

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 601 _____

Eksamensnavn: SYBAS3900 I _____

Dato: 28.5.2017 _____

Klasse: S _____

Kull: 2014 H _____

Antall ord: 11397 _____

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Ensomhet blant eldre i hjemmesykepleien

*Hvordan kan sykepleieren gjennom en omsorgsfull relasjon
bidra til å lindre ensomhet?*

Kandidatnummer: 601

Dato: 28.5.2017

Antall ord: 11397

Sammendrag

Bakgrunn:

Ensomhet og mangel på omsorg i helsevesenet er et faglig og samfunnsrelevant tema som vekker stor oppmerksomhet. Sykepleieren har plikt til å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og bidra til å lindre lidelse. Omsorg innebærer en stor grad av personlig involvering. Det er derfor av interesse å få kunnskap om hvilken betydning en omsorgsfull relasjon har for å lindre ensomhet.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren gjennom en omsorgsfull relasjon bidra til å lindre ensomhet?

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie. Relevant pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og vitenskapelige artikler relatert til ensomhet, omsorg og relasjon i sykepleie belyser problemstillingen.

Resultater og diskusjon:

Ensomhet er en iboende grunnstruktur i menneskets liv som kan oppleves både som god og smertefull. Begrepet er sosialt uønsket og forbundet med skam. Forskning peker på betydningen av å fange opp tegn på at pasienten lider av ensomhet, slik at sykepleieren kan gripe inn med veiledning og støtte. Gjennom sykepleierens holdninger og i praktiske handlinger, kan hun etablere en tillitsrelasjon. I den hjelpende samtalen kan hun bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet, gi ham tid og rom til refleksjon og motivere ham til å se nye muligheter. En helhetlig forståelse er at å lindre pasientens ensomhet i en omsorgsfull relasjon, innebærer å bevare pasientens verdighet.

NOE

Å lytte

til ordene

fra det andre mennesket

kanskje ikke til alle ordene

men til dem som kommer dumpende

nærmest av vanvare, lytte

til klangen

til smilet i stemmen

hvis den smiler

eller den brutte tonen

i ordet som aldri skulle vært sagt

lytte

til pausen som plutselig er der

plutselig er for lang

og munnviken

som skjelver umerkelig, for

det er et eller annet

bakenom

noe bittelite kanskje

og meget ensomt

noe er det

noe...

Carl Frederik Prytz (1978, s. 52)

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.	1
1.2 Hensikt og problemstilling.	3
1.3 Avgrensning.	3
1.4 Begrepsavklaring.	3
1.5 Oppgavens disposisjon.	4
2.0 Metode	6
2.1 Teoretisk perspektiv og forforståelse.	6
2.2 Metode for innsamling av litteratur.	7
2.3 Metode for lesing av faglitteratur og vitenskapelige artikler.	8
2.4 Kildekritikk.	8
3.0 Ensomhet.	10
3.1. Den gode ensomheten.	10
3.2. Ensomhet som lidelse.	10
3.3 Savn etter menneskelig kontakt.	11
4.0 Omsorgsrelasjonen.	14
4.1 Hva er omsorg?	14
4.2 Omsorgsrelasjonen som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep.	15
4.3. Samtalens betydning i omsorgsrelasjonen.	16
5.0 Hvordan kan sykepleieren gjennom en omsorgsfull relasjon bidra til å lindre ensomhet?.....	18
5.1 Å etablere og bevare en omsorgsfull relasjon.	18
5.2 Omsorgsrelasjonen i praktiske handlinger.	22
5.3 Å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet.	25
5.4 Å gi tid og rom for å lide.	27
5.5 Forsoning – veien mot den gode og naturlige ensomheten.	29

6.0 Helhetlig forståelse – å bevare pasientens verdighet	32
7.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	35
Vedlegg 1 – tabell over 10 vitenskapelige artikler	41

1.0 INNLEDNING

Omsorg anses som kjerneverdien i sykepleie, med lindring av lidelse som et viktig formål. Sykepleiens verdigrunnlag er et holistisk menneskesyn, som innebærer fundamentale verdier som verdighet, nestekjærlighet, likeverd, respekt og ansvar. Et holistisk menneskesyn ser mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016). I Rammeplanen for sykepleierutdanningen vektlegges også omsorg som en hjørnestein i sykepleierens kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). Det valgte temaet vil derfor bli utdypet og belyst i et omsorgsvitenskapelig perspektiv.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

Ensomhet og mangel på omsorg i helsevesenet er samfunnsrelevante temaer som gjennom de siste årene har vekket stor oppmerksomhet og i betydelig grad engasjert politikere, fagpersoner og medier. Meld. St. 19 (2014-2015) (2015, s. 23-24) slår fast at ensomhet er en stor folkehelseutfordring, og at særlig aleneboende, enslige eldre over 80 år med svekket helse er utsatt. Statistisk sentralbyrå (2016a) viser at antallet eldre vil øke betydelig i årene framover, og at mottakere av hjemmetjenester er stigende (2016b). Dette vil både gi utfordringer og muligheter, og ifølge Norsk Sykepleierforbund (2015) vil det kreve en betydelig omstilling i helsevesenet, med økt antall helsepersonell og krav om styrket kompetanse for å sikre trygg helsehjelp for eldre.

Verdighetsgarantien lover en tilrettelagt eldreomsorg som bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom i samsvar med pasientens individuelle behov (Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2010). Ifølge § 3 innebærer dette også muligheten for at eldre skal kunne komme seg ut, samt at de tilbys samtaler om eksistensielle spørsmål. Verdighetsgarantien samsvarer sådan med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011), som peker på at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Dette innebærer også å ta hensyn til pasientens psykososiale behov. Allikevel peker Moe (2013) på at mange eldre etterlyser mer omsorg og nestekjærlighet, og at de opplever at mangel på dette bidrar til å begrense deres livslyst. Eldre beskriver uverdige møter med hjemmesykepleien, og mange føler seg oversett, utelatt og en byrde for samfunnet. Forutsetninger for livslyst og mening i hverdagen er opplevelsen av å bli sett og hørt.

Kjølsrud (2016) hevder at ensomhet også kan føre til depresjon, dårlig matlyst og dehydrering, som igjen kan skape forvirring og fallfare. Dårlig tid til pasientene setter viktige sykepleieverdier på spill, da god sykepleie forutsetter tid til å skape en relasjon med mellommenneskelig kontakt, tilstedeværelse, trygghet, verdighet, respekt og ivaretagelse av hele mennesket. Kjølsrud (2016) setter videre søkelyset på forskning som viser at det moralske stresset hos sykepleierne har økt, og mener at nye styringsideologier og markedstenkning som har preget helsevesenet de siste tiårene kan være en grunn til dette. Gautun, Øien & Bratt (2016) har også i sin studie konkludert med at hverdagen til sykepleiere ansatt i sykehjem og i hjemmetjenesten er preget av høy arbeidsbelastning og stort tidspress som følge av mangel på personale. Underbemanningen har en selvforsterkende virkning, i den forstand at det fører til stort udekket fravær og høy turnover. Graff (2015) hevder i en debattartikkel i Aftenposten at de siste års effektivisering og økonomistyring overskygger pasientenes pleiebehov og gir omsorgen dårlige kår.

På bakgrunn av en artikkel publisert i Oppland Arbeiderblad i august 2016, tok Rådet for sykepleieetikk opp et viktig etisk spørsmål: Er ensomhet helsevesenets oppgave? Forfatteren av artikkelen etterlyser mindre tidspress og bedre tid til å være medmenneske. Aftenposten fulgte opp saken og bringer frem Etikkrådets konklusjon: ensomhet hos eldre er helsevesenets ansvar, og regelverket brytes hvis ensomhet ikke blir tatt på alvor (Dommerud, 2016).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) er tydelige på at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og bidra til å lindre lidelse. I denne oppgaven er det av interesse å få kunnskap om hvilken betydning en omsorgsfull relasjon har for å lindre ensomhet. Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 83-86) vektlegger betydningen av et godt mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient, og minner om at etablering av relasjoner er grunnlagt på verdier, ikke bare på faglig kunnskap. Omsorg innebærer en stor grad av personlig involvering. Å la seg påvirke følelsesmessig av pasientens livssituasjon er et viktig aspekt i den relasjonelle samhandlingen og for å kunne forstå pasientens situasjon. Med bakgrunn i det som er beskrevet over, mener jeg at det valgte temaet har faglig og samfunnsmessig relevans.

1.2 Hensikt og problemstilling.

Hensikten med bacheloroppgaven er at studenten skal vise kunnskap om sykepleierens rolle og ansvar innen et utvalgt fordypningsområde (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016). Jeg har valgt å fordype meg innen temaet ensomhet blant eldre i hjemmesykepleien.

Hensikten med denne oppgaven er å få fordypet forståelse for omsorgsrelasjonens betydning for å lindre ensomhet hos pasienter i hjemmesykepleien. Med bakgrunn i hensikt og temaets faglige og samfunnsmessige relevans, blir problemstillingen følgende:

Hvordan kan sykepleieren gjennom en omsorgsfull relasjon bidra til å lindre ensomhet?

1.3 Avgrensning.

Avgrensning er gjort til å gjelde enslige eldre i hjemmesykepleien, selv om alder og kontekst i seg selv ikke har noen betydning for opplevelsen av ensomhet (Nilsson, 2010, kap. 8).

Forskning viser imidlertid at enslige eldre er mer utsatt, da de ofte har mistet mange de er glad i, og mange kan ha store vanskeligheter med å håndtere tap (Kirkevold, Moyle, Wilkinson, Meyer & Hauge, 2012).

Hjemmesykepleien omfatter pasienter med svært ulik helsetilstand, og oppgaven har verken til hensikt å belyse hvordan enkelte sykdommer kan føre til ensomhet, eller gå i detaljer på prosedyrer. I denne oppgaven er derimot det relasjonelle aspektet mellom sykepleier og pasient av særlig interesse, og derfor legges det vekt på hvordan sykepleieren ved hjelp av en omsorgsfull relasjon kan bidra til å lindre pasientens ensomhet.

1.4 Begrepsavklaring.

Her vil jeg gjøre rede for pasienten i sin kontekst, og derfor vil begrepene pasient og hjemmesykepleie avklares. Andre sentrale begreper blir gjennomgående beskrevet og forklart i oppgaven forøvrig. Av praktiske grunner velger jeg å omtale sykepleieren som «hun» og pasienten som «han».

Pasient eller bruker?

Vel vitende om at ordet «bruker» er mye anvendt i kommunehelsetjenesten, velger jeg i denne oppgaven å anvende begrepet «pasient». § 1-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) definerer «pasient» som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp.» Benevnelsen «bruker» knyttes til «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp».

Birkeland & Flovik (2011, s. 20) mener at det ikke er likegyldig hvilket begrep som brukes, og velger å betegne mottakerne av hjemmesykepleie som pasienter. Dette valget underbygger retten til helsehjelp, samt at de som mottar hjemmesykepleie har behov for sykepleie. Eriksson (2005, s. 23) definerer pasient ut fra ordets opprinnelige latinske betydning som «den lidende, den som tålmodig aksepterer og utholder». Forfatteren mener at ordet ikke nødvendigvis er knyttet til sykdom, men til alle dimensjoner ved menneskelivet. Ordet «pasient» passer derfor bedre innenfor en humanistisk tradisjon, og jeg velger derfor å anvende ordet pasient i oppgaven.

Hjemmet som omsorgsarena.

Hjemmebaserte tjenester eller hjemmesykepleie er sykepleie som utøves i pasientens hjem, hvor primærfokuset er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Samtidig skal trivsel, velvære og pasientens opplevelse av sin situasjon stå sentralt (Birkeland & Flovik, 2011, s. 39). Helsepolitikken legger opp til at pasientenes ulike lidelser der det er mulig skal følges opp i hjemmet, i vante omgivelser (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 67).

