

KANDIDAT

80

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:07
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

## Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

---

Besvart.

# 1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/> )

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>


Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.




Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)

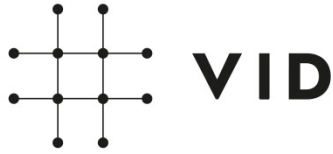


Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned Fjern Erstatt

Filnavn:	Depresjon hos den eldre hjemmeboende - Depression amongst the elderly living at home.pdf
Filtype:	application/pdf
Filstørrelse:	485.22 KB
Opplastingstidspunkt:	08.04.2021 11:04
<b>Status:</b>	<b>Lagret</b>

Besvart.



Depresjon hos den eldre hjemmeboende

*Relasjonens betydning i møte med den deprimerte eldre i hjemmesykepleie.*

Depression amongst the elderly living at home

*The importance of human relations in meeting the depressed elderly during homecare nursing.*

Kandidatnummer 80

VID vitenskapelige høgskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB- 2018

Antall ord: 9876

08.04.21

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

Denne oppgaven vil belyse temaet depresjon hos eldre. Formålet med oppgaven er å undersøke hvilken betydning relasjon har i møte med den deprimert eldre hjemmeboende. Forskning på dette området viser at depresjon er et av de vanligste helseproblemene blant eldre og at det i tillegg er den mest underdiagnostiserte og underbehandlede tilstanden (Snoek & Engedal, 2018, s.204). Mangel på kompetanse, kunnskap, relasjon og tid er eksempler på faktorer som kan gjøre det vanskelig å møte deprimerte eldre i hjemmesykepleien på den korrekte måten. Økt fokus og ressurser på kartlegging og behandling av psykisk lidelse kan gjøre sykepleierne mer rustet for å hjelpe denne pasientgruppen. Det er også viktig å være klar over hvor stor rolle relasjon spiller i møte med denne pasientgruppen og deres pårørende. Forskningsartikler viser at relasjoner har stor betydning når man skal forebygge depresjon, stille diagnose og behandle depresjon.

Nøkkelord: eldre, hjemmeboende, depresjon, relasjon.

## **Abstract**

This thesis will focus on the subject depression among elderly people. The purpose of this thesis is to examine the importance of human relations when meeting the depressed elderly in their home. Research in the area shows that depression is one of the most common health issues among elderly and is the most underdiagnosed and undertreated condition (Snoek & Engedal, 2018, p.204). The lack of competence, knowledge, relation and time are examples of factors which can make it difficult to meet the depressed elderly in a correct manner during home nursing. Increased focus and resources to map and treat psychological illness may make the nurses better equipped to help this group of patients. It is also important to be aware of the importance of human relation when meeting these patients and their next of kin. Research articles show that human relations have great significance when trying to prevent depression, make a diagnosis and treat depression.

Key words: elderly, home care nursing, depression and human relations.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger.....	2
1.4	Begrepsavklaringer.....	2
2	Metode.....	3
2.1	Litteraturstudie som metode.....	3
2.2	Vitenskapsteori.....	3
2.3	Litteratursøk.....	4
2.4	Kildekritikk.....	5
2.5	Etiske overveielser.....	6
3	Teori.....	7
3.1	Joyce Travelbee`s sykepleieteori.....	7
3.1.1	Mellommenneskelige forhold.....	7
3.1.2	Travelbee om kommunikasjon.....	8
3.1.3	Travelbee om depresjon.....	9
3.1.4	Håp og mestring.....	9
3.2	Depresjon hos eldre.....	9
3.2.1	Symptomer og konsekvenser.....	10
3.3	Forebyggende sykepleie.....	11
3.3.1	Kommunikasjon.....	12
3.3.2	Relasjonsbygging.....	13
3.3.3	Kartlegging.....	14
3.3.4	Tverrfaglig samarbeid.....	16
4	Presentasjon av forskningsartikler.....	17
4.1	«The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients» av.....	17
4.2	«Recognition of depression among elderly recipients of home care services».....	18
4.3	«The relationship between nurse- patient interactions and meaning- in- life in cognitively intact nursing home patients».....	19
4.4	«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten».....	20

5	Drøfting .....	21
5.1	Relasjonens betydning.....	21
5.1.1	Kommunikasjon: .....	22
5.2	Forebyggende arbeid, med fokus på psykisk helse .....	24
5.2.1	Betydningen av kunnskap og kompetanse .....	24
5.2.2	Betydningen av gode kartleggingsverktøy .....	26
5.2.3	Tverrfaglig arbeid.....	28
6	Konklusjon .....	30
7	Litteraturliste .....	32
	Vedlegg .....	36





# 1 Innledning

I oppgavens innledning begrunnes valg av tema og problemstilling presenteres. Videre avklares oppgavens avgrensninger og sentrale begreper. Oppgavens oppbygning blir presentert til slutt.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av mine år som sykepleierstudent har jeg møtt mange ulike pasienter, men av alle disse menneskene er det de deprimerte eldre som har gjort størst inntrykk på meg. Jeg har derfor valgt å skrive om sykepleierens møte med deprimerte eldre i hjemmesykepleien. Depresjon er et av de vanligste helseproblemene blant eldre, likevel er det den mest underdiagnostiserte og underbehandlede tilstanden (Snoek & Engedal, 2018, s.204). Ifølge Norsk Helseinstitutt har 1-4 prosent av den eldre befolkningen alvorlig depresjon. Dette er dobbelt så høyt i aldersgruppen 70-85 år sammenlignet med den øvrige befolkningen (Norsk Helseinformatikk, 2020). Det å ha et økt fokus på Eldres psykiske helse og jobbe med å oppdage psykiske lidelser hos eldre tidlig er derfor en viktig oppgave. Her har sykepleiere en viktig rolle (Fjørtoft, 2016, s.86-87). Likevel er min erfaring fra praksis i hjemmesykepleien, at mange finner det vanskelig å møte denne pasientgruppen. Dette er et veldig aktuelt tema, og ettersom stadig flere bor hjemme blir hjemmesykepleien en viktig del av dagens helsetjeneste for disse pasientene (Fjørtoft, 2016, s.11). Tall fra statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i løpet av 2019 var totalt 163 231 nordmenn som mottok hjemmesykepleie i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2020). Med slike høye tall er det sannsynlig at man som sykepleier i hjemmesykepleien vil møte eldre mennesker med depresjon. Av den grunn blir dette temaet ansett som sykepleiefaglig relevant. På tross av disse fagkunnskapene er min erfaring fra diverse praksisperioder at dette er et tema som likevel ofte blir nedprioritert. På bakgrunn av erfaring og funn fra forskning artikler, vekkes det en interesse i meg som gjør at jeg ønsker å se nærmere på dette temaet. Jeg ønsker med dette å lære mer om hvordan man best kan møte og ivareta eldre pasienter i hjemmesykepleien med depresjon.

## 1.2 Problemstilling

*Hva er relasjonens betydning i møte med den deprimerte eldre i hjemmesykepleien?*

## 1.3 Avgrensninger

Det er gjort flere avgrensninger for oppgaven. Pasientgruppen er avgrenset til eldre hjemmeboende som mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Eldre er her definert som personer over 65 år. Det blir ikke fokusert på biologisk behandling, bruk av medikamenter eller andre behandlingstilbud som samtalebehandling. Det blir heller ikke fokusert særlig på somatisk sykdom, kognitiv funksjon eller andre eventuelle tilleggs diagnoser. På grunn av oppgavens ordbegrensning vil pårørende få et mindre fokus, men vil bli nevnt. COVID-19 er veldig aktuelt for tiden og er noe som i stor grad påvirker psykisk helse, også hos eldre i hjemmesykepleien, men dette vil ikke inkluderes i oppgaven. Dette valget er tatt på bakgrunn av at forskning fremdeles pågår. År 2020 og 2021 vil derfor her bli sett på som unntaksår og vil bli ekskludert fra oppgaven.

## 1.4 Begrepsavklaringer

**Hjemmesykepleie** er den delen av kommunehelsetjenesten som driver med pleie og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon (Kirkevold, 2020).

**Psykiske lidelser** er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser (Malt & Aslaksen, 2020).

**Depresjon** er nedtrykthet over tid (Ødegaard, 2021).

## 2 Metode

En metode er den systematiske fremgangsmåten man bruker for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s.79). Hvilken metode som er brukt i oppgaven presenteres.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at man innhenter kunnskap fra skriftlige kilder, vurderer og analyserer disse og bruker dem som grunnlag for å besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 79-80). En forutsetning for å gjennomføre en litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med data av god kvalitet som kan bidra til å besvare oppgavens problemstilling. utfordringer ved å gjennomføre en litteraturstudie kan være å kartlegge all litteratur som er relevant for tema, og at forskning ofte kan komme frem til ulike resultater. Å finne god forskning som belyser både pasient- og sykepleieperspektivet har vært krevende.

