



# Samhandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon

Erfaringer fra sykepleiere i hjemmetjenesten

Birgit Maria Rogne  
Diakonhjemmet Høgskole  
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i  
Helsetjenester til eldre

Antall ord: 21144  
31.januar 2016



## FORORD

Det er mange som skal takkes i forbindelse med arbeidet med denne mastergradsoppgaven.

Masterstudiet mitt kom i gang etter oppfordring fra arbeidsgiver Diakonhjemmet sykehus ved enhetsleder Anne Lise Røstad. Studien hadde vanskelig latt seg gjennomføre uten støtte og tilrettelegging fra min arbeidsplass gjennom hele prosessen.

Tusen takk til ledere og alle gode kolleger ved Alderspsykiatrisk avdeling på Tåsen.

En stor takk til min veileder Marianne Thorsen Gonzalez for tålmodighet og inspirerende samtaler gjennom en lang prosess, og for støtte og konstruktive tilbakemeldinger i arbeid med oppgaven.

En takk til Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, som hjalp meg å komme i kontakt med informanter i hjemmetjenesten.

Stor takk til familie og gode venner, som alltid har stilt opp ved behov.

Takk til gode medstudenter, og spesielt Signe og Daniel, som har gitt meg troen på at dette skal lykkes.

En spesiell takk til informantene, som brukte av sin tid til å dele erfaringer og refleksjoner fra sin praksishverdag med meg.

Til slutt vil jeg takke mine tre døtre; Live, Selma og Mina, som har holdt ut i medgang og motgang, og som har måttet tåle en lang studietid som nå endelig er over.

Kolbotn, 31. januar 2016

Birgit Maria Rogne

# Sammendrag

## **Bakgrunn:**

Eldre personer med depresjon utgjør en stor gruppe i samfunnet, og har behov for ulike helsetjenester. Samhandlingsreformen legger føringer for at pasienter i større grad enn tidligere skal følges opp i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten etterlyser oppfølgingstilbud for hjemmeboende eldre med depresjon i kommunehelsetjenesten. Det fremstår uklart hvem som har ansvar for oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon, og hvordan dette skal skje. Det fremstår også usikkert hvilke kompetanse og muligheter hjemmetjenesten har til å yte helsetjenester til denne pasientgruppen.

## **Hensikt:**

Studiens hensikt var å utforske hvordan eldre med depresjon følges opp i kommunehelsetjenesten. Dette ble gjort ved å etterspørre erfaringer hos sykepleiere i hjemmetjenesten.

## **Teoretisk forankring:**

Studien er forankret i aktuelle teorier om depresjon hos eldre, og teorier om omsorg og relasjoner. Videre legges det politiske føringer til grunn, som lover og retningslinjer som er relevant for problemstillingen.

## **Metode:**

Studien er basert på et eksplorerende kvalitativt design, med kvalitativt forskningsintervju som metode for datainnsamlingen. Syv sykepleiere fra hjemmetjenesten ble intervjuet om erfaringer med oppfølging av eldre pasienter med depresjon. Teksten ble analysert ut fra systematisk tekstkondensering.

## **Funn:**

Funnene viste at vedtakene i stor grad styrte informantenes arbeidsdag. De beskrev tidspress, verdikonflikter og manglende autonomi som utfordringer, men vedtakene kunne også redusere ansvaret for den enkelte pleier. Funnene viste at å skape gode relasjoner med pasientene var viktig for å kunne ivareta ulike omsorgsbehov. Videre viste funnene at personalet manglet kompetanse om psykisk helse, og informantene savnet samarbeid med andre aktører angående eldre pasienter med depresjon.

## **Konklusjon:**

Informantene erfarte at psykisk helsearbeid til eldre ikke er prioritert i hjemmetjenesten i dag. Rammebetingelsene utfordrer mulighetene for personalet i hjemmetjenesten til å gi god omsorg til eldre pasienter med depresjon. Sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte at de manglet kompetanse om psykisk helse. Videre viser funnene at det er mangelfullt samarbeid mellom hjemmetjenesten og andre aktører i forhold til oppfølging av pasientgruppen. Funnene er i tråd med andre norske studier på området.

## **Abstract**

### **Background:**

Elderly persons with depression are a large group in society, and are in need of various healthcare services. The Coordination Reform provides that community health services will be able to care for populations to a greater extent. It emerges not clear who is responsible for monitoring older people living with mental illness in community care service, and how this will be organized.

### **Purpose:**

The purpose of the study was to examine how elderly persons with depression is cared for in community health service. This was conducted by investigating the experience of home health nurses.

### **Theoretical framework:**

The study is based on theoretical knowledge of elderly persons with depression, caregiving and relations. Policy documents that are relevant has been applied.

### **Method:**

A qualitative study was conducted, using interviews to achieve relevant data. Seven nurses from home care service were interviewed about their experiences with monitoring of elderly persons with depression. The text is analyzed by systematic text condensation.

### **Findings:**

The findings showed that the frames that determine working conditions affect the nurses in home care service. They described the time constraints, value conflicts and lack of autonomy as challenges, but frames can reduce the responsibility of the individual caregiver. Findings demonstrated that to achieve good relations with the patients was important for the achievement of care. The findings was also lack of expertise of Mental Health.

### **Conclusion:**

Mental health care of elderly persons are not a priority in homecare service. Different terms are challenging opportunities for nurses in homecare service to provide sufficient care for elderly patients with depression. Nurses in homecare service experience lack of expertise of Mental Health and lack of cooperation with the specialists.

## Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	6
<b>1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema</b> .....	6
<b>1.2 Presentasjon av problemstillingen</b> .....	7
<b>1.3 Oppgavens disposisjon</b> .....	7
<b>2 Teori</b> .....	9
<b>2.1 Introduksjon</b> .....	9
<b>2.2 Depresjon og psykisk sykdom hos eldre</b> .....	9
<b>2.2.1 Forekomst</b> .....	9
<b>2.2.2 Depresjon hos eldre</b> .....	10
<b>2.2.3 Utredning og diagnostisering</b> .....	10
<b>2.2.4 Prognose</b> .....	11
<b>2.2.5 Teoretiske perspektiver på depresjon</b> .....	11
<b>2.2.6 Følger av depresjon</b> .....	13
<b>2.2.7 Oppfølging og tilbud til eldre med depresjon</b> .....	13
<b>2.2.8 Sykepleiers rolle overfor eldre med depresjon</b> .....	14
<b>2.3 Samhandlingsreformen</b> .....	14
<b>2.4 Organisering av hjemmetjenesten</b> .....	16
<b>2.4.1 Kort historikk</b> .....	16
<b>2.4.2 Bestiller- Utfører Modellen</b> .....	16
<b>2.4.3 Hjemmesykepleierens arbeidssituasjon</b> .....	17
<b>2.5 Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid</b> .....	18
<b>2.6 Sykepleiefaglig perspektiv, omsorg og relasjon</b> .....	20
<b>2.6.1 Omsorg</b> .....	20
<b>2.6.2 Grunnleggende behov</b> .....	21
<b>2.6.3 Sykepleieprosessen, relasjon og samhandling</b> .....	22
<b>2.6.4 Tid til samtale</b> .....	23
<b>2.6.5 Faglig skjønn</b> .....	24

<b>3</b>	<b>Design og metode</b> .....	25
	<b>3.1 Introduksjon</b> .....	25
	<b>3.2 Design</b> .....	25
	<b>3.3 Utvalg og rekruttering</b> .....	25
	<b>3.4 Metode for innsamling av data</b> .....	27
	<b>3.4.1 Det kvalitative forskningsintervjuet</b> .....	27
	<b>3.4.2 Gjennomføring av forskningsintervjuene</b> .....	28
	<b>3.5 Metode for behandling av data</b> .....	29
	<b>3.5.1 Transkripsjon av data</b> .....	29
	<b>3.5.2 Analyse av transkribert tekst</b> .....	30
	<b>3.6 Vitenskapsteori</b> .....	32
	<b>3.7 Forskningsetiske overveielser</b> .....	33
	<b>3.7.1 Informasjon og informert samtykke</b> .....	33
	<b>3.7.2 Konfidensialitet</b> .....	34
	<b>3.7.3 Konsekvenser</b> .....	34
	<b>3.8 Forskningens kvalitet</b> .....	35
	<b>3.8.1 Reliabilitet og validitet</b> .....	35
	<b>3.8.2 Generaliserbarhet</b> .....	35
	<b>3.9 Metodekritikk</b> .....	36
<b>4</b>	<b>Presentasjon av funn</b> .....	37
	<b>4.1 Introduksjon</b> .....	37
	<b>4.2 Funn</b> .....	37
	<b>4.2.1 Tabell</b> .....	37
	<b>4.2.2 Vedtak styrer veldig</b> .....	37
	<b>4.2.3 Trenger å bygge gode relasjoner</b> .....	40
	<b>4.2.4 Har ikke tilstrekkelig kompetanse</b> .....	43
	<b>4.2.5 Savner mer samarbeid og samhandling med andre aktører</b> .....	46
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	49

<b>5.1 Introduksjon</b> .....	49
<b>5.2 Vedtaket styrer veldig</b> .....	49
<i>Verdier i konflikt</i> .....	49
<i>Andre bestemmer hvordan jeg skal være sykepleier</i> .....	51
<i>Litt godt med vedtak da</i> .....	52
<i>Det blir lite forebygging</i> .....	52
<b>5.3 Trenger å bygge gode relasjoner</b> .....	54
<i>Viktig med kontinuitet</i> .....	54
<i>Viktig at pasienten er trygg på sykepleier</i> .....	55
<i>Må ha god relasjon for å få til noe</i> .....	56
<i>Må kjenne pasienten for å gjøre gode vurderinger</i> .....	56
<b>5.4 Har ikke tilstrekkelig kompetanse</b> .....	57
<i>Hører ikke noe om psykisk helse på jobben</i> .....	57
<i>Kommer til kort</i> .....	60
<b>5.5 Savner mer samarbeid og samhandling med andre aktører</b> .....	60
<i>Å kunne diskutere og få støtte fra de som kan mer</i> .....	60
<i>Bestillerenheten forstår ikke vår virkelighet</i> .....	62
<i>Å forhandle om vedtak</i> .....	63
<b>6 Konklusjon</b> .....	64
<b>Litteraturliste</b> .....	66
<b>Vedlegg 1: Skriftlig informert samtykke</b> .....	72
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide</b> .....	73
<b>Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD</b> .....	74



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Mastergradsoppgavens tema er *samhandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon*. I mitt arbeid med eldre med depresjon i spesialisthelsetjenesten, står vi stadig overfor utfordringer i forhold til samhandling og oppfølging av pasienter i overgangen til kommunehelsetjenesten.

Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009) *Samhandlingsreformen* legger føringer for at pasientene i økende grad skal følges opp i kommunehelsetjenesten. Videre pålegger reformen at det etableres tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I min praksishverdag i spesialisthelsetjenesten for eldre pasienter med depresjon, etterspørres det oppfølgingstilbud fra kommunehelsetjenesten til denne gruppen når de utskrives til hjemmet. Tilbudene om oppfølging i kommunehelsetjenesten er mange og varierte, som for eksempel ulike tilbud fra hjemmetjenesten og tilbud om plass på dagsenter. Når pasienter med psykiske lidelser er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, har det allikevel vist seg utfordrende for spesialisthelsetjenesten å finne ut av og søke tilpasset oppfølging i kommunehelsetjenesten for eldre med depresjon. Det forekommer noe uklart hva hjemmetjenesten kan tilby av oppfølging til pasienter som trenger støtte i forhold til psykiske lidelser, og dagsentertilbudene er ofte tilpasset eldre som er mer alderdomssvekket enn tilfellet er med denne pasientgruppen.

Eldre med depresjon utgjør en stor gruppe i samfunnet, og depresjon medfører store tap av livskvalitet og leveår (World Health Organization 2015). Studier viser at det er rundt 15-20% forekomst av depresjon i aldersgruppen over 60 år, og at forekomsten øker med alder (Rosenvinge og Rosenvinge 2003, Stordal m.fl. 2012). Eldre mennesker med depresjon utgjør dermed en stor gruppe med behov for helsetjenester.

*Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)* peker på at eldre med psykiske lidelser er en stor pasientgruppe med mangelfullt helsetilbud i dag. På grunn av endring i befolkningssammensetningen, og et økende antall eldre, vil det også trenes betydelig opprustning av tilbudet fremover, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Bydelene i Oslo har egne enheter med psykisk helsearbeidere, som skal følge opp personer med psykiske lidelser. Ved forespørsel i bydelene svarte flere representanter at psykisk

helsearbeider først og fremst er et tilbud til personer under 65 år. Det ble henvist til den allmenne hjemmetjenesten for oppfølging av personer over 65 år med psykiske lidelser. Ved forespørsel viste det seg at den allmenne hjemmetjenesten var usikker på hvem som hadde ansvar for eldre med psykiske lidelser, og det kunne dermed synes noe tilfeldig hvordan denne gruppen ble fulgt opp i kommunehelsetjenesten.

Dette er bakgrunnen for oppgaven, hvor jeg ønsker å utforske erfaringer hos sykepleiere i hjemmetjenesten og hvilke forutsetninger og muligheter de har for å følge opp eldre pasienter med depresjon.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen**

Problemstillingen har jeg formulert som følger:

*Hvordan erfarer sykepleiere i hjemmetjenesten oppfølging av eldre pasienter med depresjon?*

Hensikten med studien er å utforske oppfølging av eldre pasienter med depresjon i kommunehelsetjenesten. I intervjuene etterspør jeg sykepleiernes erfaring med kompetanse, tid og rammebetingelser for arbeidet, og om erfaring med samarbeid med ulike aktører.

I oppgaven blir depresjon og psykiske lidelser brukt noe om hverandre. Depresjon er den største gruppen innen psykisk lidelse blant eldre (World Health Organization 2015). Samtidig forekommer angst og lett kognitiv svikt ofte i kombinasjon med depresjon i eldre år (Engedal 2008). Informantene hadde vanskelig for å skille ut pasienter med kun depresjon, så psykisk lidelse blir i oppgaven brukt som en samlebetegnelse på depresjon, og/ eller angst og kognitiv svikt.

## **1.3 Oppgavens disposisjon**

Først presenterer jeg studiens teoretiske rammeverk, med fokus på forskning, teorier og politiske føringer for helsetjenesten.

Deretter redegjør jeg for metodiske valg og bakgrunnen for disse. Det redegjøres videre for datainnsamling og analyseprosessen.

Videre presenterer jeg oppsummering av funnene fra intervjuene, med sitater fra informantene.

Funnene drøftes opp mot forskning, teori og politiske føringer. Avslutningsvis oppsummerer jeg studien, konkluderer, og kommer med anbefaling for praksis og videre forskning.

## 2 Teori

### 2.1 Introduksjon

I dette kapitlet presenterer jeg oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg gjør rede for årsakssammenhenger, forekomst og følger av depresjon i eldre år. Jeg presenterer synspunkter på oppfølging av eldre med depresjon og sykepleiers rolle. Det skisseres noen hovedtrekk ved Samhandlingsreformen og politiske føringer som ligger til grunn for tjenesten. Videre redegjøres det for bakgrunn og organisering av hjemmetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunene. Til slutt gjøres det rede for sykepleieprosessen, omsorg og relasjonsforståelse.

Teori og litteratur danner grunnlag for drøftingene av funn i data. Jeg har blant annet søkt i følgende databaser: Bibsys, Cinahl, PubMed, Svemed+, PsykNet og Cochrane Library, og har videre søkt direkte på nettsider som lovdata, sykepleien forskning, regjeringen.no, psykiskhelsearbeid.no osv. Engelske søkeord som ble brukt var blant annet: *depression, late life, older adults, elderly, homecare, homebased nursing, elderly depressed people*. Jeg varierte sammensetningen for å få mest mulig relevante treff. Norske søkeord som ble brukt var: *eldre, depresjon, samhandling, samhandlingsreformen, hjemmetjenesten, retningslinjer og anbefalinger*, med ulike sammensetninger.

### 2.2 Depresjon og psykisk sykdom hos eldre

#### 2.2.1 Forekomst

På verdensbasis ser vi en raskt aldrende befolkning. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver en utvikling der andelen av befolkningen over 60 år vil dobles frem mot 2050. Rundt 15% av eldre over 60 år får en psykisk lidelse, og depresjon rangeres høyt opp på listen over lidelser i verden som innebærer det største tap av livskvalitet og leveår (World Health Organization 2015).

Depresjon er den mest utbredte formen for psykisk sykdom i den eldre befolkningen (Forsman m.fl. 2012, Rosenvinge og Rosenvinge 2003). I følge en systematisk oversikt fra 1990-2001 fant forskerne en forekomst på gjennomsnitt 19% for depresjon i gruppen eldre over 60 år (Rosenvinge og Rosenvinge 2003). Tallene støttes av internasjonal forskning hvor Luppala m.fl. (2010) finner en forekomst for depresjon blant eldre på 17%, og Skultety og Zeiss (2006) finner en forekomst mellom 10-25%. Stordal m.fl. (2012) viser til en nærmest lineær

økning i depresjon hos den voksne befolkning. Den går fra 4% i aldersgruppen 20-29 år og øker til 20% i eldste aldersgruppe 80 år og eldre (Stordal m.fl. 2012).

### **2.2.2 Depresjon hos eldre**

Depresjon hos eldre defineres som depresjon hos personer over 65 år. Når man passerer 65 år, medfører det for mange en overgang fra yrkesaktivt liv til pensjonisttilværelse, og man går inn i en ny livsfase hvor aktivitet og nettverk endrer seg for mange (Engedal 2008).

Aldringsprosessen fører til at sykdom og helseplager øker med alder. Dette kan føre til funksjonstap, og for noen behov for helsehjelp (Engedal 2008). Videre kan svekkelse av kognitive funksjoner medføre belastninger, både for den som rammes og for de nærmeste. Andre vesentlige endringer i eldre år kan være tap av livspartner og venner, som igjen kan føre til ensomhet og isolasjon (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Mange eldre mennesker som utvikler depresjon blir ikke oppdaget, og får dermed ikke en optimal behandling (Brown m.fl. 2003). Dette kan begrunnes med at symptomene på depresjon ofte er mindre spesifikke hos eldre enn hos yngre personer (Malt, Retterstøl og Dahl 2003). Symptomene kan tolkes av omgivelsene som aldersbetinget, og holdningen kan være at; dette kan ikke gjøres noe med (Malt m.fl. 2003). Depresjon opptrer ofte samtidig med andre sykdommer som angst, kroniske smerter, demens, rus og en rekke andre somatiske sykdommer (Angst, Sellaro og Ries 2002, Zimmerman, Chelminski og McDermut 2002). Komorbiditet kan også føre til at depresjon hos den eldre blir oversett. Mange eldre bruker flere medikamenter samtidig, som gjør at bildet blir uklart. Medikamenter kan blant annet gi psykiatriske bivirkninger, og disse blir ofte ikke behandlet, eller de blir feilbehandlet (Malt m.fl. 2003). En del eldre har dårlig ernæringsstatus, særlig gjelder dette for dem som lever alene (Malt m.fl. 2003). Disse faktorene, ofte sammen eller med andre uheldige faktorer, gjør den eldre sårbar. Det kan igjen føre til at den eldre utvikler depresjon.

### **2.2.3 Utredning og diagnostisering**

Sentrale kjennetegn på depresjon er nedsatt stemningsleie, mangel på glede og interesse, og nedsatt energi (Engedal 2008). Men hos en del eldre pasienter er det andre symptomer som dominerer, som angst, smerter og/eller rus (Angst m.fl. 2002, Zimmerman m.fl. 2002).

Utredning av den alderspsykiatriske pasienten er ofte omfattende, og foregår gjerne i

tverrfaglige team. Pasienten kartlegges i forhold til dagliglivets oppgaver (ADL- funksjon), kognitiv fungering, sosialt nettverk og boforhold, i tillegg til depresjon, angst og selvmordsrisiko (Engedal 2008). Pasientens ressurser og mestringsevne blir også kartlagt. For å utrede og kartlegge pasienten gjøres dette gjerne ved intervju (anamnese), og ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy. I tillegg tas somatisk undersøkelser med blodprøver, CT-undersøkelse og røntgenundersøkelse for å kartlegge og utelukke annen sykdom (Engedal 2008, Nasjonale retningslinjer 2009).

Enklere former for kartlegging er laget med tanke på bruk i primærhelsetjenesten.

Spørsmålene kan være; «Har du de siste par ukene kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par ukene ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?» (Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten 2009:28).

## **2.2.4 Prognose**

Prognose for utredning og diagnostisering for den eldre gruppen psykiske lidelser varierer i forhold til alvorlighetsgrad og årsaksfaktorer. For pasienter med depresjon, utløst av sykdoms- og aldersrelaterte faktorer, er prognosen god ved adekvat behandling (Engedal 2008).

Prognosen er derimot dårlig for eldre med aldersrelatert depresjon som ikke får behandling (Engedal 2008, Malt m.fl. 2003).

