



Foto: Eirik M. Sandt

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Bakgrunn for denne artikkelen er at en stadig større del av befolkningen mottar hjemmesykepleie og mange av disse bor alene og kan være utsatt for sosial isolasjon og ensomhet.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få økt kunnskap og forståelse for den sosiale situasjonen disse pasientene befinner seg i.

**Metode:** Studien ble gjennomført i to faser og besto både av individuelle

intervjuer med 20 pasienter samt fokusgruppeintervjuer med seks sykepleiere.

**Resultater:** Ensomhet ble hverken, av sykepleierne eller pasientene betraktet som et omfattende problem. Men selve ordet og begrepet er ofte preget av taushet og tvetydighet. Den sosiale situasjonen til pasientene er ellers preget av en kombinasjon av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, inkludert sosiale tap og alvorlig sykdom.

**Konklusjon:** Sykepleie i hjemmet kan synes å ha mye fokus på primært praktisk eller fysisk hjelp, men pasientenes psykososiale situasjon og behov må også få komme til uttrykk. Større bevissthet og kunnskap om dette området, inkludert bruk av enkle tester, kan legge grunnlag for tiltak som kan bedre den sosiale situasjonen for en del pasienter som opplever og står i fare for å oppleve ensomhet og/eller sosial isolasjon.

ENGLISH SUMMARY

**Elderly, loneliness and home**

**Background:** The background for this article is an increasing number of patients in home nursing care, many of whom live alone and are exposed to social isolation and loneliness.

**Objective:** The purpose of the study is to gain more knowledge and understanding of the social situation these people inhabit.

**Methods:** The study was carried out in two stages and consisted of both

individual interviews with twenty patients and focus-group interviews with six nurses.

**Results:** Neither nurses nor patients identified loneliness as a comprehensive problem, but at the same time the word and the concept of loneliness seemed to have different definitions and terms. The social situation is otherwise characterized as a combination of physical, psychic and social circumstances, including different types of loss and serious sickness.

**Results:** In-home nursing seems to focus on primarily practical and physical help, but the psychosocial situation and needs must also be assessed. A greater consciousness, knowledge and focus on this field, including the use of different tests, can establish a basis for a better social situation for patients who are in danger of or experience social isolation and/or loneliness.

**Keywords:** Home nursing care, loneliness, social isolation, psychosocial situation

# » Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie

Forfatter: Arvid Birkeland

## NØKKELORD

- Eldre
- Hjemmesykepleie
- Psykisk helse

## INTRODUKSJON

Stadig flere eldre mottar hjemmesykepleie (1), og for de fleste av disse er det av stor betydning å kunne bo hjemme så lenge som mulig, selv med høy alder og helsesvikt (2,3). Samtidig er situasjonen ofte preget av at mange blir overlatt til seg selv store deler av døgnet, og dette kan medføre ensomhet og sosial isolasjon (4,5). Det er noe forskning på ensomhet i Norge (6), men det er vanskelig å finne egne studier med fokus på kun eldre som mottar hjemmesykepleie. En del studier viser at de fleste eldre ikke er spesielt ensomme sammenliknet med andre grupper. Samtidig er det en mindre gruppe eldre som ofte er ensomme og en litt større gruppe som er ensomme i perioder, men studiene varierer en del (5,7–9). Årsaker knyttes overveiende til helsesvikt og tap av ektefelle eller andre nære personer (10–12).