Siden 1984 har hjemmesykepleien vært en lovpålagt tjeneste, hjemlet i kommunehelsetjenesteloven (Birkeland & Flovik 2011, s. 15). Hjelpen pasienten får er fattet i skriftlige enkeltvedtak, som er juridiske rettesnorer for både pasientene og de ansatte. Disse er veiledende, men ikke bindende, og Birkeland & Flovik (2011, s. 22-23) påpeker viktigheten av at sykepleieren utøver forsvarlig helsehjelp ved hele tiden å kartlegge endringer i pasientens behov.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven er delt inn i to hoveddeler. Del en danner utgangspunktet for oppgaven med bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Det gjøres rede for oppgavens metode og teoretis-

ke perspektiv. Del en utgjør oppgavens teoretiske fundament, med utdypelse av sentrale begreper, relevant teori og forskning.

I oppgavens del to drøftes problemstillingen i lys av det teoretiske fundament som er vist til i del en. Drøftingsdelen kunne vært delt inn i flere underkapitler, men jeg har valgt å strukturere den med noe lengre kapitler for å få frem en helhetlig sammenheng. Da utgangspunktet for problemstillingen er et omsorgsvitenskapelig perspektiv, er etikken gjennomgående integrert i hele oppgaven. Derfor har ikke oppgaven et eget kapittel om etikk.

2.0 METODE

Ifølge programplanen for bachelorstudiet i sykepleie, skal studenten ha bred kunnskap om sykepleieforskning og annen relevant forskning og fagutvikling innenfor valgte tema, samt ha kjennskap til vitenskapsteori og forskningsmetode (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016). Et bevisst forhold til metode er derfor relevant i en bacheloroppgave.

Oppgaven er en litteraturstudie. Relevant pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og vitenskapelige artikler relatert til ensomhet, omsorg og relasjon i sykepleie belyser problemstillingen. Ifølge Dalland (2012, s. 223) bygger en litterær oppgave hovedsakelig på skriftlige kilder som skal belyse problemstillingen. Dette stiller store krav både til innsamlingen av litteratur og kildekritikk.

2.1 Teoretisk perspektiv og forforståelse.

Det er viktig å være tydelig på eget perspektiv, avklare forutsetningene for hvordan man går frem og konklusjonene som trekkes (Alvesson & Sköldbberg, 1994, s. 49). I denne oppgaven har problemstillingen sitt utgangspunkt i omsorgsvitenskapens teoretiske perspektiv. Det betyr at etikken vil være integrert i hele oppgaven.

Med utgangspunkt i Kari Martinsen og Katie Eriksson, har jeg valgt teorier og vitenskapelige artikler som belyser denne oppgaven i et omsorgsvitenskapelig perspektiv. Martinsen & Eriksson (2009, s. 13) har et felles syn på mennesket som en udelelig enhet av kropp, sjel, ånd, og begge ser på omsorg som en kjærlighets- og barmhjertighetsgjerning. Eriksson (2002) fremhever at det dypeste etiske motiv i all omsorg innebærer respekt for menneskets absolutte verdighet. Verdighet innebærer ifølge Gustin (2010, kap. 11) retten til å forme sitt liv slik man ønsker, og retten til å bli bekreftet som et unikt menneske. Ifølge Eriksson & Lindström (2009) kan omsorgsvitenskapens perspektiv sammenfattes i å fremme helse og lindre lidelse i en ånd av barmhjertighet og kjærlighet, og med dette bevare menneskets verdighet. Lindring av lidelsen beskrives av Eriksson (2005, s. 45-46) som et drama i tre akter, som består av be-kreftelse av lidelsen, tid og rom for å uttrykke lidelsen og forsoning med lidelsen.

Et teoretisk perspektiv er en del av forforståelsen. Dalland (2012, s. 59) hevder at hermeneutisk utforskning av data krever bevissthet om eget ståsted og egen forforståelse. Det vil si at man tilnærmer seg fenomenet med egne verdier, kunnskaper, tanker og følelser. Min for-

forståelse er knyttet til at jeg som snart ferdig utdannet sykepleier identifiserer meg med sykepleiers grunnleggende verdier som omsorg, nestekjærlighet, respekt og ansvar. Som sykepleier ser jeg på relasjonen som en gave. Det betyr å kunne gi av meg selv, samtidig som jeg er bevisst på og takknemlig for at relasjonen i høy grad beriker meg som menneske. Jeg har erfaring fra hjemmesykepleien gjennom praksisstudier og som medarbeider i ferier og helger. Egen erfaring trekkes inn i drøftingsdelen av oppgaven.

2.2 Metode for innsamling av litteratur.

Gyldighet, holdbarhet og relevans omtales av Dalland (2012, s. 74) som sentrale aspekter ved valg av kilder. Vitenskapelige artikler relatert til ensomhet og omsorgsrelasjon ble søkt opp i databasene Cinahl, Medline, Swemed+ og Sykepleien forskning. Dalland (2012, s. 78) hevder at vitenskapelige tidsskrifter har strenge kvalitetskrav, hvor artiklene gjennomgår fagfelle vurdering (Dalland, 2012, s. 78).

Søkene er planlagt med følgende inklusjonskriterier:

- Artiklene skal være fagfelleurderte
- Artiklene skal være publisert på engelsk eller et skandinavisk språk
- Artiklene skal helst være publisert i år 2010 eller senere
- Artiklene skal omhandle ensomhet og/eller omsorg og/eller relasjon.
- Artiklene skal i hovedsak være kvalitative
- Artiklene skal i hovedsak ha et omsorgsvitenskapelig perspektiv

Søkene etter artikler ble gjort med kombinasjoner av følgende søkeord: «loneliness», «alone», «social isolation», «old», «aged», «elderly» «relation», «relationship», «ethics», «care», «caring», «home care», «home nursing» og «qualitative». På Sykepleien forskning søkte jeg med norske ord som «ensomhet», «eldre», «relasjon» og «omsorg». Ut fra ovennevnte inklusjonskriterier fikk jeg 74 treff. Ifølge Rienecker & Jørgensen (2013, s. 133) foretas første utvelgelse av artiklene mens man skimleser titler og sammendrag av mulig litteratur. Jeg utelukket 32 artikler ut fra titler, særlig der ensomhet og relasjonens betydning ble belyst i forhold til spesielle sykdommer. I oppgaven er det derimot av interesse hvordan sykepleieren kan bidra til lindring av ensomhet, uavhengig av diagnoser og helsetilstand. Deretter skimleste jeg alle

abstraktene i de gjenværende artiklene, og satt igjen med 20 artikler. Av disse valgte jeg ut 8 vitenskapelige artikler som materiale for oppgaven på grunn av relevans i forhold til problemstillingen. I tillegg tipset min veileder meg om ytterligere to artikler (se vedlegg 1, tabell over 10 vitenskapelige artikler). Artiklene er anvendt både i teoridelen og drøftingsdelen av oppgaven.

2.3 Metode for lesing av faglitteratur og vitenskapelige artikler.

Rienecker & Jørgensen (2013, kap. 6) hevder at tekstene bør leses selektivt og målrettet. I bøkene jeg anvendte gikk jeg først gjennom innholdsfortegnelsen og eventuelt stikkordregisteret for å vurdere om stoffet kunne knyttes til problemstillingen. Jeg valgte deretter hvilke kapitler som var mest hensiktsmessige å lese ut fra det formålet, og tok notater av det som hadde tilknytning til oppgaverelevante spørsmål. Thidemann (2015, kap. 6) hevder at det å skrive notater etterhvert som man leser er en effektiv arbeidsmåte som gir god oversikt over litteraturen man har lest og bedre forståelse av tekstmaterialet.

De vitenskapelige artiklene ble lest grundig for å finne de områdene i teksten som beskriver pasientenes opplevelse av ensomhet, relasjonen til sykepleieren, samt sykepleierens omsorgsperspektiv. For å få bedre oversikt over artiklene, ble det ført protokoll over hver studie (se vedlegg 1). Protokollen inkluderer hensikt, metode og resultater fra hver studie. Denne er ifølge Thidemann (2015, s. 89) et godt verktøy som gir oversikt over hovedelementene i artiklene.

2.4 Kildekritikk.

Kildekritikk betyr ifølge Thidemann (2015, s. 79) å finne frem til relevant litteratur, gjennomgå den på en kritisk måte og sammenfatte det man har lest. Jeg anvendte derfor bevisst hovedsakelig litteratur av anerkjente forfattere innenfor omsorgsvitenskap. For å lette forståelsen av krevende tekster, har jeg i presentasjon av Kari Martinsens omsorgsfilosofi anvendt både primær- og sekundærkilder. Primærkilden er originalkilden av en tekst, mens sekundærkilder er verk av forfattere som tolker andres tekster (Dalland 2012, s. 86-87).

I inklusjonskriteriene for valg av artikler var det et ønske om at artiklene i hovedsak skulle være kvalitative. Det kvalitative aspektet innebærer ifølge Dalland (2012, s. 112) at littera-

turen fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Dette er litteratur som får frem sammenhenger og helheter og ser fenomener innenfra. Jeg har imidlertid også inkludert en kvantitativ artikkel som fikk frem viktige aspekter ved ensomhet og omsorgsrelasjonen. Både Dalland (2012, s. 112) og Thidemann (2015, s. 79) mener at kvantitative og kvalitative metoder på hver sin måte kan utfylle hverandre og bidra til et rikere perspektiv og en mer helhetlig forståelse. To av artiklene er rent teoretiske. Teoretiske artikler presenterer ofte nye teorier ved å ta utgangspunkt i forskning som allerede er publisert (Dalland (2012, s. 78). Tre av artiklene er eldre enn jeg ønsket i inklusjonskriteriene for mine søk. Dette er filosofiske og teoretiske artikler av universell karakter som omhandler menneskets eksistens, og de er derfor like relevante i dag som da de ble skrevet.

3.0 ENSOMHET

Nilsson (2010, kap. 8) beskriver ensomhet som en kompleks og mystisk dimensjon, en iboende struktur som har bestått til alle tider i menneskenes liv. Hun lar seg i sitt forfatterskap blant annet inspirere av ensomhetsforskeren Mijuskovic (1979), som mener ensomhetsfølelsen er en ontologisk grunnstruktur i alle mennesker og derfor ikke noe man blir, men noe man er. Ontologi betyr læren om menneskets væren (Henriksen & Vetlesen, 2001, s. 44), «det som mennesket dypest sett er» (Rehnsfeldt, 2010, s. 89). Den ontologiske ensomhetsfølelsen oppleves subjektivt og på mange plan, og gir oss derfor en bekreftelse på at vi er ulike alle andre mennesker.

3.1. Den gode ensomheten.

Ifølge Nilsson (2010, kap. 8) kan ensomhet oppleves som smertefull, men også som en dyp glede som gir mening. Hvordan vi møter ensomheten er et resultat av våre erfaringer. Stille, indre refleksjon over egen ensomhet kan vise vei til fordypende innsikt i oss selv og andre. Den gode ensomheten kan føles i gleden over en god bok, i kunst, en meningsfylt samtale eller i naturopplevelser (Nilsson, 2010, kap. 8).

Forskning lar oss forstå at ensomhet hos noen er forbundet med det å føle seg unik og verdifull, noe som gir kraft og energi (Hauge & Kirkevold, 2012). Birkeland & Flovik (2011, s. 68) viser også til den gode ensomheten når de hevder at mange trives med å være alene og har et godt liv ved hjelp av radio, Tv, bøker og små dagligdagse gjøremål. Å være enslig og bo alene er derfor ikke synonymt med ensomhet. Eriksson (2005, s. 39) gir ensomheten et mer åndelig perspektiv når hun hevder at det finnes mennesker som til tross for at de lever totalt alene, føler et «fellesskap med tilværelsen». På den annen side påpeker hun at selv den som er kontinuerlig omgitt av mennesker på alle livets områder kan føle seg dypt ensom.