## **2.2.5 Teoretiske perspektiver på depresjon**

Depresjon som fenomen kan ses fra ulike perspektiv. Forståelsen for årsaksforholdene bak depresjon legger føringer for holdninger, behandling og oppfølging av pasienter med depresjon.

### **2.2.5.1 Psykodynamisk perspektiv**

Sigmund Freud la grunnlaget for den psykodynamiske forståelsen av depresjon med sin bok «Sorg og melankoli» i 1917. Freud la vekt på at psykiske lidelser hadde sitt opphav i uløste konflikter i barndommen, og konfliktene var spesielt knyttet til seksualitet (Hummelvoll 2012). Videre tok Freud utgangspunkt i at tap var sentralt både ved sorg og depresjon. Ved sorg var det et ytre tap som var tydelig, mens ved depresjon kunne tapsopplevelser være mer ubevisste. Freud mente at depresjon kjennetegnes ved en klar reduksjon av selvfølelse hos

personen, med samtidig selvhat og skyldfølelse. Ved sorg virket den ytre verden som tom og meningsløs, mens ved depresjon var det den indre verden, jeget, som oppleves slik (Malt, Retterstøl og Dahl 2003). Personen utviklet depresjon ved at følelser rundt tap og svik fra omverden ble rettet innover mot jeget.

I moderne psykodynamisk teori inkluderes tidligere skuffelser og tap i barndommen og dårlig regulering av selvfølelser (Malt m.fl. 2003). Dette resulterer i at personen får vanskeligheter med selvstendighet og intimitet, fordi de indre konfliktene reaktiveres i voksne interpersonelle forhold. Denne sårbarheten, som hovedsakelig er ubevisst, er grunnlaget for senere depressive episoder. De indre prosessene som opprettholder selvfølelsen bryter sammen, og depresjon kan utvikles (Malt m.fl. 2003).

#### 2.2.5.1 Relasjonsperspektiv

Et psykodynamisk perspektiv ser på individets egenskaper, mens et relasjonsperspektiv er opptatt av relasjonen mellom mennesker, samtidig som det sees i forhold til kontekst (Røkenes og Hanssen 2006). Relasjon og kontekst danner rammen for forståelse, eller fortolkning i hermeneutisk tradisjon (jf. kap. 3.6.1). En forutsetning for alt liv er interaksjon med miljøet rundt (Røkenes og Hanssen 2006). Forståelsen ligger i å fortolke helheten, hvor også terapeuten (sykepleier) deltar aktivt i samspillet.

I følge Hummelvoll (2012) kan relasjonsmodellen tenkes som en sirkulær prosess, hvor man ikke på forhånd kan forutsi samspillet mellom menneskene som møtes. Disse prosessene er uforutsigbare og dynamiske, og utvikles underveis. Prosessen har heller ikke en definert begynnelse eller slutt (Hummelvoll 2012).

Relasjonsperspektivet har gitt en ny erkjennelse av viktigheten av samspill mellom mennesker (Røkenes og Hanssen 2006).

#### 2.2.5.3 Biologisk perspektiv

Den biomedisinske modellen har en lang tradisjon, og baseres på at psykiske lidelser er sykdom. Mennesket er en biologisk organisme, og det som skjer i sjelen skjer også i kroppen (Malt m.fl. 2003). Videre er den biomedisinske modellen opptatt av hvordan gener styrer atferd og egenskaper, gjennom en tilpasning til miljøet som har skjedd over lang tid (Malt m.fl. 2003). Psykisk sykdom er resultat av nevropatologiske forhold, en skade eller biokjemisk ubalanse i kroppen (Hummelvoll 2012). Psykososiale faktorer ansees å være disponerende eller utløsende for sykdomsepisoder.

Kunnskap om nevro transmittersubstanser i hjernen, som overfører signaler og deltar i regulering av følelser, har ført til utvikling av legemidler som SSRI og SNRI (Engedal 2008). Behandlinger i lys av biologisk perspektiv kan være ulike medikamenter og elektrokonvulsiv terapi (ECT).

I følge Engedal (2008) har studier vist at det er noe sammenheng mellom arv og depresjon. Derimot er det ikke holdepunkter for en arvelig sammenheng når det gjelder sent debuterende depresjon etter 65 år.

### **2.2.6 Følger av depresjon**

Karlin og Fuller (2007) slår fast at psykisk sykdom blant eldre utgjør en betydelig helseutfordring for samfunnet. For individet har det en stor innvirkning på følelsesliv og livskvalitet. Videre innvirker psykisk sykdom negativt på mulighet for sosial aktivitet, med generelt flere helseplager og større bruk av helsetjenester. Eldre med psykisk sykdom nyttiggjør seg dårligere hjelpetiltak, og har også generelt økt dødelighet (Karlin og Fuller 2007).

### **2.2.7 Oppfølging og tilbud til eldre med depresjon**

Nasjonale retningslinjer (2009:19) legger til grunn for oppfølging av eldre med depresjon at: «pasientene må kjenne seg respektert og ivaretatt, og kunne medvirke aktivt i sin egen behandling».

Karlin og Fuller (2007) viser til at i gruppen eldre med psykisk sykdom, får mindre enn en tredel av de eldre behandling for dette. I studien sammenlignes den eldre befolkningen over 65 år med den yngre under 65 år, og de finner at det er tre ganger færre som får psykiatrisk behandling i den eldste gruppen. Dette gjenspeiler seg også i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, hvor de finner at svært få eldre behandles ved Distriktpsikiatriske senter (DPS) (Karlin og Fuller 2007).

Hamran og Moe (2012) peker på en ulik praksis i forhold til vurdering og standard for hjemmetjenester til yngre pasienter sammenlignet med eldre pasienter. Studien tyder på at mange behov hos eldre pasienter underkommuniseres sammenlignet med tilsvarende gruppe yngre pasienter, og at sammenlignbare tilfeller hos yngre og eldre pasienter ikke oppfattes



som like. Det kan utløse ulike tilbud til sammenlignbare helseutfordringer, hvor eldre pasienter får mindre omfattende tilbud enn yngre (Hamran og Moe 2012).

### **2.2.8 Sykepleiers rolle overfor eldre med depresjon**

Personalet i hjemmetjenesten møter pasienten jevnlig, og har mulighet til å gjenkjenne ulike tilstander hos pasientene. Flere studier viser at sykepleiere i hjemmetjenesten har vanskelig for å gjenkjenne depresjon hos eldre (Brown m.fl. 2003, Olsson, Mykletun og Dahl 2006). Samtidig viser studier at depresjon er underdiagnostisert i den eldre befolkningen (Brown m.fl. 2003, Karlin og Fuller 2007 og Holm og Severinsson 2013).

Når sykepleiere i hjemmetjenesten har ansvar for å identifisere depresjon hos pasienter, identifiserer de pasienter med depresjon ved å se etter endringer i pasientens tilstand (Halvorsrud, Pahr og Kvarme 2014). For å oppdage endringer og vurdere tilstanden, er det av betydning at sykepleier kjenner pasienten (Halvorsrud m.fl. 2014).

Sykepleier har ansvar for at pasienten med depresjon får dekket individuelle behov, dette gjelder både psykiske og fysiske tilstander (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Det medfører at sykepleier har ansvar for en helhetsvurdering av pasienten, og videre tiltak og oppfølging (Kirkevold m.fl. 2008).

Støttende samtaler er et viktig hjelpemiddel i sykepleie og behandling av depresjon hos eldre (Røkenes og Hanssen 2006, Kirkevold m.fl. 2008). Samtalen kan ha ulike former. Det kan være en dagligdags samtale, hvor deltagerne er likeverdige parter. Samtalen kan også være mer målrettet, som en lindrende samtale, hvor man søker å redusere lidelsestrykket hos pasienten. Eller det kan være en bekreftende samtale hvor pasienten forteller om bekymringer, og sykepleier bekrefter pasientens følelser (Kirkevold m.fl. 2008). Sykepleiere rapporterer i en studie at de gjennom dagligdags samtaler kan komme inn på det pasientene bærer på av bekymringer og psykisk smerte (Halvorsrud m.fl. 2014).

## **2.3 Samhandlingsreformen**

Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009) *Samhandlingsreformen* er en reformprosess hvor man ønsket å sette en ny retning for helsetjenestene til befolkningen. Samhandlingsreformen skulle innføres gradvis, med start fra 1. jan 2012, og med iverksetting av flere juridiske og

økonomiske virkemidler. Bakgrunn for reformen var mangler i daværende helsetjenester, og ble beskrevet som følger;

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Stortingsmelding nr. 47 2008- 2009:21).

Et av hovedpunktene for reformen er å forebygge sykdom fremfor å reparere i etterkant. Reformen legger opp til at det bør prioriteres tidlig innsats for å unngå en mer komplisert og fordyrende behandling senere i forløpet. Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke ressursene for god helse. Dette er sammenfallende med målsetningene til Verdens helseorganisasjon (WHO), slik det er formulert der (Mæland 2010).

I følge Nova rapport om prosessevaluering av forebyggende helsearbeid i kommunene, er resultatet så langt at Samhandlingsreformen har bidratt til å styrke forankring av folkehelsearbeid i kommunenes planer (Løset og Veenstra 2015). Det har dermed blitt en økt bevissthet rundt folkehelse, men foreløpig bare på planstadiet. Det gjenstår å se om dette vil føre til konkrete helsefremmende tiltak (Løset og Veenstra 2015).

Videre legger reformen vekt på at kommunehelsetjenesten skal få flere oppgaver, og budsjettene i kommunene økes. Reformen pålegger samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for å legge til rette for overføring av pasienter mellom tjenestene. Videre legges det opp til kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten skal vokse og kunne løse større og mer komplekse oppgaver, som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten (Stortingsmelding nr. 47 2008- 2009).

Kommunen har ansvar for å overta pasienter som er ferdigbehandlet fra sykehus fra første dag. Dette gjelder pasienter med somatiske sykdommer, og det er lagt til økonomiske insentiv for å oppmuntre kommunene til å følge opp. De samme reglene og økonomiske insentiver gjelder ikke for pasienter med psykiske lidelser pr. i dag. En nylig utgitt Sintef rapport av Ose og Slettebak (2014) viser at behandlingsoppholdene i spesialisthelsetjenesten er blitt kortere, og dette er i tråd med målet for reformen. Videre viser rapporten at kortere behandling i spesialisthelsetjenesten har gitt en sterk økning i etterspørselen etter kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser. Det vil dermed være et økende behov for å styrke tilbudet til

pasienter med psykisk lidelse i kommunehelsetjenesten.

I følge Tjora og Melby (2013) har samhandlingsreformen mye av det samme innholdet som Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde for pasienter med psykisk lidelse (1999- 2008). Opptrappingsplanens hensikt var å styrke helsetilbudet til pasienter med psykiske lidelser ute i kommunene.

## **2.4 Organisering av hjemmetjenesten**

### **2.4.1 Kort historikk**

Utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har skjedd parallelt med store endringer i samfunnsstrukturen her i landet (Birkeland og Flovik 2011). Pleie og omsorg av eldre har siden 1960 tallet blitt et offentlig ansvar i stadig økende grad.

Hjemmetjenesten har en forholdsvis kort historikk slik vi kjenner tjenesten i dag. På 1970 og 1980 tallet ble hjemmetjenesten opprettet, og utviklet seg til å bli en del av den offentlige helsetjenesten i Norge (Bratland 2005). På det tidspunktet ble hjemmetjenesten sett på som et supplement og alternativ til innleggelse i institusjon. I 1984 ble hjemmetjenesten lovpålagt i alle kommuner og lovhjemlet i kommunehelsetjenesteloven (Bratland 2005).

Det har skjedd en stor utvikling i hjemmetjenesten siden den gang. Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at fra 1992 til 2009 økte pasientantallet i hjemmetjenesten med mer enn fem ganger så mange pasienter (Birkeland og Flovik 2011). Hjemmetjenesten regnes i dag for å være et tilbud til hele befolkningen, og frem mot 2009 økte gruppen under 65 år mest relativt sett. Dette har blant annet årsak i at kommunene har overtatt ansvar for store befolkningsgrupper som tidligere ble ivaretatt av staten eller fylkeskommunen. Dette har igjen ført til at den eldre befolkningen over 65 år må konkurrere med yngre pasienter om ressursene i hjemmetjenesten (Birkeland og Flovik 2011).

### **2.4.2 Bestiller- Utfører Modellen**

Hjemmetjenesten har vært organisert ulikt igjennom tidene (Bratland 2005). Oslo kommune innførte Bestiller-Utfører Modellen (BUM) som modell for organisering av hjemmetjenesten i starten av 2000 tallet.

New Public Management (NPM) er en organisasjonsmodell som har fått bred oppslutning i norske kommuner etter 1995 (Bratland 2005). NPM er inspirert av markedstenkning, hvor begrunnelsen for organiseringen er prinsippet om at konkurranse vil føre til bedre effektivitet, og videre til bedre økonomistyring, saksbehandling og likhet i tjenestene (Birkeland og Flovik 2011). BUM er en styringsform basert på NPM tenkning, og er innført i mange storkommuner i Norge. BUM skiller mellom myndighetsutøver (bestiller) og tjenesteyter (utfører). *Bestiller* er i praksis saksbehandlere tilknyttet en bestillerenhet. Bestiller har som oppgave å behandle søknader om vedtak, og å fastsette hvilke helsetjenester pasientene skal få tilbud om (Birkeland og Flovik 2011). *Vedtak* utformes på bakgrunn av søknad om hjemmetjenester, og inneholder type helsetjenester som tilbys og tiden som er avsatt til dette. Vedtakene er hjemlet i forvaltningsloven. *Utfører* er i praksis personalet i hjemmetjenesten som utfører oppdragene som er beskrevet i vedtakene, eks. hjelp med dusj, sårstell, adm. medisiner osv. (Birkeland og Flovik 2011).

### **2.4.3 Hjemmesykepleierens arbeidssituasjon**

Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) beskriver sykepleiers utfordringer i sitt daglige arbeid i hjemmetjenesten, i en nylig avsluttet studie. Studien viser at hjemmesykepleierne ofte jobber alene, og nær pasient og pårørende i pasientens hjem. Videre beskrev sykepleierne det å foreta vanskelige beslutninger i klinisk praksis som en hovedutfordring (Sæterstrand m.fl. 2015). Det kom frem at kompetanse var av stor betydning for håndtering av praksis. Sykepleierne erfarte at det var spesielt tyngende å ha ansvar for eldre pasienter med psykiske lidelser. Dette var ofte tidkrevende og sykepleierne erfarte at mange pasienter ikke ønsket hjelp. Hjemmesykepleierne i studien gav også uttrykk for at de ofte ikke kjente pasientene godt nok, og følte at de ufrivillig presset seg på pasientene. For å få tid til samtaler måtte dette skyves inn mellom andre sykepleieoppgaver. Videre medførte denne tidsnøden at hjemmesykepleierne ikke fikk tatt seg matpauser. Sykepleierne erfarte at de hadde for lite kompetanse i forhold til psykiske lidelser, og ønsket veiledning fra spesialisthelsetjenesten (Sæterstrand, m.fl. 2015).

En annen nylig utgitt studie har sett på hjemmetjenestens rammebetingelser i møte med eldre pasienter med psykiske helseproblemer (Skatvedt, Andvig og Baklien 2015). Studien rapporterer at ansatte i hjemmetjenesten erfarte at de oversvømmes av ansvar og yrkesetiske dilemma i sin yrkesutøvelse. Studien antyder at det kan være ansattes rammebetingelser og

handlingsrom som er årsaker til dette, og videre fant de at ansatte i studien enten tilpasset seg rammebetingelsene eller opponerte mot dem. Skatvedt m.fl. (2015) fant at ansatte som gikk ut over vedtaksrammene forsvarte dette med at det var pasientbehov utover fastsatte vedtak som måtte dekkes.

Hjemmesykepleier jobber som regel alene hos pasientene, og det er derfor spesielt viktig å kunne stole på egne vurderinger og kunne ta selvstendige valg (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Det kreves dermed evner til å stole på egne observasjoner og prioritere og rasjonalisere med tiden. Kirkevold m.fl. (2008) beskriver tidspresset i hjemmetjenesten som reelt og at tidspresset kan medføre at hjemmesykepleiers mulighet til å hjelpe er langt mindre enn pasient og pårørendes forventninger av hjelp. Det ligger ulike lovverk til grunn som legger føringer for helsetjenestene. Helsetjenestene pålegges å sikre ivaretagelse av grunnleggende behov innen pleie og omsorg. Lovverk som styrer tjenestene er bl.a. kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonell-loven, forskrift om kvalitet i pleie-omsorgstjenesten, helse- og omsorgstjenesteloven, og forvaltningsloven (Kirkevold m.fl. 2008).

I følge lover og retningslinjer har pasientene krav på pleie og omsorgstjenester som er faglig forsvarlig, men det er uklart hva som ligger i dette begrepet (Tønnessen og Nortvedt 2012). I praksis viser det seg at hjemmetjenesten i dag handler om å dekke basale behov, hvor psykososiale behov ikke regnes som en del av tjenesten (Tønnessen og Nortvedt 2012).

Bing- Jonsson, Foss og Bjørk (2015) finner i sin studie at det er stor avstand mellom politiske lovnader, føringer og forventninger til kommunale helsetjenester på den ene siden, og kompetanse og ressurser hos tilgjengelig personale i kommunehelsetjenesten på den andre siden.

## **2.5 Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid**

Ansvar for psykisk helsevern var frem til 1980 tallet underlagt fylkeskommunen (Almvik og Borge 2007). Fra slutten av 1970 ble de første psykiatriske sykepleiere tilsatt i noen utvalgte kommuner i landet, men utviklingen med å tilsette flere psykiatriske sykepleiere i kommunene gikk sakte frem til 1995. Det kom etterhvert øremerkede midler fra staten, som skulle brukes til å styrke tilbudet for pasienter med psykiske lidelser i kommunene (Almvik

og Borge 2007). Med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999- 2008), ble det et mer samlet fokus for å styrke helsetilbudet til pasienter med psykiske lidelser i kommunene.

Almvik og Borge (2007) peker på at psykisk helsearbeid er organisert svært ulikt fra kommune til kommune. I noen kommuner er psykisk helsearbeid lagt under pleie og omsorg i hjemmetjenesten, men som egen tjeneste. I andre kommuner er det etablert som egen avdeling for psykisk helsearbeid, på siden av den generelle hjemmetjenesten. Noen kommuner har spredt personalressursene på ulike enheter, og andre har kombinert en egen enhet for psykisk helsearbeid i tillegg til at personalet fra enheter for helse- og sosialtjenester har fått ansvar for oppfølging av enkelte psykiske tjenester (Almvik og Borge 2007).

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999- 2008) beskriver et felles verdigrunnlag med vekt på mestring, normalisering og brukermedvirkning. I en evalueringsrapport om psykisk helsearbeid i Oslo kommune (2006- 2008), ble brukere av psykiske helsetjenester spurt om deres syn på oppfølging i kommunale tjenester (Bjørngen, Westerlund og Johansen 2008). Pasientene i undersøkelsen fortalte om et problematisk forhold til hjemmetjenesten, som skulle følge opp i helgene da psykisk helsearbeider ikke hadde et tilbud til denne gruppen. Pasientene opplevde en stor grad av manglende kontinuitet i personalgruppen i hjemmetjenesten, noe de karakteriserte som uforutsigbart og utrygt. Pasientene opplevde også tjenesten som lite fleksibel i tilfeller der det oppsto behov som ikke sto i vedtak. Pasientene synes hjemmetjenesten var preget av travelhet, som kunne føre til manglende respekt og uhøflig fremferd fra personalet (Bjørngen, Westerlund og Johansen 2008). Videre peker Almvik og Borge (2007) på uheldige konsekvenser av at psykisk helsearbeid i kommunen kan prioritere oppfølging av pasienter med lettere lidelser, og dermed overlate ansvaret for oppfølging av pasienter med langvarig og komplisert lidelse til den generelle hjemmetjenesten.

*Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse* konkluderer med at opptrappingsplanen har fungert etter hensikt i samarbeid rundt enkeltpasienter og prioritering av de med størst behov innenfor psykisk helsevern (Brofoss og Larsen 2001- 2009). Imidlertid ble det i rapporten konkludert med at fastlegene og psykisk helsearbeider samarbeidet dårlig i forhold til pasienter med alderspsykiatrisk problemstilling. Det var en målsetting i opptrappingsplanen at spesialisthelsetjenesten skulle bli mer tilgjengelig for kommunehelsetjenesten, og dette målet er ikke nådd (Brofoss og Larsen 2001- 2009).

Brofoss og Larsen (2001- 2009) anbefaler at psykisk helsetilbud i kommunene samles i egne enheter for å koordinere tilbudet og styrke faglig kompetanse. Videre peker rapporten på den manglende oversikten over innhold og kvalitet på psykiske helsetjenester i kommunene.