Mens sosial isolasjon dreier seg om en mangel på mennesker å ha kontakt med, og dermed

objektivt kan vurderes og observeres (5), så er det ingen entydig definisjon av begrepet ensomhet. Vanligvis blir det beskrevet som noe emosjonelt ubehagelig og vanskelig som man ikke er i stand til å verbalisere, og som man også kan oppleve sammen med andre (5,11,13). Ensomhet kan være en betydelig årsak til angst (14–16), og kan medføre at noen ønsker mer fysisk hjelp for egentlig å dekke sosiale behov (17). Ellers kan alvorlig sykdom skape angst og utrygghet (18–20), og syke eldre med moderat til omfattende funksjonssvikt og som bor alene hjemme, er spesielt utsatt (21,22). Sosial isolasjon og ensomhet er et helseproblem i seg selv i form av den lidelse det kan medføre, og det kan føre til redusert helse både fysisk og psykisk (6). Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, herunder hjemmesykepleie, skal derfor sikre ivaretagelse av sosiale behov som samvær, sosial kontakt og fellesskap (23).

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om og forståelse for den sosiale situasjonen til personer som bor alene og som mottar hjemmesykepleie, herunder opplevelser og erfaringer med kontakt med andre mennesker. Med hjemmesykepleie menes i denne sammenheng helsehjelp som utøves av primært

sykepleiere, inkludert annet pleiersonell, utenfor institusjon. Mottaker av hjelpen benevnes derfor pasient slik dette blir definert i gjeldende lovverk (24–26). Studien ble gjennomført i to faser. Den første fasen besto av individuelle intervjuer med 20 eldre som bodde alene i sin bolig og som mottok hjelp fra hjemmesykepleien. I den andre fasen ble det gjennomført tre gruppeintervjuer med seks hjemmesykepleiere. Studien hadde følgende forsknings spørsmål: Hvordan opplever og erfarer henholdsvis pasienter og

### Hva tilfører artikkelen?

Både sykepleiere og pasienter som deltok i studien bekreftet enslighet og alenehet, men at det nødvendigvis ikke medførte ensomhet. Noen av pasientene opplevde sosial isolasjon, men både pasienter og sykepleiere brukte i liten grad ordet ensomhet.

### Mer om forfatterne:

Arvid Birkeland er offentlig godkjent sykepleier med spesial-/viderutdanning i psykiatrisk sykepleie og sosial og helseadministrasjon. Han har hovedfag i helsefag med sykepleievitenskap som spesialfag. Han er ansatt som førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund. Kontakt: arvid.birkeland@hsh.no.

**TABELL 1:** Studiens ulike faser

Fase 1	Gjennomføring og analyse av pasientintervjuer med presentasjon av resultat i egen studie (4)
Fase 2	Gjennomføring og analyse av fokusgruppeintervjuer, herunder en samlet gjennomgang/analyse av både pasientintervjuene og fokusgruppeintervjuene der resultat presenteres i den foreliggende studien.

sykepleiere den sosiale situasjonen når en som pasient er gammel, bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien?

### DESIGN OG METODE

Studien hadde et såkalt åpent og framvoksende design (27) ved at det i utgangspunktet ble brukt åpne spørsmål basert på studiens forskningsspørsmål. Etter hvert som ulike temaer vokste fram ble det brukt utdypende spørsmål. Individuelle kvalitative forskningsintervjuer ble brukt som metode overfor pasientene (28), mens overfor sykepleierne ble det brukt fokusgruppeintervjuer (29).

### Datainnsamling og utvalg

Deltakerne i pasientintervjuene bodde i to relativt store kommuner. Tre områder ble tilfeldig valgt ut og via lederne i hvert område ble deltakerne utvalgt av sykepleiere som kjente pasientene godt. Kriterier for utvelgelse var alder over 70 år, at de bodde alene og

sosialt isolert (4).

Det var et lengre opphold mellom pasientintervjuene og fokusgruppeintervjuene. Fokusgruppen besto av seks hjemmesykepleiere. Disse ble valgt ut av ledere i de samme kommunene som pasientintervjuene ble gjennomført i. Kravet var at de hadde arbeidet minst to år i hjemmesykepleien, men flere hadde arbeidet mange år slik at gruppen totalt sett hadde lang erfaring fra denne typen arbeid. Antallet i gruppen ble estimert ut fra en adekvat gruppestørrelse for fokusgruppeintervjuer (29,30). Gruppen møttes tre ganger med noen ukers mellomrom, med artikkelforfatter alene som moderator. Temaer utledet gjennom pasientintervjuene ble trukket inn og dannet et utgangspunkt for gruppediskusjonene.

