelder ikke ensomhet ensbetydende eldre, men denne gruppen kan være noe mer utsatt da de kan ha hatt større sosiale tap. Med alderdommen følger frafallet av ektefelle, søsken og omgangskrets (Birkeland, 2008). Dermed kan det sannsynliggjøres at flere av de hjemmeboende eldre faktisk opplever seg ensomme. Det er vesentlig for sykepleier å ha gode nok forkunnskaper om ensomhet og hva dette kan utløse av problemer (Fjørtoft, 2012). Dette fordi ved å skape bevissthet på området og la pasientene få uttrykke sin ensomhet vil en kunne iverksette tiltak for å bedre den sosiale situasjonen for den enslige hjemmeboende (Birkeland, 2013).

På samme tid viser forskning at eldre har forandret synet på ensomhet. Et langt liv har gjort dem mer tilpasningsdyktige til kriser, forandringer og ulike situasjoner. De har på mange måter justert forventningene sine i tråd med det å bli eldre. Når den eldre selv evaluerer egen situasjon blir den gjerne mer positiv enn fra en utenforstående sin oppfatning (Dale et al., 2010).

Som det fremgår av studien til Birkeland (2013) er det ingen fast definisjon på ensomhet og det kan være vanskelig å forklare følelsen med ord. Ensomhet beskrives som en følelse av ubehag og kan føre til angst. Dette kan bringe med seg ønske om mer fysiske hjelp for egentlig å kunne dekke de sosiale behovene. Videre kan alvorlige lidelser disponere for ytterligere angst og her er den aleneboende eldre spesielt utsatt med tanke på tap av sosiale roller, ektefeller og nedsatt helse (Dale et. al, 2010). Ved mangelfull stimuli er det også mulig at den eldre risikerer å havne i en dyp form for ensomhet da det viser det seg å være to hovedformer når det kommer til ensomhet. Den dype ensomheten påvirket den eldre i så stor grad at selvtillit og pågangsmot var brutt så ned at det ble nødvendig med hjelp fra helsetjenester. Samtidig viste studien at det var en form for ensomhet som den eldre kunne meste å leve med. Den var vond, men ved hjelp av familie/venner og egen indre drivkraft var det håndterlig for den eldre. Studien viste også til at det ved mindre åpenbare behov ville være nødvendig at helsepersonell var oppmerksomme rundt disse for å kunne assistere når byrden av ensomhet blir for bunnløs (Hauge & Kirkevold, 2012). Sett i et slikt lys kan altså utilstrekkelig dekking av behovet for sosial kontakt føre til at den eldre blir mer hjelpetrengende. Avslutningsvis hevdes det at ensomheten i seg selv kan skape problemer for den det gjelder og helsepersonells innsikt på dette området er avgjørende for å kunne bistå den ensomme (Halvorsen, 2005). Ikke desto mindre vil sykepleier ved å bidra til å dekke disse

behovene kunne bevare styrke hos pasienten og beholde dens ressurser (Kristoffersen et al., 2011).

4.3 Hvordan kan relasjonen bidra til livskvalitet og mindre ensomhet

Halvorsen (2005) viser til hvordan behovet for tilhørighet er med på å danne hvordan vi ser på oss selv og følelsen av å være verdifull. Av den grunn kan en tolke at ensomheten kan oppstå ved manglende tilhørighet og sosial isolasjon. Hvis sykepleier ser på tilhørighet som et behov og tar utgangspunkt i at mennesket vil søke det sosiale vil det kunne forklare eventuelle symptomer i møte med den enslige eldre.