3.2. Ensomhet som lidelse.

Eriksson (2005, s. 39) mener utestengelse fra alt fellesskap kan innebære en ensomhet som medfører alvorlig lidelse. Opplevelsen av viktige tap, eller sterk lengsel etter noe man ikke

kan få, kan ifølge henne føre til den uutholdelige ensomheten som oppleves som lidelse og død. Samme forfatter relaterer dette til en livslidelse (Eriksson, 2005, s. 74-75).

Den vonde ensomheten beskrives av intervjupersonene i Nilssons doktorgradsavhandling som en intensiv, uutholdelig følelse av savn, tap, sorg, sårbarhet, oppgitthet, lengsel, angst, frykt, smerte, tomhet, isolasjon, skam, fremmedgjøring og avhumanisering (Nilsson, 2004). Grov (2014, s. 530) trekker også frem følelsen av ikke å være til nytte for andre, tristhet, tomhet, depresjon og negative følelser hos eldre som føler seg ensomme. Nilsson (2004) antyder at ikke å være elsket og ikke å bli forstått kan oppleves som tap av verdighet. Noen foretrekker klart døden fremfor å leve i et sosialt utenforskap. Følelsen av savn trådte frem som et mønster i intervjupersonenes erfaringer (Nilsson, 2004). Savn åpner også ifølge Nilsson (2007, s. 53) for muligheter, da selve ordet innebærer en lidelse som samtidig kan knyttes til lindring, og dermed kan oppfattes som en positiv komponent i et omsorgsperspektiv.

3.3 Savn etter menneskelig kontakt.

Smebye & Helgesen (2011, kap. 20) viser til ensomhet som en subjektiv, smertefull opplevelse av savn etter menneskelig kontakt hos pasienten som kanskje ikke har tilgang til et sosialt nettverk, eller ikke har noen å knytte seg til. Forfatterne hevder at ensomhet kan føre til tristhet, selvmedlidenhet, tomhet og depresjon, sinne og nedvurdering av selvet. Dette er ofte et skjult problem fordi en ikke vil innrømme overfor andre at en er ensom. Nilsson (2007, s. 17) tar i den forbindelse opp temaet ensomhet som et tabu når hun mener at mange føler seg underlegne og opplever sin ensomhet som noe skamfullt, noe det ikke skal snakkes om. Denne følelsen kan på sin side forsterke den vonde ensomheten.

Birkeland (2013) bekrefter at ensomhet kanskje ikke blir betraktet som et omfattende problem, men at det i liten grad snakkes om. Han antar det er fordi begrepet ofte knyttes til depresjon og psykisk lidelse, som igjen er forbundet med skam og stigmatisering. Det kan føre til feiltolkninger av pasientenes sosiale situasjon og medføre at psykososiale behov overses. Samtidig understreker han viktigheten av at pasienten selv må få beskrive sin sosiale situasjon og ikke bli karakterisert som ensom uten at det er grunnlag for det. Kirchhoff, Grøndahl & Andersen (2015) antyder også at fenomenet ensomhet er sosialt uønsket og kan være knyttet til skam, noe som kan føre til en underrapportering av ensomhet.

Gustin (2010, kap. 11) mener at skam oppleves som en privat følelse man ønsker å holde for seg selv. Hun hevder at skam kan forstås som en brist i den mellommenneskelige broen. Bristen oppstår når menneskets behov og følelser ikke anerkjennes og bekreftes av andre, når personen ikke blir sett som den han er, eller føler seg utilstrekkelig. Dette kan få personen til å kjenne nederlag, føle seg mislykket og avskåret fra fellesskap med andre og se på seg selv som mindreverdige. Det blir en vond sirkel, hvor personen for å unnsnippe den lidelsen skammen innebærer, tar ytterligere avstand fra fellesskapet, noe som igjen kan forsterke følelsen av fremmedgjøring og ensomhet (Gustin, 2010, kap. 11).

I et omsorgsvitenskapelig perspektiv anses mennesket som relasjonssøkende (Nilsson (2012, s. 425). Hun hevder at den sosiale ensomheten stort sett anses som smertefull. Videre definerer hun begrepet fellesskap som motsetningen til ensomhet, og spør seg derfor om mennesket søker fellesskap ut fra sin ontologiske ensomhet. Birkeland & Flovik (2011, s. 69) beskriver også ensomhet som en indre opplevelse av å være isolert fra andre. Denne subjektive følelsen oppleves som negativ og ubehagelig, og vil i seg selv føre til manglende sosial kontakt. Halvorsen (2005, s. 42) hevder at når mennesket føler at det er for seg selv, og denne følelsen samtidig er knyttet til en smertelig lengsel etter å være sammen med andre personer, kan sinnstilstanden beskrives med ordet ensomhet.

Nilsson (2012) konkluderer med at ensomhet er noe menneskene både frykter og ønsker, den er både meningsfylt og smertefull, men anses i et globalt perspektiv for å være et kommende helseproblem av betydelige dimensjoner. Det tas i betraktning at ensomhet bidrar til utvikling av såvel psykosomatiske som somatiske sykdommer. Halvorsen (2005, s. 43) mener at ensomheten sjelden manifesterer seg, men kan gi utslag i sinne eller aggresjon som følge av manglende kommunikasjon med andre mennesker. Gustin (2010, kap. 11) hevder at avskårerhet fra andre ofte impliserer lav selvfølelse, opplevelse av mindreverdighet, sårbarhet og svakhet. Noen forsøker å beskytte seg mot denne følelsen ved å angripe andre. Ved å skyldes på andre og minske deres verdi, kan man få følelsen av selv å vokse, selv om en slik flukt på lang sikt vil gi opphav til opplevelse av skam. Ifølge Ranhoff (2014, s. 164-165) øker sosial tilbaketrekning og ensomhet også faren for angst og depresjon.

Forskning synliggjør hvordan eldres evne til å bekjempe ensomhet er nært forbundet med evnen til å takle tap. Det henvises både til tap av sosialt nettverk og tap av fysisk styrke på grunn av alderdom og sykdom. Eldre som beskriver seg selv som ensomme, føler seg

overveldet av tap og fastlåst i denne opplevelsen. De føler seg ikke i stand til å fortsette med aktiviteter, isolerer seg fra andre og opplever livet alene som et tomt liv (Kirkevold et al., 2012). Mange føler seg fanget i sin smertefulle ensomhet, mindre verdifulle, de mangler kraft og initiativ og er ute av stand til å overvinne situasjonen på egen hånd (Hauge & Kirkevold, 2012).

Kirchhoff et al. (2015) hevder at kvaliteten på pasientens relasjoner og kvaliteten på tjenestene fra hjemmesykepleien har betydning for opplevelsen av ensomhet. Pasientene uttrykker viktigheten av personsentrert pleie, at de ansatte viser empati og ser hver enkelt pasient som unik, samt at de har vilje til å prioritere pasientens ønsker og behov foran fastlagte rutiner. Det pasientene allikevel tillegger aller mest betydning, er å ha en fortrolig å snakke med, og de mener at fortrolige gjerne kan være de ansatte i hjemmesykepleien. Forfatterne antyder at kvalitativ god pleie og omsorg indirekte kan føre til en reduksjon i opplevelsen av ensomhet, og at det derfor er behov for en bevisstgjøring blant helsepersonell om denne sammenhengen.

En fellesnevner som går igjen hos forfatterne over, er at ensomhet er beskrevet som en svært subjektiv følelse og sinnstilstand, en iboende struktur vi ikke kan velge oss bort fra, men som vi ut fra våre erfaringer møter på ulike måter. Ensomhet er ofte knyttet til følelsen av skam og mindreverdighet. Savn og lengsel etter menneskelig kontakt går igjen i beskrivelsen av hvordan den vonde ensomheten oppleves. Det er bred enighet i at ensomhet er et betydelig helseproblem som kan føre til både psykiske og somatiske sykdommer. Derfor synes denne oppgavens problemstilling med vekt på omsorgsrelasjonen å være relevant.

4.0 OMSORGSRELASJONEN

I omsorg er relasjonen mellom mennesker det vesentlige. Forutsetningen for en omsorgsfull relasjon i sykepleie er ifølge Martinsen (1989, s. 69-70) gjensidighet og anerkjennelse av pasienten som et menneske med unik verdi. Eriksson (1995, s. 9) minner om at pasientens opplevelse av helhetlig omsorg også innebærer tilfredsstillende av åndelige behov.

En omsorgsfull relasjon innebærer derfor ifølge Nortvedt (2012, s. 111-112) at sykepleieren føler empati for pasienten. Forfatteren beskriver empati som evnen til å leve seg inn i pasientens følelser og opplevelser og å la seg berøre. Når sykepleieren tar pasientens følelser på alvor og ønsker å hjelpe ham, bekrefter hun pasienten (Eriksson, 2005, s. 46). Eide & Eide (2007, kap. 8) mener at når pasienten opplever å få bekreftet sin verdi, vil relasjonen stimulere ham til å åpne seg og dele sine tanker og følelser.

4.1 Hva er omsorg?

Omsorg er noe naturlig og iboende ved mennesket. Det er en konkretisering av menneskekjærlighet (Eriksson, 1995, kap. 1). Omsorg er ifølge Martinsen (1989, kap. 2) knyttet til nestekjærlighet og «den gylne regel» om at vi skal gjøre mot andre det vi vil at andre skal gjøre mot oss. Det innebærer å gå ut av oss selv, bryte egosentrisiteten og våge å stå andre nær. Eriksson (2009, s. 65-66) hevder at å vise omsorg er å tjene livet, lindre lidelse og være tilstede der pasientens egne krefter ikke strekker til. Det betyr å ha mot til å forandre noe i omsorgssituasjonen til pasientens beste.

Sentrale omsorgsverdier er ansvar, verdighet, kjærlighet og barmhjertighet. Alvsvåg (2010, kap. 17) mener at pleien må være kjennetegnet av omsorgens verdier for å kunne kalles omsorgsfull. Pasienten er derfor avhengig av helsepersonell som kan utføre riktige handlinger på en god måte. Ifølge Eriksson (2002) er omsorgens kjerne å fremme helse og lindre lidelse i en ånd av barmhjertighet og kjærlighet, samt å verne om menneskets verdighet. Slik jeg forstår det, er omsorg tuftet på verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet, verdighet og solidaritet.

4.2 Omsorgsrelasjonen som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep.

Forståelse for omsorgsrelasjonen kan belyses ut fra Martinsens syn på omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Omsorg er et *relasjonelt begrep*, som tar utgangspunkt i at menneskene er avhengige av hverandre i alle livets faser og ikke kan betraktes isolert fra sine omgivelser. Omsorg er en sosial relasjon som betyr at vi aldri kan realisere oss selv alene eller uavhengig av andre, det betyr å ta hensyn til andre også for vår egen skyld. Hun identifiserer en omsorgsfull relasjon med å hjelpe, ta vare på og vise at en bryr seg om den andre (Martinsen, 1989, s. 14-15 og s. 69).

Omsorg forutsetter ifølge Eriksson (1995, s. 51) en «ekte» relasjon. Hun mener at menneskelige relasjoner ofte reduseres til tomme og meningsløse forhold når utveksling av ting og tjenester forblir uten egentlig innhold. Essensen finnes derimot i selve relasjonen, som innebærer å dele og å være delaktige i et fellesskap.

Martinsen (1989, s. 69) fremhever altså betydningen av et kollektivistisk menneskesyn som bygger på tanken om at avhengighet og fellesskap er en grunnstruktur ved mennesket. Henriksen & Vetlesen (2001, s. 29) hevder at sårbarhet, avhengighet og livets skjørhet er grunnvilkår i menneskelig eksistens som omsorgen retter seg mot. Disse grunnvilkårene kan mennesket ikke velge bort, og dermed vil behovet for omsorg bestå gjennom hele livet. Forfatterne kommer derfor frem til at omsorg er svaret på andres sårbarhet, en nødvendighet som innebærer å svare på den lidendes krav på verdighet. Martinsen (1989, s. 14-15 og s. 69) hevder at den mellommenneskelige avhengigheten kommer særlig frem i situasjoner der mennesket har behov for hjelp, som for eksempel ved sykdom. Henriksen & Vetlesen (2001, s. 29-32) mener at selv om avhengigheten er et grunnvilkår hos mennesket, oppleves den ofte negativt, da avhengigheten ofte er knyttet til følelsen av avmakt.