### Analyse av data

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysen besto av å anvende en hermeneu-

gjennomlesing for å selektere ut hovedtemaer, og så enda en ny gjennomlesing for å trekke ut undertema for å underbygge hovedtemaene. Dette skjer i form av en sirkulær prosess der deler av teksten, leses, vurderes og tolkes i forhold til teksten som helhet (31–33). I fase 1 ble dette gjort med alle pasientintervjuene og presentert som en egen studie (4). I fase 2 ble det samme gjort med fokusgruppeintervjuene, samtidig med en samlet analyse av både pasientintervjuene og sykepleierintervjuene der det ble utledet nye felles hovedtemaer basert på separate undertemaer (se tabell 1 og 2).

### Etiske overveielser

Deltakerne i studiene fikk skriftlig informasjon og forespørsel om medvirkning. Deltakelse var frivillig og innebar et skriftlig samtykke og det var mulig å trekke seg uten å oppgi grunn. Det ble informert om forskers taushetsplikt og sikring av deltakernes anonymitet. Fase 1 ble vurdert av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og både fase 1 og 2 ble vurdert av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste. Retningslinjer og kommentarer ble fulgt i begge faser.

### RESULTATER

Den sosiale situasjonen til pasienter som bor alene og mottar hjemmesykepleie kan oppsummeres i tre temaområder. For det første er området preget av taushet og tvetydighet. For det andre er pasientene preget av de sosiale tapene de er utsatt for, og for det tredje er noen preget av alvorlig sykdom kombinert med ensomhet og utrygghet.

### Taushet og tvetydighet

Ensomhet framstilles ikke som et dominerende problem hvis man

” Det blir for pågående å spørre direkte om pasientene er ensomme.

at de ble vurdert av sykepleierne til å være i en psykososial vanskelig situasjon. Det var tolv kvinner og åtte menn med en snittalder på 82,5 år. Det ble laget en generell temaguide som omhandlet hvordan pasientene betraktet sin sosiale situasjon, herunder ensomme, mye alene og/eller

tisk tilnærming der forforståelse og fortolkning spiller en vesentlig rolle i dannelsen av ny forståelse. (31–33). Tolkningen startet allerede i intervju situasjonen og så videre i transkriberingen. Det ble så foretatt flere gjennomlesninger, først for å selektere ut en rekke relevante temaer, så ny

**TABELL 2:** Oversikt hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema - pasientene	Undertema - sykepleierne
<b>Taushet og tvev-dighet</b>	Ensom - vet ikke hva en skal si Ensom - fra andres ståsted Alene og enslig, men ikke ensom Isolert, men ikke ensom Alene og trives med ensomheten Lange dager - helger Bundet til deg selv Går inn i deg selv Ensomhet er savn	Bruker ikke ordet/begrepet ensomhet Opplever ensomme av personalet Synsing og tolking Kommer an på tilhørigheten de har Fokus på somatiske/fysiske behov Ikke vedtak på sosial kontakt Oppdraget = å utføre vedtaket Tilsyn = tilsyn med primært noe fysisk
<b>Preget av de sosiale tapene</b>	Ektefelle, søsken og venner borte Behov for at noen/familien besøker Korte besøk og mye alene Lyst til å gå ut - ingen å hjelpe seg Trist alene Vanskelig den første tiden Savner de som kunne ha ordnet opp Livet er ikke noen ting lenger Telefonen kompensere	Enkene har ensomhetsfølelsen De som har vært lenge alene er mindre ensomme Tomhet og savn Vanskelig å fylle tomrommet Ikke den praktiske hjelpen, men besøket Kan/vil endre seg over tid
<b>Alvorlig sykdom - emosjonell ensomhet og utrygghet</b>	Ensom etter sykdommen Hjertesvikten er det verste Redd for smerten i hjertet Vondt når det er tungt å påste Andre sykdommer - ikke så farlig Sove lenge for å slippe å være våken Vil ut av det Tre av mens tiden er god «Dø levende»	Noen få er ikke fornøyd Pårørende strekker ikke til Klamrende - trekker ut tiden Vil ikke miste hjelpen/kontakten Vanskelig å skille «angst og sykdom» Bitter på sykdommen Trygghetsalarm blir ringesnor Alt blir nød «Helgesyken»