På en side vil kanskje den eldre være isolert sosialt sett grunnet fysiske restriksjoner som gjør det vanskelig å opprettholde sosial kontakt. På den andre siden finnes dem som velger å isolere seg etter eget ønske da den eksempelvis trives i eget selskap. Samtidig vil den sosiale kontakten for den enslige hjemmeboende hovedsakelig bestå av korte besøk av enten familien eller hjemmesykepleien (Birkeland, 2013). I følge Fjørtoft (2012) vil hjemmesykepleieren kunne bruke seg selv for å stimulere sosialt hos den ensomme. Med dette som forutsetning kan det tenkes at kvaliteten på besøkene er avgjørende og da vektlegges forholdet mellom bruker og sykepleier. Dette argumenterer også Travelbee (2008) for da sykepleieren er ansvarlig for å danne menneske-til-menneske forholdet og har en gylden mulighet til å gjøre dette i hjemmesykepleien da relasjonen kan strekke seg over en lengre periode.

På betingelse av tilhørighet og hvordan en bruker skal kunne mestre sin livssituasjon vil det i første rekke være elementært å skape en relasjon og et tillitsforhold med brukeren. Det kan tenkes at sykepleier i møte med ensomhet vil være avhengig av å danne et støttepunkt i relasjonen. Et slikt forhold tar tid å etablere og dessuten er tillitsforholdet fastspikret i lovverket (Helsepersonelloven, 1999, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er av betydning da tillitsforholdet til hjemmesykepleieren kan være det som fører til åpenhet om ensomhet og indre tanker hos den eldre. Lovverket tatt i betraktning vitner om verdigheten i relasjonen mellom sykepleier og bruker av tjenesten.

Ofte vil det være det som oppfattes som uvesentlig eller av ubetydelig karakter for sykepleieren være det som er av størst betydning for pasienten (Kristoffersen et al., 2011). Dette argumenterer for at det må foregå en individbasert arbeidsmåte for riktig kartlegging. Hjemmesykepleieren prioriterer kanskje mat og medisiner med bakgrunn i Maslows behovspyramide (Thorsen, 2011), mens den eldre gjerne ville hatt en å snakke med (Birkeland, 2013). Likevel kan samtale og trygghet være vesentlig i en periode og de andre

grunnleggende behovene vil da komme i andrerække (Thorsen, 2011). I følge Eide & Eide (2007) er kommunikasjon med samtale som utgangspunkt med på å skape noe felles, føre til delaktighet og danne en forbindelse. På den måten vil en samtale mellom sykepleier og den ensomme kunne aktivisere tanker. Ved fokus på hva en samtale kan føre til vil det kunne arte seg en fellesfølelse og knytte en forbindende relasjon mellom de to aktørene. Fra egen tid i praksis husker jeg at det å dele fra mitt eget liv og være blid raskt skapte en relasjon mellom oss. De korte samtalene fremstod verdsatt og for meg virket det som at mitt initiativ for å bli kjent ble godt mottatt. Birkeland & Natvig (2008) underbygger dette og vektlegger det sosiale ved besøket hos den hjemmeboende.

Videre lærte jeg at det å bruke kunnskapen om vedkommende som springbrett i ulike situasjoner var med på å danne relasjonen. Relasjonen kan føre til økt kunnskap om den enkelte, men det vil også være innbringende å bruke den enkeltes hjem som bindeledd. Hjemmet er med på å definere hvordan vi ser på oss selv og hva den som bor der har interesserer seg for (Fjørtoft, 2012). Dette kan finne uttrykk for personlige verdier og holdninger hos den eldre som igjen øker sjansen for å bli kjent med det sjelelige og unike ved den det angår. Det kan hende at det ligger en bibel på nattbordet, et postkort fra Florida på kjøleskapet eller et jaktmagasin på kjøkkenbordet som sannsynligvis indikerer den hjemmeboende sin identitet. Likevel kan det være fordelaktig å føle seg frem og sondere terrenget før eventuelle spørsmål. Dette fordi hjemmet i følge Fjørtoft (2012) er vår private arena og det er her vi er oss selv til det fulle.

Det er ulike årsaker til at behovet for sosial omgang også bør defineres og rettes fokus mot i relasjonen med den eldre. Når det gjelder ansvaret hjemmesykepleien har for å møte ensomheten hos de ulike brukerne legges det vekt på en profesjonell tilnærming og medmenneskelighet (Fjørtoft, 2012). Foruten dette er sykepleiers evne til å vurdere, oppmuntre og samarbeide med den enkeltes nettverk – avgjørende (Dale et al., 2010).