Det andre særtrekket ved omsorg er at det er et *praktisk begrep* (Martinsen, 1989, s. 15-16). I omsorgsrelasjonen er det viktig hvordan vi viser omsorg for hverandre gjennom konkrete og praktiske handlinger. Ved å vise til lignelsen om den barmhjertige samaritan, illustrerer Martinsen (1989, s. 15-16) hvordan hjelpen gis ut fra den hjelpetrengendes tilstand og betingelsesløst, uten å forvente å få noe tilbake.

Å strekke seg utover det som er forventet, betegner Arman & Rehnsfeldt (2007) som «det lille ekstra». Forfatterne viser at når sykepleieren viser ekte engasjement og interesse og evner

å se pasienten som en unik person, ikke som en diagnose eller tilstand, da oppstår det kraft og magi i omsorgsrelasjonen.

Martinsen (1990, s. 62) argumenterer for at *den moralske siden ved omsorg* er overordnet. Den får frem betydningen av kvaliteten i relasjonen (Martinsen 1989, s. 17). Alvsvåg (2010, kap. 17) fordyper dette ut fra Martinsens tenkning ved å forklare at det handler om måten vi er tilstede i relasjonen på, og måten vi utfører handlingene på. Ekte omsorg krever at sykepleieren har en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Det betyr verken å overvurdere eller undervurdere hans evne til selvhjulpenhet. Martinsen (1989, s. 17) mener omsorg også handler om å handle solidarisk, med engasjement, og særlig ut fra prinsippet om ansvaret for den svake. Hun mener derfor at sykepleieren skal ha en moralsk standard på sine handlinger og bruke sitt faglige skjønn og makten som ligger i det for å fremme en tillitsrelasjon.

4.3. Samtalens betydning i omsorgsrelasjonen.

I en omsorgsfull relasjon er den hjelpende samtalen av stor betydning. Martinsen (2005, s. 37) understreker at det essensielle i all kommunikasjon og samtale er å komme ut av seg selv og våge seg frem mot den andre.

Å lytte kan ifølge Fredriksson (2010, s. 354) være det første steget mot å skape en relasjon. Å lytte krever stillhet og konsentrasjon, tid og rom. Martinsen & Eriksson (2009, s. 11) hevder at det å lytte kan være krevende fordi en må ha oppmerksomhet mot noe utenfor seg selv. Samtidig er det også givende, da det innebærer åpenhet og mottakelighet overfor det den andre vil formidle.

Birkeland & Flovik (2011, s. 28) hevder at pasientene opplever manglende omsorg når hjemmesykepleierne ikke lytter til deres ønsker. Gjemt bak en fasade av vennlighet og høflighet, utfører mange ansatte gjøremål på sin egen vante måte uten å spørre pasienten, og uten å samarbeide. Fredriksson & Eriksson (2003) hevder at pasientene kan føle seg utestengt når de prøver å snakke med sykepleierne om sin lidelse. Sykepleierne skifter ofte argument eller unnskylder seg med at de må videre til andre pasienter. Forfatterne mener det kan ha sammenheng med at sykepleierne mangler autonomi, som igjen kan føre til manglende ansvarsfølelse. Å unngå å snakke om lidelse vil føre til desto mer lidelse, da pasientene opplever at deres individualitet og verdighet blir krenket. Sykepleierens gave er å gi av seg

selv i relasjonen, som innebærer å være tilgjengelig og skape rom for pasienten med hele seg selv (Fredriksson & Eriksson, 2003).

Fredriksson (2010, kap. 18) hevder at å lindre lidelse og bevare pasientens verdighet er grunnleggende i et omsorgsvitenskapelig perspektiv, og at samtalen har en naturlig plass der lidelsen kan formuleres og lindres. I den omsorgsfulle samtalen kan sykepleieren ved å vise respekt og ta ansvar, bidra til å styrke pasientens selvtillit og autonomi og hjelpe ham fra lidelse til helse.

Ordenes etikk må ifølge Martinsen & Eriksson (2009, s. 23) ikke overses i den hjelpende samtalen. De forklarer at det handler om å velge ord med omhu. Ord kan såre og krenke, men også gi mot og håp, derfor er det viktig å velge ord som lyser opp og uttrykker det som kan oppleves som sant og godt for pasienten.

5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN GJENNOM EN OMSORGSFULL RELASJON BIDRA TIL Å LINDRE ENSOMHET?

Gjennom lesing av pensum, faglitteratur og vitenskapelige artikler, har følgende temaer kommet frem i oppgavens teoridel:

- Å etablere og bevare en omsorgsfull relasjon
- Omsorgsrelasjonen i praktiske handlinger
- Å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet
- Å gi tid og rom for å lide
- Forsoning – veien mot den gode og naturlige ensomheten

For å svare på problemstillingen, drøftes og tolkes temaene i lys av egne erfaringer og gjeldende teori. Til slutt sammenfattes temaene, og det vises en helhetlig forståelse for problemstillingen. På denne måten har min forforståelse blitt utdypet og gitt muligheter for ny og dypere forståelse for problemstillingen.

5.1 Å etablere og bevare en omsorgsfull relasjon.

Verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet, verdighet og ansvar mener jeg bør være grunnlaget for den som vil etablere en omsorgsfull relasjon. Martinsen (1990, 92-95) appellerer til kritisk refleksjon av egne holdninger og verdier når hun mener at disse påvirker kvaliteten i relasjonen og pasientens livsmuligheter. Holdningene sykepleieren møter pasienten med, samt det håndlaget hun bruker i stell og prosedyrer, vil være påvirket av verdiene hun bærer med seg (Nortvedt 2012, s. 38).

Martinsen (1989, kap. 2) appellerer til den gyldne regel om at vi skal gjøre mot andre det vi vil at andre skal gjøre mot oss. Sykepleieren kan se for seg at rollene er byttet om og at hun kunne vært i pasientens situasjon. Når hun evner å identifisere seg med pasientens smerte, vil hun lettere kunne handle «med hjertet», ut fra sin indre forståelse om hva pasienten trenger, uavhengig av regler og rutiner (Martinsen 1990, s. 80-83). En mer personorientert tilnærming på pleien, som gir sykepleierne frihet til å handle mer ut fra hjertet uavhengig av regler og prinsipper, fremstår som ønskelig hos både sykepleiere (Näsman, Lindholm & Eriksson,

2008) og pasienter (Kirchhoff et al., 2015).

Tiltakssystemet som anvendes i hjemmesykepleien baserer seg på et stramt tidsskjema og klare rutiner, og selv har jeg erfart at det kan bli en utfordring for hjemmesykepleieren å sette av nok tid til det lille ekstra, eller samtale med pasienten utover det vedtaket sier. Arman & Rehnsfeldt (2007) hevder at for mye fokus på plikt og rutiner kan være en hindring for å lindre lidelse hos pasienten. Mitt synspunkt er at særlig i startfasen hos en ny pasient, vil det være hensiktsmessig at sykepleieren setter av ekstra tid til å etablere en omsorgsfull relasjon. Da vil god planlegging av arbeidsdagen være viktig, og kanskje kan hun delegere noe mindre viktig til en kollega.

Hjemmet sier mye om pasientens identitet, verdier og livsstil. I hjemmet er det derfor større mulighet for å se hele mennesket, ved at personlige egenskaper ofte blir mer fremtredende enn selve diagnosen. Slik jeg ser det, kan det å møte pasienten i sitt vante miljø bidra til å utvikle en nær relasjon mellom sykepleier og pasient. I en nær relasjon kan også pasientens opplevelse av ensomhet lettere kartlegges, og sykepleieren kan dermed bidra med tiltak for å lindre hans lidelse. Forskning viser betydningen av å identifisere pasientene som lider av ensomhet, og gripe inn med støtte og veiledning der det oppstår behov (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014; Hauge & Kirkevold, 2012; Kirkevold et al., 2012).

Birkeland & Flovik (2011, s. 54) hevder at pasienten kan ha store forventninger til hvilken relasjon de føler de kan etablere med hjemmesykepleieren. Det første møtet hjemme hos pasienten er derfor av betydning for å etablere en omsorgsfull relasjon. Det er viktig at sykepleieren forbereder seg ved å lese gjennom pasientens dokumentasjon, samtidig som det er like viktig at hun møter pasienten med åpenhet, uten fordommer. Ekte omsorg krever ifølge Martinsen full anerkjennelse av pasienten ut fra hans situasjon (Alvsvåg, 2010, kap. 17).

I omsorgsrelasjonen er respekt for pasienten og hans hjem av stor betydning. På bakgrunn av egen erfaring, mener jeg sykepleieren viser respekt ved å ringe på døren før hun låser seg inn, ta på seg skotrekk og hilse. Hun kan også vise respekt ved å avklare med pasienten hvor han ønsker å ha nødvendig utstyr, hvordan hjelpen skal utføres og når han ønsker besøk. Det er viktig å strekke seg for å etterkomme ønskene så langt det er mulig. Det er også viktig å spørre hva han vil ha på maten, eller hvor sterk kaffen skal være. Dette vil være med på å skape tillit og opprettholde pasientens verdighet. Eriksson (2002) fremhever respekt for menneskets absolutte verdighet som det dypeste etiske motivet i all omsorg.

Tillit er nødvendig for å etablere og bevare en god omsorgsrelasjon. Ved å komme presis til pasienten og å være pålitelig ved å huske ting hun har lovet, kan sykepleieren fremme et tillitsforhold. Tillit er ifølge Martinsen en grunnverdi i omsorgsrelasjonen og har med engasjement og innlevelse å gjøre. Hun mener sykepleieren er ansvarlig for at pasienten erfarer tillit, barmhjertighet og kjærlighet i relasjonen (Alvsvåg 2010, kap. 17). I den forbindelse kan man stille seg undrende til hvordan det er mulig å oppfylle dette store ansvaret.

Henriksen & Vetlesen (2001, s. 29) hevder at omsorg er svaret på pasientens sårbarhet. Alvsvåg (2010, kap. 17) forklarer at det handler om måten vi er tilstede i relasjonen på og måten vi utfører handlingene på. Eriksson (1995, kap. 3) legger vekt på at det utover ivaretagelsen av de rent fysiske behovene, også må ligge en sjelelig og åndelig dimensjon i pleien for at pasienten skal føle seg elsket og akseptert slik han er. I praksis tenker jeg at alt fra et vennlig blick til en hensynsfull og varsom kroppsspleie, som omfatter nærhet og berøring, kan bekrefte pasientens verdi og fremme en omsorgsfull relasjon. Det kan være å servere pasienten pent tilberedt mat, sette seg ned og lytte empatisk når han vil fortelle noe, formidle varme, vennlighet og anerkjennelse gjennom øyekontakt, tonefall og en fremoverlent kroppsholdning.

Alt det lille ekstra vi har mulighet til å gjøre for pasienten er en måte å bekrefte hans individualitet og identitet på. Å vise en slik interesse for pasienten vil jeg anta kan lette litt på hans tunge ensomhetsfølelse og virke positivt på humøret. Forskning antyder at god, personsentrert pleie og omsorg kan føre til betydelig reduksjon i opplevd ensomhet (Kirchhoff et al., 2015).

Mens god omsorg altså kan være svaret for å skape et miljø av tillit, barmhjertighet og kjærlighet, kan derimot manglende omsorg, likegyldighet og unnlåtelsessynder skape mistillit og skade relasjonen (Alvsvåg, 2010, kap. 17). Martinsen (1990, s. 67-72) mener at hvis sykepleierens interesse ikke oppleves som ekte, vil mistillit vekkes. Sykepleieren kan for eksempel vise ekte interesse ved å ta opp samtaleemner hun vet pasienten er opptatt av, spørre hvordan det gikk hos legen i går eller si noe pent om pasientens hjem. Dette kan fremme tillit og dermed en omsorgsfull relasjon. Alvsvåg (2010, kap. 17) hevder at slik omsorg kan bidra til at pasienten erfarer hva kjærlighet og barmhjertighet er, omsorg kan tenne håpet og gi næring, og kan være det som gjør at tilliten og åpenheten fremmes. Slik jeg ser det, er tillit en

forutsetning for fellesskap med andre og kan bidra til å lindre lidelse.