### 2.2 Vitenskapsteori

Det er brukt ulike vitenskapelige kunnskapsområder i oppgaven. Naturvitenskapelig kunnskap er en forklarende type kunnskap (Thidemann, 2019, s.63). Denne brukes i beskrivelsen av sykdommen depresjon. Humanvitenskapelig kunnskap er en forstående kunnskap, og brukes til å kaste lys på opplevelsene og erfaringene fra det å være pasient og å leve med depresjon. Samfunnsvitenskapelig kunnskap forklarer hvordan ulike forhold medvirker til muligheter, utfordringer og begrensninger som påvirker menneskene. Dette brukes for å se på sykepleieutøvelsen knyttet til pasientene med depresjon som har behov for undervisning og veiledning, tilbud og muligheter for oppfølging (Thidemann, 2019, s.63). Aktuelle kilder som er brukt til vitenskapelig kunnskapsområder, er pensumlitteratur, kilder fra referanser i pensumlitteratur, fagartikler og vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s.62). Det inkluderes også vitenskapelige artikler i oppgaven som kunnskapskilde, dette er for å presentere ny kunnskap.

Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode gir data gjennom å fange opp deltakernes meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s. 112). For å belyse ulike sider av oppgavens tema benyttes både kvalitative- og kvantitative data.

Kvantitative studier kan måle og tallfeste forekomsten av depresjon blant eldre i hjemmesykepleien. Ved å bruke kvalitative data kan subjektive syn på temaet presenteres, som opplevelser av depresjon og den hjelpen hjemmesykepleien tilbyr. Som kan skape en økt forståelse for pasientgruppen.

I tillegg blir offentlige lovverk og relevant statistikk inkludert i oppgaven for å underbygge problemstillingens aktualitet og viktighet.

## 2.3 Litteratursøk

Ved litteratursøk er hensikten å finne litteratur som på best mulig måte vil kunne belyse en problemstilling (Dalland, 2012, s.68). For å finne aktuelle forskningsartikler som belyser oppgavens tema ble det tatt i bruk ulike databaser i søkeprosessen. Databasene benyttet mest er Cinahl, Svemed+ og PubMed. Søkerordene har blitt tilpasset de ulike databasene ettersom de bruker forskjellige varianter av søkerord i systemet sitt. Eksempler på noen av de engelske søkeordene som ble brukt er: «home care nursing», «home based long term care», «depression», «elderly», «65+ years», «nurse-patient interaction», «interpersonal relationship». Søkeprosessen utviklet seg gradvis med prøving og feiling. Det ble systematisk brukt forskjellige metoder i søkeprosessen. For eksempel ble «AND» og «OR» brukt for å snevre inn og spesifisere søket. For å finne de forskningsartiklene som er mest relevant for oppgaven ble overskriften og sammendraget til ulike artikler lest. Noen av kriteriene som ble satt i søkeprosessen var at forskningen skulle skal være av nyere dato. Dette ble gjort for å få mest mulig oppdatert data. Et annet viktig kriterium var at forskningsartiklene skulle være fagfelleurdert, dette ble gjort for å sikre at artiklene var av god kvalitet og etisk godkjent. Videre ble det søkt i Svemed+ for å finne noen skandinaviske artikler som viser forskningsbaserte funn basert på skandinavisk helsevesen. Pub-med og Cinahl ble brukt for å finne engelske artikler. Forskning gjort i land som kunne sammenlignes med det norske helsevesenet og hjemmesykepleie ble prioritert av hensyn til oppgavens relevans og

gyldighet. I tillegg til systematiske søk i databaser ble det brukt manuell søking. Dette ble gjort ved å finne frem til artikler eller fagbøker som var interessante for oppgaven ved å lese referanselisten i annen litteratur. Litteratur fra pensumlisten ble inkludert fordi dette ble vurdert som gode og sikre sykepleiefaglige kilder. Resten av fagbøkene er funnet på biblioteket. Det er også benyttet relevant lovverk og retningslinjer for sykepleiere for å få frem sykepleiefaglig relevans.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere litteratur og kilder. All teori man velger å presentere skal være informativ og pålitelig (Dalland, 2012, s.72-73). Litteraturen er et viktig grunnlag i oppgaven og kildekritikk er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2012, s. 67).

I oppgaven er det benyttet både primær- og sekundærlitteratur. Det er forsøkt å bruke primærlitteratur der dette er mulig, men utfordringen ved dette er at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitterært. Det betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen forfatter. Tilgjengelighet er også en utfordring. Risikoen ved å bruke sekundærlitteratur er at det opprinnelige perspektivet kan endres eller at teksten kan feiltolkes (Dalland, 2012, s. 77). Primærlitteratur derimot er presentert teori fra opprinnelig forfatter (Dalland, 2012, s.73). Den norske oversettelsen av Joyce Travelbee's bok «mellommenneskelige forhold i sykepleie» ble brukt selv om dette er en sekundærkilde som er oversatt til norsk. Ulempen med at boken er oversatt er at det kan være forfatterens tolkninger av det opprinnelige innholdet som kommer tydeligst frem. Den oversatte boken ble brukt på grunn av tilgjengelighet, men også på grunn av det akademisk avanserte språket som kan finnes i engelskspråklige bøker.

VID vitenskapelige høyskole anbefaler at litteratur som benyttes er maksimalt ti år gammel for å minimere risikoen for utdatert teori. Likevel inkluderes noen eldre kilder, grunnet relevans og tilgjengelighet.

Forskningsartikler fra Norge og andre Europeiske land er prioritert. Dette er for å minimere ulikheter i de forskjellige helsevesen som kunne ha innvirkning på resultatenes gyldighet. To av forskningsartiklene som er inkludert er gjort på sykehjem, isteden for i hjemmesykepleien. De er likevel inkludert fordi funnene i studien er relevante for oppgavens tema og ansees ikke å ha noen betydning for innvirkningen på resultatene eller oppgavens gyldighet.

## 2.5 Etske overveielser

Under oppgaveskriving er det viktig å ta hensyn til etiske aspekter som forskningsbaserte retningslinjer og opprettholdelse av personvern. Andre etiske hensyn som er viktig å ta hensyn til er valg av litteratur og bruk av kildehenvisning og sitering. Flere av artiklene som inkluderes i oppgaven kommenterer etiske hensyn fra studien. Det er også lagt vekt på å benytte korrekte henvisninger i oppgaven ettersom andres arbeid blir benyttet. Det skal da komme tydelig frem hvor arbeidet er hentet fra og hvem det er sitert fra. Plagiat er å utgi andres arbeid for å være sitt eget (Dalland, 2012, s. 80). For å unngå bruk av plagiat i oppgaven er kildekompasset brukt til å sikre kildehenvisninger. Høyskolens retningslinjer for oppgaveskriving, samt referansestilen APA 7th er brukt.

Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2012, s. 94). Derfor er fagfelleverderte forskningsartikler brukt i denne oppgaven. Det betyr at de kvalitetssikres ved at flere eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publisering (Svartdal, 2021). I tillegg er flere av de inkluderte artiklene godkjent av etiske komiteer. Ved presentering av egne erfaringer og pasientsituasjoner blir taushetsplikt og etiske overveielser tatt hensyn til. Depresjon og psykiske lidelser er ofte tabubelagt og kan oppleves sårbart for enkelte pasienter. En annen etisk overveielse som er tatt er å være bevisst på egne holdninger til temaet, og ikke la dette påvirke hvordan stoffet blir lest og bearbeidet.

## 3 Teori

I denne delen av oppgaven vil det presenteres sentrale teorier som vil være med å belyse problemstillingen. Begrepene relasjon og mellommenneskelig- forhold blir presentert ved hjelp av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee. Travelbee`s sykepleieteori er en sentral del av oppgavens da hun i sin teori har et stort fokus på betydningen av forholdet mellom pasient og sykepleier. Videre skrives det generelt om depresjon for å få en forståelse av hva det er og hvordan det oppleves. Til slutt vil viktige funn fra fire forskningsartikler presenteres.

### 3.1 Joyce Travelbee`s sykepleieteori

Det tas i denne oppgaven utgangspunkt i sykepleierteorien til Joyce Travelbee, en teori som har hovedvekt på det mellommenneskelige forholdet i sykepleie, samt betydningen av håp, tillitt og kommunikasjon. De delene av hennes teori som ansees som relevant for å besvare oppgavens problemstilling vil bli trukket ut.

#### 3.1.1 Mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee mener at sykepleierens hensikt er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Sykepleien kan oppnå disse målene gjennom etableringen av et menneske- til- menneske- forhold (Travelbee, 2001, s.41). Et menneske- til- menneske- forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den som har behov for sykepleietjenester eller dens familie.