4.4 Hvordan sosialt samvær/nettverk kan motvirke ensomhet

Det å ha et nettverk viser seg å være avgjørende for å dempe ensomheten. Fjørtoft (2012) beskriver den sosiale interaksjonen som vesentlig for å oppleve livskvalitet. Livskvalitet defineres som å være en følelse av å ha det godt (Næss et al., 2011). Det er flere aktører som tilbyr sosialisering av ulike slag. Hjemmesykepleieren kan bistå den enkeltes sosiale situasjon og kunnskap om disse aktørene vil da være avgjørende. Sammenkomster av sosial karakter og tilretteleggelse av disse er av stor betydning (Fjørtoft, 2012). Dersom den ensomme skal våge

å begi seg ut i nytt terreng kan det tenkes at det vil være betydningsfullt at sykepleier motiverer og støtter slik at vedkommende tror på egen evne til å påvirke omgivelsene (Banduras, 1997 I: Næss et al., 2011).

Skal en kunne oppnå økt livskvalitet ved ensomhet vil tilretteleggelse av miljø fysisk så vel som psykososialt være essensielt (Kristoffersen et al., 2011). På den ene siden kan eksempelvis dette dreie seg om en dame på over 80 år som bor alene i toppetasjen i en bygård. Bygården kan være fra 1800-tallet og trappen kan være hinderet mellom henne og omverdenen. Hun blir kanskje ufrivillig isolert, har muligens nedsatte hverdagsferdigheter og opplever en ensomhet som igjen er med på å redusere hennes livskvalitet. Dette skildrer bildet av det fysiske miljøet som vil være vesentlig å ta i betraktning. Helsepersonell skal i følge Drageset (2004) være klar over de begrensninger den enkelte måtte ha og bistå slik at sosial omgang kan oppnås. Oppmerksomhet rundt den ulikes ferdigheter og tilrettelegging av miljø kunne føre til mindre opplevd ensomhet sosialt sett og mestring av sosial rolle. Dette anskueliggjør helsepersonellrollen når det kommer til bindeleddet mellom sosiale relasjoner og psykososiale behov (Drageset, 2004). Her kan sykepleier bidra i form av følge, organisering av henting eller koble inn tverrfaglige samarbeidspartnere (Fjørtoft, 2012). Et eksempel fra egen tid i praksis belyser dette da en av damene der hadde en lignende utfordring. Sykepleier kontaktet en ergoterapeut som igjen kunne ordne med eventuell trappeheis. Når det kommer til det psykososiale vil det med utgangspunkt i min problemstilling være en aleneboende dame. Hun kan ha opplevd frafall av ektefelle og ikke nødvendigvis ha noe nærmere familie enn noen tantebarn som sjelden besøker henne. Ved å fremme sosial kontakt kan sykepleier bidra til at damen opplever seg mindre ensom og følelsen av å være verdifull.

Det kan være til stor hjelp for henne å danne en relasjon med en støttekontakt eller besøksvenn. Disse finnes både på kommunalt nivå og hos ulike frivillige organisasjoner. Dessuten er pårørende en stor ressurs i bidraget til den mentale helsen da de kjenner henne og kan fungere som gode støttespillere (Laake, 2006, Fjørtoft, 2012). Sykepleier vil kunne oppfordre dem til å besøke henne hyppigere og gjerne slå på tråden innimellom (Birkeland, 2008). Dersom dette ikke skulle være mulig vil også eldresenter med dagtilbud være en aktuell sosial plattform for denne ensomme damen. Dessverre er det bare halvparten av norske kommuner som har et slikt tilbud (Laake, 2006). Som sykepleier i slike situasjoner vil det også være av betydning å fortelle om telefonen som ressurs for ensomheten. Oppmuntring

til å danne seg et sosialt nettverk på telefonen kan være av stor hjelp for den eldre (Birkeland, 2008).