Den andres tillit kan misbrukes ved at sykepleieren ikke tar imot den andres utleverthet og i stedet stiller seg likegyldig til den andre. Eriksson (2009, s. 272) hevder at likegyldighet er det motsatte av kjærlighet og vil sådan være til hinder for en omsorgsfull relasjon. Hvis sykepleieren ikke har tid til å fordype seg i en samtale pasienten ønsker der og da, mener jeg hun kan bekrefte at det han ønsker å ta opp er viktig, og at hun gjerne vil avtale når hun kan komme tilbake for å snakke om det. Dette kan bidra til å bekrefte pasientens verdighet og gi ham følelsen av å bli tatt på alvor.

Fredriksson & Eriksson (2003) hevder at pasienten kan føle seg utestengt hvis sykepleieren skifter argument eller unnskylder seg med andre ting når han ønsker å snakke om sin lidelse. Pasienten kan føle seg forlatt i sin lidelse og oppleve at ingen er interessert i å samtale med ham. Slik jeg ser det, kan dette forsterke ensomhetsfølelsen hans og føre til at han kan ha vanskeligheter med å åpne seg igjen på et senere tidspunkt. Holopainen, Kasén, & Nyström (2014) antyder at mange pasienter føler seg forlatt og sier at ingen har tid eller virker interessert i å snakke om lidelsen deres. Å føle seg forlatt i sin lidelse vil ifølge Eriksson (2005, s. 46) føre til håpløshet, fortvilelse og enda mer lidelse.

Forskning viser altså at likegyldighet kan synes å være et problem i mange omsorgsrelasjoner. På den annen side kommer det også frem at mange sykepleiere lar seg berøre og er oppriktig interesserte i pasientens behov (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Halvorsrud et al., 2014; Näsman et al, 2008; Skatvedt & Andvig, 2014). Näsman et al. (2008) peker imidlertid på at noen sykepleiere kan kjenne på følelsen av utilstrekkelighet og føle redsel for engasjement og for å bli for privat. Holopainen et al. (2014) lurer på om mangel på mot kan være det egentlige problemet i mange omsorgsrelasjoner.

Martinsen (1989, s. 71) hevder at sykepleieren gjennom erfaring vil utvikle forståelse og trygghet i relasjonen med pasienten. Dette kan gi mot til å våge å være seg selv og dermed vise berørthet. Sykepleieren kan for eksempel vise at hun blir personlig berørt av pasientens sårbarhet ved å si: «det gjør meg vondt å høre at du føler deg så ensom». Slik jeg ser det, kan det å bli følelsesmessig berørt knyttes til å føle medlidenhet. Medlidenhet betyr ifølge Eriksson (2005, s. 49) «å lide sammen med» pasienten. Det innebærer å ha en følsomhet for andres smerte som gir et sterkt ønske om å forsøke å lindre den.

Holopainen et al. (2014) hevder at det i en omsorgsfull relasjon trenges modige

sykepleiere som våger å åpne døren for samvær og dypere samtale om pasientens opplevelse av ensomhet. Det betyr at de ikke er redde for å berøre og bli berørt i gjensidigheten møtet impliserer, og innebærer at de ikke trekker seg tilbake når pasienten forteller noe ubehagelig. Selv har jeg erfart at det viktigste er å ha mot til å prøve, selv om man kanskje ikke har et perfekt svar. Det er også viktig at sykepleieren tåler å kjenne på egen ensomhet i samtale med pasienten.

Eriksson (2005, s. 45; 2009, s. 65-66) skriver at å forsøke å lindre et medmenneskes lidelse betyr å ha mot til å være medaktør i lidelsen, å ha mot til å forandre noe i omsorgssituasjonen for pasientens beste. For å kunne gjennomføre en slik endring, mener jeg at han selv må ønske det. Selv har jeg erfart at for å oppnå en god relasjon til pasienten, har det betydning å gi ham mulighet til å velge om han for eksempel ønsker hjelp til stell eller ikke. Samtidig fremhever Martinsen (1989, s. 17) viktigheten av å bruke skjønn for å overveie handlingsalternativer, slik at det gagnar den enkelte mest mulig. Hun forsvarer derfor begrepet svak paternalisme, som forutsetter at vi vet hva som er til beste for den andre og handler ut fra det, men samtidig viser en sensitivitet i relasjonen slik at begge parter blir deltakere (Martinsen, 1990, s. 92-95).

Sykepleieren kan vise faglig autoritet ved å ta avgjørelser for pasientens beste når han ikke klarer det selv. Forskning viser at pasienten som lider av ensomhet ofte blir tiltaksløs, mangler kraft og initiativ og er ute av stand til å overvinne situasjonen på egen hånd (Hauge & Kirkevold, 2012). Det mener jeg kan føre til at han avslår tjenester han virkelig trenger. Sykepleieren kan for eksempel vise faglig autoritet ved å være vennlig, men litt bestemt og si: «i dag hjelper jeg deg slik at du får deg en dusj», «nå går vi en liten tur» eller «nå lager jeg en god middag til deg». En slik «vennlighetsinnset pågåenhet», som belyses hos Skatvedt & Andvig (2014, s. 70), kan ifølge forfatterne oppfattes som omsorg, omtanke og bekreftelse. Pasienten kan da oppleve at sykepleieren virkelig bryr seg. Alvsvåg (2010, kap. 17) konkluderer sådan med at vi kan gjøre en forskjell i hverandres liv ved måten vi griper inn eller forholder oss passive på.

5.2 Omsorgsrelasjonen i praktiske handlinger.

Martinsen (1989, s. 15-16), er opptatt av å vise pasienten omsorg gjennom konkrete, praktiske handlinger. Dette mener jeg vil bidra til å styrke og utvikle omsorgsrelasjonen. Å synes synd

på pasienten kan betraktes som føleri, og er ifølge Martinsen (1990, s. 61-97) ikke tilstrekkelig. Medfølelsen pasienten vekker hos sykepleieren kan derimot bevege henne til betingelsesløs handling. Det er derfor av betydning å handle praktisk for pasienten.

Eriksson (1995, kap. 3) er talskvinne for en betingelsesløs pleie i form av konkrete handlinger som dekker pasientens fysiske behov. Slik jeg ser det, betyr det blant annet å sørge for at pasienten er ren, velstelt og får i seg næringsrik mat. I tillegg ser Eriksson (1995, kap. 3) en eksistensiell dimensjon i pleien, og mener at god pleie er en konkret kjærlighetsgjerning, en måte å bekrefte den andres eksistens på. Gjennom betingelsesløs pleie kan pasienten oppleve å bli elsket og akseptert slik han er, uavhengig av sine handlinger. Slik blir hans individualitet og identitet bekreftet (Eriksson, 1995, kap. 3). Å ivareta pasientens behov for fysisk omsorg på den måten Eriksson beskriver, mener jeg også er å ivareta pasientens verdighet.

Birkeland & Flovik (2011, s. 28) sier at praktisk omsorg i hjemmet utover de rent pleiemessige behovene også kan bestå av å sette seg ned og prate med pasienten, finne frem litt kaffe, gi en klem eller lignende. Slike små hverdagshandlinger viser at sykepleieren bryr seg om pasienten. Forskning viser at små samtaler om dagligdagse emner eller litt praktisk bistand i huset kan skape mer hygge for pasienten (Halvorsrud et al., 2014).

Selv har jeg erfart hvordan pasienten sitter og venter på hjemmesykepleierens besøk. Det at en strekker seg utover det som er forventet og gjør mer enn bare rutinene i vedtaket, beskriver Arman & Rehnsfeldt (2007) som «det lille ekstra». De små, symbolske handlingene kan bygge bro, gi håp, bevare verdighet og forvandle pasientens opplevelse fra å føle seg avhumanisert til å føle seg trøstet og verdifull. Rent praktisk kan det bety at sykepleieren tar inn avisen eller posten for pasienten, går ut med søppelposen, skifter en lyspære, rer opp sengen og lufter soverommet, selv om det kanskje ikke står inkludert i vedtaket.

Sykepleieren kan for eksempel kommentere håndarbeid pasienten driver med eller har laget, og si at hun synes den broderte duken hans er så fin. Selv har jeg erfart at dette har vært inngangsporten til dypere samtale. Hos andre pasienter kan det henge bilder på veggene som bare venter på en kommentar eller et spørsmål fra hjemmesykepleieren for å inspirere pasienten til å fortelle om sitt liv. Grov (2014, s. 530) mener at å leve seg tilbake i tid og minner kan lette sinnsstemningen hos eldre. Hauge (2014, kap. 19) hevder at å snakke om sin egen livshistorie kan virke identitetsskapende for pasienten. Slik jeg ser det, kan det å lytte til

pasientens fortelling hjelpe sykepleieren å se ham som en unik person, da fortiden er med på å skape et helhetlig og sammenhengende bilde av livet hans. Å dele gode minner i fellesskap med sykepleieren mener jeg derfor kan bidra til å lindre følelsen av ensomhet.

Hvis sykepleieren i tillegg husker ting pasienten har fortalt henne tidligere og nevner noe om det, vil dette etter min mening ytterligere bekrefte pasienten og gi ham følelsen av å være betydningsfull. Det kan for eksempel være at pasienten ble operert forrige uke, eller en reise han skulle på, og da vil det virke bekræftende å bli spurt om hvordan det gikk. Forskning viser at «det lille ekstra» også kan bety å motivere pasienten til å søke utvidete vedtak som dagsenter eller støttesamtaler (Halvorsrud et al., 2014). Sykepleieren har et ansvar for å hjelpe pasienten praktisk ved for eksempel å etablere kontakt med dagsenter.

Skatvedt & Andvig (2014) kommer frem til at svært enkle tiltak som hverdagsprat med hjemmesykepleieren vektlegges med stort potensiale, da det i seg selv lett skaper trygge rammer og et tillitsfullt forhold. Hverdagsprat kan være å prate om vær og vind, nyheter og ting som skjer lokalt. Arman & Rehnsfeldt (2007) konkluderer med at «det lille ekstra» kan lindre lidelse. Å gjøre «det lille ekstra» for pasienten innehar en kraft i form av sykepleierens nestekjærlighet og barmhjertighet som ivaretar hans verdighet og får ham til å føle seg verdifull.

Berøring mener jeg er en annen måte å bekrefte pasientens verdighet på. Det kan være en måte å skape inngang til en dypere, mer tillitsfull relasjon. Eriksson (1995, kap. 3) skriver at berøring inngår som et viktig element i pleien, og at mennesket har behov for berøring. Berøringen kan skje ved direkte hudkontakt, men også gjennom øyekontakt eller ved å stå nær den andre. Hun viser til at litteraturen omtaler mange eksempler på berøringens positive effekt på pasienter med uro, angst og smerte. Slik jeg ser det, er det viktig at sykepleieren våger å gå utover det ferdig formulerte og vise mer spontanitet, varme og kjærlighet. Sykepleieren kan vise at hun virkelig bryr seg om den andre ved for eksempel å holde en hånd. Selv har jeg erfart at flere eldre pasienter spontant tar hånden min mens de forteller meg noe. Det tror jeg gir oss begge en følelse av fellesskap.

Brodtkorb (2014, kap. 13) mener fysisk berøring er et grunnleggende behov hos mennesket. Hun hevder at spesielt i stellet av eldre er berøring en viktig kommunikasjonsform som egner seg godt til å vise følelser som sympati og trøst, og at de aller fleste vil ha glede av berøring. Sykepleieren kan for eksempel smøre bena med fuktighetskrem om kvelden og

bruke noen ekstra minutter på å massere føttene og leggene. Dette kan bidra til å gi økt velvære for pasienten. Det gjelder å være sensitiv, varsom og prøve seg frem etterhvert som man blir kjent med pasienten. Min erfaring er imidlertid at de aller fleste pasientene ønsker den intimiteten berøringen gir når det faller seg naturlig.