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien) får sine behov ivaretatt. Dette forholdet skal målrettet bygges opp og opprettholdes av den profesjonelle sykepleieren. Menneske- til- menneske- forholdet må jobbes med over tid, og formes gradvis ved kontakten som oppstår mellom sykepleieren og pasienten. I følge Travelbee er det viktig at sykepleieren og pasienten går gjennom fire sammenhengende faser for at menneske-til-menneske-forholdet skal etableres. Det starter ved det innledende møtet,



deretter følger framvekst av identiteter, så kommer empati fasen, og til slutt fasen for sympati og medfølelse. Etter disse fire fasene er fullført kan forholdet karakteriseres ved at begge parter oppfatter, responderer og ser på hverandre som unike individ, og ser vekk fra posisjon og status (Travelbee, 2001, s.172). Sykepleieren blir klar over pasientens behov gjennom observasjoner. Dersom disse behovene ivaretas av sykepleieren, kan dette bidra til forebygging av pasientens sykdom (Travelbee, 2001, s.178-179). Sykepleiere må kunne avgjøre om man selv kan og bør oppfylle den sykes behov, eller om pasienten skal henvises til andre profesjoner innen helsetjenesten (Travelbee, 2001, s.180). Et mellom-menneskelig-forhold gjør at den syke og dens familie lettere kan søke hjelp og gi uttrykk for sin frykt og angst, fordi de har tillitt til sykepleieren og føler at sykepleieren kjenner dem. Ved å ha en god relasjon til den syke kan sykepleieren lettere oppdage forandringer i den enkeltes tilstand (Travelbee, 2001, s.141). En annen ting Travelbee mener kjennetegner en profesjonell sykepleier er evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk. Det vil si å bruke sin personlighet bevisst og målrettet for å etablere et forhold til pasienten (Travelbee, 2001, s.44). Dette krever at man har selvinnsikt, selvforståelse og en innsikt i hva det vil si å være et menneske (Travelbee, 2001, s.45).

### **3.1.2 Travelbee om kommunikasjon**

Kommunikasjon finnes i alle møter mellom sykepleier og dem man har omsorg for, både i samtale og i stillhet. All interaksjon fra disse møtene gir sykepleieren anledning til å bli kjent med den syke som menneske. Ut ifra dette kan man kartlegge pasientens behov og ivareta disse. Dette er med på å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren må forstå hva den syke kommuniserer, men også kunne bruke denne informasjonen videre i sykepleiesamarbeidet (Travelbee, 2001, s.135). Det vesentlige ved kommunikasjon er at dialogen skal være meningsfull for pasienten. Kommunikasjonen skal også være målrettet og gjensidig mellom deltakerne. Emnet bør tilpasses situasjonen og være rettet mot det den syke opplever som sine problemer her og nå (Travelbee, 2001, s.148). For at sykepleieren kan utføre en meningsfull kommunikasjon må denne være klar over sine egne oppfatninger og sitt eget syn på sykdom, lidelse og død. Travelbee påstår også at menneskesyn og livssyn må kunne drøftes for å hjelpe andre til å finne mening i situasjoner (Travelbee, 2001, s.45).

### **3.1.3 Travelbee om depresjon**

Travelbee definerer depresjon som et sinne som vendes innover mot en selv. Hun sier at ethvert tap av selvaktelse, status, kroppsfunksjoner eller kroppsdelene kan føre til depresjon. I tillegg kan det å være hjelpeløs eller avhengig av andre skape følelse av verdiløshet hos enkelte og det kan være deprimerende å innse at man gradvis blir mer invalidisert (Travelbee, 2001, s.105-106). Depresjon forsterkes når man føler seg isolert fra venner og slektninger (Travelbee, 2001, s.107). Den sykes kontakt med venner og slektninger blir ofte mer og mer begrenset, utover dem som har ansvaret for den syke. Likevel har syke mennesker de samme behovene som de friske, som behovet av å bli verdsett og elsket, og å føle at noen trenger dem. Det er derfor vanlig når man blir syk at man verdsetter vennlighet og omtanke mer enn før (Travelbee, 2001, s.106).

### **3.1.4 Håp og mestring**

Håp blir sett på som en motiverende faktor for å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, ensomhet og lidelse (Travelbee, 2001, s.117). Håp kommer av kunnskap om at det finnes hjelp ute i fra om man trenger det og bygges på en tillit til dem rundt deg (Travelbee, 2001, s.118). Uten håp kan man føle at alt er håpløst og dermed ikke lengre prøve å løse problemer eller vanskelige situasjoner fordi man tror det er umulig å oppnå en endring. Konsekvenser av dette kan være likegyldighet og depresjon (Travelbee, 2001, s.122). Det er sykepleieren sin oppgave å hjelpe den syke til å opprettholde håp og de som allerede er rammet av håpløshet til å få tilbake håpe. Å vise at man ønsker å hjelpe pasienten skaper håp og tillit (Travelbee, 2001, s.124).

## **3.2 Depresjon hos eldre**

Psykisk lidelse berører mennesker i alle aldre, men eldre mennesker er spesielt utsatte. Denne risikoen øker i takt med sårbarheten og økte fysiske plager som kan oppstå ved økende alder (Hummelvoll, 2014, s.378). Alderdommen fører også med seg store livsforandringer, som for eksempel sosiale tap eller fysiske sykdommer. Dette gjør at psykisk lidelse oftere inntreffer i livets siste del. Samtidig minsker motstandskraften mot

belastninger (Hummelvoll, 2014, s.379). Psykiske problemer som henger sammen med fysiske sykdommer, sosiale tap, aldringens overganger eller psykisk sykdom tidligere i livet, ytrer seg gjerne som krisereaksjoner, angst, sorg, og depresjon eller alvorlige psykiatriske symptomer (Hummelvoll, 2014, s.398). Undersøkelser tyder på at mange eldre mennesker sliter med depresjon uten å få tilbud om behandling. Symptomer som tretthet, uopplagthet, manglende energi og glede i hverdagen kan bli tolket som faktorer som tilhører høy alder. I andre tilfeller kan det også hende at eldre deprimerte mennesker ikke orker å gjøre noe med en eventuell depresjon eller å oppsøke lege. Dette kan være fordi de eldre tenker at det ikke er noe hjelp å få, eller rett og slett fordi de er skamfulle over sin egen tilstand. I slike tilfeller er pårørende en viktig ressurs for å sørge for at den eldre kommer seg til legen. Her er også helsepersonellet i hjemmesykepleien en ressurs (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.53.54).

Det er forskjell på depressive lidelser og depressive episoder. En depressiv episode vil si en depresjon som ofte utløses av en hendelse i den Eldres liv, for eksempel økende smerte eller redusert evne til bevegelighet. Den depressive episoden kan være av lett, moderat eller alvorlig grad og er antageligvis det man observerer hyppigst hos eldre. Selv om dette strekker seg lengre enn to uker, regnes det fremdeles som en depressiv sykdomstilstand av kort varighet og kalles derfor en episode. En langvarig tilstand kalles for en lidelse, denne er tilbakevendende og kan finnes hos eldre selv om den ikke starter i alderdommen. Depresjon kan være uttrykk for en tilpasningsreaksjon i forbindelse med livsendring, eller en belastende hendelse som påvirker den Eldres sosiale nettverk eller verdiopplevelse (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.53).

### **3.2.1 Symptomer og konsekvenser**

Det blir hevdet at så mye som 60% av depresjoner hos eldre blir oversett og ikke diagnostisert (Fjørtoft, 2016, s.86). Vanligvis blir depresjon ikke kalt for en sykdom, før det hindrer de daglige gjøremålene. Hjemmesykepleiernes første oppgave blir derfor å kartlegge hvordan den enkelte klarer seg i hverdagen, ettersom de daglige gjøremålene ofte blir uoverstigelige for den deprimerte. Videre må det settes av tid til samtale, eventuelt henvise til videre oppfølging og ikke minst dokumentere (Fjørtoft, 2016, s.86). Karakteristiske kjennetegn kan være isolasjon, bekymringer, grublerier, mindre interesse enn før for hobbyer og for andre mennesker. Pasienten opplever at alt er et ork, er trist, gråter mye, er

mimikkfattig og initiativløs, finner ingen gleder og lyspunkter i livet, og kan få dødsønsker. Økt aktivitet og aggressive utfall kan også sees. Somatiske symptomer som appetittløshet og søvnproblemer opptrer ofte. Å leve kan derfor oppleves som å være i en lang og mørk tunell uten lyspunkter og uten noen åpning ut av tunnelen (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s.442).

Med alderdommen øker den psykiske sårbarheten og den eldres evne til å bearbeide informasjon og tilpasse seg endringer i livet reduseres. Ensidig livsinnhold, tap av fysisk helse og sosialt nettverk kan være smertefullt og føre til en opplevelse av eksistensiell meningsløshet (Fjørtoft, 2016, s.66). Verdens helseorganisasjon har beregnet at i 2020 vil depresjon ligge på andreplass etter hjerte- og karsykdommer målt ut fra hvor mange år med god helse som går tapt (DALY= disability adjusted life years) for alle aldersgrupper og begge kjønn (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s.439). Det er alltid en økt fare for selvskading eller selvmord ved en påvist depresjon (Fjørtoft, 2016, s.86). Forekomsten av selvmord hos eldre er høy og hos kvinner toppe selvmords frekvensen seg i alderen 50-59 år. Det samme gjelder menn, men i tillegg når de også en ny topp etter fylte 80 år. De fleste eldre som tar sitt eget liv har depressive symptomer (Hummelvoll, 2014, s.170). Depresjon kan være en stor byrde ikke bare for pasienten, men også for pårørende.