På den andre siden er det ikke sikkert at denne damen er interessert i noe av dette. Hun kan være tilbakeholden med informasjon og det er ikke sikkert at hun mener at ensomheten er noe hun kan gjøre noe med. Hun kan skjule ensomheten for å unngå tap av fasade og kanskje skyld på andre faktorer for hennes problemer. Her kan sykepleier informere om hva ensomhet kan føre til av problemer, slik at hun kan bearbeide den kunnskapen (Halvorsen, 2005). Videre er det mange som trives med å være alene og det å få bo i sin egen bolig er det som verdsettes høyest (Birkeland, 2008). Dessuten tilhører eldre i dagens Norge en beskjeden generasjon. De er ikke nødvendigvis like kravstore som yngre etterkommere og mange ønsker ikke å være til bry (Dale et al., 2012). I eksemplet ovenfor med trappeheisen fra min praksisperiode er dette med på å bekrefte denne påstanden, da den eldre damen ikke tok i mot tilbudet da hun mente det ville være til for mye bry for andre. Det er også mulig at hun ikke ønsker noe mer hjelp enn å få levert medisiner og mathandling fra praktisk bistand. Noen eldre kan ha et litt ambivalent forhold til å få hjelp i eget hjem da privatlivet står i fare for å krenkes (Fjørtoft, 2012). Avhengig av damens ønske er det tilrettelegging for at hun skal oppleve kontroll på eget liv og helse det som er avgjørende (Gammersvik & Larsen, 2012).

4.5 Hvordan ivaretar den helsefremmende funksjonen de psykososiale behovene

De fleste som mottar hjemmesykepleie i dag gjør dette grunnet somatiske utfordringer, men Bondevik (2000) understreker at det ved ulike fysiologiske sykdommer også kan oppstå en del psykiske og sosiale problemer. På det menneskelige skal den eldre enslige håndtere det å være syk, kunne mestre hverdagen i eget hjem og forsøke å leve som tidligere (Bondevik, 2000). Dette kan begrunne viktigheten for de psykososiale og åndelige behovsaspektet hos den hjemmeboende eldre. Det kan tenkes at ved ulike alvorlige sykdommer, ensomhet og diverse funksjonshemninger vil bli overveldende og anstrengende for den eldre. Det er rimelig å si at fravær og mangelfull ivaretagelse av psykososiale behov, i dette tilfellet ensomhet, fører til ytterligere plager for den eldre.

Med grunnlag i sykepleiens funksjonsområder og Travelbees (2001) avklaring om å mestre lidelse og meningen med ulike erfaringer er det nærliggende å trekke inn ensomhet som problemområde for den helsefremmende tilnærmingen. Innledningsvis er helse et subjektivt begrep som gjør at vi opplever helse ulikt. Hvem vi er og hvilken situasjon vi befinner oss i er

av avgjørende karakter for helsen (Gammersvik & Larsen, 2012). Med dette som utspring tolker jeg ensomhetens subjektive anliggende som årsak for svekket helse. Dette vises til ved at ensomheten omtales som en helserisiko, da familie og venner sørger for tilhørighet og den sosiale forankringen (Mæland, 2010). Som nevnt i foregående avsnitt disponerer ensomhet for flerfoldige utfordringer for den det gjelder. For den ensomme eldre vil dette kunne føre til nedsatt livskvalitet og en følelse av avkrefte. Med utgangspunkt i hva den eldre ser på som signifikant i sitt liv kan sykepleier iverksette tiltak for å fungere helsefremmende. I stedet for bare å se på hva som er svikt eller hvilken sykdom som skal behandles vil det være fordelaktig å se på øvrige helsebringende elementer (Fermann & Næss, 2008).

Den helsefremmende funksjonen skal opprettholde eller øke livskvalitet og velvære (Kristoffersen et al., 2011). En kan derfor hevde at sykepleieren som arbeider i hjemmesykepleien skal imøtekomme den ensomme eldre i den grad at det vil løfte livskvaliteten. På den måten fungerer sykepleien helsefremmende og forebyggende (Gammersvik & Larsen, 2012, Kristoffersen et. al, 2011).