Kristoffersen, Breievne & Nortvedt (2011) understreker også betydningen av berøring når de hevder at det virker kontaktskapende, gir velvære og formidler omsorg og nærhet. Samtidig styrker berøring pasientens egenverd, ved at pleieren vier ham sin oppmerksomhet og bruker tid på ham. Slik jeg ser det, kan berøring være hensiktsmessig for å styrke en omsorgsfull relasjon og dermed bidra til å lindre ensomhet.

5.3 Å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet.

Ved å gi pasienten mulighet til å få utløp for sine følelser og fortelle om sin ensomhet, mener jeg sykepleieren bidrar til å bekrefte hans lidelse. Forskning viser at eldre, aleneboende pasienter i hjemmesykepleien ofte er preget av sosiale tap og sykdom som kan medføre sorg, savn og ensomhet (Birkeland, 2013). Det kommer frem at pasienten lengter etter noen de kan snakke med lidelsen sin om, noen som er sterke nok til å bli hos dem og føre en samtale om liv, død, mening og skjebne (Holopainen et al., 2014).

For å oppnå forståelse av pasientens situasjon, mener jeg sykepleieren må stille seg åpen for pasientens fortelling. Fredriksson & Eriksson (2003) fremhever viktigheten av at pasienten får fortelle sin historie om hvorfor han kjenner seg så ensom. Han må få mulighet til å fortelle om sine følelser og opplevelser. I motsatt fall kan han oppleve at hans individualitet og verdighet blir krenket, noe som kan styrke følelsen av skam. Sykepleieren må lytte og få forståelse for hvordan pasienten opplever den vonde ensomheten (Fredriksson & Eriksson, 2003). Når hun har levd seg inn i pasientens følelser, kan hun bekrefte at hun har forstått ved å gi en tilbakemelding som tydeliggjør denne forståelsen (Eide & Eide, 2007, s. 226).

Pasienten kan ha vært ensom over tid, uten å ha fortalt om det til noen (Birkeland & Flovik, 2011, s. 69). Å være ensom forbindes med skam og nederlag, og mange har kanskje ønsket å skjule sin ensomhet (Birkeland, 2013; Halvorsen, 2005, s.16; Nilsson, 2004; Nilsson, 2007). Når pasienten skammer seg over ensomheten sin, kan han ha vanskeligheter med å finne ord, han kan være redd for dømmende holdninger og ha vært opptatt av å skjule sin opplevde mislykkethet. Dette krever at sykepleieren viser respekt og at hun godtar og

anerkjenner det han forteller, uten å være dømmende på noen måte. Kristoffersen & Nortvedt (2011, kap. 3) understreker at sykepleierens empati ofte er avgjørende for at pasienten opplever seg ivaretatt. Det er viktig at sykepleieren viser tålmodighet, lytter aktivt uten å avbryte, men derimot er oppmuntrende og viser engasjement og innlevelse. Dette kan bidra til å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet.

Rehnsfeldt (2010, s. 95) viser at det å bli sett som menneske er viktig for opplevelsen av helse. Slik jeg ser det, kan sykepleierens tilstedeværelse innebære situasjoner som mangler ord, men hvor hun kan formidle med sin holdning: «jeg er her for deg». Å ha et medmenneske å dele sine følelser og opplevelser med, kan i seg selv bidra til at pasienten opplever støtte og føler at han ikke bærer byrden helt alene. «Delt lidelse er lindret lidelse», hevder Fredriksson (2010, s. 359).

Evnen til å lytte aktivt er ifølge Eide & Eide (2007, s. 23) essensielt i en hjelpende samtale. Slik jeg ser det, er et mål med aktiv lytting å forsøke å leve seg inn i det som foregår i pasientens følelsesliv for å fange opp hva vedkommende egentlig har behov for. Sykepleieren kan imidlertid komme til å bekymre seg for hva hun skal svare, og hun kan bli mer opptatt av å si noe feil enn å lytte. Det kan også være en hektisk dag som gir begrenset tid til samtalen. Da synes jeg sykepleieren bør avtale med pasienten når det snarest passer å snakke sammen, og sette av god tid til samtalen. Å lytte krever ifølge Fredriksson (2010, s. 354) stillhet og konsentrasjon, tid og rom. Det innebærer at sykepleieren lytter uten å absorberes av egne følelser, men først konsentrerer seg om å tolke og forstå pasienten.

Eide & Eide (2007, s. 23) hevder at å lytte til pasienten uttrykkes både gjennom verbal og nonverbal atferd under samtalen. Gjennom blikk, kroppsholdning og verbale oppmuntringer, viser sykepleieren at hun er deltakende og engasjert. God øyekontakt kan virke bekreftende på pasienten. Verbal oppmuntring gis for eksempel når sykepleieren bekrefter pasienten ved å si: «Jeg forstår at dette er vanskelig for deg», «din kones død må ha vært et stort tap. Jeg skjønner godt hvordan det har endret din tilværelse». Det mener jeg kan inspirere pasienten til videre fortelling og forsikre ham om at sykepleieren ser og forstår. Denne form for aktiv lytting og bekreftelse vil ifølge Eriksson (2005, s. 46) trøste pasienten og forsikre ham om at hun er der ved hans side. Å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet styrker derfor relasjonen og formidler nærhet og omsorg.

5.4 Å gi tid og rom for å lide.

Når en tillitsrelasjon er oppnådd, skapes det rom for at både pasienten og sykepleieren kan åpne seg for den dypere, eksistensielle samtalen som kan bidra til å lindre pasientens ensomhet. Eriksson (2005, s. 46) legger vekt på at pasienten må gis tid og rom til å lide. Sykepleieren må ta seg tid til å la pasienten fortelle om sine følelser, og på ingen måte forsøke å bortforklare eller finne andre årsaker til lidelsen. Det vil bety å frarøve pasienten mulighet til å lide, og kan føre til fortvilelse. I fortvilelsen blir håpet borte (Eriksson, 2005, s. 46).

Jeg ser derfor hvilket stort ansvar sykepleieren har for å ta seg tid til å være ekstra mye tilstede, vise sympati og medfølelse, berolige og trøste når pasientens opplevelse av ensomhet er i ferd med å gå over til fortvilelse og håpløshet. Forskning viser at pasienter som lider av ensomhet understreker betydningen av god tid og evne til nærhet hos sykepleieren (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Holopainen et al., 2014; Kirchhoff et al., 2015; Skatvedt & Andvig, 2014).

Min erfaring er at det hos pasienten kan oppstå en rekke spørsmål og tanker det kan være vanskelig å finne svar på, og som det krever tid for å bearbeide. Det kan være tanker som “hvorfors skulle jeg miste min kone så tidlig?” eller “hvorfors skulle akkurat jeg få denne sykdommen som tar fra meg kreftene?” Ifølge Eide & Eide (2007, s.166) kan alvorlige livshendelser som sykdom, dødsfall, tap eller andre store endringer i ens liv føre til tap av mening og sammenheng. Fredriksson (2010, kap. 18) mener at pasienten gjennom å fortelle kan skape forståelse for sin egen lidelse. Sykepleieren kan hjelpe pasienten å formulere problemet og gi det nyanse og perspektiv. Hun kan for eksempel spørre ham om når han begynte å kjenne på den vonde ensomheten, og hvordan følelsen har utviklet seg over tid. Hun kan stille pasienten åpne spørsmål som for eksempel «hvordan har du opplevd livet etter at konen din ble borte?», «kan du utdype dette?», «hva savner du mest i livet ditt nå?», «hvilke muligheter tenker du kan dekke dette savnet?»

Åpne spørsmål er ifølge Eide & Eide (2007, s. 276) utforskende og inviterer pasienten til å komme med egne følelser, tanker og opplevelser. Det betyr at sykepleieren må stille seg åpen og aksepterende for hva han svarer. Slik jeg ser det, kreves det både kreativitet, intuisjon og mot av sykepleieren å gå inn i en slik samtale. Sykepleieren skal formidle kunnskap, skape motivasjon og engasjere pasienten til et nytt perspektiv på ensomheten, samtidig som hun skal hjelpe ham til å reflektere over sin situasjon. Det har betydning at sykepleieren gjør pasienten

delaktig og aktiv i sin egen lindring. Det betyr at hun legger vekt på å gi ham tid og rom til å uttrykke tanker og følelser.

Eide & Eide (2007, kap. 7) mener at stemme, ansiktsuttrykk og kroppsholdning er noe sykepleieren bør være seg bevisst under samtalen. En rolig, avslappet tone og det å sitte lett fremoverlent vendt mot pasienten, signaliserer oppmerksomhet og interesse og overfører ro. Martinsen & Eriksson (2009, s. 23) er opptatt av å velge ord med omhu, slik at sykepleieren formidler mot og håp og passer på ikke å krenke pasienten. For å signalisere interesse og invitere til fordypning av temaet pasienten snakker om, kan hun ifølge Eide & Eide (2007, s. 225) gjenta nøkkelord pasienten selv bruker.

Med tanke på veien videre, har jeg selv erfart at fokus på ord som illustrerer det positive og gode gir håp og hjelper å visualisere. Ved å henvise til for eksempel en hobby pasienten hadde, kan sykepleieren skape engasjement med ord som “spennende”, “morsomt”, “interessant”, “aktivitet”. Hun kan rose pasienten for noe han har gjort, eller beskrive noe som gjør henne selv glad. Hun kan få ham til å reflektere over noe han kan være takknemlig for, noe vakkert i naturen, eller vise fellesskap med ham ved å bruke ord som “vi”, “oss”, “sammen”. Slike ord mener jeg vinkler mot en positiv tankegang og kan skape forventninger og håp hos pasienten. Slik jeg forstår det, kan dette bidra til å lindre pasientens opplevelse av ensomhet. På samme måte er det hensiktsmessig å unngå ord som kan gi negative assosiasjoner.

Å gi pasienten tid og rom for å lide kan være en utfordring for hjemmesykepleieren. Hun arbeider i et hardt presset helsevesen som er opptatt av kostnadsbesparelser og effektivitet. Jeg stiller meg spørrende til hvordan sykepleieren med stadig mindre tid til rådighet skal klare å leve opp til kravet om den helhetlige omsorgen pasienten har krav på (jfr. Forskrift om en verdig eldreomsorg, 2010; NSF, 2011).

Forskning viser at mangel på tid blir sett på som hindringer for omsorg (Holopainen et al., 2014; Kirchhoff et al., 2015; Näsman et al., 2008; Skatvedt & Andvig, 2014). I en norsk studie rapporterer halvparten av hjemmesykepleierne at tiden ikke strekker til for å dekke den enkelte pasients behov (Halvorsrud et al., 2014). Martinsen (1990, s. 90) mener en tidsstruktur som fremmer oppgaveorientering gjør omsorg og tillit vanskelig, det vil hindre oss i å ta imot den andres utleverthet. «Travelhet er ødeleggende krefter for menneskelig

samvær», hevder Martinsen (2005, s. 43). Dette støttes av Eriksson (2009, s. 172), som mener at det kan være lett å miste motet i møte med en omsorgskultur der man stadig må gi avkall på de grunnverdier man tror på.

5.5 Forsoning – veien mot den gode og naturlige ensomheten.

Fredriksson (2010, kap. 18) mener at sykepleieren gjennom den omsorgsfulle samtalen kan bidra til å styrke pasientens selvtillit og autonomi og hjelpe ham fra lidelse til helse. Dette kan ses i sammenheng med veien mot forsoning (jfr. Eriksson, 2005, s. 46), som i denne sammenheng innebærer veien fra lidelse mot den naturlige og gode ensomheten.