### **3.3 Forebyggende sykepleie**

Det finnes ulike måter å forstå begrepet forebygging på, om det er å forebygge at depresjon opptrer, eller om det handler om å beskrive tiltak som forebygger tilbakefall eller negative konsekvenser av depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.155). Forebyggende sykepleie er en sentral oppgave i sykepleiernes yrkesutøvelse og nevnes derfor også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, hvor det står at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dersom en eldre person har hatt en tidligere depressiv episode, øker også sjansen for å utvikle en ny episode. Et viktig tiltak for å forebygge disse utviklingene er å sette inn ressurser for å øke funksjonsnivået hos den eldre, spesielt dem som samtidig har en somatisk sykdom. Å få en ergoterapeut til å kartlegge hjemmet og installere tekniske hjelpemidler for å øke fremkommeligheten og bevegelsesevnen til pasienten kan være

viktige virkemidler som hjemmesykepleiere kan informere om (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.194). Kunnskapen om at manglende evne til å bevege seg og komme ut for å treffe andre mennesker kan være risikofaktorer for utvikling av depresjon er viktig å informere videre til de eldre. Hjemmesykepleiere er viktig både med tanke på utredning av depresjon, utredning av de Eldres behov og for å fatte riktige vedtak om hjelp. God dialog med pasient og kommunen er derfor et viktig forebyggende tiltak for depresjon hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.194). For å arbeide forebyggende er det viktig å ha kunnskap til flere av risikofaktorene for å kunne oppdage de pasientene som står i fare for å utvikle en depresjon. Pasienter som tidligere har hatt depressive lidelser eller episoder kan være i risikosone for tilbakefall (Engedal og Bjørkløf, 2014, s.162). I tillegg er symptomene på depresjon ofte atypiske hos eldre, hvor de plages med uro i kroppen, fysiske plager og redusert hukommelse (Engedal & Bjørkløf, 2014, s.51).

### **3.3.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon handler både om meningsutveksling og om å skape et fellesskap. I noen situasjoner handler kommunikasjonen om informasjonsformidling mens det andre ganger kan være viktigere å skape trygghet og kontakt. Profesjonell kommunikasjon skal være målrettet og sykepleiere skal inneha kunnskap både om målgrupper og om kommunikasjonsferdigheter. Selv om hensikten med kommunikasjon kan variere, skal den styres av etiske verdier og empati (Fjørtoft, 2016, s.179). Selv om møtene mellom sykepleier og pasient ofte kan være korte og avgrensede må man likevel være i stand til å skape kontakt og tillit. Å mestre dette avhenger av kommunikasjon, men også hvordan vi ser på personen og vår helhetlige tilnærming (Fjørtoft, 2016, s.177). Alle tegn og signaler er sammensatte og må derfor tolkes. Vår fortolkning kan være med å skape et grunnlag for nærhet, tillit, forståelse og samarbeid, eller det totalt motsatte (Eide & Eide, 2017, s.31). Når man kommuniserer med eldre er det viktig å huske at kommunikasjonsevnen deres kan påvirkes av aldringsprosessen. Selv om evnen til å forstå, lære og løse problemer fortsatt kan være god, går gjerne både fysiske og mentale prosesser langsommere enn før (Eide & Eide, 2017, s.309). Det kan derfor kreve ydmykhet, respektfull åpenhet og vilje til langsom lytting for å klare å se den andres perspektiv. Likevel er dette nødvendige forutsetninger for å

kunne yte god hjelp (Eide & Eide, 2017, s.311-312). God profesjonell kommunikasjon er personorientert noe som vil si at man lytter aktivt til og ser den andre som en unik person. Det er viktig å prøve å forstå hva som er viktig for pasienten i denne aktuelle situasjonen. Dette er med på å ivareta behovet for selvbestemmelse (Eide & Eide, 2017, s.16). Viktigheten av å holde avtaler, unngå brudd og sørge for at pasienten ikke har for mange mennesker å forholde seg til spiller også en viktig rolle for relasjon (Eide & Eide, 2017, s.19).

### **3.3.2 Relasjonsbygging**

En god relasjon preges av fysisk og psykisk nærvær, kontinuitet, mulighet for hjelperen til å kunne ta seg tid, vise empatisk forståelse, samt å formidle tillitt og trygghet. For at hjelperen skal kunne utvikle slike relasjoner innen det psykiske helsearbeidet, kreves en organisasjon og ledelse som støtter og tilrettelegger hjelpearbeidet (Hummelvoll, 2014, s.398). Dersom pasienten anser relasjonen til sine behandlere som god kan dette være med på å avgjøre hvor stort utbytte pasienten får av behandlingen (Eide & Eide, 2017, s.130). Hvert menneske er en unik person som ingen andre, og vi må anerkjenne den enkeltes liv og livsvalg. Grunnleggende i alt hjelpearbeid er å forstå den vi skal hjelpe. For å kunne vurdere behovet for hjemmesykepleie må vi først og fremst møte pasientene der de er. Dersom man har kunnskap om sårbarhetsfaktorer og behov hos ulike pasientgrupper, kan dette gi et bedre utgangspunkt for å forstå pasienten og møte dem der de er (Fjørtoft, 2016, s.177). Ved en langvarig depresjon bør man også bruke tid på å snakke med pårørende om deres situasjon, hvor vanskelig det er å være pårørende med alle omsorgsoppgaver som følger, klarer de å leve et tilnærmet normalt liv, får de noe avlastning, møter de forståelse i sine omgivelser og hvordan er de økonomiske forholdene deres (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.71). For å skape en god relasjon spiller empati en viktig rolle, det vil si evnen til å oppfatte hva andre tenker og føler. At noen lever seg inn i våre tanker og følelser kan dekke et psykologisk behov for tilknytning og nærhet (Eide & Eide, 2017, s.155). I et relasjonsforhold er det viktig å være oppmerksom på at det ofte følger med tillitt sammen med yrkesrollen til sykepleiere. Dette gjør at pasienter som søker hjelp lettere viser sin sårbarhet til sykepleieren enn til andre personer. Denne tillitsrelasjonen skaper en etisk utfordring fordi det er viktig å ikke misbruke denne makten (Eid & Eide, 2017, s.31). Andre utfordringer for relasjonsbygging som påpekes

av Fjørtoft, er at arbeidshverdagene i hjemmesykepleien ofte preges av tidspress, korte besøk og varierende besøkslister (Fjørtoft, 2016, s.91).

### 3.3.3 Kartlegging

Kartlegging gjøres for å kunne fange opp endringer i pasienters helsetilstand, men også for å kunne tilpasse omsorgen individuelt. Dette er med på å sikre kvalitet og kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s.184). Verdens helseorganisasjon anbefaler spesielt en økt oppmerksomhet og rutinemessig kartlegging av depresjon hos menn over 80 år (Helsedirektoratet, 2009, s.28). Noen kartleggingsverktøy som kan tas i bruk både under førstegangssamtaler og ved senere vurderinger for å kvalitetssikre vurderingen av geriatriske pasienter, er kartleggings skjema som Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Geriatrisk depresjonsskala (GDS) og Cornell Skala. DET har vist seg at vurderinger blir forbedret ved bruk av standardiserte skjema (Kirkevold, 2014, s.122). Cornell Skala kan brukes ved alvorlig demens. GDS er en screening test for depresjon som består av 30 spørsmål som pasienten svarer ja eller nei på. En høy GDS (over 11) indikerer at pasienten er deprimert. Dette bør følges opp med et grundig intervju før en diagnose stilles. MADRS måler dybden/alvorlighetsgraden av depresjon og kan blant annet brukes til å følge opp en behandling (Krüger, Luna, Skarstein & Stubhaug, 2000, s.211). DET er imidlertid viktig å være klar over at ingen av disse skalaene er så spesifikke at de kan kalles diagnostiske skalaer, men det finnes veiledende grenseverdier for de ulike skalaene når depresjon kan foreligge (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.73). Selv med slike kartleggingsverktøy er det også viktig å huske på å ta i bruk faglig skjønn i de enkelte vurderingene (Fjørtoft, 2016, s.172). Mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient-behandlerrelasjonen (Helsedirektoratet, 2009, s.24). I tillegg er det viktig å ha i bakhodet at det å bli deprimert er en opplevelse som for mange er vanskelig å sette ord på, kanskje spesielt for eldre personer. De som er eldre i dag har vokst opp i en tid der kunnskap og fokus på psykiske lidelser og følelsesliv var helt annerledes enn det er i dag. Fortsatt i dag vil mange eldre personer som har en depresjon, ikke kalle sin tilstand for depresjon, men beskrive det som noe annet, gjerne noe kroppslig. Ulike eldre fra forskjellige grupper i samfunnet, ulike kjønn og fra ulike kulturer og land vil også kunne beskrive og forstå en depresjonsskala ulikt, og be om helt forskjellige former for tiltak eller behandling som følge av deres forståelse (Engedal &