Brofoss og Larsen (2001- 2009) peker spesielt på eldre med psykiske lidelser som en stor gruppe med mangelfullt helsetilbud. I forhold til den eldre befolkningen viser rapporten at spesialisthelsetjenesten, representert ved DPS, i svært liten grad behandler eldre over 65 år med psykiske lidelser. I kommunehelsetjenesten ser man samme trend, at de som i første rekke får oppfølging for psykiske lidelser hos fastlege og psykisk helsearbeider er pasienter mellom 35 og 55 år. Rapporten konkluderer med at når man tar i betraktning den aldersmessige utviklingen i den norske befolkning, med et økende antall eldre, vil vi stå overfor store utfordringer innen psykisk helse i tiden som kommer.

## **2.6 Sykepleiefaglig perspektiv, omsorg og relasjon**

### **2.6.1 Omsorg**

Omsorgsbegrepet er et sentralt begrep innen sykepleie og helsetjenester, og beskrives på ulike måter i litteraturen. Omsorg betyr i helsepolitiske sammenhenger pleie, hjelp og støtte. Det offentlige er også rettslig forpliktet til å yte omsorg (Martinsen 2003:34).

Jeg tar her utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Kari Martinsen fokuserer spesielt på omsorg i et sykepleieperspektiv. Martinsen (2005) legger vekt på en verdensanskuelse hvor relasjoner og avhengighet er fundamentalt, og hvor fellesskapet settes i sentrum. Martinsen (2003) beskriver omsorg som først og fremst et relasjonelt begrep. Hun fremholder at mennesker er avhengig av hverandre, og dette gjenspeiler seg i ulike menneskelige forhold. Relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet. Prinsippet om ansvaret for svake er et overordnet verdiprinsipp som ligger til grunn i all utøvelse av omsorg (Martinsen 2003:15).

Omsorg er også et praktisk begrep, som viser til at man må delta aktivt i den andres lidelse. Her bruker Martinsen (2003) lignelsen om den barmhjertige samaritan som eksempel. Hun fremholder at det hjelper ikke bare å synes synd på en som lider, man må også handle konkret. Denne handlingen gjøres uten noen forventning om gjenytelse. Omsorg har ifølge Martinsen (2003) også en moralsk side, som handler om kvaliteten på relasjonen og praksisen. Martinsen

(2003) hevder at omsorgsmoral må læres gjennom praksis, og verdiene må integreres.

I følge Henriksen og Vetlesen (2006) er omsorg et ansvar, og retter seg mot sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet. Omsorg er responsen på andres sårbarhet, og det er en nødvendighet. Omsorg er ikke bare understøttelse av livet, det er også understøttelse av et verdig liv (Henriksen og Vetlesen 2006). Jo mer hjelp pasienten trenger for å dekke egne behov, jo mer avhengig blir pasienten av andres omsorg. Å være i en situasjon hvor man er svært avhengig av hjelp, kan for pasienten føles som en uverdige situasjon (Henriksen og Vetlesen 2006).

Ifølge Martinsen (2003) kan offentlig omsorg deles i to hovedgrupper utfra målsettingen med omsorgen. *Vekstomsorg* er omsorgsarbeid knyttet til områder hvor man forventer at mottakerne av omsorg blir mer selvhjulpne, og helst oppnår egenomsorg. Dette gjelder innenfor sykehusene, med kortvarige og resultatorienterte pasientforløp. Vekstomsorg kjennetegnes også ved å være kostbar og spesialisert, og det medfører høy prestisje å jobbe innenfor disse institusjonene. Målet med vekstomsorg er at behovet for omsorg hos mottager skal opphøre (Martinsen 2003).

*Vedlikeholdsomsorg* kjennetegnes ved å vedlikeholde tilstander, og også ved at mottakere har tilbakegang i tilstanden. Dette gjelder langtidsinstitusjoner som sykehjem og hjemmesykepleie til eldre (Martinsen 2003). Vedlikeholdsomsorg er mindre kostbart og mindre spesialisert enn vekstomsorg, og det medfører lavere prestisje å jobbe innenfor vedlikeholdsomsorg. Det er ofte mangel på faglærte innenfor denne omsorgen (Martinsen 2003). Vedlikeholdsomsorg har ikke som mål at mottakerne blir selvhjulpne og uavhengige, men å opprettholde funksjon og unngå forverring. Martinsen (2003) mener at omsorg i seg selv står i motsetning til effektive behandlingslinjer og raske resultater.

### **2.6.2 Grunnleggende behov**

Ifølge Dorothea Orem's sykepleiemodell, har alle mennesker grunnleggende behov som må møtes (Cavanagh 2001). De universelle egenomsorgsbehovene som er felles for alle kan deles i fysiologiske og psykososiale behov. De fysiologiske behovene består av å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, vann og mat (Cavanagh 2001). Videre behov for eliminasjon og utskillelse av avfallsstoffer, og balanse mellom fysisk aktivitet og hvile. De psykososiale behovene består av balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt, trygghet mot farer for



liv, menneskelig funksjon og velvære. Videre behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbylde (Cavanagh 2001:19).

Menneskers evne og vilje til å ivareta universelle egenomsorgsbehov varierer (Cavanagh 2001). Ved egenomsorgssvikt hos et individ må andre kompensere og Orem mener sykepleier kan utføre flere funksjoner for å hjelpe personen som har egenomsorgssvikt (Cavanagh 2001). Sykepleier kan vurdere ulike grader av hjelp, fra fullt kompenserende eller gjøre for pasienten, til å veilede, støtte eller tilrettelegge for utførelse. Sykepleier har en viktig rolle i å kartlegge pasientens egenomsorgskapasitet i forhold til grunnleggende behov (Cavanagh 2001).

### **2.6.3 Sykepleieprosessen, relasjon og samhandling**

Sykepleieprosessen som begrep ble introdusert av Hildegard Peplau i 1952. Begrepet omfattet alt som skjer mellom pasient og sykepleier (Travelbee 2001). Sykepleieprosessen kan deles i to deler.

Den problemløsende delen handler om å sette inn adekvate sykepleietiltak, mestre sykepleieprosedyrer og teknikk. Denne delen er i stor grad naturvitenskaplig basert.

Den andre delen av sykepleieprosessen handler om mellommenneskelige prosesser og samhandling (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Den fremholder at en persons opplevelse av sykdom er viktigere enn diagnose eller objektive vurderinger som sykepleier foretar.

I følge Travelbee (2001) har den profesjonelle sykepleier som oppgave å etablere mellommenneskelige forhold.

«Et menneske- til- menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt» (Travelbee 2001:177).

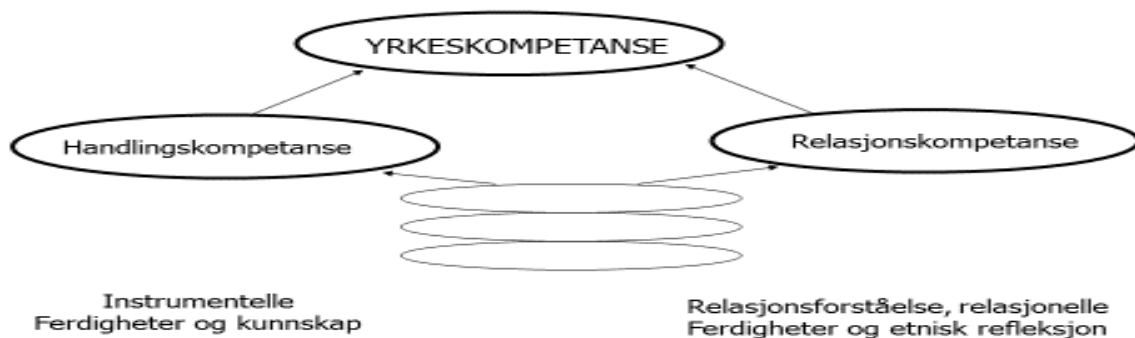
Dette er en prosess som går over tid, hvor relasjonen utvikler seg gjennom mange møter. Målet, ifølge Travelbee (2001), er at relasjonen blir på en slik måte at man ikke ser på hverandre som pasient og sykepleier, men som møte mellom to mennesker. Et menneske- til- menneske forhold er en god relasjon, hvor pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee 2001).

Sykepleiebehov er behov som skal dekkes av sykepleier til beste for pasienten. Dette krever kunnskap og ferdigheter fra sykepleiers side (Travelbee 2001).

En profesjonell sykepleier må ha fagkunnskaper og evne til å anvende kunnskapen i praksis. Hun må også ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk, noe som igjen krever at hun har god innsikt i det å være menneske (Travelbee 2001).

*Relasjonskompetanse* handler om å forstå og samhandle med andre mennesker på en god og hensiktsmessig måte. Det forutsetter sosiale og relasjonelle ferdigheter (Røkenes og Hanssen 2006). *Handlingskompetanse* er evnen til å gjøre noe med eller for den andre, og bygger på instrumentelle ferdigheter og faktakunnskap (Røkenes og Hanssen 2006).

Røkenes og Hanssen (2006) definerer *yrkeskompetanse* som en sammenfletting av relasjonskompetanse og handlingskompetanse:



#### 2.6.4 Tid til samtale

Martinsen (2005) hevder at samtalen er truet i norsk helsevesen i dag. Bakgrunnen for dette er utviklingen med organisering etter NPM modellen i helsetjenestene. Produktivitet, effektivitet, rasjonalisering og standardisert kunnskap er ikke forenelig med tid og rom for samtale (Martinsen 2005). Martinsen (2005) peker på at kvaliteten i arbeidet måles etter effektivitet. Tiden blir fremstilt som noe som ikke må sløses bort, og at det ikke må brukes mer tid enn nødvendig. Martinsen (2005) fremholder at hastighet og travelhet er ødeleggende for menneskelig nærvær. For å samtale kreves det nærvær og tilstedeværelse.

### **2.6.5 Faglig skjønn**

Gammersvik og Larsen (2014) fremholder at det ikke finnes enkle svar på komplekse situasjoner. De mener det trengs klokskap og faglig skjønn for å finne gode handlingsalternativer. For å tilegne seg denne kompetansen må sykepleier utvikle seg gjennom erfaringer, og tilegne seg kunnskap og ferdigheter ved å praktisere den (Gammersvik og Larsen 2014). Sykepleier må inneha mange former for kunnskap, som forskningsbasert-, teoretisk- og erfarings basert kunnskap for å utføre ulike funksjoner. I tillegg trengs det faglige skjønn for å skape forbindelse mellom en konkret situasjon i praksis og de ulike kunnskapene (Gammersvik og Larsen 2014:82). Skjønn kan dermed anvendes for å tilpasse kunnskap til praksis.

## 3 Design og metode

### 3.1 Introduksjon

I dette kapitlet vil jeg først presentere mitt valg av design og metode, og hva jeg legger til grunn for valgene. Videre presenterer jeg utvalg og rekruttering. I presentasjonen av datainnsamlingen, beskriver jeg forskningsintervjuene og gjennomføring av intervjuene. I behandling og analyse av data beskriver jeg overveielser under transkribering, vurderinger og valg av analysemetode. Videre beskriver jeg de ulike trinnene i analysen, og egne erfaringer med gjennomføringen. Til slutt presenterer jeg vitenskapsforankring, prinsipper i forhold til kvalitet, forskningsetiske overveielser og metodekritikk.

### 3.2 Design

I studien ønsket jeg å utforske erfaringer hos sykepleiere i hjemmetjenesten. Jeg valgte et eksplorerende design for studien, fordi jeg søkte å utforske fenomener som jeg ønsket å få bedre kjennskap til og var lite kjent med. Et eksplorerende design tar ikke først og fremst utgangspunkt i beskrevne teorier, men tar utgangspunkt i empiri, en såkalt induktiv tilnærming (Thagaard 2009). Eksplorerende forskningsdesign har som mål å skape økt innsikt eller forståelse for et gitt fenomen som er mindre kjent (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010).

Valg av metode handler om valg mellom ulike metodiske strategier for å teste og generere kunnskap (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). De ulike metodene er teorier om hvordan data skal samles inn, analyseres og tolkes (Johannessen m.fl. 2010). I min overveielse av hvilken metode som var best egnet for min studie, så jeg på hensikten med studien. Jeg ønsket gjennom denne studien å få en dypere forståelse for helsepersonells erfaringer med oppfølging av eldre pasienter med depresjon. Det ble derfor valgt å benytte kvalitativ metode for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud 2013). Kvale og Brinkmann (2014) legger vekt på at kvalitativ metode har til hensikt å fremheve menneskers erfaringer og betydning av erfaringer.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

Informantene skulle rekrutteres fra ulike bydeler i Oslo. Jeg ønsket et strategisk utvalg av informanter for å samle mest mulig relevant data. Dette er også anbefalt i henhold til kvalitative studier (Thagaard 2009).

Kriteriene for inklusjon i studien var:

1. Helsefaglig bakgrunn med minimum bachelornivå.
2. Har jobbet i hjemmetjenesten i minimum 3 år.

Etter å ha mottatt godkjenning for studien min fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), startet jeg med rekrutterings prosessen (Vedlegg nr. 3).

Rekruttering av informanter til studien viste seg å bli en lang prosess. For å finne frem til aktuelle ledere som kunne være kontaktpersoner, måtte jeg få en oversikt over organiseringen i bydelene. Den første utfordringen ble å avklare hvem som hadde ansvar for oppfølging av eldre personer med depresjon. Alle bydelene hadde en Enhet for psykisk helsearbeid, som i første omgang kunne synes å være rette instans. Enhet for psykisk helsearbeid var organisert ulikt i de forskjellige bydelene. Det var vanskelig å komme i kontakt med rette vedkommende i bydelene, og i den grad jeg fikk svar fra Enhet for psykisk helsearbeid, var svaret at de ikke prioriterte eldre over 65 år. Dette ble formidlet muntlig fra ledere og andre ansatte i tjenesten, og var ikke noe jeg fant skriftlig om tjenesten. Bydeler som oppga at de ikke hadde alders restriksjon på Enhet for psykisk helsearbeid, hadde allikevel svært få eldre pasienter som ble fulgt opp av denne enheten. Dermed syntes det ikke relevant å spørre etter erfaringer med eldre pasienter med depresjon hos psykisk helsearbeider.

Det ble tatt skriftlig kontakt med ledere ved bestillerenhetene i de ulike bydelene, og jeg fikk tilbakemelding fra en bydel. Spørsmål og svar var;

*Spørsmål 1. Hvilken del av hjemmetjenesten har ansvar for å yte tjenester til hjemmeboende eldre over 65 år med depresjon?*

Svar: Enhet for psykisk helsearbeid, eller hjemmesykepleien.

*Spørsmål 2. Hvilke tjenester kan dere tilby denne gruppen?*

Svar: Oppfølging av psykisk helsearbeider eller hjemmesykepleie. Alternativt dagsenter for eldre.

Jeg bestemte meg da for å ta kontakt med den generelle hjemmetjenesten. Jeg henvendte meg til ledere i hjemmetjenesten i flere bydeler, men fikk dessverre ikke rekruttert informanter til studien. Neste steg var å ta kontakt med *Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo*, som var imøtekommende og satte meg i kontakt med kontaktpersoner i bydelene. Gjennom kontaktpersonene fikk jeg avtale med fire informanter til intervju. I tillegg ble tre informanter rekruttert via kjente kontakter.

Informantene som ble rekruttert til studien var syv sykepleiere fra fem ulike bydeler. Av disse hadde to videreutdanning i geriatri eller psykisk helsearbeid. Informantene hadde fra 3-32 års erfaring fra hjemmetjenesten. Alle hadde erfaring som sykepleier i turnus i hjemmetjenesten. I tillegg hadde en informant erfaring fra demensteam og en hadde erfaring fra bestillerenhet.

## **3.4 Metode for innsamling av data**

### **3.4.1 Det kvalitative forskningsintervjuet**

«Intervju er en samtale med en viss struktur og hensikt» (Kvale og Brinkmann 2014:23).

Forskningsintervjuet søker å gå dypere inn i temaer og utforske fenomenen. Et forskningsintervju er ikke en samtale mellom likeverdige parter. I intervjuet er det forsker som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale og Brinkmann 2014). Intervjuundersøkelser egner seg til å få utfyllende svar på hvordan mennesker opplever et gitt fenomen, og å få personlige synspunkter og refleksjoner rundt dette (Thagaard 2009). Det er informantene som gir forsker data til studien.

Forskningsintervjuet kan utformes med varierende grad av struktur. Det kan graderes fra konkrete spørsmål som krever konkrete svar, til åpne spørsmål som inviterer mer til en samtale mellom forsker og informant (Thagaard 2009). Ved en delvis strukturert tilnærming, blir spørsmålene formet på forhånd og informantene styrer rekkefølgen i forhold til hvordan fortellingen går (Thagaard 2009). Ved å bruke delvis strukturert intervjuguide gir det en fleksibilitet i forhold til å kunne utdype data der forsker mener dette er hensiktsmessig. Ved utforming av intervjuguiden er det viktig at forsker har tilstrekkelig kunnskap om situasjonen, slik at spørsmålene er relevante for informanten (Thagaard 2009).

Forsker og informant utvikler en relasjon som har betydning for intervjuet (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2010). Relasjonen mellom forsker og informant vil være personlig, i den forstand at personlig kjemi spiller en rolle i forhold til hvilken informasjon som kommer frem. Hvis forsker ikke oppnår tillit hos informanten, vil denne sannsynligvis svare mer generelt og overfladisk i forhold til tema, noe som ikke er ønskelig i kvalitativt intervju (Johannessen m.fl. 2010).

Kvale og Brinkmann (2014) sier at det kvalitative intervjuet går ut over en mekanisk overholdelse av regler, og er avhengig av forskers personlige ferdigheter i intervjusituasjonen.

### 3.4.2 Gjennomføring av forskningsintervjuene

Intervjuene ble avtalt direkte med informantene. I forkant av intervjuene fikk informantene et informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg nr. 1). Deltagerne ble informert om at de i intervjuet ville bli spurt om erfaringer med oppfølging av eldre pasienter med depresjon i hjemmetjenesten, og at de på forhånd tenkte gjennom konkrete pasientcase. Intervjuene varte i 1/2- 1 time, og intervjuene foregikk på deltagerens arbeidsplass. Det ble gjort lydopptak, som informantene samtykket til.

I min studie valgte jeg intervju med delvis strukturert tilnærming, hvor jeg utarbeidet en intervjuguide med spørsmål om temaet jeg ville belyse (Vedlegg nr. 2). Jeg hadde en del stikkord i intervjuguiden, som skulle sikre at viktige punkter ble belyst under intervjuet.

Før intervjuene startet, informerte jeg litt om meg selv og om studien. Jeg understreket at jeg var interessert i informantens egne erfaringer, og at jeg ikke var ute etter «riktige eller gale svar» på spørsmålene mine. Jeg understreket også at jeg ikke ville bruke gjenkjennbare utsagn, navn eller data som kunne identifisere informanten. Samtidig prøvde jeg i forkant av intervjuet å få til en lett tone slik at informantene slappet av.

Med tanke på at en intervjuguide lett kan forstyrre den frie uformelle samtalen som er idealet for dybdeintervjuene (Tjora 2010), valgte jeg å be informantene forberede pasientcase/ situasjoner, som de fortalte i starten av intervjuet. Noen av informantene hadde lengre historier, og andre hadde mer generelle situasjoner som de beskrev. Som intervjuer forholdt jeg meg aktivt lyttende til historiene, med oppmuntrende nikk underveis uavhengig om jeg var enig eller uenig i uttalelser. Som intervjuer ønsket jeg å oppnå en uformell tone gjennom intervjuet, for å unngå å få «politisk korrekte» svar i stedet for informantens egne erfaringer og refleksjoner. Thagaard (2009) peker på at informantene kan svare ut fra det de tror forskeren vil høre. Dette er blant annet avhengig av forskers åpenhet i intervjusituasjonen og den relasjonen som utvikler seg mellom informant og forsker.

I mine intervjuer var det et mål at jeg som forsker klarte å få informantene til å reflektere over ulike erfaringer med pasienter i hjemmetjenesten. Et vellykket intervju krever at forsker er godt orientert og stiller relevante spørsmål. (Thagaard 2009). Noen informanter beveget seg utenfor tema, og jeg valgte da å la de snakke en stund, for ikke å avbryte så informanten «kom ut av det». Det førte ofte til at det kom interessante refleksjoner etter en lengre historie. Jeg

brukte gjerne enkle stikkord for å komme på sporet igjen. Andre informanter hadde ikke så mye å fortelle, og da ble utfordringen som intervjuer å gi dem oppfølgingsspørsmål som førte samtalen videre.