betrakter pasientgruppen som helhet. Både sykepleiere og pasienter bekrefter enslighet og alenehet, men at det nødvendigvis ikke medførte ensomhet. Likevel tyder mye på at noen av pasientene opplevde ensomhet og/eller sosial isolasjon, men både pasienter og sykepleiere uttrykte at de i liten grad brukte ordet ensomhet. Enkelte av sykepleierne kunne si at «en helst ikke bruker ordet», eller; «det er ikke noe en hører til daglig». Man bruker for eksempel heller uttrykk som; «om det

er lange dager». Det blir for pågående å spørre direkte om pasientene er ensomme. Samtidig finnes et stort spekter av oppfatninger av ordet ensomhet både hos pasientene og sykepleierne. En pasient karakteriserte det for eksempel som «noe unormalt, som en person som har trukket seg helt inn i seg selv», mens andre kunne si; «Jeg har alltid vært alene og jeg liker ensomheten». Denne tvev-digheten i bruken og omgangen med ordet og begrepet gjør det imidlertid utfordrende for syke-

pleierne å tolke signaler på ensomhet og sosiale vansker. Samtidig ga sykepleierne et inntrykk av, som en sa «at det er somatikk som er inngangsporten for å få hjelp av hjemmesykepleien» og at kulturen dermed er preget av praktisk funksjon og fysiske behov. På den måten er det ikke «noe system for å kartlegge psykososiale behov» og «vi måler nok etter vår standard» som to av sykepleierne uttrykte det. Dette kunne føre til feiltolkninger av ensomhet. En av sykepleierne sa at «det er vi som av og til opplever dem som ensomme» hvorved en annen repliserte; «det er akkurat det at vi tvangssosialiserer dem. Tilbyr dem dagplass, men så vil ikke pasientene dette og mistrives egentlig på den dagplassen».

### De sosiale tapene

Desto eldre man er desto større er frafallet av ektefelle, venner og søsken. Som en dame på over 90 uttrykte det: «når du blir så gammel som meg da blir du alene». De eldre preges av dette både emosjonelt, praktisk og sosialt. Rent emosjonelt fortalte en dame om «en tung tid» etter at ektefellen døde, og en annen dame fortalte om savnet av søsteren, som hun sa: «Vi hadde mye kontakt og vi dro til kjøpesenteret en gang i uken, men så døde hun plutselig og det var et sjokk». Rent emosjonelle vansker som følge av sosiale tap var imidlertid ikke dominerende hos pasientene. Da ble heller de praktiske konsekvensene framhevet, som mangel på hjelp til praktiske ting i huset, eller det å kunne få følge ut som for eksempel en biltur eller trilletter i rullestolen. Som en dame sa: «Det jeg i grunnen savner mest er å kunne komme meg litt ut, for du kan mye da hvis du kan det». Sosialt sett preges situasjonen av at de eldre ikke lenger er i en sosial

kontekst der de selv er en aktiv del av et gjensidig nettverk, fordi nettverket smuldrer bort. Dette kan også skje selv om flere venner er i live. En kvinne fortalte at «en kan ha mange venner, men når en blir alvorlig syk og befinner seg hjemme, så glimrer de med sitt fravær». Underforstått, det blir så «vanskelig» for vennene å komme på besøk at de uteblir av den grunn. Den sosiale kontakten erstattes da delvis av ulike hjelpere, inkludert familien, som kommer på punktbesøk av kort varighet, mens resten av døgnet blir man sittende alene.