4.6 Hvordan påvirker dagens rammer sykepleiers møte med den ensomme eldre

I dette kapitlet presenteres de ulike rammefaktorene og hvordan de er med på å påvirke møte med den ensomme eldre.

4.6.1 Hvordan påvirker tiden i møte med den ensomme

På en side hevder Fjørtoft (2012) at tiden er med på å bestemme kvaliteten i tjenesten som utføres ved at god tid med den syke fremmer helse, tilfriskning og velvære. På den andre siden er tiden mange steder i helsesektoren med på å svekke denne kvaliteten.

Hjemmesykepleien er et av de stedene hvor det ved for dårlig tid med den syke blir et dårligere tilbud av tjenesten (Slettebø & Nortvedt, 2006). Arbeidende i hjemmesykepleien forholder en seg til estimert tid noe som igjen resulterer i mange korte besøk (Lien, 2015). Tønnesen & Nortvedt (2012) forklarer at hjemmesykepleien har en begrenset mulighet til å vurdere brukeren helhetlig og ta hensyn til de sosiale behovsaspectene. Videre vitnes det om at dette kan føre til liten faglig forsvarlighet og en mangelfull omsorg i møte med den hjemmeboende da hjemmesykepleieren ikke fullbyrder sin jobb med å håndtere hele mennesket.

Birkeland & Natvig (2008) hevder at personalets travelhet var kjent blant brukerne av tjenesten. Allikevel var brukerne delte i sine meninger om dette. De hadde forståelse for at hjemmesykepleien var en tjenestetilbyder som hadde korte tidsmarginer, men mente allikevel

at det var forskjell på de forskjellige arbeiderne (Birkeland & Natvig, 2008). Dette kan tolkes som at de personlige egenskapene de ulike arbeiderne besitter er avgjørende i møtet med den hjemmeboende. Dersom dette stemmer vil tidsaspektet ikke være det som i første rekke avgjør møtet mellom den eldre hjemmeboende og sykepleieren. Relasjonen mellom dem bygger mer på en uformell tilnærming hvor erfaring og fagkyndighet vektlegges (Fjørtoft, 2012). Det kan tenkes at de ulike som arbeider i hjemmesykepleien hvor studien er gjort prioriterer tiden sin annerledes. Det å ta seg tid til forskjell fra en som haster inn og haster ut. Av praksiserfaring vet jeg at signalementet om å ha god tid, kle av seg, ta en kopp kaffe og høre om hvordan dagen har vært så langt var svært verdsatt. Likevel, var jeg sykepleierstudent med friere tidstøyer og det kan tenkes jeg som ferdigutdannet hadde stjålet av en annen brukers tid (Fjørtoft, 2012). Til tross for dette kan det se ut som at de med lang erfaring bruker tiden til rådighet på en annen måte (Birkeland & Natvig, 2008).

Dessuten vitnes det om at hjemmesykepleiens oppgaver ikke er forenelig med tiden som disponeres (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Tiden er i følge Fjørtoft (2012) en moralsk verdi. Når det ikke er en riktig løsning på et problem og det må velges mellom to kvaler står man ovenfor et etisk dilemma (Nortvedt, 2012). I en situasjon hvor det oppstår konflikter og dilemmaer av ulik karakter vil bevisstgjøringen om målet forankret i verdier og holdninger styre oss i retning av hva som må gå foran (Fjørtoft, 2012). Det etiske dilemmaet en kan stå ovenfor her er hvorvidt det er riktig å bruke lenger tid hos en for så mindre hos en annen. Samtidig vil kanskje en av dem trenge mer oppmerksomhet denne dagen. Faren ved disse prioriteringene er at en som sykepleier kanskje ubevisst velger å bli lenger hos den en har best kjemi med og ikke nødvendigvis «einstøingen» som kanskje hadde trengt det mest. Hva mer er hva disse korte besøkene fra hjemmesykepleien fører til for den som bor alene. Det blir mye alenetid og i studien til Birkeland (2008) kommer det frem at noen av de eldre kompenseres med radioen for ikke å føle seg så alene. De eldre beskriver at de setter pris på hjemmesykepleien, men at det veldig ofte bare blir et par ord utvekslet i møte med sykepleieren. Samtidig med at helger og helligdager var spesielt utsatte for raske besøk. Allikevel var det få i studien som karakteriserte seg selv som ensomme.