Bjørkløf, 2020, s.62). Kartleggingen av behov er viktig for nye pasienter, men må også være en del av den daglige oppfølgingen. Fordi behov kan endre seg, men også fordi det kan hende at førstegangsvurderinger ikke fanger opp hele situasjonen. Dersom det skal fattes vedtak om hva slags hjelp pasienter skal få, må det være på bakgrunn av slik kartlegging. Strukturert kartlegging og dokumentasjon er derfor svært viktig (Fjørtoft, 2016, s.171). Helsepersonell forteller at tidspress reduserer muligheten deres til å oppdage tegn på depresjon. Når ressursene ikke strekker til blir tilpassede aktiviteter og sosiale tiltak ofte nedprioritert og aktiviseringen av pasientene blir lite fulgt opp i hjemmetjenestene (Fjørtoft, 2016, s.130). Derfor sier Helsedirektoratet at kartlegging av depresjon bør omfatte minst to spørsmål, «Har du de siste par uker kjent deg nedfor, deprimer og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?». Dette er en effektiv og enkel undersøkelsesmetode og dersom pasienten svarer ja på noen av disse spørsmålene, blir det aktuelt å gjøre videre undersøkelser og kartlegging. Dette gjøres gjerne ved bruk av mer nøyaktige kartleggingsskjemaer. I tillegg sier Helsedirektoratet at man alltid bør spørre pasienter med depresjon om de har selvmordstanker. Når en pasient vurderes å være akutt suicidal skal den henvises til psykisk helsevern umiddelbart (Helsedirektoratet, 2009, s.28). Pasienten skal ikke føle at det er upassende eller krenkende å skulle svare på nærgående spørsmål i skjemaer (Kirkevold, 2014, s.142). Andre forhold som bør kartlegges av hjemmesykepleien er bruk av medikamenter som kan forårsake depresjon og pasientens funksjonsnivå. Sosiale, yrkesmessige og materielle vansker må vurderes. Tidligere episoder med depresjon, psykiske lidelser i familien, somatiske lidelser, andre psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer er også faktorer som kan påvirke en eventuell depresjon eller risiko for depresjon. I tillegg må pasientens personlige ressurser og støtte fra pårørende, venner og kollegaer kartlegges. Dette er viktig for at resultatene skal vise et korrekt bilde av pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2009, s.24). Pasientenes mulighet til å bevege seg i sitt eget hjem og til å komme seg ut og rundt må vurderes. Dette er fordi en reduksjon i fysisk funksjon kan medføre utvikling av ensomhet og mistrivsel. Slik kartleggingen kan gjøres ved å stille korte spørsmål til den eldre, eller til pårørende, som går ut på pasientens evne til å lage måltider, ta medisiner, opprettholde en god hygiene og komme seg ut av hjemmet. På denne måten



kan man få et overblikk over hva som trengs av praktisk bistand fra hjemmesykepleien og kommunen (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.73).

### **3.3.4 Tverrfaglig samarbeid**

Tverrfaglig samarbeid er når flere yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål. Godt samarbeid på tvers av faglig tilhørighet forutsetter at enkeltpersoner samarbeider og at tjenestene tilrettelegger for at dette skal være mulig (Fjørtoft, 2016, s.202). Den grunnleggende innstillingen for arbeid med psykiske lidelse bør være å hjelpe pasientene til å kunne ha et så normalisert liv som mulig i lokalsamfunnet. Der hvor den psykiske lidelsen kommer veldig tydelig til uttrykk, kan behandling og oppfølging fra Distriktpsykiatrisk senter og den sykehusbaserte psykiatriske spesialisthelsetjenesten være påkrevet for en kortere eller lengre tid (Hummelvoll, 2014, s.398). Det er derfor viktig at de ulike yrkesgruppene snakker sammen for å sikre best mulig helhetlig tilbud for pasienten. Ved behandling av mild til moderat depresjon anbefales det som førstevalg å tilby rådgivning, hjelp til selvhjelp eller strukturert psykologisk behandling som problemløsning og ulike former terapi. Her kan råd om søvnvansker, angstmestring og økt fysisk aktivitet være viktig. Personer med moderat til alvorlig depresjon anbefales strukturert psykologisk behandling i kombinasjon med antidepressiv legemiddelbehandling (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.156-157). Ved nedsatt evne til å bevege seg i eget hjem kan mye kompenseres for ved hjelp av tekniske hjelpemidler og sosiale tiltak, som for eksempel montert trappeheis og andre fremkomstmidler. Trygghetsalarm er et annet hjelpemiddel som gir en form for trygghet i hverdagen. Dagsentertilbud er for mange eldre med redusert fremkommelighet et svært viktig treffsted (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.74).

## 4 Presentasjon av forskningsartikler

I denne delen presenteres forskningsartiklene som er brukt i litteraturstudien. Artiklene er presentert etter IMRAD-struktur.

### 4.1 «The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients» av

Av Haugan, Innstrand & Moksnes (2013)

Hensikten med denne studien er å teste effekten av interaksjon mellom sykepleier og pasient på angst og depresjon, blant kognitivt intakte sykehjemspasienter ved hjelp av Strukturell ligningsmodellering (SEM).

Studien benytter et tverrsnittdesign og dataene ble samlet inn mellom år 2008 og 2009. Studien inkluderte 44 forskjellige sykehjem i Midt- Norge og et utvalg på 250 sykehjemspasienter i en alder mellom 65-104 år ble inkludert.

Funn i studien viste at samhandlingen mellom sykepleier og pasient påvirker både depresjon, og angst. Jo bedre interaksjon mellom sykepleier og pasient, jo mindre depresjon. Derfor kan sykepleier-pasientinteraksjon være en viktig ressurs i forhold til pasienters mentale helse. Studien viser også funn som forteller at samhandlingen mellom pasient og sykepleier er en viktig faktor for kvaliteten på omsorgen for langvarige sykehjemspasienter. Å finne måter å forbedre sykepleiernes måte å være til stede, få kontakt med og samhandle med pasientene på kan være gunstig for å forhindre og redusere depresjon (og angst) blant kognitivt intakte sykehjemspasienter.

## **4.2 «Recognition of depression among elderly recipients of home care services».**

Av Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce (2003)

Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleieres evne til å identifisere depresjon hos eldre pasienter og å beskrive hva som kjennetegner sykepleierne og pasientene i tilfellene hvor det ble gjort en mer korrekt vurdering av pasientens depresjon.

Dette er en Kvantitativ studiemetode utført i West Chester. Totalt 42 sykepleiere svarte på en undersøkelse hvor de skulle vurdere depressive symptomer hos pasienter som fra tidligere er blitt evaluert for diagnosen depressiv lidelse. Det ble valgt ut en tilfeldig gruppe pasienter fra 65 år og oppover som mottar hjemmesykepleie til å delta på denne evalueringen. Denne utvelgelsen av pasienter ble ukentlig evaluert og foregikk over en toårs periode, fra desember 1997 til desember 1999. Ikke-kvalifiserte pasienter ble ekskludert, for eksempel de som ikke snakket engelsk eller spansk, og de som ikke var i stand til å gi informert samtykke.

Resultater viste at av totalt 403 pasienter som ble evaluert, ble 97stk (24%) funnet å ha enten en alvorlig depresjon (64 stk) eller en mildere depresjon (33stk). Sykepleierne klarte å korrekt identifisere 44 av de 97 pasientene som var deprimerte og 230 av de 306 pasientene som ikke var deprimerte. Resultatene viste at det var vanskelig for sykepleiere å identifisere depresjon hos pasientene, men at de sykepleierne som hadde med seg erfaring fra geriatri hadde en større sannsynlighet for å gjenkjenne depresjon hos pasientene. Unøyaktighet i hjemmesykepleiernes vurdering av depresjon kan skape en barriere for videre behandling.

### **4.3 «The relationship between nurse- patient interactions and meaning- in- life in cognitively intact nursing home patients»**

Av Haugan (2013)

Hensikten med denne studien er å undersøke sammenhengen mellom sykepleier-pasient interaksjon og meningen-med-livet i en sykehjemspopulasjon.

Denne studien utvider tidligere forskning ved å identifisere empiriske bevis som viser at sykepleier-pasientinteraksjon i betydelig grad er relatert til sykehjemspasienters mening-med-livet. Det benyttes et tverrsnitt beskrivende design.

Totalt ble 44 sykehjem fra 20 kommuner i Midt- Norge inkludert. Det totale utvalget besto av 202 (81%) av 250 langvarige sykehjemspasienter. Datainnsamlingen ble utført i løpet av 2008–2009, ved hjelp av «Nurse-Patient Interaction Scale» og «Purpose-in-Life»-testen.

Resultater viste at interaksjon mellom sykepleier og pasient er betydelig knyttet til mening og formål i livet blant kognitivt intakte sykehjemspasienter og kan være en viktig ressurs i forhold til pasientens mentale helse og globale velvære. Høykvalitets sykepleier-pasient interaksjoner og interne aktiviteter som tar sikte på å øke pasientens mening kan øke psykologisk og fysisk helse, velvære og psyko- åndelig funksjon i denne sårbare befolkningen. Sykepleiere bør derfor være oppmerksomme på å fokusere på sykepleier-pasientinteraksjon som en ressurs for pasientens helse og velvære.

## 4.4 «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten»

Av Halvorsund, Pahr & Kvarme (2014)

Målet med denne studien var å finne ut hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten som har depressive symptomer og hvilke tiltak de så utfører (innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom).

Dette er en vitenskapsartikkel med et kvalitativt beskrivende design. Ti intervjuer ble gjort innenfor et byområde i Norge med bruk av semistrukturerte intervjuer. Ti kvinnelige hjemmesykepleiere i alderen 30-56 år deltok i studien. Alle hadde vært utdannet sykepleiere i 2-23 år, og arbeidet fra 1,5 til 16 år i hjemmesykepleien. Kriteriene for å bli inkludert var å ha minimum femti prosent stilling og mer enn seks måneders erfaring som hjemmesykepleier.