Mens pasientene la mest vekt på de reinte sosiale og praktiske konsekvensene av sosiale tap, framhevet sykepleierne de emosjonelle reaksjonene på tap av ektefelle og betraktet tapsreaksjonen som en viktig årsak til ensomhet. En sykepleier sa om dette at «opplever at det er de som nylig har blitt enker som på en måte har levd med ektefellen sin nokså lenge, de har den ensomhetsfølelsen».

### Alvorlig sykdom og ensomhet

En relativt liten gruppe pasienter hadde en lav terskel for alenetid. Selv om antallet var lite og dette var spesielt knyttet til den ene kommunen, opplevde de ansatte problemet som stort. Det viste seg i form av en appell om å ha personale til stede i hjemmet i mye større grad enn det som var mulig. En av sykepleierne sa for eksempel at «enkelte pasienter er veldig

være alvorlig nok, men selve den fysiske funksjonen kunne være relativt bra sett i forhold til andre pasienter som kunne ha en mye større fysisk funksjonssvikt. Deres atferd var derfor mest som en konsekvens av alvorlig sykdom med påfølgende emosjonelle vansker. Hjemmesykepleien opplevde da i et dilemma der det var krav om mer hjelp i form av tilstedeværelse, men at dette ikke sto i forhold til det fysiske hjelpebehovet. En sykepleier beskrev dilemmaet slik: «Enkelte gjør alt for å ha oss der, ikke sant, men det går jo ikke det, men det er forferdelig vanskelig det altså. Ringer på alarmen vet du». Denne ringingen, enten det var i form av alarm eller telefon, beskriver en sykepleier i følgende eksempel: «Veldig engstelig da og har en alvorlig sykdom. Ringer, men så er det jo ingen ting, men er så kontaktsøkende».

Denne mer aktive og appellerende kontaktsøkende atferden framkom i liten grad i pasientintervjuene hos dem som karakteriserte seg selv som ensomme, men ensomheten kunne samtidig i stor grad tolkes som et resultat av alvorlige sykdommer.

### DISKUSJON

Resultatene av denne studien må ses i forhold til at dette dreier seg om en avgrenset gruppe av både sykepleiere og pasienter. Spesielt gjelder det fokusgruppen der flere grupper kunne gitt mer omfattende data, men dette ble i en viss grad kompensert med flere grup-

nisering, kvalitet og kvantitet av helsetjenester i hjemmet varierer fra kommune til kommune (34).

Både pasienter og sykepleiere i denne studien betrakter ensomhet som et avgrenset problem. Det stemmer også med en rekke andre studier (7-10,35). Samtidig er det slik at noen er ensomme og noen tenderer til å bli sosialt isolert. Ikke minst henger dette sammen med at de største risikofaktorene når det gjelder ensomhet forbindes med å være eldre kvinne, bo alene og ha dårlig helse. Det er derfor åpenbart at ensomhet er et potensielt problemområde for pasienter som mottar hjemmesykepleie (6,10-12,35). Når ensomhet blir forbundet med noe taust og vanskelig, kan det ha å gjøre med at hjemmesykepleie-kulturen først og fremst fokuserer på det fysiske og somatiske. Ivaretagelse av sosiale behov kan da komme i annen rekke eller være noe som eventuelt skjer på siden av den praktiske pleien. En annen grunn til at man i liten grad snakker om ensomhet kan også ha med at begrepet blir forbundet med depresjon og psykisk lidelse, som igjen ofte blir forbundet med skam og stigmatisering (9,36). Ensomhet er derfor et begrep man skal ha respekt for og ikke karakterisere noen som ensom uten at det er dekning for det. Ensomhet er sånn sett noe bare personen selv kan beskrive seg som (5). Sosial isolasjon derimot kan objektivt beskrives, men da må en være sikker på at muligheten for sosial kontakt er svært begrenset. Det kan for eksempel være slik at pasienter kan ha kontakt med mange som ikke hjemmesykepleien kjenner til, eller er informert om, gjennom sine korte besøk. For å unngå feiltolkninger, både i den ene og andre retningen, vil det være nødvendig å gjøre en bevisst og grundig kartlegging og vurdering