I motsatt fall finnes det studier som tyder på at det er en del av de hjemmeboende enslige eldre som er ensomme. Denne gruppen består av menn, da de i følge studien har mindre forutsetninger og driv når det kommer til mobilisering av nettverk (Dale et al., 2010). Så fremt vil det være av stor betydning hvordan sykepleier møter den ensomme eldre. Sykepleier har ansvar for å følge utviklingen til pasientene som benytter seg av tjenesten, deriblant de

som spesielt er utsatt for ensomhet. Det vitnes om at sykepleier bør jobbe for å kunne identifisere ensomheten tidligst mulig for å unngå den psykologiske baksiden av det å være ensom (Dale et. al, 2010). Dessuten vet jeg av erfaring fra praksis at mange av brukerne ønsker seg mer tid med hjemmesykepleieren. Sett at det skulle være for liten tid til ivaretagelse av de psykososiale behovene vil sykepleier kunne bidra til å endre den utviklingen. Sykepleier må da besitte kunnskap om mekanismene som påvirker prioriteringene av ressursene i sin organisasjon. Dessuten må sykepleier kunne begrunne hvordan kvaliteten avhenger av tidsperspektivet (Orvik, 2004).

4.6.2 Hvordan vil bestiller-utfører-modellen påvirke hjelpen brukeren får

Forutsatt at organiseringen av bestiller-utfører-modellen fungerer som den skal vil denne modellen være med på å sikre at den som mottar hjemmetjeneste har fått riktig vurdering. Av den grunn vil det være fattet et vedtak fra en utforstående enhet som sikrer nøyaktighet, faglig tyngde og rettferdighet (Fjørtoft, 2012). Når det er sagt kan denne ordningen gå på bekostning av hva slags hjelp brukeren mottar. For å statuere et eksempel kan det ses til ensomheten de mange eldre føler på. De bor alene, får muligens hjelp til et sårstell eller medisintil levering, men som mennesker er de mer sammensatte en som så. Det å være ensom vil muligens være vanskelig å måle som behov. Dessuten vil slike fenomener stadig være i forandring, i tråd med andre komplekse behov. For øvrig kan det oppstå en alvorlig situasjon, et dødsfall eller en institusjonsinnleggelse som fører til at den ene i ekteskapet blir boende alene (Birkeland & Flovik, 2011). I slike tilfeller hevder Halvorsen (2005) at ensomheten kan bli meget fremtredende og skape nye behov hos den aleneboende. Satt litt på spissen hevder Lien (2015) at vedtakene savner medmenneskelighet og dersom det ikke er vedtak på å ta med avisen inn om morgenen, skal det i teorien ikke gjøres.

Som følge av det vil sykepleieren i møte med ensomhet av ulik karakter måtte bruke sine faglige forankringer for å bistå de behov som måtte melde seg. Sykepleieren befinner seg i den posisjonen hvor han kan påvirke det lovfestede vedtaket og ved et godt samarbeid med bestiller kontoret kan sykepleier fortløpende melde i fra om endring av behovshjelp (Fjørtoft, 2012). I tilfeller hvor det har oppstått endringer i en bosituasjon eller stemningsleie som igjen fører med seg ensomhet vil sykepleier kunne møte dette behovet ved å påvirke vedtaket. Det kan antas at et tilsyn kan være løsningen. Disse kan også fungere forebyggende for den hjemmeboende. Ved opplevd ensomhet kan samtale og sosial kontakt være av stor betydning for den eldre når hverdagen føles tung. Det er samtale og den sosiale kontakten som er hovedhensikten ved tilsyn (Fermann & Næss, 2010). Derimot offentliggjøres det at tilsyn ikke

etterstreber denne sosiale kontakten. Det bekjennes derimot at det er svært få vedtak om tilsyn med dette aspektet. Dette belyses med eksempler på manglende fokus når det gjelder det sjelelige og åndelige. I tillegg avbildes en form for fysisk fokus som ikke retter seg mot det medmenneskelige eller det som bor på innsiden av ethvert individ (Lien, 2015, Tønnesen & Nortvedt, 2012).