Resultatene i denne studien viste at hjemmesykepleierne identifiserer pasientene med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientenes vanlige mønster. Derfor er et av funnene i studien at kjennskap til pasienten er vesentlig for å kunne se endringer og skille dette fra andre tilstander og dermed oppdage depresjon eller nedstemthet hos pasienten. Studien viser også at samtale har en vesentlig rolle i tiltakene, men også at sykepleiere lett kan komme i et krysspress mellom pasienten og organisasjonens krav. Funn i studien viste at hjemmesykepleierne ofte forsøkte å gi den nedstemte pasienten «det lille ekstra» ved å skyve på andre arbeidsoppgaver.

## 5 Drøfting

Denne delen av oppgaven skal besvare problemstillingen ved å diskutere, granske og belyse temaet fra ulike standpunkt (Dalland, 2012, s.229). Problemstillingen «*Hva er relasjonens betydning i møte med den deprimerte eldre i hjemmesykepleien?* » drøftes ved bruk av litteratur fra presentert teori og resultater fra forskningsartikler. Innledningsvis drøftes betydningen av relasjon, kommunikasjon og tillit. Videre vil betydningen av kompetanse, gode kartleggingsverktøy og tverrfaglig arbeid diskuteres i forhold til å arbeide forebyggende med depresjon.

### 5.1 Relasjonens betydning

All sykepleie innebærer samhandling med mennesker. Dersom pasienten anser relasjonen til sine behandlere som god kan dette være med på å avgjøre hvor stort utbytte pasienten får av behandlingen (Eide & Eide, 2007, s.130). Mange eldre sitter ofte igjen med et begrenset nettverk og en funksjonssvikt som gjør det vanskeligere å komme seg ut av huset. Dette kan gjøre at de ikke besøker legen eller venner like ofte som før, og det blir derfor hjemmesykepleierne som får den beste muligheten til å hyppig observere pasienten og dermed oppdage en eventuell depresjon. Det å stille en diagnose forutsetter ofte observasjon over tid, derfor kan sykepleiernes observasjoner bli avgjørende for å starte opp med en eventuell behandling (Fjørtoft, 2016, s.65). Hjemmesykepleierne har også en unik mulighet til å observere endringer underveis og oppdage bedringer eller forverringer i pasientens situasjon. Travelbee underbygger dette ved å forklare at sykepleieren vil bli klar over pasientens behov gjennom observasjoner, og dersom disse behovene ivaretas av sykepleieren, så kan dette bidra til forebygging av pasientens sykdom (Travelbee, 2001, s.178-179). Dette forutsetter kontinuitet, både for at sykepleieren lettere kan identifisere depressive lidelser, men også for å følge opp behandlingen eller utviklingen. Travelbee understreker at det tar tid å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s.171) og at en god relasjon må etableres for at en depresjon skal oppdages (Travelbee, 2001, s.41). Dette samsvarer med det helsedirektoratet sier om at mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient-behandlerrelasjonen (Helsedirektoratet, 2009, s.24). Studien til Haugan fremhever at sykepleieren skal være til

stede, respektfull, oppriktig, vennlig, følsom og lydhør overfor pasientens følelser av sårbarhet. Man skal vise forståelse for pasientens behov, medfølelse for pasientens lidelser og gi følelsesmessig-sosial støtte og bekreftelse. Den profesjonelle omsorgspersoner er avgjørende for deres selvrespekt, følelser av egenverd, verdighet og mening i livet (Haugan, 2013, s.109). Det er tydelig at relasjonsbygging og tid til dette, samt kontinuitet, er viktig for å avdekke depresjon. Likevel er arbeidshverdagen i hjemmesykepleien ofte preget av tidspress, korte besøk og varierende besøkslister (Fjørtoft, 2016, s.91). Disse utfordringene som nevnes av Fjørtoft kommer også tydelig frem i Halvorsrud et al. sin studie hvor det beskrives at det er «et hav av oppgaver» som står i kø for å bli løst, oftest i korte oppdrag og gjennom streng prioritering, manglende tid og kontinuitet. Selv om informantene forteller at de har egne pasienter som de er tjenesteanvarlig for, er det ikke alltid det fungerer slik at de får disse pasientene i praksis (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Dette stemmer overens med egne erfaringer fra praksis. Studien til Halvorsrud et al. viser at sykepleierne derfor ofte gir denne pasientgruppen «det lille ekstra». Hensikten med «det lille ekstra» er å sette i verk tiltak slik at pasienten kommer ut av nedstemtheten, men er en utfordring på grunn av dårlig tid, korte besøk og manglende kontinuitet i hjemmesykepleien. Innenfor den tiden sykepleierne har tilgjengelig ut ifra arbeidslista kan de tilby samtaler, praktisk hjelp eller å bidra til nye eller utvidete vedtak. Dette er tiltak som krever utvidet tid og endret eller nytt vedtak. Eksempler på praktisk hjelp som ytes utover vedtaket er å ta ut søpla, ta inn avisen, eller ta oppvask. Dette gjøres for å skape mer hygge for pasienten, men er vanskelig med den knappe tiden de har til rådighet (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014).

### **5.1.1 Kommunikasjon:**

Å forstå mennesker handler mye om kommunikasjon. En oppmerksom tilstedeværelse er viktig som sykepleier. Dette gjør at man kan oppdage og forstå hva pasienten gleder seg over og hva som er betydningsfullt. Det viktigste kommer ikke alltid til uttrykk verbalt, men kanskje indirekte til et annet tidspunkt og i en annen sammenheng (Eide & Eide, 2017, s. 310). Kommunikasjon finnes i alle møter mellom sykepleier og dem man har omsorg for, både i samtale og i stillhet (Travelbee, 2001, s.135). Man får mye informasjon fra å observere omgivelser, kroppsspråk og ansiktsuttrykk. All interaksjon sykepleieren har med en pasient

gir sykepleieren anledning til å bli kjent med den syke som menneske og gjør at man kan forstå pasientens behov. Dette er med på å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee forteller at sykepleieren må kunne forstå hva den syke kommuniserer, men også kunne bruke denne informasjonen videre i sykepleiesamarbeidet (Travelbee, 2001, s.135). Sykepleiere som kjenner pasienten, kan merke om det er noen endringer i pasientens situasjon eller kroppsspråk. Slike endring av pasientens vante mønster kan være tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket. Funn fra Halvorsrud et al. sin studie viser at deprimerte pasienter ofte kan se triste ut, virke litt apatiske, se ut til at de trenger å dele ting med noen og ofte har de et dårlig sosialt nettverk. Et annet funn i studien viser at det å ha kjennskap til pasientens totale situasjon kan medvirke til at sykepleierne ser sammenheng med andre viktige hendelser i pasientens liv, som f.eks. sykdom, rus, tap og sorg. (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Det vesentlige ved kommunikasjon er at dialogen skal være meningsfull for pasienten. Kommunikasjonen skal også være målrettet og gjensidig mellom deltakerne. Emnet bør tilpasses situasjonen og være rettet mot det den sykes opplever som dens problemer her og nå (Travelbee, 2001, s.148). Det er viktig at sykepleieren kan utføre en meningsfull kommunikasjon, men for å klare dette hevder Travelbee at man må være klar over sine egne oppfatninger og sitt eget syn på sykdom, lidelse og død. Dette er viktig for å kunne drøfte menneskesyn og livssyn med pasienten for å hjelpe til å finne mening i situasjoner (Travelbee, 2001, s.45). Informanter i studien til Halvorsrud et al. forteller om sterke historier knyttet til sykdom, sosiale problemer, rusproblematikk og familiekonflikter. Dette er situasjoner informantene forteller om som de i liten eller ingen grad har mulighet til å møte verken der og da eller ved senere besøk (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Travelbees mening om at man må være klar over sitt eget syn på sykdom, lidelse og død for å kunne drøfte livssyn med pasienter, viser seg her å være av stor verdi for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasientene i å finne mening i disse situasjonene. For at pasienten skal åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon (Eide & Eide, 2017, s.21).



## 5.2 Forebyggende arbeid, med fokus på psykisk helse

For å hindre utvikling av depresjon eller forverring av depresjon, er det viktig med et forebyggende helsearbeid. Både Travelbee og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere understreker at sykepleierens mål er å fremme helse og forebygge sykdom. Å kartlegge og oppdage tegn til depresjon slik at en behandling eller ulike tiltak kan iverksettes bidrar til nettopp dette. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Forebyggende arbeid kan gjøres på mange ulike måter, blant annet er god dialog med pasient og kommunen et viktig forebyggende tiltak for depresjon hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.194). Det å ha et godt mellom-menneskelig- forhold er også en viktig faktor for forebyggende arbeid. Travelbee forklarer denne viktigheten når hun skriver at ved å kjenne den syke kan sjukepleieren også lettere oppdage forandringer i tilstanden hos den enkelte (Travelbee, 2001, s.141).