Nilsson (2007, s. 53) ser mulighetene i pasientens savn og ensomhet, da hun mener at lidelse er knyttet til lindring. Det samme hevder Eriksson (2005, s. 45), og advarer samtidig mot å sykeliggjøre lidelsen, da dette vil frata pasienten muligheten til å lindre sin lidelse og dermed mulighetene til vekst, utvikling og forsoning. Som Nilsson (2010, kap. 8) hevder, er ensomheten altså ikke noe sykt, men noe mennesket bærer i seg. Å gjøre pasienten bevisst på at ensomheten er en naturlig del av det å være menneske og få ham til å reflektere over det, mener jeg kan føre til at pasientens følelse av skam ikke vil bli så fremtredende.

Mens pasienten forteller om sitt liv, sine følelser og opplevelser, kan sykepleieren hjelpe ham å sortere tankene sine slik at han ser en mening og et potensiale. Eriksson (2005, s. 46) viser hvordan pasienten kan oppleve mening i lidelsen når han opplever helhet og sammenheng, og at det kan hjelpe ham å forsones med lidelsen. Potensialet som ligger i en slik forsoning innebærer å se de positive aspektene ved den naturlige, ontologiske ensomheten – den gode ensomheten.

Det vil ifølge Fredriksson (2010, kap. 18) innebære at pasienten lar fasaden han hittil har gjemt seg bak, briste. Det vil åpne for at pasienten kan forsones med at livet også innebærer ensomhet. Forsoningen vil ifølge Eriksson (2005, s. 46) bety at pasienten innser at noe har gått tapt og livet er endret, og at han godtar det. Samtidig vil forsoningen åpne for håp og nye muligheter. Mitt synspunkt er at når pasienten har kommet til dette vendepunktet, må sykepleieren ikke lenger dvele ved det triste og negative, men hjelpe ham å se veien videre. Fredriksson (2010, kap. 18) hevder at målet med fortellingen er hva pasienten kan lære av den.

Både Fredriksson & Eriksson (2003) og Alvsvåg (2010, kap. 17) advarer mot en potensielt uetisk relasjon der sykepleieren står i en maktposisjon i forhold til den sårbare pasienten. Fredriksson (2010, kap. 18) fremhever viktigheten av at sykepleieren ikke forteller pasienten hvordan han skal leve sitt liv. Det er det pasienten selv som skal komme frem til. Slik jeg ser det, har sykepleieren muligheter for å legge til rette og skape forutsetninger for at pasienten selv kan forandre sin situasjon.

Smebye & Helgesen (2011, kap. 20) knytter den smertefulle ensomheten til savn etter menneskelig kontakt. Martinsen (1989, s. 69) vektlegger fellesskapet som en grunnstruktur ved mennesket. Forskning peker på at god kvalitet på pasientens relasjoner kan føre til betydelig reduksjon i opplevd ensomhet, og synliggjør betydningen av en nettverksorientert sykepleie i hjemmesykepleien (Kirchhoff et al., 2015). Derfor mener jeg at det er en viktig sykepleieoppgave å følge opp og hjelpe pasienten i gang med å etablere nye kontakter.

Pasienten kan imidlertid på grunn av helseproblemer ha problemer med å komme seg ut på egen hånd, noe som gir et fattigere sosialt liv og vanskeligheter med å stifte nye bekjenskaper. Sykepleieren kan for eksempel motivere pasienten til å ta imot tilbud om dagsenter med tilrettelagt transport. Der vil han kunne møte likesinnede med felles interesser. Selv har jeg erfart at pasienter har gitt uttrykk for større livsglede etter at de har tatt mot til seg og begynt på dagsenteret.

Eriksson (1995, kap. 3) beskriver leken som et naturlig atferdsmønster hele livet, og mener den også burde være et naturlig innslag i profesjonell omsorg. Hun mener at leken fremmer utvikling og grupperelasjoner, den er et uttrykk for glede og livslust og gir rom for hvile og rekreasjon. Caspari (2009, kap. 1) hevder at mennesket streber etter lykke og glede og helst flykter fra det triste og tunge. Hun viser til forskning som sier at en god latter beskytter hjertet, og at humor har en gunstig, livsforlengende virkning. Ifølge forfatteren er det under lek sannsynlig at sorger og bekymringer i forbindelse med sykdom kommer i bakgrunnen for en stund. Hun fremhever også menneskets behov for kunst og estetiske opplevelser. Ut fra det jeg selv har observert, mener jeg at pasienten kan oppleve lek og glede gjennom aktiviteter på dagsenteret. Dette kan føre til redusert følelse av ensomhet.

Ranhoff (2014, s. 165) fremhever betydningen av at sykepleieren hjelper pasienten til omstilling og til å se kvaliteter ved alderdommen. Ut fra egen erfaring, mener jeg det er viktig

å oppmuntre pasienten til å drive med meningsfulle interesser og aktiviteter han liker. Det kan være håndarbeid, matlaging, å spille et instrument, å lytte til musikk, lydbøker eller å gå turer. Slike aktiviteter kan gi ham mening i hverdagen og gjøre at han etterhvert begynner å trives i sitt eget selskap. Da er han på vei fra den vonde til den gode ensomheten.

6.0 HELHETLIG FORSTÅELSE – Å BEVARE PASIENTENS VERDIGHET

Gjennom tolkning og forståelse av temaene, viser denne oppgaven at å lindre pasientens ensomhet i en omsorgsfull relasjon, innebærer å bevare pasientens verdighet. Verdighet omfatter retten til å bli bekreftet som et unikt menneske. Retten til denne grunnleggende verdigheten er absolutt, gjelder uansett ytre forhold, og er gitt kun i egenskap av å være menneske. Følelsen av utilstrekkelighet, mindreverdighet og skam kan oppstå når mennesket fratras denne retten (Gustin 2010, kap. 11).

Ensomhet er noe naturlig og iboende i alle mennesker og således ingen sykdom (Nilsson, 2010, kap. 8). Å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet betyr derfor samtidig å bekrefte ham som menneske og derfor å bevare hans verdighet.

Mange trives i sitt eget selskap når de opplever tap av sine kjære, og opprettholder meningsfylte aktiviteter. Andre føler seg derimot fanget i sin smertefulle ensomhet, de føler seg mindre verdifulle, mangler kraft og initiativ og er ute av stand til å komme seg ut av situasjonen alene (Hauge & Kirkevold, 2012). Pasienten som lider av ensomhet er ofte fylt av savn og lengsel etter menneskelig kontakt (Smebye & Helgesen (2011, kap. 20). Både omsorgsvitenskapelig litteratur og vitenskapelige artikler viser at ensomhet er et underrapportert problem, da det er sosialt uønsket og knyttet til følelsen av skam og mindreverdighet (Birkeland, 2013; Halvorsen 2005, s.16; Nilsson 2004; Nilsson, 2007). Forskning viser derfor at det er viktig for sykepleieren å være bevisst på å fange opp tegn på at pasienten lider av ensomhet, slik at hun kan gi ham den omsorgen og støtten han har behov for (Birkeland, 2013; Halvorsrud et al., 2014; Hauge & Kirkevold, 2012; Kirkevold et al., 2012). Dette innebærer å bevare pasientens verdighet.

Hvis sykepleieren skal lykkes med å lindre pasientens ensomhet, må hun ha en etisk grunnholdning og bevissthet om egne verdier (Martinsen, 1990, 92-95). Hun må ha en mening om hvordan hun vil etablere en omsorgsfull relasjon. At sykepleieren strekker seg utover regler og rutiner og prioriterer «det lille ekstra», kan ha stor betydning for å bevare pasientens verdighet og dermed skape en tillitsfull relasjon (Skatvedt & Andvig, 2014). Slik jeg ser det, kan en relasjon som bygger på tillit og verdighet åpne opp for dypere samtale. Dette krever at sykepleieren viser mot, ekte engasjement og empati.

Fredriksson (2010, kap. 18) fremhever hvor viktig det er å la pasienten få fortelle om sin

ensomhet, og sammen med sykepleieren reflektere over hvordan den har oppstått og utviklet seg. Hun kan hjelpe ham med å allmenngjøre ensomhet som fenomen og skape bevissthet om at det er en naturlig del av det å være menneske. Det kan lette på byrden og gjøre at følelsen av skam blir borte eller redusert. Dermed bidrar sykepleieren til å bevare pasientens verdighet. Pasienten kan innse at livet ikke blir som før, men bevisstheten rundt egne følelser kan åpne opp for forsoning med ensomheten. Forsoningen kan hjelpe å se nye perspektiver ved livet og kanskje gi mot til å søke kontakt med andre.

7.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg valgt et omsorgsvitenskapelig perspektiv. Omsorg er en overordnet verdi i sykepleien og har gitt føringer for denne oppgavens innhold og struktur. Oppgaven har bidratt til dypere forståelse for temaet. Å lindre ensomhet i en omsorgsfull relasjon innebærer å bevare pasientens verdighet. Dette har etisk betydning i sykepleien. Etikkens kjerne ligger i å bevare det unike ved pasienten og har vært av gjennomgående interesse for meg i arbeidet med temaet i hele oppgaven. Grunnleggende omsorgsverdier og praktiske handlinger synes å være av største betydning for å skape en tillitsfull relasjon. Ved å bekrefte pasientens opplevelse av ensomhet, gi ham tid og rom for å lide og hjelpe ham mot forsoning og nye muligheter, kan sykepleieren bidra til å lindre hans ensomhet.

LITTERATURLISTE

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little Extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics* 14 (3): 372-386.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning* 8 (2): 116-122. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetenes arena. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Caspari, S. (2009). *Eстетikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dommerud, T. (2016, 10. november). *Etikkrådet: Ensomhet hos eldre er helsevesenets ansvar*. Hentet 22. mars 2017 fra <http://www.aftenposten.no/norge/Etikkradet-Ensomhet-hos-eldre-er-helsevesenets-ansvar-608405b.html>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Katie Eriksson och Liber Utbildning AB.
- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1): 61-65.
- Eriksson, K. (2005). *Det lidende menneske*. Oslo: Pensumtjeneste AS.

- Eriksson, K. (2009). Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I Martinsen, K. & Eriksson, K. (Red.), *Å se og å innse: Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe AS.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2009). Vårdvetenskap som caring science [Caring science as caring science]. *Pro Terveys*, 4, 9-13.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Fredriksson, L. (2010). Att vårda i samtal – kommunikative aspekter på lidande och vårdande. I Gustin, L.W. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fredriksson, L. & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics* 10 (2): 138-148.
- Gautun, H., Øien H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende* (NOVA Rapport nr. 6/2016). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>
- Graff, T. J. (2015, 29. januar). *Vi må forsvare oss selv og pasientene*. Hentet 22. mars 2017 fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Vi-ma-forsvare-oss-selv-og-pasientene-65732b.html>
- Grov, E. K., (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gustin, L. W. (2010). Att balansera mellan värdighet och skam. I Gustin, L.W. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L.G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning* 9(3): 244-250.
doi:10.4220/sykepleienf.2014.0133
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. & Kirkevold, M. (2012). Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26(3): 553-560. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00965.x
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2001). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. (2014). The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28(1):186-92.
doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x.
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2016, oppdatert 17/5/2017). *Programplan for Bachelorstudium i sykepleie*. Hentet fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Sandvika/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-2016>
- Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A. & Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3): 266-282.
- Kirkevold, M., Moyle, W. Wilkinson, C., Meyer, J. & Hauge, S. (2012). Facing the challenge of adapting to a life «alone» in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2): 394-403. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06018.x.
- Kjølrsrud, E. S. (2016, oppdatert 6/1/2017). *Av og til helbrede, ofte lindre, men alltid trøste?* Hentet 22. mars 2017 fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/10/av-og-til-helbrede-ofte-lindre-men-alltid-troste>