I mange tilfeller kan det være avgjørende at helsepersonell hjelper den enslige eldre og taler deres sak. For å fremme den eldre sin sak kan sykepleier på bakgrunn av grunnleggende behov inkludert psykososiale se om disse er tilfredsstillende imøtegått. Det er også avgjørende hvordan brukeren oppfatter sin egne situasjon. Videre vil det ved hjelp av grundig dokumentasjon å an vise hvilke behov som ikke tilstrekkelig er tatt hånd om. Til slutt kan det være en nytteverdi å se på de lovfestede rettighetene den eldre hjelpetrengende har (Fermann & Næss, 2008).

4.6.3 Hvordan påvirker lovverk og organisering møte med den eldre og ensomhet

Selv om Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sikrer de ulike brukerne av hjemmetjenesten helhetlig tilnærming og et verdig tjenestetilbud hevdes det at dette ikke er forenelig med den praktiske utførelsen. Dette kan skyldes for stive tidsmarginer og store arbeidsbelegg (Lien, 2015, Tønnesen & Nortvedt, 2012). I så tilfelle kan dette begrunne mine erfaringer fra praksis. I møte med en eldre dame oppdaget jeg en stor utposning på halsen hennes som var blodrød og hun hadde store smerter. Jeg ringte umiddelbart legevakten. I ettertid forhørte jeg meg om noen andre hadde observert dette. Det viste seg imidlertid at ingen hadde lagt merke til utposningen selv om hun hadde hatt besøk to timer før jeg ankom. Dette kan igjen være en indikasjon på at for liten tid med pasienten fører til uforsvarlighet da sykepleier ikke får observert tilstrekkelig (Tønnesen & Nortvedt, 2012).

Som følge av Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) blir stadig flere brukere av hjemmebaserte tjenester da behandlingen skjer på et fordelaktig nivå. Dette er med på å kreve mer kompetanse på kommunehelse nivå da brukerne av tjenesten har andre og mer alvorlige diagnoser enn tidligere. Denne reformen har akseptable målsettinger som retter lyset mot pasientens opplevelse. Ofte er det de mest sårbare og vanskeligstilte som har behov for samhandling mellom tjenester. Derfor vil god samhandling legge grunnlaget for helhetlig pleie med ulike tjenestetilbud til komplekse behov (Fjørtoft, 2012).

Derimot hevdes det at de eldre blir nedprioritert i kampen mot yngre med alvorligere diagnoser (Fermann & Næss, 2008, SSB, 2007). Det kan tenkes at dette er med på å gjøre

besøkene hos den enkelte eldre kortere og av mindre kvalitet. Ensomhet vil antakeligvis havne under det sosiale behovet hjemmesykepleien skal ivareta som skal bidra til mulighet for sosial kontakt, unødig sengeleie og samvær med andre (Tønnesen & Nortvedt, 2012). I møte med den ensomme eldre kan sykepleier kjenne på maktesløshet. Det å gå i fra noen som lider vil ikke være det en sykepleier har lært som fundamentalt riktig å gjøre. Derfor vil det å arbeide etter yrkesetiske retningslinjer, lovverk og samtidig forholde seg til kommunens organisering - kunne bli krevende.

Samtidig vil det kanskje være travelt denne dagen. Orvik (2004) peker ut årsaker som sykdom eller andre organisatoriske bestemmelser. Sykepleier vil gjerne bli, men har lang arbeidsliste og flere som venter på besøk denne dagen. Samtidig sikrer Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rettighetene til den enkelte. Dette kan være besværlig å ta høyde for i hjemmesykepleierens hektiske hverdag. Selv om det kanskje ikke foreligger helt overenstemmelse mellom lovverk, reformer og praksis bør det rettes oppmerksomhet mot hvordan disse faktorene er med på å sikre pasientens rettigheter.