### 5.2.1 Betydningen av kunnskap og kompetanse

Kunnskap kan være avgjørende for om sykepleieren klarer å fange opp tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende. Symptomene på depresjon er ofte atypiske hos eldre hvor de blir plaget med uro i kroppen, fysiske plager og redusert hukommelse (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.51). Uten grunnleggende kunnskaper om depresjon kan sykepleieren gå ut ifra at disse symptomene er normale aldringstegn (Fjørtoft, 2016, s.86-87). Det er flere risikofaktorer som det også er viktig å ha kunnskap til for å legge merke til pasientene som står i fare for å utvikle en depresjon. Spesielt pasienter som tidligere har hatt depressive lidelser eller episoder kan være i risiko for tilbakefall (Engedal og Bjørkløf, 2014, s.162). Funn i Brown et al. sin studie viser at det i hjemmetjenesten avhenger av omfanget av geriatrisk sykepleiererfaring for at vurderingen av depresjon skal bli nøyaktig (Brown, McAvay, Raue, Mloses & Bruce, 2003, s.211-212). Dette funnet er med på å forsterke antydningene om at erfaring kan bidra til å forbedre nøyaktighet når det kommer til vurdering av depresjon. I tillegg til erfaring, økt kunnskap og videreutdanning, spiller pårørende en vesentlig rolle i kartleggingen av depresjon. Sykepleiere kan bruke pårørende, gjerne en person som bor sammen med pasienten, for å hjelpe til med å gjenkjenne depresjon. Funn i studien til Brown

et al. bekrefter at feilidentifikasjon kan avta ved å utdanne sykepleiere om hvordan man skal gjenkjenne depresjon (Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce, 2003, 2012). Andre forhold som må kartlegges av hjemmesykepleien er; medikamenter, pasientens aktuelle situasjon, funksjonsnivå, tidligere episoder med depresjon, psykiske lidelser i familien, somatiske lidelser, andre psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. Alt dette er forhold som kan påvirke en eventuell depresjon eller risiko for depresjon (Helsedirektoratet, 2009).

Depresjon kan være fysiologiske følger av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller forårsaket av rusmidler. Slike forhold bør derfor utredes (Engedal & Bjørkløf, 2014, s.70). Slik kunnskap er viktig å ha for å vite hva du skal se etter og for å kunne oppdage endringer og se sammenhenger og hele situasjonsbildet. Sosiale, yrkesmessige og materielle vansker må også vurderes. I tillegg må pasientens personlige ressurser og støtte fra pårørende, venner og kollegaer kartlegges. Dette er viktig for at resultatene skal vise et korrekt bilde av pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2009, s.29). Det er også viktig for å forstå pasienten og den sosiale situasjonen, slik at pasienten får den støtten og hjelpen som trengs. Kompetanse og et godt kunnskapsgrunnlag er ikke minst nødvendig for å kunne dele kunnskap om pasientens sykdom, behandling og tilbud med pasienten og pårørende. Det blir da lettere for dem å oppdage endringer og eventuelt søke hjelp. Kunnskap om ulike tilbud som finnes er viktig for å kunne opprettholde et tverrfaglig samarbeid. Dette kan eksempelvis være å få en ergoterapeut til å kartlegge hjemmet og installere tekniske hjelpemidler, eller å undersøke om dagsenter er et alternativ som virker å være av interesse for pasienten (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.194). Studien til Haugan viser at det bør tas mer hensyn til interaksjon i utdanningen til sykepleiere, men også i sykepleieforskning. Det er viktig å ha kunnskap om at dette fremmer mening og velvære, for å utvikle et mer omfattende og praksisbasert syn på god sykepleie i praksis. Dette kan hjelpe sykepleiere til å forstå deres verdi og betydning som omsorgspersoner, samt å gi muligheter for å øke deres kommunikasjonsferdigheter og kompetanse. Dette vil generere verdi og mening i pleiernes daglige arbeid (Haugan, 2013, s.114). God kunnskap og opplæring i interaksjon er avgjørende for interaksjonens kvalitet. Studien gjort av Haugan et al. påpeker derfor at læreplaner for pedagogisk sykepleie bør legge til rette for interaksjon mellom sykepleier og pasient for å fremme sykepleiernes nærvær. Dette er viktig for å vurdere, forebygge og redusere depresjon blant pasienter. Samtidig som det er avgjørende for pasientenes følelse av

verdighet, selvrespekt, følelser av egenverd, mening i livet og trivsel (Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013, s.2198).

### **5.2.2 Betydningen av gode kartleggingsverktøy**

Helsepersonell forteller at tidspress reduserer muligheten deres til å oppdage tegn på nedstemthet og depressive symptomer» (Fjørtoft, 2016, s.130). Gjennom observasjon og god kartlegging kan symptomer og endringer av pasientens helsetilstand raskere fanges opp. Dersom sykepleieren har kjennskap til pasienten, er det lettere å se umiddelbare endringer og gjøre vurderinger. Kartlegging gjøres for å kunne fange opp endringer i pasientenes helsetilstand, men også for å kunne tilpasse omsorgen individuelt. Dette sikrer kvalitet og kontinuitet i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s.184). Mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient-behandlerrelasjonen (Helsedirektoratet, 2009, s.24). Noen pasienter har sykepleieren ingen eller liten kjennskap til, da blir man mer avhengig av en systematisk vurdering. Man må være observant i forhold til atypiske tegn og ha grunnleggende kunnskap som forteller deg hva du skal se etter. Rot og kaos i boligen kan for eksempel være tegn på at pasienter ikke har det så bra. Dette kan skyldes mental svikt, depresjon eller annen psykisk lidelse, eller det kan være at personen ikke har fysiske krefter til å klare husarbeidet lengre (Fjørtoft, 2016, s.174). Slike observasjoner er viktige å legge merke til og ikke minst dokumentere. Hjemmesykepleierne har en unik mulighet for å få observere pasienten i eget hjem og omgivelser, noe som kan fortelle mye om pasientens situasjon. Nasjonale retningslinjer har anbefalt at det gjøres en rutinemessig kartlegging av alle pasienter som er i risikozonen for å utvikle depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s.27). Hvor ofte slike kartlegginger bør gjøres skal fastsettes, slik at dette blir fulgt opp og prioritert på tross av tidspress og travle arbeidshverdager. Dersom en slik kartlegging gjøres regelmessig kan det lettere fanges opp endringer slik at flere eldre med depresjon blir oppdaget og ikke minst at dette oppdages så tidlig som mulig. Når det gjelder kartlegging av pasienter er det en del utfordringer det er viktig å være klar over. Det må først og fremst tas høyde for om pasienten er i stand til å fullføre en slik undersøkelse og forstå spørsmålene som blir stilt. Pasienten skal ikke føle at det er upassende eller krenkende å skulle svare på nærgående spørsmål i skjemaet (Kirkevold, 2014, s.142). Jeg har selv erfart fra praksis i hjemmesykepleie at mange av pasientene jeg har møtt ikke ønsker å snakke om psykisk helse fordi de synes

det er flaut. Dette oppleves derfor som et tabubelagt tema av erfaring og fra funn i oppgavens forskningsartikler. Helse- og omsorgsdepartementet fastslår at det ofte er et stigma knyttet til psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.23). På bakgrunn av dette kan det hende at pasienter lar være å fortelle sannheten eller unnlater noe informasjon på grunn av dette ubehaget. Her kommer betydningen av relasjon inn, for det er lettere å snakke om vanskelige temaer med noen en har tillitt til. Helsedirektoratet skriver at mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient-behandlerrelasjonen (Helsedirektoratet, 2009, s.24). Det er også viktig at sykepleieren informerer pasienten om at det kan være krevende å leve med en depresjon og at det derfor er viktig å få slike ting kartlagt og eventuelt få behandling for dette (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.194). Noen ønsker imidlertid ikke å involvere pårørende, nettopp på bakgrunn av dette stigmaet. På bakgrunn av min erfaring fra diverse praksisperioder kan pårørende være en stor ressurs i kartleggingen og behandling av depresjon. Travelbee sier at et mellommenneskelig-forhold gjør at den syke og familien lettere kan søke hjelp og gi uttrykk for sin frykt og angst, fordi de har tillitt til sykepleieren og føler at sykepleieren kjenner dem (Travelbee, 2001, s.141). Det er derfor viktig (om pasienten ønsker) at sykepleieren deler sin kunnskap både med pårørende og pasienten. Informasjon om tilstanden kan gjøre den lettere å mestre, samtidig som det kan gjøre dem bedre rustet for å tidlig merke symptomer og tegn på en eventuell depresjon eller forverring av depresjon. Funn gjort i studien til Halvorsen et al. viser at hjemmesykepleiere kan identifisere pasienter med depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster. Det kan være tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Ved å observere hvordan personen lever sitt daglige liv hjemme, får vi innsikt i hvordan funksjonssvikten eller sykdommen påvirker livssituasjonen. Kartleggingen av behov bygger ikke bare på spørsmål, svar og kryss i et skjema. Vi kan få mye informasjon gjennom en samtale om alminnelige ting og det pasienten har på hjertet ellers (Fjørtoft, 2016, s.172). Det er her relasjonens betydning kommer inn. De data sykepleieren samler inn skal bestå av det som sees, høres, luktes og føles. Utenom alt som kan registreres via sanseorganene, er opplevelsen av den andre viktig (Travelbee, 2001, s.144). Mange eldre ønsker å klare seg selv og kan bagatellisere problemer og dekke over hvilke hjelpebehov de faktisk har. God informasjon om kommunens tjenester er derfor viktig

(Engedal & Bjørkløf, 2020, s.73). Forskingen gjort av Halvorsrud et al. framhever at depressive symptomer hos eldre, blant annet nedsatt energi, økt trøtthet, nedsatt konsentrasjon, tomhetsfølelse, hjelpeløshet, nedsatt selvtillit og selvfølelse, kan forveksles med andre ting og dermed ikke bli oppdaget. Da kan omgivelsene og enkelte observasjoner fortelle oss masse, som for eksempel hvor mye pasienten spiser (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Disse er observasjonene sier mye om pasientens helse og livssituasjon. Funn i studien til Halvorsrud et al. sier at sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle når det gjelder å identifisere pasienter med mentale vanskeligheter og forstå hva som bidrar til deres livskvalitet. Kommunikasjonens og relasjonens betydning, samt det å være aktivt til stede i situasjonen legges mye vekt på (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Hjemmesykepleieres manglende evne til å gjenkjenne depresjon blir en betydelig potensiell barriere for behandlingen av pasientgruppen (Brown, McAvay, Raue, Mloses & Bruce, 2014, s.208).