” Det er somatikk som er inngangsporten for å få hjelp av hjemmesykepleien.

kontaktsøkende. Kommer ikke der ifra. Det er tydelig at det er ensomhet og har foreslått både det ene og det andre, men ønsker kun oss». Helsevikten hos disse kunne

pemøter selv om gruppen ble noe redusert etter hvert. Man må også være klar over at de erfaringene som framkommer, kan avvike fra andre kommuner fordi orga-

av den sosiale situasjonen til en del pasienter. Ikke minst gjelder det å lytte til hvordan pasienten selv beskriver sin sosiale situasjon. Dette kan skje gjennom kontakt og samtaler og ved at man tør å bringe temaet på banen.

Når det gjelder de sosiale tapene så vil disse ha konsekvenser for tre forhold. For det første kan det medføre emosjonelle reaksjoner, spesielt der det er snakk om tap av ektefelle eller nære personer. Dette kan gi seg uttrykk i sorgreaksjoner der ensomhet er en dominerende del av bildet. Det er grunn til å tro at mange av disse vil gå inn i gruppen som i ulike studier karakteriseres som «ensom i perioder» (6–10, 35) fordi de fleste vil komme over sorgen etter hvert. For det andre kan tap av venner, familie og bekjente føre til praktiske konsekvenser fordi man mister nære personer som ellers kunne hjulpet med praktiske ting, inkludert å komme ut. For det tredje er det snakk om de reint sosiale konsekvensene, i form av at det blir færre personer å ha kontakt med, kombinert med at det også blir vanskelig å knytte nye kontakter (11). Her vil det være en vid skala av konsekvenser og reaksjoner som varierer fra person til person.

Noen pasienters utrygghet og lave terskel for alentid kan ha med manglende tilgang til sykehjemsplasser å gjøre. Sykehjem medfører større trygghet i og med at der er personale til stede hele døgnet. Samtidig viser enkelte studier at ensomhet paradoksalt nok kan være like utbredt der (37). Ifølge sykepleierne var imidlertid de fysiske sykdomssymptomene sjelden så alvorlige som de ble uttrykt. Mye kan derfor tyde på at dette var en indirekte måte å signalisere psykososiale vansker på, selv om det er vanskelig å ha en eksakt formening om hvor bevisst

hver enkelt pasient er i forhold til dette. Sann sett er dette i tråd med studier som trekker fram at både ensomhet og psykiatriske symptomer har en tendens til å komme til uttrykk som somatisk sykdom hos

(16,17,22,40). Hvis det da viser seg at noen pasienter for eksempel sliter med depressive tilstander, vet man blant annet at medikamentell behandling kan være effektivt (22,38,39) selv om dette må

## ” Når du blir så gammel som meg da blir du alene.

eldre (18,38). Spørsmålet er da om hjemmesykepleien representerer en somatisk og fysisk orientert kultur som forsterker dette?