Som tidligere nevnt la jeg vekt på at det skulle være en avslappet stemning under intervjuet, og for å få til dette forsøkte jeg å oppnå et tillitsforhold til informantene. Alle informantene var sykepleiere, noe jeg informerte om at jeg også var. Jeg formidlet at jeg ikke kom i form av en ekspert fra spesialisthelsetjenesten, men var interessert i å høre om hvordan informantene erfarte sin arbeidsdag i hjemmetjenesten. Jeg forsket ikke på eget arbeidsfelt, og kunne derfor innta en mer nysgjerrig holdning overfor informantens erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon i hjemmetjenesten. Jeg måtte være svært bevisst på ikke å komme med egne synspunkter når samtalen ble svært engasjerende. Som sykepleiere kunne vi finne en felles forståelse for daglige utfordringer og prioriteringer, og jeg opplevde at relasjonen var styrket av at vi tilhørte samme profesjon.

Avslutningsvis ble det brukt tid på å oppsummere og avklare spørsmål. Jeg ønsket at informanten skulle føle seg ivaretatt, og brukte litt tid avslutningsvis til å takke for deltakelse og verdifullt bidrag.

## **3.5 Metode for behandling av data**

### **3.5.1 Transkripsjon av data**

Transkribering betyr transformering, og i dette tilfelle vil det si å oversette fra talespråk til skriftspråk (Kvale og Brinkmann 2014).

Transkriberingen skal tilrettelegge for analyse, ved å transformere tale til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud 2013). Teksten må ikke forveksles med virkeligheten, og det vil alltid være fortolkninger til grunn i teksten (Malterud 2013).

Jeg valgte å bruke båndopptaker for å dokumentere det som ble sagt i intervjuene. Dette er en foretrukket metode ved intervjuer (Malterud 2013). Etter å ha gjennomført et intervju, hørte jeg gjennom opptaket. Jeg startet ganske umiddelbart med transkriberingen, da jeg hadde samtalen friskt i minne. Mitt mål med transkriberingen var å få frem det informantene hadde til hensikt å meddele, en pålitelig tekst. Transkribering er således et filtrerings- og



tolkningsarbeid, og en start på analyse av teksten (Malterud 2013).

Jeg hadde lagt opp til en gjennomgående uformell tone i intervjuene, og dette fungerte som regel godt å transkribere ordrett skriftlig, men med noen unntak. Unntakene var noen tilfeller hvor jeg ikke synes det ytet informantene rett i forhold til det jeg oppfattet under samtalene. Noen av informantene kom opprinnelig fra andre land, og til tross for at alle hadde et godt norsk språk, oppdaget jeg at de kunne bruke ord som hadde en annen mening enn det jeg hadde forstått under intervjuet. Jeg måtte bruke endel tid og over veiinger for å komme frem til det språket som gav den riktige forståelsen av hva informanten mente å si i samtalen. Et annet muntlig trekk var at noen småord stadig ble gjentatt, som ble forstyrrende i teksten og som jeg valgte å utelate for å få flyt.

Mange av intervjuene bar preg av at informant og intervjuer hadde en felles erfaringsbakgrunn, og at jeg som intervjuer ofte kom med oppmuntrende nikk i samtalen. Dermed kom noe informasjon og meninger ut som underforstått, uten at dette kommer klart fram i muntlig tale. Jeg har da i transkriberingen skrevet inn «støtteord» i parentes, for at setningen skal gi mening. Transkriberingen har stort sett vært ordrett gjengitt i forhold til tale, og jeg synes det var riktig å beholde en muntlig tone i gjengivelsen av teksten. Jeg ønsket ikke å gjøre den til en formell og korrekt tekst, som da fort ville høres fremmed ut i forhold til hvordan samtalene forløp.

Etter å ha transkribert intervjuene, ble resultatet en tekst jeg selv synes var tro mot informantenes stemme samtidig som den gav mening og flyt. Dermed var dette tekst som jeg anså var godt egnet til videre analysearbeid.

### **3.5.2 Analyse av transkribert tekst**

Jeg brukte tid på å vurdere og bestemme meg for en egnet analysemetode. Analysen skal være et verktøy for å organisere, fortolke og sammenfatte data (Malterud 2013). Utgangspunktet for analysen var problemstillingen min, og ut fra den skulle jeg stille spørsmål til data. Svarene jeg fikk var sammensatt av spørsmålene, datamateriale og teoretisk rammeverk (Malterud 2013). Jeg valgte *systematisk tekstkondensering* (STC) som analysemetode, modifisert av Kirsti Malterud. STC baserer seg på A. Giorgi's fenomenologiske analysemetode (Malterud 2013). Analysen er eksplorerende, tverrgående og deskriptiv (Malterud 2013). Analysen er delt inn i fire trinn.

### *Trinn 1*

I første trinn av analysen gjorde jeg meg kjent med tekstene. Jeg leste igjennom alle tekster flere ganger og prøvde å se dem fra et fugleperspektiv (Malterud 2013). Jeg identifiserte enkelte temaer som umiddelbart pekte seg ut. Det var mange tema først som jeg gikk noen runder med. Jeg oppdaget at en del av temaene kunne legges under et hovedtema. Jeg endte så opp med seks foreløpige tema, som jeg tok med videre i prosessen.

### *Trinn 2*

I andre trinn av analysen identifiserte jeg meningsbærende enheter ved å skille relevant tekst fra irrelevant (Malterud 2013). Jeg markerte all relevant tekst med utgangspunkt i de foreløpige temaene. Disse meningsbærende enhetene begynte jeg å systematisere, også kalt koding (Malterud 2013).

Dette var kanskje den mest krevende delen av analysen. Samtidig som jeg skulle kode alle meningsbærende enheter, skulle jeg også videreutvikle de intuitive temaene. Det var mange overveielser som måtte tas, og ved å dra inn problemstillingen og referanserammer så jeg at et av temaene ikke var relevant for min problemstilling, og to tema hørte egentlig innunder et av de andre temaene. Dette ble i neste omgang til tre kodegrupper. Dermed måtte jeg gjennomgå hele teksten på nytt for å markere meningsbærende tekst og kode den, og dette gjentok seg et par ganger i løpet av analyseprosessen.

Loggboken var i denne fasen nyttig for å kunne følge tankegangen min frem og tilbake når det var nødvendig. Jeg hadde mange overveielser i forhold til koding. Hva skulle jeg gjøre med tekst som var interessant men ikke passet inn umiddelbart i en kodegruppe? Eller tekst som passet i flere kodegrupper? De meningsbærende enhetene ble tatt ut av sammenhengen, og derfor måtte jeg stadig tilbake til original intervjuet, for å vurdere om jeg hadde forstått teksten riktig. Dette var en prosess som fulgte meg videre inn i de neste analysetrinnene.

### *Trinn 3*

I tredje trinn av analysen jobbet jeg med systematisk tekstkondensering. Jeg tok utgangspunkt i meningsbærende enheter i de ulike kodegruppene fra forrige trinn. Så sorterte jeg teksten i subgrupper under kodegruppene (Malterud 2013). Jeg fikk tre- fire subgrupper under hver kodegruppe. Subgruppene utgjorde nå analyseenheter. Jeg fortettet teksten ved å skrive et kondensat i jeg- form (kunstig sitat) av den meningsbærende teksten for hver av subgruppene (Malterud 2013).

I denne prosessen endret jeg igjen på kodegrupper og subgrupper ettersom jeg jobbet videre

med teksten. Jeg valgte nå å dele en kodegruppen i to grupper; fordi jeg vurderte at en av subgruppene var så sentral at den burde være egen kodegruppe. Jeg fant det samtidig hensiktsmessig å reduserte antall subgrupper. Jeg måtte igjen tilbake til originalteksten og vurdere kodingen av de meningsbærende enhetene opp mot den nye organiseringen av kode- og subgrupper. Jeg endte nå opp med fire kodegrupper og tre- fire subgrupper under hver kodegruppe. Kondensatet som ble skrevet søkte å oppsummere all meningsbærende tekst innen hver subgruppe. I tillegg valgte jeg ut et «gullsitat» fra teksten for hver subgruppe, som skulle illustrere hovedbudskapet i kondensatet (Malterud 2013).

#### *Trinn 4*

I fjerde trinn av analysen settes bitene sammen igjen til en analytisk tekst for hver kodegruppe (Malterud 2013). Igjen må jeg vurdere originaltekst og meningsbærende enheter opp mot kodegrupper og kondensat. Den analytiske teksten skrives i tredjeperson- form, fordi det nå er en gjenfortelling av teksten (Malterud 2013). Under denne prosessen endrer jeg noen overskrifter som beskriver kodegruppene og subgruppene. Jeg mener de nye overskriftene er mer dekkende for innholdet når jeg nå har re- kontekstualisert teksten. Kodegruppene er nå utviklet med sammenfatning av kondensatene, og blir nå kalt kategorier (Malterud 2013).

Den analytiske teksten er resultatet av analyseprosessen, og funnene presenteres i kapittel 4.

### **3.6 Vitenskapsteori**

Kvalitative metoder bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk (Malterud 2013). I min studie får jeg tilgang på data som omhandler menneskers erfaringer (fenomenologi). Dette datamaterialet kan fortolkes i lys av teori og forskers forforståelse (Malterud 2013).

Med et utforskende kvalitativt forskningsdesign søker man å beskrive og analysere egenskaper eller kvaliteter ved gitte fenomener (Malterud 2013, Thagaard 2009). Fortolkning (hermeneutikk) forutsetter at forsker har et reflektert forhold til utfordringer ved fortolkning av data. Dette gjøres ved systematisk innsamling av data, og reflektert bearbeiding i analyseprosessen (Thagaard 2009).

Hermeneutikk er en sammensatt tradisjon av teorier om fortolkning og forståelse (Thomassen 2006). Hermeneutisk analyse tar utgangspunkt i at en del av teksten må forstås ved å se den i sammenheng med hele teksten og omvendt (Krogh 2009). Den hermeneutiske sirkel står sentralt i hermeneutikken og viser til forbindelser mellom det vi skal fortolke, vår

forforståelse for et fenomen og konteksten som fenomenet må fortolkes i (Gilje og Grimen 2011). Fortolkning består i en stadig bevegelse mellom helhet og del, hvor vi ser på det vi skal fortolke opp mot kontekst, og det vi skal fortolke opp mot egen forforståelse (Gilje og Grimen 2011).

Utgangspunkt for studien var å kartlegge sykepleieres erfaringer i møte med eldre pasienter med depresjon. Jeg hadde selv en forforståelse av tema, som påvirket hvilke spørsmål jeg valgte å stille. En utfordring var å unngå at forforståelsen ble for dominerende i forhold til spørsmålene som ble stilt (Krogh 2009). Min intensjon var å være mer nysgjerrig på hva informantene hadde å fortelle enn å få bekreftet min egen forforståelse. Allikevel visste jeg at jeg ville påvirke informanten når jeg intervjuet. Hvilke data jeg la vekt på og hvilke kvalifikasjoner jeg innehadde, var farget av min egen forståelse for tema (Thagaard 2009). Jeg måtte være bevisst på hvorfor jeg ville gå nærmere inn på et tema fremfor et annet. Mine oppfølgingsspørsmål ville sannsynligvis styres av min forståelse av hva som var viktig og interessant. Mine data ville dermed være farget av dette.

I intervjuet vil forsker oppfatte budskap både i ord og kroppsspråk (Thagaard 2009). Det var viktig for meg å være bevisst dette, og hvordan jeg valgte å tolke og videre analysere data. Da kunne jeg bedre forsvare datas relevans i forhold til problemstillingen.

### **3.7 Forskningsetiske overveielser**

De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH) har egne retningslinjer og veiledere for forskning (Johannessen, Tuft og Christoffersen 2010). I tillegg er forskning underlagt ulike lover som regulerer bruk av data. I henhold til personvernloven ble forskningsprosjektet innmeldt og godkjent av NSD.

#### **3.7.1 Informasjon og informert samtykke**

Et av grunnprinsippene for en etisk forsvarlig forskningspraksis er informert samtykke. Informert samtykke kreves der det er mulig å identifisere enkeltpersoner (Johannessen m.fl. 2010). Jeg valgte å bruke samtykkeskjema i min studie, i henhold til De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH). De sier at informanter i studier skal gi sin informerte og frie samtykke, med rett til å trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt.

I forbindelse med rekruttering til prosjektet mottok alle informanter et informasjonsskriv og et skjema om informert samtykke. I tillegg informerte jeg muntlig, i forkant av intervjuene, og presiserte retten til å trekke seg på et hvert tidspunkt hvis de ønsket det. Alle informanter undertegnet samtykke, og jeg presiserte at skjema vil bli slettet ved prosjektets slutt, og senest 31.12.2015.

### **3.7.2 Konfidensialitet**

Et annet av grunnprinsippene i etisk forsvarlig forskning er kravet om konfidensialitet (Thagaard 2009). I planlegging av prosjektet vurderte jeg etiske aspekt, for å se om problemstillingen kunne være etisk problematisk. Det var syv informanter, og dermed ikke et stort antall. Informantene var sykepleiere i hjemmetjenesten fra fem ulike bydeler, noe jeg mener er en styrke i forhold til konfidensialitet, fordi dataen representerer flere bydeler og ikke en arbeidsplass som lettere kan identifiseres. Jeg understreket overfor informantene at jeg ikke ville bruke gjenkjennbare utsagn, navn eller data som kunne identifisere informantene. Trygghet for at dataen ble behandlet konfidensielt kunne også føre til at informantene snakket friere under intervjuene.

Jeg valgte å anonymisere alle intervjudata i transkriberingen, og ikke noe i den transkriberte teksten kan identifiseres med en enkelt bydel eller arbeidsplass.

### **3.7.3 Konsekvenser**

Thagaard (2009) fremhever dilemmaer i forhold til hvilke konsekvenser forskningen kan få for deltakerne. I følge Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora står det som prinsipp at forsker ikke skal forårsake skade eller belastning hos de som er deltagere, som igjen springer ut av prinsippet om at forsker skal ha en grunnleggende respekt for menneskeverdet (Thagaard 2009). Erfaringer fra intervjuundersøkelser viser at informanter kan erfare at å delta i en forskningsundersøkelse kan være positivt og føre til økt innsikt, men også være negativt hvis informantene kjenner igjen sine sitat men ikke er enig i fremstillingen (Thagaard 2009).

I min studie stilte informantene opp frivillig, og jeg hadde en målsetning om at informantene skulle sitte igjen med en positiv følelse etter intervjuet, som beskrevet i 3.4.2. Under transkribering av data la jeg vekt på at teksten skulle fremstå tro mot det informantene mente å uttrykke. Dette la grunnlaget for videre analyse med systematisk tekstkondensering. I

kapittel 4 presenterer jeg funn fra datamaterialet. Der bruker jeg en del sitat fra data for å understreke eller utdype den analytiske teksten. Jeg legger vekt på å bruke sitat i den kontekst jeg mener informantene ville kjenne seg igjen i.

### **3.8 Forskningens kvalitet**

#### **3.8.1 Reliabilitet og validitet**

Et sentralt spørsmål i all forskning er å avgjøre hvor pålitelig data er (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). Reliabilitet i kvalitativ forskning omhandler forskers evne til å redegjøre for sin egen rolle i studien, og det er avgjørende for kvaliteten på prosjektet å være kritisk til alle deler av prosessen (Tjora 2012). Forsker må både vise kunnskap og engasjement for studien, og kunne reflektere rundt sin egen rolle som en del av datamaterialet. Teoretisk skal det være mulig for andre å gjøre studien om igjen på et senere tidspunkt (Kvale og Brinkmann 2014).

Validitet eller gyldighet i kvalitativ studie vil si at man har undersøkt det studien hadde ment å undersøke (Tjora 2012). Studien må være tydelig i forhold til en kritisk og reflektert holdning gjennom hele prosessen. Forsker må synliggjøre sin egen forforståelse og refleksjoner, og stille kritiske spørsmål i forhold til alle ledd i prosessen (Tjora 2012).

I min studie har jeg forklart forskningsprosessen gjennom transkribering, analyse og etiske overveielser. På grunn av denne oppgavens omfang har jeg ikke kunnet gå inn på alle detaljer i prosessen, men jeg har forsøkt å gi noen eksempler på hvordan prosessen har foregått. Under hele prosessen har jeg, så langt jeg har maktet, stilt med åpne spørsmål og unngått å konkludere tidlig i prosessen. Kvalitet handler om å skape troverdige resultater, og da må alle faser i forskningsprosessen være grundig gjennomarbeidet (Tjora 2012).

#### **3.8.2 Generaliserbarhet**

Etter å ha vurdert studiens reliabilitet og validitet, må man ta stilling til om studieresultatet kun gjelder for denne situasjonen eller om den kan overføres til andre personer og situasjoner (Kvale og Brinkmann 2014). Kvale og Brinkmann (2014) peker på at kvalitativ intervjuforskning har få informanter, og derfor er resultatet vanskelig å generalisere i forståelsen av å gjøre allmenngyldig. Malterud (2013) mener at forskning bare unntaksvis kan

vise til resultater som er generaliserbare, og at det er mer hensiktsmessig å snakke om forskningsresultatets overførbarhet. I det legger forfatteren at det er grenser og visse betingelser i forhold til hvordan resultatet kan overføres til andre situasjoner. Malterud (2013) mener at overførbarhet av resultater er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre, men at man må bruke overførbarhet med forsiktighet.

### 3.9 Metodekritikk

Underveis i metodekapittelet har jeg sett kritisk på dilemmaer og veivalg for gjennomføring av studien. Jeg vil i tillegg presisere noen områder hvor min forforståelse, forventninger og uventede utfordringer førte til retningsendringer i prosessen.

Det lå en utfordring i intervjuformen med delvis strukturert intervju. I gjennomføringen av intervjuene valgte jeg å innlede med at informanten ble oppfordret til å fortelle om erfaringer med aktuelle pasientsituasjoner. I analysen erfarte jeg at en del av dette materialet ikke var meningsbærende tekst, da noen av historiene handlet om situasjoner som ikke ble relevant for problemstillingen. Imidlertid kom det også frem meningsbærende enheter fra fortellingene, og det kan tenkes at å fortelle historier bidro til at informantene svarte mer reflektert enn «korrekt» på spørsmålene.

Utgangspunkt for oppgaven var å undersøke erfaringer knyttet til eldre med depresjon. I studien viste det seg at det ikke var enkelt for informantene å skille depresjon fra andre psykiske lidelser som angst og lettere kognitiv svikt. Pasientene i hjemmetjenesten hadde ofte ingen psykiatrisk diagnose, og heller ikke vedtak som gikk spesifikt på psykisk støtte. Dermed ble det opp til den enkelte informant å identifisere psykisk lidelse hos pasientene, som de igjen relaterte til i intervjuet.

Drøftingen av funnene fremsto som utfordrende, ikke minst å bestemme seg for hvilke funn som skulle drøftes. Jeg hadde en forforståelse og forventning til data før og underveis i prosessen, og dette påvirket utvelgelse av funnene som ble tatt med i drøftingen. Forforståelse er imidlertid en viktig del av forskers kunnskap, som vil kunne styrke prosjektet (Malterud 2013). På den andre siden kan en sterk forforståelse føre til en for smal eller ensidig utvelgelse av funn. Jeg forsøkte under prosessen å være bevisst min forforståelse og la ulike stemmer komme til orde. Samtidig har nok noen stemmer kommet sterkere frem enn andre i oppgaven.

## 4 Presentasjon av funn

### 4.1 Introduksjon

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene i mitt datamateriale. Først viser jeg en tabell med de endelige kategoriene som jeg har kommet frem til gjennom analysearbeidet. Deretter legger jeg frem den analytiske teksten hvor kategoriene og undergruppene danner overskriftene. I den analytiske teksten viser jeg til en del sitater fra datamaterialet.

### 4.2 Funn

#### 4.2.1 Tabell

Oversikt over endelige kategorier og undergrupper til teksten. Tabell 1

<b>KATEGORIER:</b>	<b>UNDERGRUPPER:</b>
Vedtaket styrer veldig	Verdier i konflikt
	Andre bestemmer hvordan jeg skal være sykepleier
	Litt godt med vedtak da
	Det blir lite forebygging
Trenger å bygge gode relasjoner	Viktig med kontinuitet
	Viktig at pasienten er trygg på sykepleier
	Må ha god relasjon for å få til noe
	Må kjenne pasienten for å gjøre gode vurderinger
Har ikke tilstrekkelig kompetanse	Hører ikke noe om psykisk helse på jobben
	Kommer til kort
	Viktig med personlige egenskaper
Savner mer samarbeid og samhandling med andre aktører	Å kunne diskutere med noen som kan mer
	Bestillerenheten forstår ikke vår virkelighet
	Å forhandle om vedtak

#### 4.2.2 Vedtak styrer veldig

Tiden var et sentralt begrep som gikk igjen i alle intervjuene, og som informantene hadde mange tanker om. Oslo kommunes hjemmetjeneste er organisert etter Bestiller- Utfører



Modellen (BUM). Pasientene får tildelt *vedtak* som beskriver innhold i tjenesten og hvor lang tid som er satt av til utførelse av tjenesten. Personalet må forholde seg til *vedtakstid*, som angir hvor mange minutter personalet kan bruke på å yte helsehjelp til hver pasient.