### **5.2.3 Tverrfaglig arbeid**

God kunnskap om ulike tverrfaglige tilbud og et godt tverrfaglig samarbeid på tvers av yrkesgrupper er viktig for å sikre best mulig tilbudet og behandling for pasienten. Dette kan også bidra til nye og utvidede tiltak, slik at pasientens helhetlige omsorgsbehov blir ivaretatt. Ved behandling av mild til moderat depresjon anbefales det som førstevalg å tilby rådgivning, hjelp til selvhjelp eller strukturert psykologisk behandling som problemløsning og atferdsterapi, interpersonlig terapi eller opplevelsesorientert terapi. Her kan råd om søvnvansker, angstmestring og økt fysisk aktivitet være viktig (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.156-157). Dette krever involvering av flere yrkesgrupper. Personer med moderat til alvorlig depresjon anbefales strukturert psykologisk behandling i kombinasjon med antidepressiv legemiddelbehandling (Engedal & Bjørkløf, 2020, s.156-157). Et godt samarbeid med leger er av denne grunn viktig.

I studien til Halvorsrud et al. ble det fortalt hvordan sykepleiere gjennom flere besøk snakket med og motiverte pasienter til å søke vedtak om dagsenter. Dette gjaldt spesielt en pasient som hadde vært så lenge hjemme at det kunne være vanskelig å begynne å treffe nye mennesker. Å ha mulighet til å følge pasienten til dagsenteret de første gangene kan gjøre dette mye enklere for pasienten og ha en stor betydning. Et annet tiltak som blir foreslått er

støttesamtaler. Støttesamtaler utføres av ansatte i hjemmesykepleien, men det blir påpekt i studien at det i realiteten ikke er tid til å planlegge dette (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Studien til Haugan forteller at pasienter søker mening i hverdagen gjennom blant annet å engasjere seg i normale daglige aktiviteter, følelse av fellesskap og mimring (Haugan, 2013, s.108). Funn i studien til Haugan, et al. viser at eldre mennesker som mangler sosial og emosjonell støtte har en større tendens til å være mer deprimerte og at pasientenes følelse av isolasjon og ensomhet og mangel på meningsfylte aktiviteter også er risikofaktorer for depresjon. Derfor kan interaksjon mellom sykepleier og pasient kan være en ressurs for å forebygge og redusere depresjon blant pasienter (Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013, s.2193-2194). Mot slutten av studien til Halvorsrud et al. blir det belyst at frivillige organisasjoner blir engasjert som tiltak for å følge pasienten til lege eller sykehus. Dette er et bra og viktig samarbeid, men samtidig kommer det frem at dette gjør at de frivillige derfor ikke benyttes til samtaler eller besøk til pasienten (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014).

## 6 Konklusjon

Den eldre pasienten har økt risiko for å utvikle depresjon, men likevel blir depresjon ofte oversett som følge av symptomer som mistolkes som aldringstegn. Det kan tenkes at mange eldre lider i stillhet og ikke får tilbud om behandling og støtte. Dette berører også pårørende. Formålet med denne oppgaven var derfor å undersøke hvordan hjemmesykepleiere kan møte denne pasientgruppen og hvordan det mellom-menneskelige forholdet mellom pasienten og sykepleierne spiller en rolle.

I lys av drøftingen kommer det frem at hjemmesykepleiere spiller en vesentlig rolle i oppdagelsen av depressive eldre i hjemmet, noe som påvirker pasientens behandlingstilbud. Dette forutsetter at sykepleierne kan oppdage tidlige tegn og kjenne igjen symptomer for depresjon relatert til pasientgruppen. En kombinasjon av kunnskap, kompetanse, bruk av kartleggingsskjema og relasjon til pasientene har stor innvirkning. Det kommer frem i flere av studiene at tidspress og lite kontinuitet gjør det utfordrende å etablere et relasjonsforhold. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk, være empatisk og skape tillit, er i følge Travelbee av stor betydning. Dette avhenger blant annet av hjemmesykepleiernes kommunikasjonssevner og egenskap til å bygge en mellom-menneskelig-relasjon.

På bakgrunn av drøftingen er det store muligheter for at kontinuitet og tid er viktige prioriteringer i hjemmesykepleien. Geriatrik erfaring viser tydelig positiv effekt, men det kan være vanskelig å få tak i sykepleiere med denne erfaringen. Kompetanseutvikling, bedre tid og kontinuitet bør prioriteres høyere hos kommunehelsetjenesten. Selv om dette er utfordrende i praksis på grunn av at arbeidshverdagen ofte består av fulle arbeidslister, tidsbegrensninger og arbeidsoppgaver som er grunnlagt av vedtak og konkrete behov. Selv om fokuset på psykisk helsearbeid og bygging av relasjon ofte nedprioriteres, kommer det tydelig frem i forskningsartiklene og faglitteratur at relasjoner har stor betydning i møte med den deprimerte eldre hjemmeboende. Det har stor betydning når man skal forebygge depresjon, stille diagnose og behandle depresjon. Derfor er dette noe det bør legges til rette for at det kan fokuseres mer på. Noe som kan gjøres ved å inkludere temaet som en del av

utdannelsen og også ved å inkludere dette i den formelle prosessen av behandling av eldre i hjemmesykepleien.



## 7 Litteraturliste

Brown, E.L., McAvay, G., Raue, P.J., Moses, S., & Bruce, M.L. (2003). Recognition of depression among elderly recipients of home care services. *Psychiatric Services*, 54(2),208-13.

[10.1176/appi.ps.54.2.208](https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.2.208)

Dalland, o. (2012).

*Metode og oppgaveskrivning* (5.utg.) Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2020).

*Metode og oppgaveskrivning* (7. utg.) Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2017).

*Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.) Gyldendal Akademisk.

Engedal, K., & Bjørkløf, J.E. (2014).

*Depresjon hos eldre- psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Hertervik Forlag.

Snoek, J.E., & Engedal, K. (2018).

*Psykatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.) Cappelen Damm Akademisk.

Engedal, K., & Bjørkløf, G.H. (2020).

*Depresjon hos eldre- Forståelse og behandling* (2. utg.) Hertervik Forlaget.

Fjørtoft, A.K. (2016).

*Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.) Fagbokforlaget.

Haugan, G. (2013). The relationship between nurse- patient interactions and meaning- in- life in Cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advances Nursing*, 70(1), 107-120.

<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/jan.12173>

Haugan, G., Innstrand, S., & Moksnes, U.K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2192-2205.

<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/jocn.12072>

Halvorsund, L., Pahr, I., & Kvarme, L.G. (2014). Hjemmesykepleieren I møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 244.

[10.4220/sykepleief.2014.0133](https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.4220/sykepleief.2014.0133)

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

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf)

Hummelvoll, J.K. (2014)

*Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7. utg.)* Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (2014)

*Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.) Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2020, 41.august). Hjemmesykepleie. I *Store Norske Leksikon*.

<https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F., Skaug, E.A., & Grimsbø, G.H. (2016)

*Grunnleggende sykepleie; Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.) Gyldendal Akademisk.

Krüger, M.B., Lund, A., Skarstein, J., & Stubhaug, B. (2000).

*Depresjons- håndboka* (2. utg.) Gyldendal Akademisk.

Malt, U., & Aslaksen, P. (2020, 3.november). Psykiske lidelser. I *Store Norske Leksikon*.

[https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Norsk Helseinformatikk. (2020,27,06). *Depresjon hos eldre*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/?page=all>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Statistisk sentralbyrå. (2020). 06972: *Brukarar av heimetenester per 31.12., etter alder og bistandsbehov (F) 2007 - 2020*

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

Svartdal, F. (2021, 10.januar). Fagfelle vurdering. I *Store Norske Leksikon*.

<https://snl.no/fagfelle vurdering>

Thidemann, I.J. (2019).

*Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.) Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001).

*Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Gyldendal Akademisk.

Ødegaard, K.J. (2021, 30.mars). Depresjon. I *Store Norske Leksikon*.

<https://sml.snl.no/depresjon>

# Vedlegg