- Kristoffersen, N. J., Breievne G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano AS.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, K. (Red.), *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). Å se og å innse. I Martinsen, K. & Eriksson, K. (Red.), *Å se og å innse: Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe AS.
- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen--mestring-og-muligheter/id2403403/>
- Moe, A. (2013). *Jeg vil leve til jeg dør* (Doktorgradsavhandling, Institutionen för Hälsövetenskap, Mittuniversitetet, Sverige). Hentet fra <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:599884/FULLTEXT01.pdf>
- Näsman, Y., Lindholm, L. & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik – vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande. *Vård i Norden*, 28(2):50-52.
doi:[10.1177/010740830802800212](https://doi.org/10.1177/010740830802800212)

- Nilsson, B. (2004). *Savnets tone i ensomhetens melodi: Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. (Doktorgradsavhandling). Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet: Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg: «Når horisonter møtes»*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Nilsson, B. (2010). Saknadens ton i ensamhetens melodi – ensamhet hos personer med allvarlig psykisk ohälsa. I Gustin, L.W. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nilsson, B. (2012). Ensamhet. I Gustin, L.W. og Bergbom, I. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2015). *Selvstendighet, verdighet og trygghet – en helsepolitikk for morgendagens eldre*. Hentet fra <http://files.nsf.no/fag/index.html>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oppland Arbeiderblad. (2016, 23. august). *Tidspress og evig dårlig samvittighet for helsearbeidere*. Hentet 22. mars 2017 fra <https://www.oa.no/debatt/helsevesen/sykepleie/tidspress-og-evig-darlig-samvittighet-for-helsearbeidere/o/5-35-312238>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)
- Prytz, C. F. (1978). *Dikt om kjærlighet på godt og vondt*. Oslo: Cappelen.
- Ranhoff, A.H., (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rehnsfeldt, A. (2010). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I Gustin, L.W. (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1): 64-70.
doi:10.4220/sykepleienf.2014.0034
- Smebye, K. L., Helgesen, A.K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2016a, 21. juni). *Befolkningsframskrivinger, 2016-2100*. Hentet 22. mars 2017 fra <https://www.ssb.no/folkfram/>
- Statistisk sentralbyrå (2016b, oppdatert 28. mars 2017) *Nøkkeltall for helse*. Hentet 22. mars 2017 fra <https://www.ssb.no/helse/nokkeltall>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i Akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 – tabell over 10 vitenskapelige artikler

Forfatter/ år/tidsskrift/tittel	Hensikt	Metode	Resultat
Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007) Nursing Ethics «The 'Little Extra' that alleviates suffering»	Finne kliniske, empiriske indikasjoner på god omsorg og undersøke hva den ideelle sykepleien skal inneholde i praksis.	Kvalitativ, hermeneutisk design. Intervjuer med sykepleiere, sykepleiestudenter og tidligere pasienter. Fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk tolkning av dataene.	Den ideelle sykepleien er: Sykepleierne: å se hele mennesket, vise respekt og være villig til å gi «det lille ekstra». Studentene: å anerkjenne og bli berørt av pasientens situasjon som medmenneske, og gi individuell omsorg etter pasientens behov. Pasientene: at omsorgspersonen ser deg som person, ikke som en diagnose. <u>Kliniske implikasjoner:</u> "symbolske handlinger" som å gi det lille ekstra kan bygge bro, gi håp, bevare verdighet og få pasienter til å føle seg verdifulle.
Birkeland, A. (2013) Sykepleien Forskning «Eldre, ensomhet og hjemmesykepleien»	Få økt kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen aleneboende pasienter som mottar hjemmesykepleie befinner seg i	Kvalitativt design. Individuelle, kvalitative forskningsintervjuer av eldre aleneboende, og fokusgruppeintervjuer av sykepleiere i hjemmesykepleien.	Den sosiale situasjonen til pasientene er preget av en rekke forhold, inkludert sosiale tap og alvorlig sykdom. Ensomhet ble verken av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem. Selve begrepet er imidlertid ofte preget av taushet og tvetydighet, noe som kan føre til feiltolkninger av pasientens sosiale situasjon og at psykososiale behov overses. <u>Kliniske implikasjoner:</u> Større bevissthet og kunnskap om pasientenes psykososiale situasjon og behov kan legge grunnlag for tiltak som kan bedre den sosiale situasjonen for ensomme pasienter.
Fredriksson, L. & Eriksson, K. (2003) Nursing Ethics «The ethics of the caring conversation»	Utforske det etiske grunnlaget for den omsorgsfulle samtalen.	Litteraturstudie basert på Paul Ricoeurs filosofi.	Relasjonen mellom sykepleier og pasient er assymetrisk og potensielt utisk, da lidelsen gjør pasienten passiv i forhold til sin egen helse, og sykepleieren derfor kan få makt over pasienten. <u>Kliniske implikasjoner:</u> En utfordring for sykepleieren er ikke å utnytte assymetrien i relasjonen til å utøve makt overfor pasienten, men balansere assymetrien med gjensidighet og vise barmhjertighet, slik at den lidende kan gjenvinne selvtillit og få et godt liv.
Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L.G. (2014) Sykepleien Forskning «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten»	Bidra til kunnskap om hvordan hjemme-sykepleieren beskriver den nedstemte pasienten, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen innen hjemmesykepleierens handlingsrom.	Kvalitativt beskrivende design. Semistrukturerte intervjuer av 10 hjemmesykepleiere i alderen 30-56 år med åtte åpne spørsmål.	Hjemmesykepleieren identifiserer nedstemte pasienter ved å se etter endringer i pasientens vante mønster. Hun iverksetter ulike tiltak som beskrives som «det lille ekstra» (samtale, praktisk hjelp, bidra til utvidete vedtak som dagsenter eller støttesamtaler). <u>Kliniske implikasjoner:</u> Det er behov for systematisk kartlegging av pasienter med depressive symptomer for å kunne iverksette tiltak.

<p>Hauge, S. & Kirkevold, M. (2012)</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>„Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness“</p>	<p>Beskrive hvordan de eldre opplever ensomhet, samt utforske variasjonene i hvordan ensomheten oppleves.</p>	<p>Kvalitativt, hermeneutisk design.</p> <p>Intervjuer av 30 eldre personer med variasjoner i alder, kjønn, helsestatus, boforhold og sivil status. 12 intervjuer ble valgt ut til analysering.</p>	<p>Ensomhet oppleves meget individuelt fra person til person. Noen takler ensomheten lett, og forbinder den med å føle seg unik og verdifull, noe som gir kraft og energi. Andre føler seg derimot fanget i sin smertefulle ensomhet, de føler seg mindre verdifulle, mangler kraft og initiativ og er ute av stand til å overvinne situasjonen på egen hånd.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> For noen eldre er opplevelsen av ensomhet så alvorlig at de har akutt behov for hjelp til å håndtere situasjonen sin. Andre kan være i fare for å utvikle en slik ensomhet. Helsepersonell må identifisere denne pasientgruppen og gripe inn med støtte der det oppstår behov.</p>
<p>Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. (2014)</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>«The space of togetherness – a caring encounter»</p>	<p>Få en dypere forståelse av essensen i det omsorgsfulle møtet.</p>	<p>Teoretisk studie med hermeneutisk tekstanalyse av filosofiske tekster (tre bøker av Marcel, en av Buber).</p>	<p>Pasienter søker noen de kan snakke med lidelsen sin om, noen som er sterke nok til å bli hos dem og føre en samtale om liv, død, mening og skjebne, noen som blir ved deres side uansett hva som skjer. De føler seg imidlertid ofte forlatt og sier at ingen har tid til å snakke om sykdommen deres og frykten for hva som kan komme.</p> <p>Tilstedeværelse, anerkjennelse, tilgjengelighet og gjensidighet synes å være avgjørende forutsetninger for samvær og et omsorgsfullt møte.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> Det trengs sykepleiere som våger å åpne døren for samvær og den omsorgsfulle samtalen med pasienten, som ikke er redd for å berøre og bli berørt i gjensidigheten møtet impliserer.</p>
<p>Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A. & Andersen, K. L. (2015)</p> <p>Nordisk Sykeplejeforskning</p> <p>„Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleien“</p>	<p>Beskrive forekomsten av ensomhet blant pasienter i hjemmesykepleien, og undersøke i hvilken grad sosiale nettverk og kvaliteten på pleien bidrar til å påvirke pasientens opplevelse av ensomhet.</p>	<p>Tverrsnittdesign som resulterte i 118 pasienters svar på et spørreskjema som bl.a. omfattet spørsmål knyttet til opplevelsen av ensomhet.</p>	<p>Opplevelsen av ensomhet påvirkes av helsetilstanden, kvaliteten på nettverket og kvaliteten på tjenesten i hjemmesykepleien. God kvalitet på pasientens relasjoner og opplevelse av god kvalitet på pleien førte til betydelig reduksjon i opplevd ensomhet.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> Studien synliggjør betydningen av en nettverksorientert sykepleie i hjemmesykepleien. Sykepleieren kan bidra til å redusere opplevelsen av ensomhet ved å redusere både emosjonell og sosial isolasjon.</p>
<p>Kirkevold, M., Moyle, W. Wilkinson, C., Meyer, J. & Hauge, S. (2012)</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>«Facing the challenge of adapting to a life «alone» in old age: the influence of losses»</p>	<p>Utforske hvordan eldre takler et liv preget av tap og det å være igjen alene, og hvordan dette forholder seg til ensomhet.</p>	<p>Kvalitativt, hermeneutisk design.</p> <p>Åpne dybdeintervjuer i Australia, UK og Norge av 78 eldre over 65 år, med variasjoner i alder, kjønn, helsestatus, boforhold og sivil status.</p>	<p>Tap ble av omtrent halvparten av deltakerne ansett som en normal del av livet. De fortsatte å delta i aktiviteter, ha et sosialt liv og trivdes i eget selskap. Hos resten var derimot ensomhet forbundet med overveldende tap, inaktivitet, sosial isolasjon og meningsløshet.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> Sykepleiere må forsøke å identifisere de som trenger hjelp til å håndtere sin ensomhet, og gi dem veiledning og støtte.</p>

<p>Näsman, Y., Lindholm, L. & Eriksson, K. (2008)</p> <p>Vård i Norden</p> <p>«Caritativ vårdetik – vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande»</p>	<p>Få et bilde av sykepleiernes etiske tenkning og handling.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>Innsamling av data fra dagbøker, et intervju, to fokusgruppeintervjuer og et spørreskjema. Det ble foretatt en kvalitativ analyse av innhold i kombinasjon med statistisk analyse.</p>	<p>Sykepleierne har grunnleggende kunnskap om etikk, men savner tverrfaglige forum for diskusjon av etiske spørsmål. Mangel på tid og mot blir sett på som hindringer for etisk handling, men sykepleierne ser også mulighet til gode handlinger for pasienten uavhengig av regler og rutiner.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> Omsorgsetikken burde ha en indre ethos som ikke lar seg fange av eksternt etikk bestående av regler og prinsipper. Omsorgskulturen, hvor sykepleieren spiller en sentral rolle, er av stor betydning for å skape muligheter for etisk vekst.</p>
<p>Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014)</p> <p>Sykepleien Forskning</p> <p>«Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten»</p>	<p>Belyse hvordan de eldre selv og pårørende erfarer tjenestetilbudet i kommunen når det gjelder hjelp med psykiske helseproblemer, og hvordan kommunehelsetjenesten kan bidra til bedring.</p>	<p>Kvalitativt, eksplorerende design.</p> <p>Kvalitative, individuelle, semistrukturerte forsknings-intervjuer med henholdsvis pasienter som har erfaring med psykiske helseproblemer (over 63 år) og pårørende.</p>	<p>Studien identifiserte to hovedtemaer: 1) pasientene savner tid til samvær som omfatter samtale, utvikling av tillit og det å bli kjent. Hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv. 2) Det etterlyses en «pågående omsorg» fra helsepersonell som tar fatt i pasientens problem og viser at de bryr seg, stiller krav og ikke gir seg så lett.</p> <p><u>Kliniske implikasjoner:</u> Sykepleieren bør være bevisst på potensialet som ligger i svært enkle tiltak som tid til hverdagsprat og vennligsinnet pågåenhet overfor den nedstemte pasienten.</p>