Spørsmålet er også i hvilken grad man kan snakke om enten somatiske eller psykososiale tilstander hos en del alvorlig syke eldre? For eksempel når det gjelder alvorlig grad av KOLS viser studier at 90 prosent av pasientene også lider av angst og depresjon og har en lav livskvalitet (20,21). Lignende symptomer og følgetilstander framkommer i forhold til hjertesvikt og ikke minst hjerne­slag (19,39). Det er altså slik at en del alvorlige somatiske sykdomstilstander vil fremstå i en kombinasjon med både fysiske og emosjonelle symptomer og funksjonsvansker. Samtidig er dette en gruppe pasienter som i økende grad bor i egen bolig og som vil trenge ulike helsetjenester i hjemmet, inkludert hjemmesykepleie. Hvis hjemmesykepleie da får et for ensidig fysisk og praktisk fokus, kan det medføre at sosiale behov blir oversett. Dette er ikke ukjent og det blir omtalt i flere studier som framhever behovet for en større bevissthet, bedre diagnostisering og behandling for dem som bor hjemme inkludert de som mottar hjemmesykepleie. Ikke minst dreier dette seg om å øke bevissthet og kompetanse til å se symptomer på angst og depresjon. Her viser noen studier at for eksempel enkle tester kan være til hjelp for avsløre dette

skje i samarbeid med lege. Uansett blir det viktig å ha de eldre sosiale situasjon på dagsorden og erkjenne at dette må ha fokus i det daglige arbeidet. Tiltak kan ellers dreie seg om hyppighet av besøk og tilsyn, samarbeid med pårørende, dagtilbud, tilpasset sosial kontakt og omsorg i forbindelse med det enkelte besøket, samt å ta initiativ til en mer tverrfaglig tilnærming og samarbeid omkring de utfordringer dette bringer på banen.

### KONKLUSJON

Verken pasienter eller sykepleiere i denne studien gir inntrykk av at ensomhet er et omfattende problem, men noen pasienter er ensomme og/eller sosialt isolerte. Blant annet vil flere eldre som bor alene og er hjelpetregende, være utsatt for og preget av sosiale tap og alvorlig sykdom som kan medføre sorg, savn, utrygghet og ensomhet. Ensomhet og isolasjon er omspunnet med taushet og tvetydighet, og det kan føre til feiltolkninger av pasienters sosiale situasjon. Pasienten selv vet best hvordan de har det og må derfor være hovedkilden til de vurderinger man gjør om dette. Hos en del pasienter kan det være glidende overganger mellom alvorlig somatisk sykdom, angst, depresjon, ensomhet og sosial isolasjon, og det kan være vanskelig å se hva som følger hva. Ting kan tyde på at hjemmesykepleie i noen tilfeller kan få en for fysisk-somatisk

orientering. Det kan medføre at man overser psykososiale behov og mister helhetsperspektivet i forhold til pasienter som ofte har sammensatte tilstander. Man bør derfor ha økt fokus på en mer systematisk og helhetlig kartlegging, forståelse og tilnærming til pasienter som potensielt kan ha disse tilstandene og som bor i egen bolig og mottar hjemmesykepleie. Utvikling av dette, samt en mer nøyaktig tallfesting av ensomhet hos pasienter som mottar hjemmesykepleie, bør derfor være gjenstand for videre forskning og utvikling innenfor dette feltet.

#### REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Mottakarar av heimeteneser, etter type teneste 1992–2011. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2012-07-04-05.html>
2. Hinc S. The Lived Experience of Oldest-Old Rural Adults. *Qualitative Health Research*. 2004;4:779–91.
3. Haak M, Fange A, Iwarsson S, Dahlin S. Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007;4:16–24.
4. Birkeland A, Natvig, G. Gammel, hjelpe-trengende og alene. *Vård i Norden*. 2008; 28: 18–21.
5. Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, Strandberg T, Pitkala K. Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People – A Population based Study. *Gerontology*. 2006; 52:181–7.
6. Thorsen K, Clausen S. Sosial kontakt og ensomhet. Hvem er de ensomme? *Samfunnsspeilet* 2009;1:74–78. [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
7. Victor C, Scambler S, Shah S, Cook D, Harris T, Rink E, Wilde S. Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Aging and Society*. 2002;22:585–97.
8. Victor C, Schambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Aging and Society*. 2005; 25: 57–375. Doi: 10.1017/S0144686X04003332.
9. Theeke L. Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009; 23: 387–96.
10. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg T, Pitkala, K. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2005;41:223–33.
11. McInnis G, White J. A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;3:128–9.
12. Holmen K, Furukawa, H. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives and Gerontology and Geriatrics*. 2002; 35: 261–74.
13. Nilsson B, Lindstrøm UÅ, Nåden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2006; 20:93–101.
14. Paunonen M, Heggman-Laitila A. Life Situation and Aged Home-Nursing Clients. *Journal of Community Health Nursing*. 1990;7:167–78.
15. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier SA, Gilliam CM. Assessment of Anxiety in Older Home Care Recipients. *The Gerontologist*. 2009; 49:141–53.
16. Preville M, Cote G, Boyer R, Hebert R. Detection of depression and anxiety disorders by home care nurses. *Ageing and Mental Health*. 2004;8:400–9
17. Hegli T. Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet. Balanse mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre pasienter. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 2006;8:51–60.
18. Burstrøm M, Brannstrøm M, Boman K, Strandberg G. Life experiences of security and insecurity among woman with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;68: 816–25.
19. Narsavage GL, Chen K. Factors related to Depressed Mood in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease after hospitalization. *Home Healthcare Nurse*. 2008; 26:474–82.
20. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000–6.
21. Bruce ML, Brown EL, Raue PJ, Mlodzianowski AE, Meyers BS, Leon AC et al. A randomized trial of depression assessment intervention in home health care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55:1793–1800.
22. Wilson K, Mottram P, Sixsmith A. Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;22:361–6.
23. Helse og Omsorg Departementet 1991: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html> (Nedlastet 7.11.2012).
24. Helse og Omsorgsdepartementet 2011: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. 2011. <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html> (nedlastet 7.11.2012).
25. Helse og Omsorgsdepartementet 1999: Lov om pasient og brukerrettigheter. <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html>. (Nedlastet 7.11.2012).
26. Helse og Omsorgsdepartementet 1999: Lov om helsepersonell. <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html>. (Nedlastet 7.11.2012)
27. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Sage Publications. London. 2002.
28. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal. Oslo. 2007.
29. Kitzinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311:299.
30. Krueger A, Casey M. *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3rd ed. Sage Publications. London. 2000
31. Alvesson M, Skölborg M. *Reflexive Methodology*. New Vistas for Qualitative Research. Sage Publications. London. 2000.
32. Krogh T. *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal Akademisk. Oslo 2009.
33. Gadamer H. G. *Forståelsens filosofi*. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Cappelen Akademisk. Oslo 2003.
34. Huseby BM, Paulsen B. Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden? Sintef Helsestjenesteforskning. Rapport A11522. 2009. <http://www.sintef.no/project/Samdata/Sektorrapport%20somatikk%202008/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20somatikk%20spesialisthelsetjeneste%202008,%203-09.pdf>
35. Stagsvold B, Solem PE. Morgendagens eldre. En sammenlikning av verdier, holdninger og atferd blant dagens og morgendagens middelaldrende og eldre. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 11/05. 2005. [http://nova.no/asset/589/1/589\\_1.pdf](http://nova.no/asset/589/1/589_1.pdf). (Nedlastet 12.11.2012)
36. Murray J, Banarjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald, A. Primary care professionals; perception of depression in older people: A Qualitative study. *Social Science and Medicine*. 2006; 63:1363–73.
37. Slettebø Å. Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. 2008; 87:22–25.
38. Diefenbach G, Goethe J. Clinical interventions for late-life anxious depression. *Clinical Interventions in Aging*. 2006;1:41–50.
39. Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjernelesing. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007;10:1387–9.
40. Brown EL, Raue PJ, Roos BA, Sheerab T, Bruce ML (2010). Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *Journal of American Geriatric Society*. 2010;58:122–8.