#### *Verdier i konflikt*

I intervjuene gav informantene uttrykk for at tiden personalet hadde til rådighet hos pasientene ofte ble for knapp. Det var vanskelig for personalet å bli kjent med pasienter som hadde vedtak om besøk av kort varighet. Videre mente informantene at kort tid var utfordrende i forhold til å gi god omsorg.

Det kom frem i intervjuene at personalet følte seg stresset på grunn av tidspress, og ofte valgte å strekke seg utover sin egen arbeidstid for å bøte på den knappe tiden de hadde til rådighet. *«Ja, det blir jo stress, det blir ikke noe lunsj. Det blir sjelden lunsj. Man gir mye tid, det gjør mange av de faste (ansatte)».*

Videre fortalte informantene om situasjoner hvor pasienter bad ansatte bli lenger når de skulle gå videre. Ifølge informantene uttrykte disse pasientene ofte angst. Informantene fortalte om samvittighets kvaler mellom hensynet til den pasienten de var hos og de andre pasientene som ventet på dem.

I intervjuene kom det frem at ansatte erfarte å bli stående i skvis mellom pasientens forventninger til hjemmetjenesten, og ansattes kompetanse og ressurser.

#### *Andre bestemmer hvordan jeg skal være sykepleier*

Informantene gav uttrykk for frustrasjoner i forhold til fastsatt vedtakstid. De synes det var vanskelig å godta at noen «utenfor» bestemte hvordan oppgavene skulle løses, og mente personalet var de som så behovene hos pasientene fortløpende. Det ble uttrykt at ordningen med vedtakstid kunne oppfattes som mistillit til personalgruppen, for å kontrollere at personalet brukte tiden effektivt. *«Jeg synes de fleste (personale) gjør så godt de kan, og vi jobber alltid over(tid) for å få det gjort. Det er også mange ting utenom som må gjøres, og det faller på oss sykepleiere. Og jeg synes at det ikke blir satt opp nok tid. Det burde være opp til oss å... og vi ser jo hva de (pasientene) trenger etterhvert».*

Informantene uttrykte at vedtakene kunne være utilstrekkelige, og hadde flere historier om hvordan de brukte tid utover vedtakstiden. *«Og da står det hver kveld faktisk (at hun skal ha) samtale. Jeg lurer på om det står 15 minutter fast da, men jeg bruker bestandig mer enn 20*

*minutter». En annen informant forteller; «Da prøver jeg å bruke mer tid enn jeg egentlig har for å sitte der. Sitter der og ser på ski eller noe, så han skal slippe å føle at han er alene».*

Det kom frem i intervjuene at de fleste ansatte registrerte tiden de var hos pasienten akkurat i henhold til vedtakstiden. Dette var overraskende fordi personalet kunne være inne både kortere og lengre tid uten at dette gjenspeilet seg i registreringene. *«Personalet føler seg nok styrt av det(vedtakstiden), men det er nok noe fleksibilitet også, men ikke så mye. Og personalet blir telt og målt på det(tiden), så det er også noe som ikke helt stemmer i de ordningene. For de fleste kvitterer faktisk akkurat det(tiden) som er bestilt. Og vi vet jo alle at det er ikke så presist».*

Det ble gitt uttrykk for en arbeidssituasjon der personalet måtte tilpasse seg pasientenes ønsker, fordi de var i pasientens hjem. *«Hjemmesykepleiere gjør det som brukere vil. Det er ikke som på sykehus eller sykehjem. Vi er der for dem (pasientene), men må respektere og gjøre som bruker vil».*

#### *Litt godt med vedtak da*

Intervjuene viste at det også kunne oppleves positivt for ansatte å jobbe i Bestiller- Utfører Modellen. *«På en måte er det deilig å ha et bestillerkontor. Altså det kunne av og til føles litt vanskelig å redusere når man følte at her er det egentlig ikke noe behov for noe, men brukeren synes det er veldig deilig at vi kommer. Da er det veldig greit å peke på et vedtak».*

#### *Det blir lite forebygging*

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at personalgruppen kunne jobbet mer forebyggende hvis de hadde mer tid hos pasientene, og dette var noe informantene ønsket å prioritere. *«Jeg skulle ønske at vi kunne unngå en del av disse angstanfallene (hos pasienten). Det er klart du dør ikke av angst, men det er jo så plagsomt for den det gjelder. Jeg skulle ønske det var mer forebyggende, det kunne vært bra. I stedet for å ta alle toppene når de allerede har et angstanfall».*

Informantene gav uttrykk for at det var lite aksept for å få ekstra vedtakstid for forebygging hos pasientene. De mente at hvis de fikk lengre vedtakstid kunne de forebygge, og ikke bare ta det prekære her og nå arbeidet.

I intervjuene kom det frem erfaringer om at mange eldre pasienter var ensomme, og at det ikke var lett å motivere dem til å komme seg ut og i aktivitet. *«Veldig ofte tror jeg det handler*

*om understimulering. Og at de ikke har energi og krefter til å komme ut av den situasjonen. Man må på en måte dytte, hjelpe og motivere de til å prøve nye ting».*

Informantene fortalte at de tilbød å søke om dagsenter for de eldre pasientene som var ensomme. Pasientene ønsket ofte ikke dette selv, og personalet erfarte at det var vanskelig å motivere dem. *«Men det er jo mange (pasienter) som ikke vil på dagsentrene, for det er ikke så veldig antidepressiva å gå på dagsenter. Fordi det faktisk er veldig syke mennesker der. Det er ikke alle som synes at det er noen «høydare» akkurat».*

### **4.2.3 Trenger å bygge gode relasjoner**

Informantene snakket om erfaringer med relasjon og oppfølging av pasientene i ulike sammenhenger. Informantene la vekt på at god relasjon var viktig for å yte god helsehjelp.

#### *Viktig med kontinuitet*

Informantene gav uttrykk for at kontinuitet var viktig for å bygge en tillitsfull relasjon. De gav eksempler på hvordan dette kunne fungere. *«Derfor var det viktig med kontinuitet, og der prøvde vi hele tiden å holde henne (pasienten) litt i sjakk. Når vi ringte prøvde vi å la den samme personen gjøre dette hver gang, fordi hun (pasienten) var veldig vanskelig å kommunisere med. Hun (pasienten) kunne være veldig kort om det var personer hun ikke kjente navnet på, så det ble viktig å bygge opp tillitt hos noen av oss».*

Informantene uttrykte at kontinuitet var nøkkelen til oppfølging og samarbeid med pasienten. *«Kontinuitet er viktig fordi man ser forandringene, og de kan stoppes i tide. Bygge opp samarbeidet med familie og fastlegen».*

Turnus ble oppgitt som et hinder for å få til kontinuitet i pasientkontakten. Det kom frem i intervjuene at det var vanskelig å følge opp pasienter, fordi personalet gikk i turnus. *«Det er sikkert noen som kunne hatt gode samtaler med deprimerte, men de går i turnus. Så systemet er ikke helt tilrettelagt. Og tiden blir fort kuttet, nettopp for det oppleves som meningsløst, når ikke den er der som skal utføre samtalen. Det er en litt vond sirkel».*

Det ble vist til et tilfelle hvor en pasient fikk fast oppfølging av en bestemt person i personalgruppen, men det ble samtidig sagt at dette var en spesiell ordning. *«Akkurat på hun ene (pasienten) får vi til kontinuitet. En (personale) som kommer her ifra og går sammen med henne i to timer. Men det er en del av en type tilrettelagt arbeid for en person».*

Informantene trakk frem Behovsstyrt bemanning (BOB) som et eksempel på et system som skal ivareta oppfølgingen av pasienten. Pasienten får da en tjenesteansvarlig sykepleier som skal ha oversikt og følge opp pasienten over tid. *«Du ser at når det er tjenesteansvarlig som skriver mye og folk engasjerer seg, så blir det også mye som blir rapportert. Når det kommer bare tilfeldig personal inn, så er det også veldig dårlige rapporter, det blir lite rapportert».*

Det ble gitt uttrykk for at det ikke var like viktig med kontinuitet i pasientkontakten for alle pasienter. Informantene erfarte at mange ansatte i hjemmetjenesten kunne følge opp noen pasienter, men dette var ikke alltid pasientene enig i. *«Alle kan gå til han (pasienten), det er ikke det, men han vil ikke. Så av og til er det bare sånn det er, at det kommer noen som han ikke er så glad i. Men vi prøver så langt det går at de som pasienten er veldig knyttet til skal gå der mest».*

#### ***Viktig at pasienten er trygg på sykepleier***

Det ble fortalt at en pasient ville at personale skulle komme inn sjeldnere enn vedtaket tilsa. Dette ble begrunnet med at pasienten ville unngå at det kom så mange forskjellige ansatte, noe pasienten synes var belastende.

Informantene fortalte om pasienter som ikke ville lukke opp for hjemmetjenesten, fordi de ikke kjente dem og ikke stolte på de som kom. En informant sa at hun forsto pasientene godt. *«Jeg hadde ikke åpnet for noen som kom innom i 5- 10 minutter, og som var tydelig stresset og kanskje ikke hang av seg jakken engang når de kom. Da hadde ikke jeg fortalt hvordan jeg egentlig hadde det, hva jeg likte og ikke likte, eller sorgen over alt det jeg har mistet».*

Det ble gitt uttrykk for at vedtak om samtale for pasienter med depresjon ikke fungerte, på grunn av manglende kontinuitet og kompetanse i personalgruppen. Dette ble sett som en utfordring i hjemmetjenesten. *«De klarte ikke å la de personene som kunne ha samtale være de som alltid gikk hjem der. Og når det falt på noen av de (ansatte) som ikke kunne ta de samtale, så opplevde de det som meningsløst. Og da ble det (vedtak om samtale) bare kuttet i budsjetttrunder og økonomi».*

#### ***Må ha god relasjon for å få til noe***

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at en tillitsfull relasjon var avgjørende for å få til god omsorg overfor pasienten. Informantene fremholdt tillit som spesielt viktig overfor pasienter med psykiske lidelser. Videre ble det uttrykt at man måtte bli kjent over tid for å bygge gjensidig tillit mellom pasient og ansatte.

Informantene uttrykte at det fantes muligheter for å bruke tiden fleksibelt utover fastsatt vedtakstid. En sa det slik; *«Men det er på en måte hvordan du utnytter tiden maksimalt. Da er du mest mulig tilstedeværende i de få minuttene man er der. Og hvordan man møter pasienten er ekstremt viktig. Så jeg er opptatt av å få mest mulig ut av den tiden jeg har, og prøve å glemme tiden litt da. Selv om det var noe jeg gikk og tenkte på hele tiden».*

I intervjuene kom det frem beskrivelser på løsninger for å utnytte tiden maksimalt innenfor en kort vedtakstid. Det ble fremholdt at det var en kunst å få til god omsorg på kort tid.

Relasjonen med pasientene ble fremstilt som viktig, og informantene oppgav at personalet derfor måtte bruke vedtakstiden fleksibelt. *«Det er på den måten jeg jobber. Bygger opp tillitt og bruker tiden utover det som er vedtakstid».*

#### *Må kjenne pasienten for å gjøre gode vurderinger*

Informantene pekte også på andre negative sider ved dårlig kontinuitet i oppfølging av pasientene. Personalet erfarte at det var vanskelig å vurdere helsetilstanden til pasientene de ikke kjente. Når personalet ikke kjente pasienten hadde de ikke noe å sammenligne med, og det medførte usikre observasjoner. En sa det slik; *«Men der ser man hvor viktig det er med kontinuitet for de med depresjoner. Hun (pasienten) var nedstemt, og jeg tror at man ikke tok noen varselsignal. Tror det gikk for langt, jeg tror at her kunne man med mer kunnskap ha fått stoppet dette i tide. Det var på en måte ikke noe fokus på nedstemtheten. Og når det går folk (personale) der som aldri blir kjent med henne (pasienten)...».*

Når pasienten hadde kort vedtakstid, erfarte informantene at det var vanskelig å danne seg et bilde av hvordan pasientene fungerte, hvilken sinnstemning de var i og om det var noe pasientene slet med. De uttrykte at knapp tid ble en utfordring i forhold til å gjøre gode vurderinger i pasientsituasjonen. *«Det blir tilfeldigheter når det blir så små vedtak, når det blir press hele tiden. Og da vil du ikke kunne fange opp de her pasientene som er nedstemte, og er på vei inn i en depresjon eller blir angstpregede på en eller annen måte».*

Det kom frem i intervjuene at personalet fant det vanskelig å yte tilstrekkelig helsehjelp innenfor vedtakstiden, og at pasienter med psykiske lidelser var en særlig utfordring, fordi det var spesielt viktig å bli kjent og finne ut hva pasientene trengte. En uttrykte det slik; *«Du trenger å vurdere og kartlegge pasienten. Vi ønsker ikke å gjøre dem hjelpeløse, men å dekke de reelle behovene. Og når det er snakk om innenfor psykisk helse med ensomhet, depresjon.*

*Et kvarter da, hva er det? Du får jo ikke tatt av deg jakka engang. Så jeg synes det burde vært mere raust på den (tiden)».*

#### **4.2.4 Har ikke tilstrekkelig kompetanse**

Kompetanse er et begrep som her handler om personalets kunnskap, evner og kvalifikasjoner til å utføre jobben. Informantene gav både eksempler på at de mestret oppgaver og ikke mestret oppgaver i andre situasjoner. Det ble uttrykt ønske om mer fagutvikling i jobben.

#### *Hører ikke noe om psykisk helse på jobben*

Informantene erfarte at det generelt var lite fokus på psykiske lidelser i hjemmetjenesten. Det ble sagt at noe av årsaken til dette var at de hadde så få pasienter med psykiatriske diagnoser sett i forhold til pasienter med somatiske diagnoser. Det ble derfor ikke prioritert å avholde kurs eller veiledning i forhold til denne pasientgruppen. *«Kanskje vi skulle hatt noe kurs, men vanligvis er det ikke så mange sånne brukere (pasienter med psykisk lidelse) vi har. Vi har kurs i kreftlidelse; hvordan skal vi hjelpe dem, sår og sånne ting. Vi har to- tre sånne personer (pasienter med psykisk lidelse) totalt. Vi har ca. 100 brukere (pasienter). Så da er det ikke det (psykiatri) som er prioritert på en måte».*

Informantene fortalte om pasienter som kanskje kunne være nedstemte og ha depresjon, men som ikke hadde diagnose eller noe vedtak om oppfølging for psykisk lidelse. *«Det er mange som er ganske nedstemt uten at man kaller det noen ting».*

Det ble fortalt om eldre pasienter som hadde vært deprimerte i mange år, og som ble oppfattet som kroniske tilfeller. *«Men det blir overhode ikke noe behandlende opplegg eller noe for å bedre så mye på situasjonen (for eldre med psykisk lidelse). Det er bare lindring tenker jeg. Og jeg opplever vel også vel... Det var vel også derfor vi i utgangspunktet fikk de (pasientene) over 60 år. Man ser på at her er det ikke potensiale for å.. forbedring».*

Informantene brukte kolleger å rådføre seg med i forhold til pasientgruppen med psykiske lidelser, i tillegg til at man kunne ta opp ulike problemstillinger på møter. *«På en eller annen måte har du behov for å få det ut, og en bekreftelse på om det var riktig det jeg gjorde».* Informantene fortalte at det var mulig å få veiledning, men det måtte organiseres sånn at det passet for alle. Dette var ofte vanskelig å få til.

Informantene etterlyste brukermøter med psykisk helsearbeider eller andre fra psykiatrien til stede, for å få veiledning og råd i forhold til praksis. Det ble gitt uttrykk for at Enhet for psykisk helsearbeid prioriterte yngre pasienter. *«Jeg skulle ønske at det var lettere tilgang til en psykiatrisk sykepleier som brenner for eldre. For jeg tror at psykisk helse her har mange unge (pasienter)».*

I intervjuene kom det frem at informantene ikke trodde det var så mye de kunne bidra med i forhold til pasienter med psykiske lidelser, og dermed var det heller ikke prioritert å diskutere disse pasientene på møter.

Det ble uttrykt skuffelse over at det ikke var interesse fra ledelsen i hjemmetjenesten for å støtte videreutdanning i psykiatri. Det ble også uttrykt at behovet for spesialkompetanse på området var stort, men man møtte liten forståelse og vilje fra ledelsen til å tilrettelegge for gjennomføring av videreutdanning.

Informantene gav uttrykk for at ledere manglet forståelse for utøvelse av sykepleiefaget, og at ledere prioriterte økonomi og budsjetter fremfor det faglige i arbeidssituasjonene.

#### ***Kommer til kort***

Informantene fortalte om pasienter som ikke ønsket hjelp, og at dette var ekstra utfordrende å takle. *«Oppgående dame (pasient). Har reist over hele verden. Var veldig aktiv. Plutselig er hun redd for alt. Og dit går vi (personale) også hver dag for støttesamtale. Men jeg føler ikke at jeg kan hjelpe henne. Fordi hun vil ikke ha noen hjelp. Og det er veldig vanskelig».*

Informantene følt seg hjelpeløse i forbindelse med oppfølging av pasienter med depresjon. De mente det var lite fokus på pasienter med psykiske helseplager i hjemmetjenesten. Dette medførte at ansatte ofte ikke følte seg kompetente til å følge opp disse pasientene.

Informantene hadde hatt litt veiledning fra psykisk helsearbeider, men det ble også gitt uttrykk for at det hadde vært lite kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten i forbindelse med veiledning eller annen kunnskapsutvikling.

Informantene hadde erfaring med at tiltak som støttesamtale til pasienter med depresjon ikke ble gjennomført. Personalgruppen hadde da gitt tilbakemelding om at oppdraget med støttesamtale var lite nyttig, men informantene trodde at samtalene ble meningsløse på grunn av manglende kompetanse hos personalgruppen. *«Men det var ikke så mange som tok seg tid til å prate med henne, og det var ikke så mange som ville prate med henne eller hun ville prate med heller. Det var jo sånn at jeg ble sendt dit mye fordi jeg satt og pratet mye men..».*



*Det var mange som vegret seg for å prate med henne også. Så det er jo noe med det. Det var mange som bad om å få slippe».*

I intervjuene ble det uttrykt at en del ansatte i hjemmetjenesten hadde så dårlige språkkunnskaper at det førte til kommunikasjonsproblemer overfor pasientgruppen.

Det kom også frem historier om pasienter som hadde truet med å ta livet av seg, og at personalgruppen da ofte følte seg hjelpeløse og ønsket at andre instanser overtok ansvaret.

Det ble erfart at spesialisthelsetjenesten og fastlegen hadde gitt opp den psykisk syke pasienten. *«Jeg føler at vi ikke får gjort en god jobb, der hvor både spesialisthelsetjenesten og fastlegen har gitt opp, og det er ingen som prøver å gjøre noe for ham (pasienten). Det finnes flere eksempler på sårne som har vært i systemet så lenge, og det blir ingen bedring, og du føler at det er så vondt og så tungt at noen skal ha det så fælt».*

Det ble fortalte om flere situasjoner med pasienter med depresjon, hvor både personalet og pasienten var fortvilet, og personalet ikke fant noen tiltak som kunne lette situasjonen. Informantene uttrykte følelse av hjelpeløshet i disse situasjonene. *«Nå den siste tiden ringer han meg, og da sitter vi og snakker, og han sier «hjelp meg», og jeg kan ikke hjelpe. Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre. Han vil ikke at jeg skal ringe lege, han vil ikke at jeg skal ringe legevakta, han vil ikke at jeg skal ringe psykiatrien. Da sitter jeg der og vet ikke hva jeg skal gjøre».*

#### ***Viktig med personlige egenskaper***

Det kom frem erfaringer om at når hjemmetjenesten kom inn til pasienten og klarte å bryte opp en uheldig situasjon med isolasjon og ensomhet, kunne de lykkes. Dette innebar ofte god kontinuitet og kompetent personale, som kunne justere tiltakene når de så at det var nødvendig. *«Så hadde vi masse gode rutiner i hjemmet, som gjorde at hun fungerte. Hun spiste, hun drakk, og hun fungerte. Men rimelig redusert, sånn kognitivt, men allikevel så kunne hun ha en god livskvalitet i sitt eget hjem. Med de riktige personene på plass».*

Informantene pekte på at det ofte var personlige egenskaper og holdninger hos den enkelte pleier som ble avgjørende for om man fikk tillit hos pasientene. *«For det er også sånn pasientene fanger opp. Er dette mennesket genuint interessert i å finne ut hvordan jeg har det? Er han interessert i at jeg skal ha det bra, eller er det bare en som kommer inn og ser på klokka og tenker på hva han skal gjøre etter arbeidstid».*



Det ble uttrykt at «taus kunnskap» og «sunn fornuft» var viktige egenskaper for å lykkes. Videre fortalte informantene om tilfeller hvor de hadde lyktes. *«Så det er en sånn historie om suksess. Man kan faktisk gjøre noe om man står på, men da krever det velvilje, og det krever kunnskap og engasjement».*

#### **4.2.5 Savner mer samarbeid og samhandling med andre aktører**

*Samhandlingsreformen* (Stortingsmelding nr. 47, 2008- 2009), satte fokus på samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og la opp til at samhandlingen skulle være tettere enn tidligere. Et av målene var en kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Informantene fortalte om samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger, bestillerenheter og pasienter.