Videre vitner Helsepersonelloven (1999) om hva helsearbeiderne plikter å gjøre i møte med den enkelte pasienten. Hvis hjemmesykepleien av det faktum skal levere en kvalitetsbevisst tjeneste med faglig forsvarlighet og ivaretagelse av grunnleggende behov er kanskje ikke dette helt forsonlig med dagens realitet (Tønnesen & Nortvedt, 2012). Lien (2015) er med på å vise hvordan sykepleier ved hjelp av media kan påvirke og endre dagens organisering av hjemmesykepleie. Allikevel kan det være en omstendelig prosess og det vil være mer aktuelt å se på hvordan en sykepleier kan møte ensomhet på individnivå innenfor dagens rammer.

5. Avslutning

I denne oppgaven forsøker jeg å belyse hvordan en sykepleier kan møte de enslige ensomme eldre hjemmeboende. Jeg vektlegger det unike i møte med brukeren. Med utgangspunkt i å motta hjelp hjemme og hva høy alder har ført til av endringer danner denne oppgaven en plattform for bedre å kunne forstå den eldre. Det vises til ulike tiltak og sykepleierens ansvarsrolle avklares underveis. Foruten det har jeg ved å belyse lovverk og etikk gitt et innblikk i de rammebetingelsene som omslutter sykepleie i hjemmet. Teorien og forskningen har vært med på å underbygge problemstillingen, men også gitt bredde og innsikt i dagens situasjon. Det vitnes om at ensomheten er veldig individuell, men det er av betydning for sykepleieren å ha innsikt på hva ensomhet kan føre til og hvem som er spesielt utsatt sådan. Jeg ser med denne oppgaven at sykepleier ikke kan generalisere ensomhet og at flere av de eldre faktisk er fornøyd med tjenesten de benytter. Dessuten har jeg forsøkt å rettet lyset mot hva som er mulig å gjøre innenfor dagens rammer.

Referanseliste

Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 166-22. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049>

Birkeland, A., & Natvig, G.D. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(2), 3-14.

Birkeland, A. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28(1), 18-21.
<http://www.artikel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=2916>

Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Akribe

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Dale, B., Saevareid, H.I., Kirkevold, M., & Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 523-32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x>

Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 65-71. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x>

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Fermann, T., og Næss, G., Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Brodtkorb, K., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Fagbokforlaget.

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

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 16.02.15 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet 16.02.15 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Kirkevold, M. (2008) Fra gammel til geriatrisk pasient. I: Brodtkorb, K., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1 (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1 (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Laake, K. (2006). *Geriatriske praksis*. Oslo: Gyldendal.

Lien, C. (2015, 18.02). Muttere og skruer versus legeme og sjel. *Agderposten*. Hentet fra: <http://www.agderposten.no/meninger/muttere-og-skruer-versus-legeme-og-sjel-1.1377960>

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis* (3. utg.) Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet 04.02.15 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal Akademisk.

Næss, S., Moum, T., & Eriksen, J. (2011). *Livskvalitet: forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag.

Panagiotaki, E. (2009) *Adjø Felicia. Hjemmesykepleier i det rike Norge*. Oslo: Spartacus.

Pasient- og brukerrettighetsloven(1999). Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 16.02.15 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

SSB (2007). *Hjelp til flere utenfor institusjon*. Hentet 5. februar 2015 fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjelp-til-flere-utenfor-institusjon>

Shakespeare, W. (1603) *Hamlet*, Første graver i 5. akt, scene 1.

Slettebø, Å., & Nortvedt, P. (2006). *Etikk for helsefagene*. Gyldendal Akademisk.

St.meld. nr 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Støren, I. (2013). *Bare søk!: praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Cappelen Damm.

Thorsen, R., (2011) Trygghet. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. Bind 3 (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-5. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0134>