##### *Å kunne diskutere med noen som kan mer*

Det fremkom erfaringer med at Enhet for psykisk helsearbeid ikke prioriterte å følge opp pasienter over 65 år. Dette medførte at de eldre med psykiske lidelser ble hjemmetjenestens ansvar. *«Det var jo det en psykisk helsearbeider sa til meg direkte da, at de hadde så mye pågang da, at da de opplevde at det ikke var noe potensiale for bedring (hos eldre med psykisk lidelse), så kunne ikke de gi noe vedtak».*

Informantene erfarte at det i liten grad ble søkt råd og veiledning i spesialisthelsetjenesten i forhold til pasienter med depresjon. De mente årsakene var at spesialisthelsetjenesten føltes vanskelig tilgjengelig, og det var lite tid til å prioritere veiledning i løpet av en arbeidsdag i hjemmetjenesten.

På den positive siden erfarte informantene at innføring av ELIN- k (elektronisk informasjonsutveksling), hadde bedret kommunikasjonen med sykehus og fastlege. Dette hadde lettet arbeidsdagen ved at personalet ikke måtte bruke dyrebar tid til å prøve å få tak i sykehus og fastlege på telefon.

Informantene erfarte at ulike spesialister hadde vært i kontakt med samme pasient, uten å samarbeide med hverandre. Det ble fortalte om en pasient som hadde gått i delirium på grunn av dårlig oppfølging i forhold til medisiner. *«Men det var så forferdelig å se dette her, at*

*ulike leger ga henne ulike medisiner som ikke fungerte. Det var dårlig samarbeid med spesialister i helsetjenesten og fastlegen i dette her».*

Det kom frem erfaringer om at det var forskjell på fastlegene i forhold til hvor flinke de var med oppfølging av pasientene. Det ble fortalt om tilfeller der ansatte prøvde å få tak i de flinke fastlegene til pasienter, når disse fastlegene fikk ledig kapasitet.

I intervjuene ble det etterlyst informasjon om pasienter som hadde vært innlagt på psykiatrisk institusjon. Det ble sagt at ansatte ikke hadde tilgang til dokumentasjon annet enn gjennom pasientens papirer, hvis pasienten tillot det.

Det viste seg også at etter at pasienter hadde vært innlagt i psykiatrisk avdeling og fått en diagnose, erfarte informantene et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

#### *Bestillerenheten forstår ikke vår virkelighet*

I intervjuene kom det frem erfaringer om at bestillerenheten ikke godtok at personale brukte ekstra tid hos pasienter som personalgruppen vurderte trengte det. *«Jeg har brukt ekstra tid, men da har de (bestillerenheten) strøket det som er over vedtakstiden. Jeg mener at hver gang det er sånn så dokumenterer jeg hva jeg har brukt tiden på. Likevel så stryker de (bestillerenheten) det vekk».*

Informantene hadde erfaring med at gode argumenter for å få utvidet tid eller tillegg i vedtak overfor bestillerenheten, hadde sammenheng med økonomi. Type argument som ble anbefalt var; *«det kan gjøre at pasienten klarer seg lenger hjemme»,* eller *«ved å trygge pasienten klarer hun seg mer på egenhånd og sparer kostnader andre steder».*

Det kom frem at personalet opplevde fortvilte pasienter som klaget over at personalet nesten ikke kom innenfor døra før de måtte gå. Informantene fremstilte vedtakene med kort besøkstid som et problem, og opplevde ofte at de ikke fikk forståelse for dette fra bestillerenheten.

#### *Å forhandle om vedtak*

Informantene beskrev samarbeidet med bestillerenheten som «vi må gi og ta». Når personalet passet på å gi beskjed når en pasienter fikk for mye tid, fikk de oftere gjennomslag hos bestillerenheten for sine forespørsler om økt vedtakstid hos andre pasienter. Det ble fremholdt at det var viktig at tilliten gikk begge veier.

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at samarbeidet med bestillerenheten kunne være en kamp, hvor personalet kjempet for å få gjennomslag for sine synspunkter om pasientenes behov for helhetsomsorg; «Dette var en kamp, og den var ikke noe enkel». Det kom også frem at informanter oppfattet samarbeidet med bestillerenheten som forhandlinger om knappe ressurser. *«Vi skriver en bekymringsmelding rett og slett, som da går til bestillerenheten. Vi begrunner da veldig nøye hvorfor vi mener at vi skal øke vedtaket. Og hvordan vi skal løse det, med faste dager og god oppfølging. Det er ofte ikke aksept første gangen, det er ofte en sak som går over tid. Noen ganger lykkes vi ikke i det hele tatt, andre ganger lykkes vi. Men dette handler rett og slett om forhandling».*

Informantene gav uttrykk for at det var økonomiske føringer som styrte vedtakstiden. *«Jeg vet at det innfris og at man får vedtak om mere tid hos enkelte pasienter, f.eks. medspising. Men det er noe med at man ofte må kunne måle det i penger da. Og jeg tenker i forhold til angst og depresjon er det litt mindre målbart enn når man går inn og tar en dialyse; så ser man at man sparer så og så mange kroner på ett døgn på sykehus. Ja det er kanskje andre ting som er litt lettere målbart enn de med psykiske problemer man kan ha da. Så det tror jeg er det som gjenspeiler litt hva man får av vedtakstid».*

## 5 Drøfting

### 5.1 Introduksjon

I dette kapittelet drøftes funnene i lys av teori og annen forskning på området. Jeg har i oppgaven drøftet funnene som er mest relevante for problemstillingen.

### 5.2 Vedtaket styrer veldig

Hjemmetjenesten i Oslo er som før redegjort for organisert etter BUM, og informantene jobbet etter vedtak og vedtakstid (jf. 2.4.2). Vedtakene gav personalgruppen konkrete rammer for tid og innhold når de var ute hos pasientene. Når informantene snakket om tid, var det ofte med henvisning til vedtakstid. Funnene viste at det knyttet seg ulike erfaringer til vedtaksrammene.

#### *Verdier i konflikt*

Det kom frem i funnene at informantene trengte tid til å bli kjent med pasientene.

Sykepleierne erfarte at det var ekstra vanskelig å bli kjent med pasientene som hadde de korteste vedtakene. Dette samsvarer med Travelbee (2001), som fremholder at det tar tid å etablere og oppnå en tillitsfull relasjon. En informant uttrykte det slik: «Klarer du å bygge opp tillit fort har du flaks». Dette kan forstås i lys av andre funn som viser at organisasjonen forventer at personalet er effektive og bruker kortest mulig tid hos hver enkelt pasient. Imidlertid kan tidsnød komme i konflikt med muligheten for å etablere en tillitsfull relasjon.

Funnen viste at tidsrammen med vedtak førte til at informantene i studien måtte gå fra pasienter de vurderte trengte mere hjelp, fordi de måtte rekke andre pasienter. Dette er i tråd med omsorgsforskningen fra de siste 15 årene, som viser at hjemmetjenesten er en presset tjeneste (Gautun og Syse 2013, Vabø 2007). I funnene ble tidspresst erfart som et etisk dilemma. Funnene samsvarer med Vabø (2007), som finner at sykepleiere uttaler at knapphet på tid gir dårlig samvittighet og følelse av utilstrekkelighet. Når personalets verdier og handlinger kommer i konflikt, skaper det etiske dilemma som må håndteres. Sykepleierens idealer om helhetlig omsorg og ivaretagelse av respekt og verdighet (ICN yrkesetiske retningslinjer 2011), kan være vanskelig forenlig med hjemmetjenestens organisering knyttet til BUM. I noen tilfeller står organisasjonens rammer i konflikt med yrkesetiske retningslinjer og personalets vurdering av behov, og da må personalet gjøre valg. Dilemmaet kan være at uansett hva de ansatte velger vil det gå ut over noe.

Funnene viste videre at informantene tøyde tiden utover vedtakstid når de mente det var behov for det. Dette var tid informantene tok fra andre oppgaver, eller de gikk utover sin egen arbeidstid. Funnene er i samsvar med Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015), som viser at sykepleiere i hjemmetjenesten presser samtaleid inn mellom andre oppgaver, og at sykepleierne derfor ofte ikke får tatt matpause.

I funnene rapporterte sykepleierne at de gikk utover vedtakstiden, da de mente det var nødvendig for å ivareta pasienten. «Jeg gir litt blaffen i den tiden», som en av informantene sa. Funnene viste at sykepleierne brukte den tiden de mente var minimum av det som måtte til, og de uttrykte at de ikke hadde samvittighet til bare å holde seg innenfor vedtaksrammene. Dette er i samsvar med Henriksen og Vetlesen (2006) hvor sykepleiere opplever at kravet til effektivitet i hjemmetjenesten kommer i konflikt med å ta ansvar for pasientens helhetssituasjon. I organiseringen med vedtak i hjemmetjenesten ligger det en forventning om at pasientsituasjonen er forholdsvis forutsigbar. Henriksen og Vetlesen (2006) fremholder at det å jobbe med mennesker er uforutsigbart, og derfor er det avgjørende at ansatte reagerer fleksibelt. Dermed blir konflikten mellom krav til effektivt å følge vedtakene eller å ta ansvar for pasienten i et helhetsperspektiv, et etisk dilemma som hver enkelt ansatt daglig må ta stilling til.

Videre viste funnene at sykepleierne følte seg utilstrekkelige når de ikke hadde tid til å yte den omsorgen de mente var nødvendig. Det er i tråd med Gautun og Syse (2013) som finner at sykepleiere rapporterer at oppgavene har blitt for mange i hjemmetjenesten, og at dette gir mindre tid til omsorgsarbeid og psykisk støtte. I lys av dette kan omsorg synes lite forenelig med korte vedtakstider, hvor informantene rapporterer at «du ikke får tatt av deg jakka engang». Dette kan særlig gjelde for pasientene med behov for psykososial støtte, hvor behovene kan oppfattes mer diffuse og krever tilstedeværelse fra personalets side.

Funnene viste at informantene ble stående i konflikt mellom pasientens forventninger til tjenesten, og personalets muligheter. Dette er i tråd med flere tidligere studier, som viser at helsepersonell daglig møter lidelser som vedtakene ikke rommer, og at personalet strekker seg for å kompensere for mangel på ressurser i forhold til behov de identifiserer hos pasientene (Skatvedt, Andvig og Baklien 2015, Gautun og Syse 2013, Vabø 2007). Dilemmaet mellom identifiserte behov og det personalet oppfatter som rigide vedtaksrammer, skaper et følelsesspenn som personalet i hjemmetjenesten må forholde seg til i sitt daglige arbeid.

### *Andre bestemmer hvordan jeg skal være sykepleier*

I funnene kom det frem at vedtakstiden ofte ble for knapp i møte med pasientene i hjemmetjenesten. Dette er i tråd med annen forskning på området (Sæterstrand m. fl. 2015, Skatvedt m.fl. 2015, Tønnessen m. fl. 2013, Dale m.fl. 2011 og Vabø 2007). Funnene viste at personalet oppfattet vedtakene som lite fleksible, og at de ikke var tilstrekkelige til å ivareta pasientenes behov. Dette samsvarer med rapporten til Vabø (2007) som viser at god omsorg til eldre med psykiske lidelser krever en mer fleksibel tilnærming i situasjonen enn det et vedtak tilsier. Videre kom det frem i funnene at personalet ønsket mer tid hos den enkelte pasient for å kunne være fleksibel i forhold til pasientenes behov. Pasientens situasjon var ofte ikke lik fra gang til gang, og funnene viste at personalet forsøkte å strekke seg for å dekke oppståtte behov, til tross for manglende vedtak og manglende tilgjengelig tid. I lys av Martinsen (2003) kan disse erfaringene forstås som at å yte helhetlig omsorg kommer i konflikt med en effektiv og strømlinjeformet helsetjeneste. Videre krever helhetlig omsorg fleksibilitet, og kan ikke sikres ved at gitte regler følges (Martinsen 2003). Funnene antydte at rammebetingelsene ble styrende for hvordan informantene håndterte sine oppgaver, og informantene erfarte at vedtakene styrte vurderinger og prioriteringer gjennom arbeidsdagen.

Videre viste funnene at korte vedtak til støttesamtaler var vanskelig å overholde, og at ansatte la til egentid som de mente var nødvendig. Dette kan holdes sammen med funn fra Skatvedt og Andvig (2014), som rapporterte at pasientene selv synes ansatte i hjemmetjenesten er travle, og at de ønsket seg mer tid til hverdagssamtaler. Når ansatte fant det vanskelig å forholde seg til korte samtalevedtak kan det også sees i lys av Martinsen (2005), som fremholder at samtalen er avhengig av tilstedeværelse og ro for å fungere. Organiseringen i hjemmetjenesten med fokus på effektivitet, produktivitet og standard kunnskap, er dermed lite forenelig med samtalen, slik Martinsen (2005) definerer den. I lys av Martinsen (2005) fremstår rammebetingelsene for samtalevedtak i hjemmetjenesten utilstrekkelige.

Det fremkom i funnene at personalet ønsket å kartlegge pasientene, men at dette ofte ikke var mulig å gjennomføre på grunn av tidspress. Funnene antydte at personalet ikke fant det tilfredsstillende å utføre vedtak «mekanisk» uten selv å kunne gjøre egne vurderinger. Informantene mente de selv var best egnet til å kartlegge og vurdere hva pasientene trengte av tiltak. De erfarte også at behovene for omsorg raskt kunne endre seg, noe som krevde at de gjorde fortløpende vurderinger. Sett i lys av Gammersvik og Larsen (2014) er utøvelse av faglig skjønn nødvendig for å skape forbindelse mellom situasjon og ulike kunnskaper.

Informantene rapporterte om at når de sammenlignet utført tid med tildelt vedtakstid, var utført tid og vedtakstid svært samstemte. Samtidig viste funnene at personalet brukte tiden fleksibelt og at de ikke var så presise i forhold til vedtakstid. Funnene er i tråd med Vabø (2007), som i sin studie finner at personale etablerer en fleksibel tilnærming til praksis, og at personalet justerer sin praksis stilltiende etter hverdagens ulike utfordringer.

Videre viste funnene at personalet ble målt på tiden de brukte hos hver enkelt pasient, og det ble antydnet at dette kunne være årsak til at personalet registrerte at de var like mange minutter hos pasienten som det vedtakstiden var satt til. Som en informant sa; «vi vet jo alle at det er ikke så presist». Funnene kan tyde på at personalet i hjemmetjenesten forholder seg fleksibelt til vedtakstider, men at dette skjer i det stille uten at det nødvendigvis registreres.

### *Litt godt med vedtak da*

Informantene erfarte at personalgruppen hadde ulikt syn på vedtaksrammene, og personalet kunne velge å gå ut over rammebetingelsene (jf. *verdier i konflikt*) eller de kunne tilpasset seg dem. Dette samsvarer også med andre studier, som viser at ansatte i hjemmetjenesten forholder seg ulikt til vedtakene (Skatvedt, Andvig og Baklien 2015). Det kom frem i funnene at personalet kunne synes det var behagelig å vise til vedtak og bestillerenheten, hvis pasientene ikke var fornøyd med tjenesten. Det kan sees i lys av Skatvedt m.fl. (2015), hvor det vises til at det kan ligge en beskyttelse for ansatte i vedtak. Når personalgruppen møter behov som de ikke har mulighet til å gjøre noe med innenfor rammene, kan det være godt å slippe å ta ansvar for dette. Det kan også være at personalet mangler kompetanse eller synes det er vanskelig å sette grenser for pasienten, som gjør at det kan være greit å henvise til bestillerenheten og regler (Vabø 2007). Hvorvidt personalet tilpasser seg eller oppjonerer mot rammebetingelsene er avhengig av flere faktorer. Det kan tenkes at personalet er mer systemlojale hvis organisasjonen er preget av lav kompetanse og faglighet, lite kontinuitet og korte vedtaksrammer. Dette fordi det vanskeliggjør at personalet blir kjent med pasientene og tilegner seg en helhetsforståelse for situasjonen. Dermed kan det tenkes at personalet ikke oppdager eller føler ansvar for helhetssituasjonen. Men dette vil nok allikevel være en forenkling av situasjonen.

### *Det blir lite forebygging*

Det kom frem i funnene at informantene ønsket å jobbe mer forebyggende for å unngå at pasientene ble svært dårlige før det ble satt inn tiltak. Dette er i tråd med Karlin og Fuller (2007), som viser til at følger av depresjon hos eldre kan føre til nedsatt livskvalitet, dårligere

fysisk helsetilstand og økte hjelpebehov. Forebygging kan hindre lidelser, og også spare penger (Karlin og Fuller 2007). I lys av dette bør det også i et økonomisk perspektiv være interesse for å prioritere forebyggede arbeid blant eldre med depresjon.

Informantene i funnene erfarte at forebyggende tiltak ikke ble prioritert i vedtakstildelingen. Dette er i samsvar med evalueringsrapport av Samhandlingsreformen, som viser at reformen så langt ikke har ført til konkrete helsefremmende tilbud i kommunene (Løseth og Veenstra 2015). Videre kom det frem i funnene at i tilfeller hvor personalet brukte ekstra tid hos pasienter, for som personale vurderte; å forebygge at pasienten ble verre, var det lite aksept for dette hos bestillerenheten. I lys av funnene og forskning som vist, kan det synes som Samhandlingsreformens målsetting om forebyggende arbeid fremdeles ikke når opp i kommunehelsetjenesten. Noe av årsaken kan være, som funnene antydte, at forebygging ikke blir prioritert når vedtak skal fordeles.

Funnene viste at det var utfordrende for personalet å motivere pasienter til å bli mer aktive. «*Man må på en måte dytte, hjelpe og motivere de til å prøve nye ting*». Dette samsvarer med Skatvedt og Andvig (2014), som finner at eldre og pårørende ønsker vennligsinnet pågåenhet fra hjemmetjenesten for å komme i gang. I lys av dette settes det krav til kompetanse om motivasjon hos personalet, og hvor motivasjonsarbeid også krever at det settes av tid i vedtakstildelingen.

I funnene kom det frem at sykepleierne gav eldre som hadde tendens til å isolere seg tilbud om dagsenter. Erfaringen hos informantene var at det kunne være vanskelig å motivere pasientene til å gå på dagsenter, fordi mange pasienter mente det ikke passet for dem. Studier har vist at dagsenter som tiltak for eldre med depresjon eller aktivitetsdeltagelse mot ensomhet, ikke viste signifikant effekt i forhold til mindre ensomhet eller færre depresjonssymptom (Bøen m.fl. 2012, Thorsen og Blekesaune 2006). Dette kan forklares med at det er de nære relasjonene som er avgjørende for om personen føler seg inkludert i fellesskapet (Thorsen og Blekesaune 2006). I lys av disse studiene kan det tenkes at det er kvaliteten på relasjonen som avgjør hva som fungerer. Dagsenter kan da fungere som forebygging mot isolasjon og depresjon hos eldre, under forutsetning av at pasientene knytter nære relasjoner eller finner andre motiverende grunner til å delta. Samtidig kreves det kompetanse og tid fra ansatte for å motivere pasientene til å ta imot tilbud om dagsenter.



### 5.3 Trenger å bygge gode relasjoner

#### *Viktig med kontinuitet*

Funnene pekte på at kontinuitet i pasientkontakten var nødvendig for å følge opp pasienter i hjemmetjenesten. Informantene i studien formidlet at de så på kontinuitet som avgjørende for å bli kjent med pasientene og skape tillit. Lignende funn finner jeg igjen i andre studier som har intervjuet ansatte i hjemmetjenesten (Skatvedt, Andvig og Baklien 2015, Halvorsrud, Pahr og Kvarme 2014).

Funnene viste at sykepleierne i hjemmetjenesten vurderte kontinuitet i pleien som viktig. Dette kan sees i sammenheng med muligheten til å etablere et mellommenneskelig forhold for å ivareta pasientens behov (Travelbee 2001). Sykepleierne erfarte at det fungerte best når de kjente pasienten, og pasienten kjente dem. Sykepleiernes erfaringer står i motsetning til en norsk studie som undersøkte brukerperspektivet i hjemmetjenesten, og konkluderte med at pasientene ikke synes mangel på kontinuitet nødvendigvis var negativt (Gjevjon m.fl. 2013). Det kan tyde på at bruker og utøver vurderer viktigheten av kontinuitet i hjemmetjenesten ulikt.

Det kom frem i funnene at organisering av tjenesten var et hinder for å få til kontinuitet i oppfølgingen, fordi personalet gikk i turnus. Det kan sees i lys av Gjevjon m.fl. (2013) som viser til at ledere i hjemmetjenesten står i et dilemma mellom hensyn til å få til kontinuitet i oppfølging av pasientene, eller praktiske hensyn i forhold til organiseringen. I funnene ble det gitt eksempel på en pasient som fikk oppfølging av en bestemt person, fordi en pleier trengte spesielt tilrettelagt arbeid og ønsket faste oppgaver. Dermed klarte man å forene to hensyn til felles beste, men denne løsningen var et unntak ifølge funnene. Gjevjon m.fl. (2013) viser at det er mulig å få til kontinuitet i oppfølgingen, men at det ikke nødvendigvis blir prioritert av ledere i hjemmetjenesten. Ledere må veie kontinuitet opp mot andre hensynet i forbindelse med organiseringen. Funnene viste at informantene oppfattet kontinuitet som viktig for oppfølging av pasientene, mens studien til Gjevjon m.fl. (2013) kan tyde på at ledere i hjemmetjenesten ikke ser kontinuitet i pleien av like stor betydning som personalet gav uttrykk for i funnene.

Videre antydte funnene at det var ønskelig med kontinuitet i forhold til en del pasienter, men overfor andre pasienter var det ikke like viktig at de hadde kontinuitet i oppfølgingen. Dette er i samsvar med Gjevjon (2015), hvor det kommer frem at personalet vurderer at ikke alle

pasientene hadde like stort behov for kontinuitet. I funnene ble det antydnet at pasienter som hadde ukompliserte tilstander trengte mindre kontinuitet i oppfølgingen. Dermed kan det tyde på at kontinuitet i oppfølgingen av pasienter i hjemmetjenesten i dag prioriteres ulikt, utfra ulike hensyn og perspektiv.

### *Viktig at pasienten er trygg på sykepleier*

Informantene i studien erfarte at noen pasienter foretrakk å få færre besøk av hjemmetjenesten for å unngå at det kom mange ulike personer innom. Disse funnene samsvarer ikke med tidligere omtalte studie fra Gjevjon m.fl. (2013), hvor brukerne (pasientene) av hjemmetjenesten er intervjuet. Imidlertid baseres mine funn på pasienthistorier fortalt og tolket av sykepleiere i hjemmetjenesten, og ikke data direkte fra pasienter. Funnene viste at noen pasienter ikke ville lukke opp for hjemmetjenesten. Informantene antydnet at pasientene ikke lukket opp fordi det var ukjente personer som kom, men dette var nok en tolkning fra informantenes side. Allikevel kan det tenkes at pasienter med nedsatte funksjoner, på grunn av kognitiv svikt eller annen psykisk lidelse, er mer sårbare for forandring og mangel på kontinuitet. Dette kan være sårbare pasientgrupper som ikke klarer å forstå sin egen situasjon eller uttrykke sine egne behov, men som personalet i hjemmetjenesten klarte å identifisere i funnene.

Funnene viste at informantene vurderte det som spesielt ønskelig å få til god relasjon med pasienter med psykiske lidelser, for å kunne hjelpe denne gruppen. Dette samsvarer med andre studier, hvor sykepleiere i hjemmetjenesten uttalte at de synes det er spesielt utfordrende å yte omsorg til eldre med psykisk lidelse (Skatvedt og Andvig 2014, Sæterstrand m.fl. 2015). I lys av Travelbee (2001) er det sykepleiers ansvar å ta initiativ og opprettholde en god relasjon som ivaretar pasientens behov, men funnene tydet på at sykepleierne kjente pasientene for dårlig. Personalet og pasientene synes samstemte i at det er for travelt i hjemmetjenesten, og at det gir lite rom for å bli kjent og få opparbeidet en god relasjon, som igjen var av stor betydning for å ivareta pasientenes psykososiale behov.

Det kom frem i funnene at det var vanskelig å få samtalevedtak til å fungere, fordi man ikke fikk til å organisere at få personer kunne ta samtalene. Informantene erfarte at det ikke fungerte tilfredsstillende når tilfeldige ansatte gikk til pasienten. Dette kan sees i sammenheng med at både ansatte og pasienten trengte å bli kjent og opparbeide en relasjon til hverandre, for å kunne nyttiggjøre seg samtalevedtak (Martinsen 2005).

### ***Må ha god relasjon for å få til noe***

Funnene viste at det tar tid å oppnå en tillitsfull relasjon til pasienten. Dette samsvarer med Travelbee (2001) som fremhever at relasjon utvikler seg over tid, og for å oppnå en god relasjon, hvor sykepleier settes i stand til å ivareta pasientenes behov på en god og helhetlig måte, må man ha flere møter. Informantene uttrykte at en tillitsfull relasjon var viktig for å gi god omsorg til pasienten. Dette er i samsvar med Kari Martinsens omsorgsteori, hvor omsorg er relasjon, og relasjon bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet (Martinsen 2003).

I funnene kom det frem at sykepleierne fant ulike måter å utnytte knapp tid. Sykepleierne ønsket ikke å fremstå stresset overfor pasientene, og la vekt på en målsetting om å være tilstede i den tiden de var hos pasientene. Det ble uttrykt at det var en kunst å få til god omsorg på kort tid. Videre viste funnene at personalet forsøkte å gjøre det beste ut av sin arbeidssituasjon, ved å gi pasientene noe ekstra utover det vedtaket tilsa. Dette samsvarer med annen forskning som viser at ansatte yter det lille ekstra, som kan bety at ansatte tar initiativ til samtale eller praktisk hjelp utover vedtaket (Halvorsrud, Pahr og Kvarme 2014). Funnen kan også sees i lys av Martinsen (2012) som fremholder at kvaliteten i relasjonen mellom to mennesker er den moralske siden av omsorg. Sett i lys av Martinsen (2012) kan det tenkes at personalet strekker seg ekstra for pasientene de har en nærmere relasjon til.

I funnene kom det frem at relasjonen med pasientene ble fremholdt som viktig, og informantene uttrykte at for å få til god relasjon måtte personalet være fleksibel overfor pasientens behov. Dette er i tråd med Orem's sykepleiemodell, hvor sykepleier utvikler en hensiktsmessig mellommenneskelig relasjon for å kartlegge og møte pasientens behov (Cavanagh 2001). Vabø (2007) viser også til at erfaringer har lært personalet at hverdagen i omsorgsarbeid i liten grad lar seg definere på forhånd, og det er avgjørende at personalgruppen kan reagere fleksibelt i møte med pasientene, for å ivareta behov. Sett i lys av funnene, teori og andre studier kan det synes avgjørende for eldre pasienter med depresjon at personalet jobber fleksibelt i forhold til vedtak. Dette for å lykkes med å utvikle en tillitsfull relasjon til pasienten, som sikrer at pasientens behov blir identifisert og ivaretatt.

### ***Må kjenne pasienten for å gjøre gode vurderinger***

Det kom frem i funnene at det var vanskelig for personalet å vurdere pasienter de ikke kjente. Personalgruppen overså endringer hos pasienten fordi de ikke hadde noe å sammenligne med fra tidligere. Informantene gav uttrykk for at de ønsket muligheter til å følge opp pasienten i henhold til sykepleieprosessen (jf. 2.6.3). Videre viste funnene at når personalet ikke kjente

pasienten, kunne dette føre til at pasientene ble svært dårlig før personalet identifiserte tilstanden og satte inn tiltak.

Funnene viste at informantene synes det var vanskelig å vurdere pasientene når de kun var kort tid hos pasientene, og/eller var stresset på å overholde tiden. Som Martinsen (2005) viser til står helsepersonell i en situasjon der de måles på effektivitet, og der det ikke må «sløses» med tid. Funnene viste at det var travelt i hjemmetjenesten, og personalet følte seg forpliktet til å skynde seg. Dette kan igjen føre til at personalet overser behov hos pasientene, fordi de ikke tar seg den tiden som trengs for å kartlegge situasjonen, da informantene erfarte det som uønsket og unødvendig.

Funnene antydte at det kunne være ekstra viktig med kontinuitet overfor pasientgruppen med psykiske lidelser. Dette kan sees i lys av Halvorsrud m.fl. (2014) som viser at hjemmesykepleieren identifiserer depressive symptomer ved å se på endringer hos pasienten. Det synes derfor viktig å kjenne pasienten for å se endringer som kan være tegn på depresjon, men Halvorsrud m.fl. (2014) finner at hjemmesykepleien har begrenset mulighet til å følge opp tiltak i forhold til pasienter med depresjon, på grunn av manglende kontinuitet i arbeidet.

Ifølge funnen var det lite sannsynlig at sykepleierne klarte å fange opp at pasienter var deprimerte, når de hadde kort tid til rådighet hos den enkelte pasient. Funnene stemmer overens med studier som viser at sykepleiere har vanskelig for å gjenkjenne depresjon hos eldre pasienter i hjemmetjenesten (Brown m.fl. 2003, Olssøn, Mykletun og Dahl 2006). Ut fra funnene kan det tyde på at kontinuitet, i tillegg til tid, også er en faktor for å gjenkjenne depresjon hos pasienter i hjemmetjenesten.

#### **5.4 Har ikke tilstrekkelig kompetanse**

Hjemmesykepleier har en selvstendig jobb hvor de stort sett jobber alene. Det kreves at sykepleier har god kompetanse og kan stole på egne vurderinger (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

#### ***Hører ikke noe om psykisk helse på jobben***

Informantene erfarte at det var lite fokus på pasienter med psykiske lidelser i hjemmetjenesten, og at hovedfokus rettet seg mot somatiske lidelser. Dette kan sees i lys av Skatvedt, Andvig og Baklien (2015), som fant at oppfølging av eldre med psykiske lidelser ble oppfattet som uklart og lite spesifikt. Videre viser studien til Sæterstrand, Holm og

Brinchmann (2015) at hjemmesykepleiere synes det var spesielt utfordrende å følge opp eldre pasienter med psykiske lidelser, fordi det både var tidkrevende og komplisert, og at sykepleierne manglet psykiatrisk kompetanse.

Funnene viste at det var en svært liten del av pasientgruppen i hjemmetjenesten som var identifisert til å ha depresjon eller andre psykiske lidelser. I funnene ble det antydnet at 2- 3 av totalt 100 pasienter hadde en psykiatrisk diagnose. I lys av prevalensstudiene om eldre med depresjon, som viser en forekomst på nærmere 20% for eldre over 60 år (Stordal m.fl. 2012, Luppaa m.fl.2010 og Rosenvinge og Rosenvinge 2003), kan man spørre seg hvorfor så få eldre med depresjon følges opp i hjemmetjenesten. Som vist under rekruttering i metodekapittelet, var det ikke mange eldre med psykiske lidelser som fikk oppfølging av psykisk helsearbeider (jf. 3.3). Brofoss og Larsen (2001-2009) viser i tillegg til at det er få eldre med depresjon som følges opp på Distriktpsikiatrisk senter (DPS). I lys av dette ville man forventet at hjemmetjenesten fulgte opp langt flere pasienter med psykiske lidelser. Når dette ikke er tilfelle, kan en faktor være at det skyldes mangel på identifisering av eldre med psykiske lidelser (Brown m.fl. 2003). I funnene fremkom det at det var lite fokus på eldre med depresjon i hjemmetjenesten, og at det sannsynligvis var flere eldre med depresjon som ikke ble oppdaget. Som en informant sa; «det er mange som er ganske nedstemt uten at man kaller det noenting».

I funnene uttrykte informantene forståelse for at psykisk helsearbeider ikke prioriterte oppfølging av eldre pasienter med depresjon. Informantene erfarte at eldre med depresjon ikke hadde potensiale til å bli bedre, og dermed ble det vurdert som bortkastet ressursbruk. Funnene viste også at hjemmetjenesten erfarte å få noe veiledning fra psykisk helsearbeider. Dette var i midlertid ikke satt i system, og det var avhengig av overskudd på tid og mulighet til å samle personale, noe som viste seg vanskelig.

Informantene etterlyste mer kompetanse om psykiske lidelser, og funnene viste at det ikke var prioritert å ha kurs og veiledning i forhold til dette temaet. Det ble begrunnet med at det var få pasienter med psykiatrisk diagnose i hjemmetjenesten. Videre viser funnene at sykepleiere i hjemmetjenesten manglet kunnskap og verktøy i møte med eldre pasienter med psykiske lidelser. Dette kan sees i lys av Bing- Johnsson, Foss og Bjørk (2015) som finner at det er lite samsvar mellom forventninger om kompetanse og den faktisk tilgjengelige kompetansen i kommunehelsetjenesten. Når ansatte opplever at de mangler kunnskap og kompetanse om psykisk helse, ble det overlatt til den enkelte å løse det selv (Bing- Johnsson m.fl. 2015).

*Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten* (2009) anbefaler at pasienter i risikogrupper for depresjon kartlegges jevnlig (jf. 2.2.3). Det fremkom ikke av funnene at informantene hadde erfaring med kartlegging av depresjon blant eldre. Det kan tyde på at anbefalingene om kartlegging for å identifisere eldre med depresjon ikke blir fulgt opp i dagens hjemmetjeneste.

Funnene viste at eldre pasienter med depresjon i hjemmetjenesten ble oppfattet som kroniske, med lite håp om bedring. Dette er i samsvar med Hamran og Moe (2012), som viser til at det er ulik praksis, vurderingsgrunnlag og standarder for hjelp til yngre og eldre pasienter i hjemmetjenesten, og at yngre og eldre ikke oppfattes som sammenlignbare tilfeller.

Vider viste funnene at personalet ikke synes det var så mye å diskutere rundt eldre med depresjon på fagmøter, fordi informantene erfarte at det var lite man fikk gjort med situasjonen. Årsaken til dette kan tenkes å være at personalet utfra praksis har erfart at de ikke klarte å hjelpe disse pasientene, og at de oppfattet pasientene som kroniske. Dette er i tråd med Malt, Retterstøl og Dahl (2003), som finner at symptomer på depresjon hos eldre kan være lite spesifikke, og kan tolkes som aldersbetinget hvor «det ikke er noe å gjøre med». Videre opptrer depresjon ofte sammen med somatisk sykdom (Angst m.fl. 2002, Zimmerman m.fl. 2002), og man kan tenke seg at personalet fokuserer på somatisk sykdom og ikke oppdager den psykiske lidelsen.

Informantene gav uttrykk for at det var behov for spesialkompetanse i psykiatri, men funnene viste at ledere i hjemmetjenesten ikke prioriterte dette. Dette samsvarer med studien til Holm og Severinsson (2013) som peker på at ledere i hjemmetjenesten ikke prioriterer kompetanseheving hos ansatte når det gjelder eldre pasienter med depresjon. Informantene erfarte også at det ikke var verdt å prioritere kompetanseheving til eldre pasienter med depresjon i hjemmetjenesten, også fordi det var et lite antall pasienter. Samtidig kan det tenkes at kompetanseheving i psykisk helse kunne ført til at flere eldre med depresjon ble identifisert i hjemmetjenesten.

Informantene erfarte at ledere i hjemmetjenesten manglet kunnskap om faget, og videre at ledere var mest opptatt av økonomi og budsjett. Dette kan sees i sammenheng med de økonomiske føringer som ligger til grunn for de prioriteringer som gjøres i hjemmetjenesten utfra BUM (jf. 2.4.2).

### *Kommer til kort*

Funnene viste at noen pasienter ikke ønsket hjelp for sine psykiske plager. Personalet synes dette var utfordrende å takle. Funnene samsvarer med Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) som viser at sykepleiere følte de kom til kort i tilfeller hvor pasienten ikke ville motta hjelp. Dette gjaldt spesielt når de skulle gi medisiner til pasienten, og han ikke ville ta medisinene. Informantene gav uttrykk for at de ikke fikk gjort jobben sin når pasienter nektet å ta medisiner, og dette ble frustrerende.

I funnene kom det frem at personalet manglet kunnskap og kompetanse for å gjennomføre støttesamtaler med eldre pasienter med depresjon. Det samsvarer med Sæterstrand m.fl. (2015), hvor sykepleiere i hjemmetjenesten etterlyser kompetanse innenfor psykisk helse. Videre viste funnene at vedtak om støttesamtale ofte bortfalt på grunn av manglende kompetanse i personalgruppen, og at noen ansatte vegret seg for å ha disse samtaler med pasientene. Sykepleierteori viser at støttende samtaler er sykepleiers viktigste redskap i møte med depresjon hos eldre (Røkenes og Hanssen 2006, Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). I funnene kommer det frem at ansatte manglet kompetanse i forhold til å samtale med pasienter med depresjon. Røkenes og Hanssen (2006) fremholder at relasjonskompetansen avgjør hvordan personalet i hjemmetjenesten samhandler med pasientene. Man kan dermed tenke seg at relasjonskompetansen hos personalet blir en avgjørende faktor for å ivareta pasientenes psykiske behov med blant annet å kunne gjennomføre støttesamtaler.

I funnene kom det frem at ansatte følte seg hjelpeløse i forhold til selvmordstrusler fra pasienter, og ønsket at spesialisthelsetjenesten kunne ta over ansvaret. Det var lite kontakt mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten ifølge funnene. Dette blir nærmere drøftet i neste kapittel (jf. 5.5).

## **5.5 Savner mer samarbeid og samhandling med andre aktører**

### *Å kunne diskutere og få støtte fra de som kan mer*

Informantene erfarte at psykisk helsearbeider ikke prioriterte oppfølging av pasienter over 65 år. Dette samsvarer med egen erfaring i prosessen med å rekruttere informanter (jf. 3.3). Videre samsvarer det med Skatvedt, Andvig og Baklien (2015), som finner at eldre med psykiske lidelser ikke prioriteres av psykisk helsearbeider i kommunene. Skatvedt m.fl. (2015) finner at sykepleiere i hjemmetjenesten gir uttrykk for at det er et A og B lag, hvor

psykisk helsearbeider kan velge hvilke pasienter de vil følge opp, mens hjemmetjenesten måtte ta resten. Samtidig har kortere opphold i spesialisthelsetjenesten gitt sterk økning i etterspørsel etter kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser (Ose og Slettebak 2014). Informantene gav uttrykk for noen av de samme frustrasjonene i funnene, da de følte de sto alene i møte med eldre med psykiske lidelser, og at personalet ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper om pasientgruppen. Samtidig fantes det en Enhet for psykisk helsearbeider, som ikke omfattet denne pasientgruppen.

I funnene ble det etterlyst mer informasjon om pasienter som hadde vært innlagt på sykehus. Sett i lys av Samhandlingsreformen som pålegger samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Stortingsmelding nr. 47 2008-2009), er dette under utvikling. Funnene viste at innføring av elektronisk informasjonsutveksling (ELIN- k), hadde lettet kommunikasjonen mellom hjemmetjenesten, sykehus og fastlege. Informantene sparte mye tid som før gikk til å vente i telefonen, og ordningen ble beskrevet som et fremskritt.

Funnene viste også at informantene i liten grad søkte veiledning og råd i spesialisthelsetjenesten for pasienter med depresjon. Dette ble begrunnet med at personalet erfarte spesialisthelsetjenesten som lite tilgjengelige. Dette er i tråd med evalueringsrapport for *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*, hvor man finner at spesialisthelsetjenesten ikke var blitt mer tilgjengelig, til tross for intensjon om dette (Brofoss og Larsen 2001- 2009). Samhandlingsreformen legger samtidig opp til kompetanseoverføring og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Stortingsmelding nr. 47 2008-2009), som ytterligere understreker nødvendigheten av å fremme et tett samarbeid mellom tjenestene.

Det kom frem i funnene at det var lettere å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasientene hadde vært innlagt på psykiatrisk avdeling og fått diagnose. Dette kan tyde på at det ikke er etablert kanaler for å kontakte spesialisthelsetjenesten om utfordringer i pasientbehandlingen. I følge Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) tyder mye på at det ligger et stort forbedringspotensial i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten. Funnene viste også at det var vanskelig for hjemmetjenesten å prioritere veiledning fra spesialisthelsetjenesten i en travel arbeidsdag.



Videre viste funnene at det var forskjeller i oppfølging av pasientene fra fastlegenes side. Hjemmetjenesten forholder seg til den enkelte pasients fastlege, og det var ulike erfaringer med dette samarbeidet. Funnene viste at informantene hadde en formening om hvilke fastleger som var flinke til å følge opp pasientene. Når legen fikk ledig kapasitet kunne personalet søke disse fastlegene for pasientene sine.

### *Bestillerenheten forstår ikke vår virkelighet*

Informantene erfarte at når de var ekstra tid hos pasientene, ble tiden utover fastsatt vedtakstid strøket av bestillerenheten. Sykepleierne oppfattet at det betydde at bestillerenheten ikke godtok at pasienten trengte den ekstra tiden, til tross for at den ansatte dokumenterte for årsak. Informantene gav uttrykk for at bestillerenheten ikke anerkjente deres vurderinger og ikke forsto situasjonene de sto oppe i.

Funnene viste at personalet måtte ha gode argumenter overfor bestillerenheten for å endre vedtak. Dette begrunnet informantene med at det var knapphet på ressursene, og for å få ekstra tid til pasienten, måtte bestillerenheten overbevises. Dette kan sees i lys av Vabø (2007), Tønnessen, Nordtvedt og Førde (2011) hvor de finner at tid omsettes i penger, og økonomiske hensyn styrer prioriteringer i hjemmetjenesten. Det kom frem i funnene at hvis personalet kunne argumentere for at økt ressursbruk i en periode kunne føre til sparte kostnader senere, var dette gode argumenter. Dette satte krav til personalets evne til å argumentere overbevisende overfor bestillerenheten. Det kan tenkes at personalets evne til å argumentere for tiltak og tid hos den enkelte pasienten var avgjørende for om pasienten fikk et tilbud. Dette kan være spesielt sårbart overfor eldre personer med depresjon, hvor det ofte kan være diffuse og sammensatte behov (jf. 2.6).

Videre viste funnen at de korteste vedtakstidene ble oppfattet som problematisk for personalgruppen, fordi personalet nesten måtte snu i døren. Erfaringen var at dette var noe pasientene også reagerte negativt på. Dette kan sees i lys av rapporten til Vabø (2007) hvor hjemmetjenesten opplever at tiden til hver enkelt hjelpemottaker er blitt knappere, og at presset øker. Videre viste funnene at personalets arbeidsdag var uforutsigbar og vanskelig å planlegge. Når personalet fikk stramme tidsrammer, var dette vanskelig å håndtere i praksis. Informantene erfarte at bestillerenheten ikke forsto at det tok tid å gå mellom pasientene, og ikke beregnet dette inn i vedtakstiden. Dette førte til at personalgruppen ikke følte seg forstått av bestillerenheten, i forhold til den tidsnøden de stadig kom opp i gjennom arbeidsdagen.

Informantene erfarte at det var vanskelig å argumentere overfor bestillerenheten for å få vedtakstid til eldre med depresjon. De opplevde at psykososiale behov ble satt opp mot pasienter med somatiske lidelser, hvor man lettere kunne måle tidsbruken i sparte penger. Dette samsvarer med Skatvedt m.fl. (2015), som finner at det sjelden utløses vedtak for eldre med psykiske helsebehov. Man kan tenke seg at i forbindelse med *Samhandlingsreformen*, med økonomiske insentiver for pasienter med somatisk sykdom (jf. 2.3), kan dette ha ført til at pasienter med somatiske lidelser prioriteres fremfor pasienter med psykiske lidelser.

### *Å forhandle om vedtak*

Samarbeidet med bestillerenheten ble karakterisert som både kamp og forhandlinger i funnene. Funnene viste at det kunne være mye argumentering frem og tilbake mellom bestiller og personalet (utfører) for å få økte vedtak. Det ble erfart at det var knappe ressurser man kjempet om, og i praksis var det ofte vedtakstid. Noen ganger erfarte informantene å få medhold, andre ganger ikke. Dette kan sees i lys av kritikken som er reist i forhold til NPM modellen, med BUM som verktøy for effektivisering i hjemmetjenesten (Martinsen 2005, Vetlesen 2001 og Vabø 2007). Funnene er i samsvar med kritikken som blant annet går på at BUM organiseringen er lite fleksibel, ikke tar hensyn til innfløkte situasjoner rundt pasientene, og at vedtakstid ikke er egnet for helhetlig omsorg (Vabø 2007, Martinsen 2005). Når informantene karakteriserte samarbeidet med bestillerenheten som en kamp, kan man se det i lys av at det er knappe ressurser som skal fordeles, og det vil være vanskeligere å argumentere for behov som ikke er konkrete eller synlige. Dette samsvarer med Tønnessen og Nortvedt (2012) hvor de peker på at hjemmetjenesten i praksis handler om å dekke basale behov, og at psykososiale behov ikke regnes som en del av dette.

Funnene viste også at samarbeidet med bestillerenheten var et «gi og ta» forhold. For å få til noe ekstra i forhold til vedtak en gang, måtte informanten gi noe en annen gang. Slik erfarte informantene at tilliten gikk begge veier. Informantene erfarte at det var viktig å bygge en god relasjon til ansatte på bestillerenheten, for i neste omgang å kunne påvirke positivt i forhold til vedtakstildelingen.

Et dilemma ved denne ordningen kan være at pasientenes muligheter til å få tilpasset vedtak er avhengig av personalets interesse og ferdigheter til å argumentere overfor bestillerenheten, og ikke nødvendigvis utfra pasientens reelle behov.

## 6 Konklusjon

Studien har hatt til hensikt å utforske sykepleieres erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon i hjemmetjenesten.

Funnene viser at sykepleierne i hjemmetjenesten erfarte at vedtaksrammene fra bestillerenheten styrte arbeidsdagen. Erfaringene viste at systemet kan være basert på for knappe tidsrammer, og at vedtak vanskeliggjør sykepleiernes muligheter for selvstendig vurderinger i pasientsituasjoner. Videre erfarte sykepleierne verdikonflikter mellom å holde seg innenfor vedtaksrammene på den ene siden, og streben etter å utøve en helhetlig omsorg overfor pasientene på den andre siden. Funnene viste videre at det kunne være godt å legge ansvaret for faglig utøvelse over på vedtak og bestillerenheten. Informantene ønsket å jobbe forebyggende overfor pasientene, men erfaringene viste at det ikke ble prioritert i vedtakstildeling fra bestillerenheten.

Sykepleierne i studien la vekt på å oppnå tillit og bygge gode relasjoner med pasientene, for å kunne gi god og helhetlig omsorg. Informantene pekte på kontinuitet som en forutsetning for å bli kjent og oppnå en tillitsfull relasjon. Funnene viste at det var vanskelig å gjenkjenne depresjoner hos pasienter når man ikke ble kjent, og kort tid hos pasientene hemmet mulighet for vurderinger av pasientens tilstand. Videre viste funnene at ansatte brukte tid utover vedtaket for blant annet å styrke relasjonen med pasientene. Sykepleierne fremhevet at man måtte kjenne pasientene for å gjøre gode vurderinger. Funnene samsvarer med tidligere forskning og finner støtte i teori.

Videre erfarte sykepleierne at det var lite fokus på psykisk helse i hjemmetjenesten, og det ble sjelden gitt vedtak for oppfølging av pasienter med depresjon. Informantene etterlyste opplæring og kompetanseheving angående psykiske lidelser hos eldre. Sykepleierne erfarte at vedtak om oppfølging av eldre pasienter med depresjon var vanskelig å gjennomføre, på grunn av manglende kompetanse hos personalet. Dermed viste erfaringer at disse vedtakene ofte bortfalt.

Sykepleierne etterlyste mer samarbeid med andre aktører når det gjaldt oppfølging av eldre med depresjon. Informantene erfarte at psykisk helsearbeider ikke prioritere eldre pasienter med depresjon, og dermed ble hjemmetjenesten ansvarlig for å gi denne pasientgruppen et tilbud. Funnene samsvarer med andre studier.

Videre viste funnene at det var en forholdsvis høy terskel for informantene å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det var også vanskelig for ansatte i hjemmetjenesten å prioritere veiledning fra spesialisthelsetjenesten i en travel arbeidsdag.

Samarbeidet med bestillerenheten ble beskrevet som kamp og forhandlinger, hvor ansatte måtte lære seg å argumentere godt for å få gjennomslag for endring av vedtak. Informantene erfarte at argumenter som fikk gjennomslag var ofte med henvisning til økonomisk sparing. Det var spesielt vanskelig å få gjennomslag for oppfølging av eldre med depresjon, som oppfattes diffust. Samtidig viste funnene at vedtaksrammene kunne redusere ansvaret for den enkelte pleier. Funnen er i tråd med annen forskning.

### **Anbefalinger for praksis**

Ut fra funnene i studien anbefales det økt fokus på psykisk helse blant eldre i hjemmetjenesten. Det anbefales å utarbeide en plan for å øke kompetansen hos ansatte i forhold til psykisk helse, gjerne i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Hjemmesykepleien bør tilstrebe et tettere samarbeid med psykisk helsearbeider i bydel, og vurdere muligheter for ansvarsfordeling av eldre pasienter med psykiske lidelser. Eventuelt se på muligheter for å styrke Enhet for psykisk helsearbeid, for å kunne møte det økende behovet for psykiske helsetjenester blant eldre. Videre anbefales det å vurdere endringer av vedtaksrammer i tråd med tilbakemeldinger om tidspress, og planlegge for forebygging i samsvar med *Samhandlingsreformen*. Dette som ledd i å forebygge og imøtekomme psykososiale behov hos hjemmeboende eldre i fremtiden.

### **Anbefalinger for videre forskning**

Det er gjennomført en del forskning som berører flere av områdene denne oppgaven omhandler. Mye av forskningen samsvarer med hverandre, og med de funnene denne oppgaven kom frem til. Ut fra funnene i oppgaven kan det være interessant med en aksjonsforskning rettet mot hvordan organiseringen og rammene i hjemmetjenesten påvirker personalets muligheter for utøvelse av helsetjenester. Videre kan det forskes på kompetanseutvikling i hjemmetjenesten, da dette var sterkt etterspurt i studien. Forskning som knyttes til utvikling av optimale samarbeidsløsninger overfor ulike aktører, kan bidra til å utvikle forståelse og samhandling mellom de ulike aktørene.

## Litteraturliste

Almvik, A. og Borge, L. (2007) *Psykisk helsearbeider i nye sko*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Angst J, Sellaro R, og Ries M.K. (2002). Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4):147–54.

Bing-Jonsson, P.C., Foss, I.C og Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Vård i Norden*, 08/2015; DOI: 10.1177/0107408315601814

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribes AS.

Bjørger, D., Westerlund, H. og Johansen, K.J. (2008) *Psykisk Helsearbeid i Oslo kommune. Bruker spør bruker. Evaluering 2006- 2008*. TISIP stiftelsen

Bratland, R. (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Brofoss, K.E. og Larsen, F. (2001- 2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Norges Forskningsråd

Brown, E.L., McAvay, G., Raue, P.J., Moses, S. og Bruce, M.L. (2003). Recognition of depression among elderly recipients of home care service. *Psychiatric Services*, 54(2) 208-213

Bøen, H., Dalgard, O.S., Johansen, R. og Nord, E. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BioMed Central Geriatrics* 12:20

Cavanagh, S.J. (2001) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dale, B., Sævareid, H.I., Kirkevold, M. og Söderhamn, O. (2011). Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk sygeplejeforskning* Nr. 3: 219-234

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009). *Krav om informert og fritt samtykke*. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og->

10.09.2015

Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Forsman, A.K., Nyquist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & Mental Health*, 16 (6):771- 779

Gammersvik, B., Torgunrud, H. og Sjøly, M. (2013). *Forebygging, utredning og behandling av psykisk lidelse hos eldre*. Veileder fra Helsedirektoratet.

Gammersvik, Å. og Larsen, T. (2014). *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Gautun, H. og Syse, A. (2013) *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA 8/13  
ULR: <http://www.nova.no/id/27187.0?longFormat=1>

Gilje N. og Grimen H. (2011) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. 14. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Gjevjon, E.R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten- en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*. nr. 2 Gjøvik: Senter for omsorgsforskning

Gjevjon, E.R., Romøren, T.I., Kjøs, B.Ø. og Hellesø, R. (2013) Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management* 21(1):182-190. doi: 10.1111/j. 1365-2834.2012.01366.x.

Gjevjon, E.R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning* (1)

Halvorsrud, L., Pahr, I. og Kvarme, L.G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning* (3):242- 248. doi: 10.4220/sykepleienf. 2014.0133

Hamran, T, og Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten- ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Tromsø: Senter for omsorgsforskning- rapportserie nr.3

Henriksen J.-O. og Vetlesen A.J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Holm, A.L. og Severinsson, Elisabeth (2013). Interdisciplinary Team Collaboration during Discharge of Depressed Older Persons: A Norwegian Qualitative Implementation Study. *Nursing Research and Practice*, dx.doi.org/10.1155/2013/794743

Hummelvoll, J.K. (2012). Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

ICN yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011)

[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) lest 02.06.2015

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 4. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS

Karlin, B. E. og Fuller, J. D. (2007) Meeting the mental health needs of older adults. Implications for primary care practice. *Geriatrics*, 62 (jan): 26-35

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

Krogh T. (2009) *Hermeneutikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 7- 98

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2014) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weierer, S., König, H.-H. og Riedel- Heller, S.G. (2010) Age- and gender- specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, (des.) doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033

Løset, G.K. og Veenstra, M. (2015). *Forebyggende helsearbeid i kommunene. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen*. NOVA 6/15

Malt, U.F., Retterstøl, N. og Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*, 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe

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

Nasjonale retningslinjer (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet

Olsson, I., Mykletun, A. og Dahl, A.A. (2006). General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2:21 doi:10.1186/1745-0179-2- 21

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)

URL: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk\\_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864) lest: 20.10.2015

Ose, S. O. og Slettebak, R. T. (2014) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Oslo: SINTEF  
<http://www.sintef.no/upload/Helse/Arbeid%20og%20helse/Rapport%20A25834.pdf>

Rosenvinge, B.H. og Rosenvinge J.H. (2003) Forekomst av depresjon hos eldre- systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990- 2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (7): 928-929

Røkenes, O.H. og Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Skatvedt, A., Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning* nr. 1(9): 64- 70

Skatvedt, A., Andvig, E. og Baklien, B. (2015) Bakkebyråkratiets yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1): 20- 34

Skultety, K. M. og Zeiss, A. (2006) The Treatment of Depression in Older Adults in the Primary Care Setting: An Evidence- Based Review. *Health Psychology*, 25(6): 665- 674

Stordal, E., Solhaug, H.I., Bosnes, I. og Følstad, A. (2012) Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 22(2): 197-201



Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009) *Samhandlingsreformen*.

URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Sæterstrand, T.M., Holm, S.G. og Brinchmann, B.S. (2015) Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1): 4- 16

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*, 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thomassen M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 135-178.

Thorsen, K. og Blekesaune, M. (2006). Ensomhet og lokalmiljø. I: B. Slagsvold og B.O. Daatland (red.). *Eldre år, lokale variasjoner*. NOVA. Rapport nr. 15, s. 93- 104

Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tjora, A. og Melby, L. (2013) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Tønnessen, S. og Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning* (3): 280- 285. doi: 10.4220/sykepleienf. 2012.0134

Tønnessen, S., Nortvedt, P. og Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics* 18(3) s. 386- 396.

Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. NOVA- rapport 18. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, forskning og aldring

Vabø, M. (2007) *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styrings ideologisk brytningstid*. NOVA 22/07

ULR: [http://www.nova.no/asset/3159/1/3159\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/3159/1/3159_1.pdf)

Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg mellom avhengighet og autonomi. I: K. W. Ruyter og A. J. Vetlesen (red.) *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk: 27- 40

World Health Organization, Mental health and older adults (2015)  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/#](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/#) lest 20.10.2015

Zimmerman M, Chelminski I, McDermut W. (2002). Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity. *The journal of Clinical Psychiatry*. 63(3):187–93

## Vedlegg 1: Skriftlig informert samtykke

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet med tittelen «Samhandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon».

#### Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Målet er å få kunnskap om oppfølging av eldre med depresjon i hjemmetjenesten. Jeg studerer ved Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg diakonale høgskole, hvor jeg tar en mastergrad i helsetjenester til eldre. Jeg skal gjennomføre denne forskningsstudien i forbindelse med min masteroppgave. Du er invitert som deltaker fordi du jobber i hjemmetjenesten og har helsefaglig bakgrunn og minst 3 års erfaring med nåværende eller tilsvarende jobb.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Planen er å foreta enkeltintervjuer med mellom 8 deltagere i løpet av vinteren/ våren 2015. Intervjuet varer i ca. ½ - 1 time. Spørsmålene vil omhandle erfaringer med oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon og angst i hjemmetjenesten.

For å sikre rett tolking og at all informasjon tas vare på, ønsker jeg å ta lydopptak av intervjuet. Informasjonsmaterialet analyseres av meg og blir grunnlag for min masteroppgave.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes til å få kunnskap om erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon i hjemmetjenesten. Det vil kun være meg og min veileder som får tilgang til datamateriale.

Jeg vil ikke registrere navn eller fødselsnummer, men vil registrere grad av utdanning, hvor mange års erfaring og hvilken yrkesrolle du har. Dette vil ikke brukes direkte i masteroppgaven. Data lagres på pc med kode. Koblingsnøkkel lagres adskilt fra annen data.

Prosjektet avsluttes innen 31.12 2015. All informasjonen som samles inn om deg vil bli slettet innen den tid.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakte med:

Birgit Maria Rogne, e- mail: [birgit.rogne@live.no](mailto:birgit.rogne@live.no) mobil 99 10 13 51 (student)

Marianne Thorsen Gonzalez, e-mail: [gonzalez@diakonhjemmet.no](mailto:gonzalez@diakonhjemmet.no) tlf. 22451807 (veileder)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen  
Birgit Maria Rogne

#### Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om studien; «Samhandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon», og er villig til å delta i prosjektet.

---

(Dato, Prosjektdeltaker)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### **Introduksjon:**

Presentasjon av meg selv og hva jeg jobber med til daglig.

Presentasjon av studien med problemstilling og hensikt.

Praktisk informasjon om gjennomføringen av intervjuet.

Informasjon om informert samtykke og konfidensialitet.

#### **Bakgrunnsinformasjon om informanten:**

Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier/ hjelpepleier?

Hvor lenge har du jobbet i hjemmebaserte tjenester?

#### **Intervju:**

I forkant av intervjuet ba jeg deg forberede en eller flere pasientsituasjoner hvor du erfarte den hjemmeboende eldre pasienten med depresjon.

1. Kan du først fortelle om pasientsituasjonen/ e?
2. Hvilke andre erfaringer har du med oppfølging av pasienter med depresjon?
3. Hvilke utfordringer ser du i forhold til hjemmeboende eldre med depresjon?
4. Hvilke egenskaper/ ressurser mener du kreves for å ivareta eldre pasienter med depresjon?
5. Hvordan vurderer du bruk av tid i forhold til denne pasientgruppen?
6. Hvilke erfaringer har du med samarbeid mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten/ andre aktører i forhold til pasientgruppen?
7. Hva ønsker hjemmetjenesten fra spesialisthelsetjenesten?

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Hva observerte du?
- Hvilke tanker gjorde du deg?
- Hvordan handlet du? (Hvorfor handlet du som du beskriver?)
- Hvilke utfordringer opplevde du?
- Hvilke alternativer hadde du?
- Hva skjedde?
- Hvilken kunnskap, ferdigheter trengte du i pasientsituasjonen?
- Forstår jeg deg rett når du sier....?
- Mener du at.....?
- Er det noe annet du ønsker å utdype?

Avrunding med avklaring av spørsmål

## Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern  
N-0316 Oslo  
Tlf: +47 22 38 21 17  
Fax: +47 22 38 94 50  
nsd@uio.no  
www.nsd.uio.no  
Orgnr: 969 421 884

Marianne Thorsen Gonzalez  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 05.08.2014

Vår ref: 39106 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39106</i>	<i>Samhandling og oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marianne Thorsen Gonzalez</i>
<i>Student</i>	<i>Birgit Maria Rogne</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uio.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Birgit Maria Rogne [birgit.rogne@live.no](mailto:birgit.rogne@live.no)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivgjeldning: 1.5.2014/03/15

OSLO: NSD, Universitetsforlaget, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo, tlf: +47 22 38 21 17, [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7001 Trondheim, tlf: +47 73 31 18 00, [kommunikasjon@ntnu.no](mailto:kommunikasjon@ntnu.no)  
NARVIK: NSD, SSI, Universitetet i Tromsø, 9001 Tromsø, tlf: +47 77 91 43 00, [nsd@ssu.no](mailto:nsd@ssu.no)



## Personvernombudet for forskning

### Prosjektvurdering – Kommentar

---

Prosjektnr: 39106

Utvalg rekrutteres gjennom leder i hjemmetjenesten. Vi anbefaler at leder videreformidler kontakten /informasjonen om prosjektet på vegne av student, slik at det legges opp til at informantene rekrutterer seg selv. Det bør da understrekes i informasjonsskrivet at student ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse. Alternativt legger vi til grunn at leder i hjemmetjenesten har anledning til å utlevere kontaktinformasjon dersom rekrutteringen foregår slik. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at følgende endres:

- Dato for prosjektslutt justeres til 31.12.2015, jf. telefonsamtale med veileder 07.07.2014.
- Det presiseres at datamaterialet anonymiseres senest ved prosjektslutt.
- Setningen "Jeg vil ikke registrere navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger om den enkelte" må endres eller slettes. Dersom det ikke benyttes koblingsnøkkel kan setningen endres til "Jeg vil ikke registrere navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger om den enkelte". Dersom det benyttes koblingsnøkkel må setningen slettes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Diakonhjemmet Høgskole AS sine interne rutiner for datasikkerhet.

Ombudet har justert dato for forventet prosjektslutt til 31.12.2015, jf. telefonsamtale med veileder. Det opplyses per telefon at innsamlede opplysninger da senest skal anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak