



Terapeutisk relasjon - møte med den deprimerte eldre

Hvordan kan terapeutisk relasjon bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende?

Therapeutic relationship - meeting the depressed elderly

How can a therapeutic relationship help reduce depressive symptoms in elderly home residents?

Kandidatnummer: 46

VID vitenskapelige høgskole

Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor I sykepleie

Kull: BISB 2019

Antall ord: 9853

01.04.22

Sammendrag

Bakgrunn: Depresjon er den vanligste psykiske lidelsen hos eldre og mange lider i stillhet i eget hjem.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor tematikken begrunnes i litteratur, sykepleieteori og forskningsartikler.

Funn: Forskningen viser at tillit, samtaler, tid og kartlegging er viktige momenter ved terapeutiske relasjoner og depressive symptomer. Sykepleierens personlige egenskaper er essensielle, hvor særlig pålitelighet, varme og respekt er gjeldende. Aktuelle utfordringer ved utvikling av terapeutiske relasjoner eksemplifiseres som tidspress, tidligere negative erfaringer, redusert kontinuitet og usikkerhet relatert til kompetanse.

Drøfting: Den terapeutiske relasjonen, kartlegging, tidspress, kontinuitet og samtalen som metode drøftes som aktuelle momenter for å redusere depressive symptomer.

Konklusjon: Resultatet viser at den terapeutiske relasjonen er en viktig faktor i møte med den eldre deprimerte, men at det kan forekomme utfordringer i dannelsen av en slik relasjon. Den terapeutiske relasjonen bidrar til å redusere depressive symptomer gjennom samtaler, motivasjon, tillit og møtte behov.

Nøkkelord: terapeutisk relasjon, depressive symptomer og hjemmesykepleie

Abstract

Background: Depression is the most common mental illness in the elderly, and many suffer in silence in their own home.

Method: The thesis is a literature study where the theme is substantiated on literature, nursing theory and research articles.

Findings: Research shows that trust, conversations, time, and meeting needs are important aspects of therapeutic relationships and depressive symptoms. The nurse's personal qualities are essential, where reliability, warmth and respect are especially important. Current challenges in the development of therapeutic relationships are exemplified as time pressure, previous negative experiences, reduced continuity, and uncertainty related to competence.

Discussion: The therapeutic relationship, meeting patient's needs, time pressure, continuity and conversation as a method are discussed as relevant factors to reduce depressive symptoms.

Conclusion: The result shows that the therapeutic relationship is an important factor when meeting the elderly depressed, but that challenges may arise in the formation of such a relationship. The therapeutic relationship helps reduce depressive symptoms through conversations, motivation, trust and met needs.

Key words: therapeutic relations, depressive symptoms, and home health care

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	6
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2	PROBLEMSTILLING	7
1.3	AVGRENSING	7
1.4	BEGREPSAVKLARING.....	8
1.4.1	<i>Terapeutisk relasjon</i>	8
1.4.2	<i>Depressive symptomer</i>	8
2	METODE	9
2.1	METODE.....	9
2.2	VITENSKAPSTEORI.....	9
2.3	LITTERATURSØK.....	10
2.4	KILDEKRITIKK	11
2.5	ETISKE OVERVEIELSER	12
3	TEORETISK GRUNNLAG	14
3.1	HILDEGARD PEPLAU'S SYKEPLEIETEORI.....	14
3.1.1	<i>Peplau's fire faser for relasjonsbygging</i>	14
3.1.2	<i>Peplau om behov</i>	15
3.2	DEPRESJON	15
3.2.1	<i>Årsaksfaktorer og symptomer</i>	15
3.2.2	<i>Kartlegging</i>	16
3.3	HJEMMESYKEPLEIEN.....	16
3.3.1	<i>Samhandlingsreformen og LEON-prinsippet</i>	17
3.3.2	<i>Kontinuitet</i>	17
3.3.3	<i>Utfordringer</i>	17
3.4	TERAPEUTISK RELASJON	18

3.4.1	<i>Tillit og allianse</i>	18
3.5	SAMTALEN	19
3.6	LOVVERK OG RETNINGSLINJER	19
3.6.1	<i>Lovverk</i>	19
3.6.2	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	19
3.7	SYKEPLEIERENS ROLLE	20
4	RESULTAT	21
4.1	CARING RELATIONSHIPS IN HOME-BASED NURSING CARE - REGISTERED NURSES' EXPERIENCES.....	21
4.2	HJEMMESYKEPLEIEREN I MØTE MED DEN NEDSTEMTE PASIENTEN	22
4.3	HOME HEALTH CARE NURSE PERCEPTIONS OF GERIATRIC DEPRESSION AND DISABILITY CARE MANAGEMENT	23
4.4	HEALTH PROFESSIONALS NEED TO BE ABLE TO IDENTIFY DEPRESSION IN OLDER PEOPLE.....	25
5	DRØFTING	27
5.1	RELASJONENS BETYDNING I MØTE MED DEN ELDRE HJEMMEBOENDE	27
5.2	Å MØTE PASIENTENS BEHOV	29
5.3	HJEMMESYKEPLEIEN - EN ARENA FOR TERAPEUTISK RELASJON?.....	31
5.4	SAMTALEN SOM ET VERKTØY.....	34
6	KONKLUSJON	37
	LITTERATURLISTE	39

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom et yrkesliv som sykepleier får man gleden av å møte utallige enkeltindivider med hver sine livshistorier. Det kan eksempelvis være en ung jente med stomi, eller en eldre mann med angstlidelse. Enhver situasjon er unik, og hver pasient skal behandles med like mye respekt som den neste, uavhengig av alder, lidelse eller behov. Som sykepleier kan man oppleve å få en større fascinasjon for enkelte lidelser eller en tilknytning til spesifikke pasientgrupper. For meg ble dette realisert i møte med depresjon hos den eldre hjemmeboende.

Depresjon har lenge vært den vanligste psykiske lidelsen hos eldre (Tveito, 2021, s. 223). Likevel ansees depresjon som en underdiagnostisert og underbehandlet diagnose (NHI, 2020), som kan resultere i at mange eldre lider i stillhet. Statistikk viser at depresjon og depressive symptomer rammer den eldre befolkningen på både nasjonalt og globalt nivå. En artikkel fra Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) publisert i 2020 viser at ca. 1-4% av den eldre befolkningen (over 65 år) i Norge, lider av alvorlig depresjon. Videre viser artikkelen at 4-13% lider av mildere depressive symptomer (Johannessen, Thorsen & Usinger, 2021). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO, 2017) hadde 7% prosent av den eldre befolkningen en unipolar depresjon i 2017. Statistikk viser at det i 2020 var ca. 252 000 mennesker som mottok hjemmesykepleie (Helsedirektoratet, 2022), og ifølge Fjørtoft (2016) er det pasienter over 67 år som utgjør den største mottakergruppen (s. 47).

I travle situasjoner prioriterer sykepleieren heller å hjelpe til med praktiske oppgaver som å ta ut søppelet eller vaske koppene: «Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp, det er jo... den stunden å kunne prate litt... det blir jo ikke aktuelt. (Sjøset & Helgesen, 2021)

Sitatet er tatt fra en artikkel hvor sykepleiere i hjemmetjenesten ble intervjuet om prioritering av eldre deprimerte (Sjøset & Helgesen, 2021). Sykepleieren nevner at tidspresset skaper redusert mulighet for å ivareta pasientens psykososiale behov gjennom

den gode samtalen, og det å ta seg tid til å både se og lytte til pasienten. Det er fascinerende å se hvordan sykepleieren har et sterkt ønske om å bygge en god relasjon til pasienten, men at tidspress, stor arbeidsmengde og andre ventende pasienter minimerer mulighetene for dette. En av sykepleierne uttalte at «Mangel på tid kan føre til at sykepleierne velger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtaler om sin psykiske helse» (Sjøset & Helgesen, 2021). Det trekkes også frem at praktiske oppgaver, medisinsk behandling og mangel på kontinuitet fører til utfordringer ved oppfølging og iverksettelse av tiltak hos eldre deprimerte (Sjøset & Helgesen, 2021). Artikkelen belyser hjemmesykepleien som arena ved utvikling av terapeutiske relasjoner og i møte med depresjon, som er en spennende tematikk å undersøke.

Oppgavens hovedfokus omhandler hvordan en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier kan bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre i hjemmesykepleien, og hvilke utfordringer som kan svekke utviklingen av en slik relasjon. I min praksisperiode i hjemmesykepleien ble jeg introdusert til en annen arbeidsform enn tidligere, hvor relasjonen til pasientene ble helt annerledes enn jeg var vant til. Jeg ble særlig interessert i det psykiske aspektet, og hvordan dette prioriteres og legges til rette for i hjemmesykepleien. Flere av individene jeg møtte var preget av depressive plager, ensomhet og meningsløse dager. Behovet for en god samtale og at noen så dem var sentralt. Det var tydelig at flere av pasientene verdsette relasjoner, trygghet og det å få prate med noen, høyere enn at sårstellet skulle gjennomføres, støttestrømpene tas på eller middagen varmes.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan terapeutisk relasjon bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende?

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses på flere områder. Teorien er avgrenset til det teoretiske grunnlaget som ansees relevant for å besvare problemstillingen. Pasientgruppen avgrenses til eldre (over 65 år) som mottar hjemmesykepleie, og er preget av depressive

symptomer/depresjon. Videre avgrenses depresjon til unipolar depresjon, og bipolare depresjoner og mani tas derfor ikke med. Depresjon beskrives ikke i oppgaven som atypisk/mild/moderat/alvorlig, men beskrives som depressive symptomer i sin helhet. Suicidal atferd inkluderes ikke.

Oppgavens hovedfokus omhandler psykososiale behov og terapeutisk relasjon, og behandling av depresjoner i form av for eksempel medikamenter, elektrokonvulsiv behandling (ECT) og lysbehandling (Holsten, 2021, s. 105) vil ikke bli beskrevet ytterligere. Samtalen som metode for å bygge en god relasjon vil bli inkludert. COVID-19 pandemien vil ikke bli utdypet grunnet at pandemien fortsatt pågår. I tillegg avgrenses oppgaven til å omhandle kun pasientens depressive symptomer/depresjon. Somatiske sykdommer, kognitive lidelser eller andre sykdommer inkluderes dermed ikke. Unntaket vil være de fysiske symptomene som er tilsvarende de depressive symptomene. Pårørende som ressurs inkluderes ikke ettersom oppgaven omhandler relasjonen mellom pasient og sykepleier.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Terapeutisk relasjon

En terapeutisk relasjon er en relasjon mellom to parter som virker lindrende, helende og helsefremmende for begge. En god terapeutisk relasjon baseres på gjensidig respekt og tillit fra begge parter (Gonzalez, 2021, s. 57).

1.4.2 Depressive symptomer

Depressive symptomer er symptomer som forekommer ved depresjon, som for eksempel nedstemthet, redusert energi og meningsløshet (Kvaal, 2014, s. 442-443). Oppgaven inkluderer både psykiske og fysiske symptomer.

2 Metode

2.1 Metode

Oppgavens metode er en litteraturstudie, som innebærer at fakta og data for denne oppgaven er hentet fra ulike litteratur og teoretiske kilder. En litteraturstudie starter med en problemstilling, forberedelse av et litteratursøk, gjennomføring av søket, vurdering av resultatet og deretter sammenfatning av resultatene (Thidemann, 2015, s. 80).

Hovedfokuset er å innhente relevant kunnskap gjennom systematisk søking i både databaser og andre litteraturkilder, og samtidig gi mottakeren en god forståelse av kunnskapen som relateres til problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79). Innsamlet litteratur for denne oppgaven er Peplau's sykepleieteori, pensumbøker, vitenskapelige artikler, lovverk og yrkesetiske retningslinjer, hvor all teori tar utgangspunkt i problemstillingen.

2.2 Vitenskapsteori

Oppgaven anvender vitenskapsteori i form av naturvitenskapelige-, humanvitenskapelige-, og samfunnsvitenskapelige kunnskapsområder.

Naturvitenskapelig kunnskap omhandler sykdomslære, fysiologi, patofysiologi og farmakologi, og beskrives som den «forklarende kunnskap» (Thidemann, 2015, s. 62). I denne oppgaven er kunnskapsområdet anvendt ved beskrivelse av depresjon, årsaksfaktorer og depressive symptomer.

Humanvitenskapelige kunnskapsområder beskrives som den «forstående kunnskap» (Thidemann, 2015, s. 62) og omhandler opplevelser knyttet til en spesifikk situasjon, eller pasientens helhetlige opplevelse av å være syk. I denne oppgaven vil humanvitenskapelig kunnskap omhandle pasientens erfaringer knyttet til depressive symptomer, og hvordan sykepleieren anerkjenner pasientens perspektiv.

Samfunnsvitenskapelig kunnskap omhandler pedagogikk og psykologi, og innebærer kunnskap om hvordan ulike faktorer påvirker hverandre som en helhet. Dette inkluderer muligheter, begrensninger og utfordringer (Thidemann, 2015, s. 62), hvor særlig veiledning og undervisning står sentralt. I denne oppgaven er samfunnsvitenskapelig kunnskap relatert

til sykepleierens evne til veiledning og informasjon, samt pasientens evne til å motta kunnskap. I tillegg inngår pasientens eventuelle utfordringer, muligheter og begrensninger.

2.3 Litteratursøk

Et litteratursøk gjennomføres for å få artikler og forskning som kan knyttes mot den aktuelle problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 80), og i denne oppgaven ble det gjennomført flere litteratursøk for å få den mest aktuelle litteraturen relatert til temaet. Hovedformen for litteratursøk har vært søk i ulike databaser, men manuelle søk er også gjennomført.

Resultatet her ble relevant litteratur i form av pensumbøker, sykepleieteori og artikkel til innledning. I tillegg ble lovverk og yrkesetiske retningslinjer vurdert og inkludert her.

Proessen for å finne artiklene som passet best til problemstillingen var omfattende, og det ble gjennomført flere søk i ulike varianter for å tilspisse resultatet best mulig. Søkene ble gjennomført i Cinahl, Pubmed, Svemed+ og Psychinfo. Resultatet ble én artikkel fra Svemed+, én fra Cinahl og to fra Pubmed. Psychinfo ga ikke ønskelige resultater. Søkeordene som ble brukt varierte i forhold til databasen søket ble gjort i, og hvilken retning jeg ønsket at resultatet skulle rettes mot. I Cinahl og Pubmed ble ordene «depression», «aged», «therapeutic relations», «nurse-patient relations», «home health care» og «home health nursing» anvendt. I Svemed+ ble søket gjort på norsk, med «depresjon», «hjemmesykepleie», «eldre» og «relasjon» som MeSH- og søkeord. Ordene ble kombinert med både «AND» og «OR» for å få varierende resultat av de ulike søkene. For å vinkle resultatene på andre måter, inkluderte jeg andre søkeord som for eksempel «mental health», «identify», «caring relations», «health professionals» og «home based nursing». I alle søkene inkluderte jeg «Peer reviewed» som et inklusjonskriterie, og ved det ene søket hadde jeg inklusjonskriterie «aged: 65+ years» for å utelate artikler om yngre mennesker. På de fleste søkene hadde jeg også eksklusjonskriterie på årstall, hvor jeg limiterte resultatene til forskning innenfor de siste 10 årene. I det ene søket valgte jeg å ikke gjøre dette, for å undersøke om jeg kunne få en ønsket artikkel uavhengig av årstall, og dette resulterte i den ene artikkelen. Jeg sjekket også artiklenes sammendrag, og gjennom Oria at artiklene oppfulgte kravet om fagfelleevaluering.

Antall treff varierte, men i all hovedsak var det få resultat som samsvarte med problemstillingens vinkling. For å vurdere om artiklene var relevante ble både overskrifter, sammendrag og fulltekster lest opptil flere ganger. Noen artikler ble utelatt ettersom fulltekst ikke var tilgjengelig, mens andre artikler ble utelatt ettersom de ikke passet til problemstillingen. Artiklene ble valgt fordi de hadde relevante momenter som kunne brukes ved drøfting av problemstillingen, samtidig som de inkluderte samsvarende momenter til det teoretiske grunnlaget.

2.4 Kildekritikk

Gjennom hele prosessen fra litteratursøket til drøftingen er det viktig å være kritisk til litteraturen som anvendes. Kildekritikken gjennomføres for å sikre at resultatene er relevante for oppgaven, og samtidig vurdere kvaliteten og troverdigheten til litteraturen man anvender (Dalland, 2017, s. 152).

En bemerkelse som ble gjort ved gjennomføring av litteratursøk og datasamling var at mange av artiklene var eldre. Det er kun en artikkel som er utenfor VID Vitenskapelige Høyskoles grense på 10 år, men opplevelsen var likevel at det var få relevante artikler i nyere tid. Dette kan være problematisk fordi artiklene kan ha et eldre «syn» på tematikken, og manglende oppdatert forskning. Et viktig moment her er at pandemien har redusert forskningsmulighetene (Larsen & Schei, 2021), og forskning fra de senere årene er minimert. Dette kan føre til at relevant forskning for denne oppgaven også er redusert. Likevel er tematikken i oppgaven gjennomgående og tidløs, slik at litteratur fra tidligere år ansees som relevant likevel. Oppgavens resultat baseres på kvalitative studier, og ikke kvantitative studier. Dette kan være negativt for oppgaven, ettersom det ikke gir data som er målbar i enheter (Dalland, 2017, s. 52). Likevel ansees den kvalitative metoden som mer relevant for denne oppgaven, ettersom den fanger opplevelser og meninger, som skaper dybde i resultatene (Dalland, 2017, s. 52).

I denne oppgaven er primærlitteratur for det teoretiske grunnlaget prioritert, og både pensumbøker og sykepleieteori er dermed primærlitteratur. Dette er fordi primærlitteratur inneholder forfatterens opprinnelige tanker og formuleringer (Dalland, 2017, s. 162), og det

blir lite rom for at beskrivelsene mistolkes. Grunnlagsteorien for denne oppgaven baseres på Peplau's sykepleieteori, som originalt er publisert i 1952, men utgitt på nytt i 1991 gjennom Springer Publishing Company. I denne oppgaven anvendes utgivelsen fra 1991, og den regnes som primærkilde ettersom det er Peplau's originale teori og tanker, og ikke en gjengivelse av andre forfattere. Teorien er inkludert uavhengig av sitt årstall ettersom det er en spennende teori med gode momenter relatert til problemstillingen.

Tre av artiklene, og sykepleieteorien er skrevet på engelsk. Det er positivt at det opprinnelige språket anvendes, men det kan virke negativt for oppgaven i forhold til egen oversettelse og forståelse. Det er likevel forsøkt å oversette uten å misforstå forfatteres utgangspunkt. I tillegg kan forfatterens opprinnelige tanker både i teori og artikler være ment annerledes enn hvordan det tolkes i denne oppgaven. Et annet moment er at flere av artiklene ikke nødvendigvis er representative for hjemmesykepleien i Norge. Derfor er det også inkludert en norsk artikkel, slik at funn fra de norske helsetjenestene representeres. I tillegg er det inkludert en artikkel som er gjennomført i Sverige. Dette er positivt fordi det representerer et tilnærmet system som Norge, noe som gjør resultatene mer aktuelle for denne oppgaven.

2.5 Etske overveielser

Etske overveielser innebærer å kontinuerlig vurdere hvilke etske utfordringer som kan forekomme ved utformingen av en bachelor (Dalland, 2017, s. 235). En bacheloroppgave er individuell, men baseres på andre menneskers arbeid og kunnskap, og en viktig etsk vurdering er derfor at man ikke gjengir andres arbeid som sitt eget. Dette spesifiseres i VIDs retningslinjer for oppgaveskriving hvor det vektlegges at man skal henvise korrekt til ulike referanser, kilder og litteratur, ettersom man skal kreditere den opprinnelige forfatter, og ikke presentere stoffet som ens eget (VID, 2020, s. 4). Dette inkluderer at man fremlegger stoffet på en slik måte at leseren forstår hvorvidt det er den originale forfatterens tanker, opplevelser eller meninger, eller bachelorforfatterens. Korrekt sitering og henvisning innebærer at man anerkjenner forfatterens verk. For å henvise korrekt og dermed unngå plagiat er APA 7, kildekompasset, google scholar og VIDs retningslinjer for oppgaveskriving anvendt.

En annen etisk overveielse er at ved bruk av egne erfaringer som inkluderer blant annet pasienter eller annet helsepersonell, så skal vedkommende anonymiseres, og taushetsplikten overholdes (Dalland, 2017, s. 239-240). Dette inkluderer at man ikke utgir informasjon som kan gjenkjennes av andre, som for eksempel navn, fødselsdato, adresse, eller detaljer om utseende. Dette gjelder oftere hvis man gjennomfører for eksempel intervju, men nevnes også i denne oppgaven fordi det er en viktig etisk overveielse. Før oppgavens start ble det gjennomført en etisk vurdering i hvilket ord som skulle omtale individet som mottar pleie. Bruk av «pasient» kan oppleves nedverdiggende ved at fokuset blir på sykdommen og ikke mennesket i sin helhet. I oppgaven omtales vedkommende likevel som «pasient» for at det skal være et tydelig skille mellom hvem som mottar pleie, og hvem som gir pleie.

3 Teoretisk grunnlag

3.1 Hildegard Peplau's sykepleieteori

Sykepleieteoretiker Hildegard Peplau (1991) omtaler sykepleie som en interaksjon mellom et individ som har behov for pleie og behandling, og den som utøver sykepleien. Videre beskrives sykepleie som en prosess som i all hovedsak kan defineres som terapeutisk og medmenneskelig (s. 6-7). Peplau (1991) fremhever at tekniske hjelpemidler gjerne må til for å behandle pasientens problem, men at hovedfokuset bør ligge i det relasjonelle arbeidet (s. 6). Hun legger vekt på at sykepleiens undervisende funksjon og terapeutiske funksjon er viktig for pasientens egen problemløsning og mestringsevne (Peplau, 1991, s. 7-8). I sin teori vektlegger Peplau (1991) også de variable rollene sykepleieren har i møte med pasienten, og ulike aspekter ved pasient-sykepleier relasjonen (s. 43). Bakgrunnen for valg av sykepleieteori er at dens hovedfokus er å diskutere pasient-sykepleier relasjonen, noe som danner et spennende grunnlag for denne oppgaven.

3.1.1 Peplau's fire faser for relasjonsbygging

Første fase kalles «Phase of orientation» og innebærer at pasienten oppsøker hjelp for et behov eller et problem. Denne fasen inkluderer både pasient og sykepleiers første forståelse av pasientens situasjon (Peplau, 1991, s. 18-23). Den andre fasen heter «Phase of identification». Her beskrives pasientens opplevelse av å kunne identifisere seg med både eget problem, sykepleiers holdning og tanker rettet mot mestringsevne (Peplau, 1991, s. 31). Tredje fase «Phase of exploitation», kjennetegnes av at pasienten tar full nytte av det sykepleieren kan hjelpe med (Peplau, 1991, s. 37). I tillegg vil pasientens eget initiativ og deltakelse øke, ettersom pasienten nå har identifisert sine egne behov, og sykepleierens funksjon. Siste fase kalles «Phase of resolution», og er den «avsluttende» fasen på relasjonen (Peplau, 1991, s. 39). Hun fremhever at det psykiske aspektet av denne fasen er viktig, ettersom en slik fase gjerne settes i gang når de fysiske behovene er møtt (Peplau, 1991, s. 40).

3.1.2 Peplau om behov

Peplau (1991) beskriver at behov vil forekomme uavhengig av hvilken situasjon man befinner seg i, men at de vil være variable og av ulik grad (s. 73). Videre understreker hun at kartlegging og vurdering av pasientens behov er en viktig sykepleieroppgave, men også en viktig oppgave for pasienten selv. Peplau (1991) bemerker at sykepleieren bør hjelpe pasienten til å selv kunne identifisere sine egne behov og veilede pasienten til å aktivt uttrykke sine behov ettersom det vil bidra til mestring og motivasjon i møte med pasientens mål (s. 84 & s.181). Hun vektlegger også at det er viktig at pasienten og sykepleieren samhandler og kommuniserer i en mellommenneskelig relasjon, for at den progressive identifiseringen av pasientens behov skal være tilstedeværende (Peplau, 1991, s. 84).

3.2 Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse (Holsten, 2021, s. 101). Stemningslidelser preges av betydelige endringer i stemningsleie av kortvarig eller langvarig grad (Holsten, 2021, s.101). Unipolar depresjon innebærer at lidelsen består kun av nedstemthet, og ikke perioder med oppstemthet, som ved bipolare lidelser (Holsten, 2021, s. 102).

3.2.1 Årsaksfaktorer og symptomer

Depresjon kan beskrives som sykelige endringer i individets stemningsleie med nedstemthet som hovedfaktor, med påfallende økt tristhet, meningsløshet og redusert evne til å føle glede (anhedoni). Depresjon kan også gi alvorlige konsekvenser for psykososiale behov, fysisk funksjon og individets søvnmønster (Holsten, 2021, s. 101-103). Tveito (2021) fremhever særlig ensomhet, tap av nære, endret sosial tilhørighet, kroniske sykdommer/smerter, cerebrovaskulær sykdom (f.eks. hjerneslag) og aldersforandringer (svækkelse av sanser) som vanlige årsaker til utvikling av depresjon (s. 223-224).

Symptombilde ved depresjon hos eldre kan være annerledes enn hos yngre (Tveito, 2021, s. 223). Et vanlig symptom er redusert hukommelse, som kan oppfattes som begynnende demens (Tveito, 2021, s. 223). Hos eldre kan også fysiske symptomer være mer fremtredende enn de psykiske. Eksempel på slike symptomer kan være redusert energi, søvnproblematikk, motorisk uro og tretthet, appetittendringer eller vekttap/vektøkning

(Kvaal, 2014, s. 443). Eldre med depresjon vil likevel kunne være preget av «typiske» symptomer som nedstemthet, tristhet, nedsatt stemningsleie, lav selvtillit- og selvfølelse (Kvaal, 2014, s. 443). Konsekvensene av depresjon kan være ensomhet og sosial isolasjon (Tveito, 2021, s. 224).

3.2.2 Kartlegging

Som sykepleier er det viktig at det gjennomføres adekvate og systematiske kartlegginger av pasientene man møter (Fjørtoft, 2016, s. 171). Kartleggingen må innebære en systematisk observasjon og datasamling av pasienten i sin helhet. Fjørtoft (2016) bemerker pasientens funksjon og mestringsevne, livssituasjon og helsesvikt, sosialt nettverk, hjemmesituasjon og pasientens perspektiv som viktige momenter i en slik kartlegging (s.173-176). Hun vektlegger videre at kartleggingen er en betydelig del av sykepleien, og at det er viktig at både nye og kjente pasienter kartlegges og vurderes kontinuerlig (Fjørtoft, 2016, s. 171). Videre beskriver hun at sykepleierens første oppgave ved depresjon vil være å kartlegge hvordan pasienten håndterer de hverdagslige gjøremålene (Fjørtoft, 2016, s. 86). Somatisk sykdom kan gjøre kartlegging av depresjon betraktelig vanskeligere, ettersom mange av symptomene kan være tilsvarende (Tveito, 2021, s. 223). Det må utøves skjønn og klinisk kompetanse ved kartleggingen, ettersom hver situasjon er individuell.

Geriatrisk depresjonsskala (GDS) og Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er to av de vanligste verktøyene for å kartlegge depresjon hos eldre (Tveito, 2021, s. 223). GDS er et skjema som inneholder 30 spørsmål som pasienten skal svare på (Tveito, 2021, s. 223). MADRS er et skjema med en avkrysningsfunksjon, hvor pasienten eller helsepersonellet skal krysse av fra 0-6 på hvilken grad som passer best med vedkommendes situasjon (Helsebiblioteket, u.å). Klassifikasjonssystemene for depresjon, ICD-10 og DSM-5 inkluderes ikke i denne oppgaven.

3.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er helsehjelp til pleietrengende mennesker i deres eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 12). Hjemmesykepleiens mål er basert på å fremme individets mestring og egen evne til å bo hjemme lengst mulig, og på best mulig måte (Fjørtoft, 2016, s. 17).

3.3.1 Samhandlingsreformen og LEON-prinsippet

Hjemmesykepleien som tjeneste letter trykket på sykehusene og sykehjemmene, ved at tjenestene følger LEON-prinsippet (*Laveste effektive omsorgsnivå*) etter innføring av Samhandlingsreformen i 2012 (Fjørtoft, 2016, s. 152). LEON-prinsippet innebærer at alt forebyggende og helsefremmende arbeid, primært skal foregå i pasientens hjemmemiljø (Forebygging.no, 2010). Reformen førte til at kommunehelsetjenestene fikk større ansvar, noe som også påvirket hjemmesykepleiens funksjon. Både LEON-prinsippet og samhandlingsreformen har ført til at hjemmesykepleiens oppgaver blir mer omfattende og tidkrevende, samt at pasientgruppen blir større og bredere (Fjørtoft, 2016, s.152).

3.3.2 Kontinuitet

Et av de viktigste momentene i hjemmesykepleiens organisering er å tilrettelegge for kontinuitet både for pasienter og pleiere. I følge Færmann & Næss (2014) baseres kontinuitet på informative, relasjonelle og administrative aspekter (s. 255). Dette innebærer kontinuitet i informasjon, vedtak og oppgaver som gjelder pasienten og relasjonen mellom pasient og pleier (Færmann & Næss, 2014, s. 255). Generelt sett vil kontinuitet være en kombinasjon av ovennevnte aspekter (Færmann & Næss, 2014, s. 255).

3.3.3 utfordringer

I møte med pasienter med psykiske lidelser står hjemmesykepleien overfor flere utfordringer. Hjemmesykepleiens møter med pasientene er preget av tidspress og prioriteringer, hvor man stadig må bruke sin kunnskap til å evaluere hvor mye tid hver pasient krever, uten å la det gå utover den neste pasientens tid (Fjørtoft, 2016, s. 164). Tidspress er en kombinasjon av stor arbeidsmengde og kort tidsintervall, noe som tilsvarer mange oppgaver på kort tid. Dette fører til en kontinuerlig prioritering av tid og ressurser for sykepleieren (Fjørtoft, 2016, s. 164-165), og kan resultere i utfordrende valg og etiske dilemmaer. Diskontinuitet (motsatt av kontinuitet), er en vedvarende utfordring for hjemmesykepleien. Primært omhandler dette at pasienten får redusert kontinuitet i hvilke pleiere som hjelper, og samtidig til hvilket tidspunkt pasienten får hjelp (Færmann & Næss, 2014, s. 255). En tredje utfordring er at depresjon er en lidelse som krever adekvat og

tilrettelagt kompetanse, og mange hjemmesykepleiere opplever usikkerhet i møte med problematikken (Fjørtoft, 2016, s. 90).

3.4 Terapeutisk relasjon

En terapeutisk relasjon er en tilknytning mellom to parter, hvor forholdet bygges på gjensidig respekt, tillit og forståelse (Gonzalez, 2021, s. 57-60). Relasjonens ønskede effekt har hovedfokus i lindrende, helende og sykdomsforebyggende resultat (Gonzalez, 2021, s. 57). I utviklingen av en terapeutisk relasjon beskrives tillit og allianse som de viktigste momentene (Gonzalez, 2021, s. 60). Ifølge Gonzalez (2021) foregår dannelsen av en terapeutisk relasjon ofte i fire ulike faser, som kalles forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen (s. 58-59). Disse er nærstående til Peplau's fire faser, og utdypes ikke ytterligere. Både Gonzalez (2021, s. 58) og Fjørtoft (2016, s. 88) beskriver at det også kan forekomme utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon, som eksempelvis tidligere negative relasjoner.

3.4.1 Tillit og allianse

Å skape tillit er et av de viktigste momentene ved terapeutiske relasjoner. Gjensidig tillit innebærer at partene stoler på hverandre, at man er ærlige med hverandre og at man ønsker hverandre godt (Gonzalez, 2021, s. 60). For å skape tillit er det viktig å møte pasienten med omsorg, varme og respekt, samt anerkjenne og respektere pasienten (Gonzalez, 2021, s. 60). I tillegg vil overholdelse av taushetsplikt, avtaler, ærlighet og lojalitet mot rammer, regler og rutiner bidra til å skape tillit hos pasienten det gjelder (Gonzalez, 2021, s.60). Sykepleieren bør være pålitelig, tilstedeværende og respektfull i møte med pasienten.

En allianse er en følelsesmessig eller arbeidsmessig tilknytning mellom en pasient og en pleier (Gonzalez, 2021, s. 60). For å utvikle en god allianse, er det sentralt at forholdet mellom pasient og sykepleier er basert på tillit. Sykepleierens evne til å vise omsorg, empati og sensitivitet overfor pasienten fremheves som essensielle momenter (Kvaal, 2014, s. 447). Alliansen kan defineres som en terapeutisk allianse eller en arbeidsallianse, hvor den terapeutiske alliansen hovedsakelig er en emosjonell tilknytning mellom partene, mens arbeidsalliansen handler om arbeidet som skal gjennomføres for å oppnå ønsket endring for

pasienten (Gonzalez, 2021, sa. 60). Samarbeidet mellom pasient og pleier står sentralt i begge allianser.

3.5 Samtalen

Kvaal (2014) deler samtalen inn i 3 kategorier, alminnelig samtale, lindrende samtale og bekreftende samtale (s. 448). Den alminnelige samtalen inkluderer samtaler om det «dagligdagse». Den lindrende samtalen handler om å lindre den psykiske smerten, og avtales ofte i forkant, slik at sykepleieren har nok tid til å ivareta pasienten. Den bekreftende samtalen handler om å fokusere på pasientens perspektiv, hvor pasienten kan få fortelle om sine opplevelser og bekymringer (Kvaal, 2014, s.448). Fjørtoft (2016) definerer den gode samtalen som en samtale mellom en tjenestemottaker (pasient) og en profesjonell fagarbeider (sykepleier) (s. 198). Innholdet i en slik samtale kan variere fra pasient til pasient, men resultatet er ofte lindrende og positivt for særlig mottakeren. Betydningen av den gode samtalen kan oftere være at sykepleieren tar seg tid til å samtale, enn selve innholdet (Fjørtoft, 2016, s. 198).

3.6 Lovverk og retningslinjer

3.6.1 Lovverk

Gjennom lovverket har sykepleiere et ansvar for å ivareta pasientens behov og ønsker, samt integritet og autonomi. Sykepleierens ansvar dannes på et grunnlag av forsvarlighet, omsorg og tilstrekkelig informasjon. Pasientens rettigheter beskrives i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Helsepersonellens ansvar beskrives i helsepersonelloven (1999).

3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene er spesifikt rettet mot utøvelsen av sykepleie, hvor område 2 omhandler «Sykepleieren og pasienten» (NSF, 2019).

3.7 Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle er basert på en helhetlig tilnærming, med forebyggende, helsefremmende og lindrende fokus. Dette innebærer å vurdere menneskets helhetlige livshistorie og behov, samt iverksette tiltak som virker forebyggende og helsefremmende (Fjørtoft, 2016, s. 178-179).

4 Resultat

4.1 Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences

Skrevet av Britt-Marie Wälivaara, Stefan Sävenstedt og Karin Axelsson (2013). Publisert i The open nursing journal.

Hensikten med studien var å undersøke hvordan hjemmesykepleiere opplevde pasient-sykepleier relasjonen, og hvilken betydning en slik relasjon hadde for de to partene. Studien er en kvalitativ studie, hvor det ble gjennomført individuelle intervju. Det var totalt 24 kvinnelige sykepleiere, og alle hadde over 1 års erfaring med hjemmesykepleie. Studien inkluderte fire distrikt i Sverige. Under intervjuene ble sykepleierne bedt om å snakke fritt om deres opplevelse av pasient-sykepleier relasjonen, og møtene man har med pasientene i hjemmebaserte tjenester. Analysing av dataene ble gjennomført ved å lese intervjuene gjentatte ganger, og tekstene ble deretter kategorisert til temaene «relationship» og «encounter». Denne studien omhandler bare «relationship». Analysingen ble videre gjennomført ved at tekstene om «relationship» ble lest om igjen og videre delt inn i mindre kategorier, som til slutt ble ett hovedtema og fem mindre tema.

Funnene resulterte i et hovedtema som ble kalt “Good Nursing Care is Built on a Trusting Relationship”. Funnene viste at en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier var essensielt i møte med pasienten, uavhengig av hvilken sykdom eller situasjon. Studien viser at tillit var et viktig moment i slike relasjoner, og overfladiske relasjoner førte til redusert ivaretagelse av pasientens behov. Sykepleierne bemerket at gode relasjoner var særlig viktig for pasienter med redusert sosialt nettverk, og som opplevde ensomhet. Et annet funn var at det var større muligheter for å danne gode relasjoner i hjemmesykepleien, enn i for eksempel sykehus, ettersom sykepleieren fikk et større innblikk i pasientens liv og helhetlige historie. Samtidig var det flere utfordringer ved å skape en god relasjon, eksempelvis tidligere negative erfaringer med hjemmesykepleien, vanskelige familieforhold eller pasientens eget ønske om å ikke inngå en dypere relasjon. Studiens resultater inkluderte også at tidspress førte til redusert kontinuitet i møte med pasienten, og dermed utfordret

relasjonens styrke. I tillegg viste studien at noen sykepleiere hadde vansker med å skille personlig og privat, og at relasjonen gikk utover det profesjonelle. I sin helhet, var det likevel stor enighet om at relasjonen mellom pasient og sykepleier var et betydelig viktig moment i hjemmesykepleien. Studien konkluderer med at en relasjon basert på tillit er grunnleggende for god hjemmesykepleie, men at det krever kontinuerlig innsats fra sykepleierens side.

Studiens styrke omhandler at den er fordelt på ulike områder i Sverige, og dermed har en bredere dimensjon av synsvinkler. I tillegg representerer den et helsesystem som kan tilsvare helsesystemet i Norge. En svakhet er at den kun inkluderer kvinner, og dermed ikke et manns-perspektiv, ettersom dette kunne gitt andre resultater. Negativt for denne oppgaven er at studien ikke spesifiserer depresjon, men den er likevel relevant fordi den har viktige poeng om terapeutisk relasjon i hjemmesykepleien, og er dermed inkludert.

(Wälivaara, Sävenstedt & Axelsson, 2013, s. 89-95).

4.2 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Skrevet av Liv Halvorsrud, Ingun Pahr og Lisbeth G. Kvarme (2014). Publisert i Sykepleien Forskning.

Hensikten var å undersøke hvordan hjemmesykepleieren oppfatter og beskriver den «nedstemte» pasienten, og hvordan depressive symptomer tas på alvor i hjemmesykepleien. Dette inkluderte også hvilke tiltak som ble iverksatt hos slike pasienter. Studien er basert på et kvalitativt forskningsdesign, hvor semistrukturerte intervju ble benyttet. I forkant av intervjuet besvarte respondentene seks spørsmål, og selve intervjurunden bestod av åtte spørsmål basert på tidligere forskning, med mulighet for oppfølgingsspørsmål. Informantene var ti kvinner fra Norge mellom 30-56 år. Alle informantene hadde vært sykepleiere i over 2 år, og jobbet i hjemmesykepleien fra 1,5-16 år. Analysing av dataene ble gjennomført i fire trinn. Trinnene innebærer at data fra intervjuene ble nøye gjennomgått og videre begrenset til et sentralt tema. Med denne analyseformen fikk forskerne innsamlet en god mengde data, som de videre grovsorterte og spisset inn til to overordnede tema.

Funnene fra studien ble delt inn i to sentrale tema: «Endring av vante mønstre» og «Det lille ekstra». Endring av vante mønstre innebærer sykepleierens evne til å oppfatte endringer i pasientens helhetlige tilstand. Informantene la særlig vekt på kjennskap til pasientens tidligere historie, væremåte og kroppsspråk som viktige momenter for å oppfatte depressive symptomer. «Det lille ekstra» omhandler sykepleierens evne til å iverksette tiltak som fører til at pasientens depressive symptomer reduseres. «Det lille ekstra» inkluderer praktisk hjelp, nye/utvidelse av vedtak og samtaler. Studien viser også at sykepleierne tilnærmer seg pasienter med depressive symptomer ulikt. Noen av informantene satt av ekstra tid til samtaler, mens andre lot være å initiere en samtale selv om det var tydelig at pasienten var nedstemt. Informantene bemerket tidspress og manglende kontinuitet som viktige momenter i oppfølging av nedstemte pasienter. Det er ifølge studien, lite rom for å iverksette tiltak utover de bestemte vedtakene. Studien konkluderer med at hjemmesykepleien kan oppdage tegn til nedstemthet ved å observere endring i pasientens vante mønster. Samtalen spiller en viktig rolle, men mulighetene for den påvirkes av et press fra organisasjonen på ene siden og pasienten på andre siden.

Studiens styrke er at den er representativ for norsk hjemmesykepleie. I tillegg er det positivt for denne oppgaven at den omhandler både hjemmesykepleien, relasjon mellom sykepleier og pasient, og depresjon. Studiens svakheter er hovedsakelig at omfanget er minimalt, eksempelvis at alle informantene jobber i samme distrikt i den samme byen. I tillegg er alle informantene kvinner, noe som kan gi studien et smalere perspektiv.

(Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Mangler sidetall.

4.3 Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management

Skrevet av Dianne V. Liebel og Bethel A. Powers (2015). Publisert i *The Gerontologist*.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan hjemmesykepleiere oppfatter depressive symptomer hos pasientene, og i hvilken grad sykepleieren opplever mestring i møte med funksjonsnedsettelse og depresjon hos eldre. Det var totalt 16 sykepleiere i

studien, hvor alle hadde jobbet mellom 1-20 år med geriatiske pasienter. Studien har et kvalitativt forskningsdesign, og ble gjennomført ved bruk av to fokusgrupper og 16 semistrukturerte intervju. I tillegg har en av forfatterne observert 25 hjemmebesøk hos fem utvalgte pasienter med depresjon og funksjonsnedsettelse. Analysing av innsamlet data ble gjennomført ved å redusere dataene til mer spesifikke grupper, gjennom koding og kategorisering.

Et av hovedfunnene i studien viste at sykepleierne var sikre i egen evne til å ivareta pasienter med funksjonsnedsettelse (disabilities), men de følte seg mindre skikket til å ivareta behov relatert til depresjon, grunnet for lite opplæring. Funnene i studien ble delt inn i fire kategorier, hvor "balancing system and patient care" omhandlet tidspress og selve organiseringen av hjemmesykepleien. Et funn her var at systemet hadde større fokus på fysisk helse enn psykisk helse, og tidspresset bidro til at sykepleieren måtte nedprioritere de psykiske behovene. "Knowing how to manage depression" viste sykepleierens evne til å oppdage og ivareta pasienter med depressive symptomer. Funnene viste at det var uenigheter i hvilken grad det var sykepleierens ansvar å håndtere depresjon. Funnene fra "Encouraging disability maintenance/improvement" diskuterte sykepleierens evne til å ivareta behov relatert til funksjonsnedsettelse. Resultatet viste at sykepleierne utøvde slik sykepleie med større selvsikkerhet, og at de selv følte på et høyere nivå av kunnskap, i motsetning til ved depresjon. I temaet "Meeting patients where they are", ble den terapeutiske relasjonen fremhevet. Funnene viser at alle sykepleierne omtalte en terapeutisk pasient-sykepleier relasjon som det viktigste verktøyet for å beherske funksjonsnedsettelse og depresjon. I tillegg ble det nevnt utfordringer ved å danne en slik relasjon, eksempelvis at ikke alle pasienter ønsker en personlig relasjon. Dette førte til at det var vanskeligere å ivareta pasientens helhetlige behov, og det ble lettere å overflytte pasienten til en annen sykepleier. Studien konkluderer med at sykepleieren utøvde mindre sikkerhet i møte med depresjon, og at pasient-sykepleier relasjonen er viktig for å både adressere og behandle depresjon.

En viktig styrke er gjennomførelsen av studien. Kombinasjonen av fokusgrupper, individuelle intervjuer og observasjon i hjemmet gir en bredere opplevelse og forståelse av både

problemstillingen og resultatet. En svakhet i studien er at alle sykepleierne arbeider i samme hjemmesykepleie, noe som gir et smalere omfang, og kan føre til tilsvarende resultater for flere pleiere. Dersom sykepleiere fra flere områder hadde blitt inkludert kunne man fått flere synsvinkler. Det er negativt for oppgaven at den ikke inneholder depresjon, men innholdet i artikkelen er likevel vurdert som sterkt relevant for problemstillingen.

(Liebel & Powers, 2015, s. 448-461).

4.4 Health professionals need to be able to identify depression in older people

Skrevet av Gaëtan Béphage (2005). Publisert i British journal of nursing.

Hensikten i denne artikkelen var å fremme helsepersonells evner til å oppdage depresjon hos eldre, og dermed redusere forekomst av underdiagnostisering og behandling. Artikkelen presenterer ikke en spesifikk metode, men har inkludert sammendrag, innledning, og konklusjon, i tillegg til en informativ hoveddel med både resultat og drøfting kombinert. Her inkluderes fakta om depresjon, hvordan man kan oppdage depresjon hos eldre, sykepleierens rolle og anbefalinger for det praktiske liv.

Studiens funn viser at depresjon kan forekomme i form av både psykiske og fysiske symptomer, hvor det poengteres at samtidig somatisk sykdom og depresjon er en utfordring for helsepersonell. Forfatteren belyser at sykepleiere bør utvikle større sikkerhet ved bruk av «terapeutiske verktøy», ettersom dette vil kunne føre til bedring hos pasientene. Videre vektlegger forfatteren at sykepleieren må møte alle behov, både fysiske, psykiske og emosjonelle. Artikkelen understreker at et gjensidig samarbeid mellom pasient og sykepleier spiller en sentral rolle i oppdagelsen av pasientens behov og symptomer. Studien konkluderer med at sykepleiere vil møte utfordringer i møte med pasientens behov, og at sykepleieren må styrke sin selvtillit og kompetanse i møte med depresjon. Han inkluderer at terapeutiske intervensjoner er viktig.

Studiens styrke er at den inneholder et bredt omfang av fakta, som er særlig relevante for denne oppgaven. Den gir et helhetlig innblikk i depresjon hos eldre, og hvordan helsepersonell skal kunne utøve bedre pleie ved slik tematikk. Studiens svakhet er at den er skrevet av kun en forfatter, noe som kan gi redusert innblikk i temaet som belyses. Artikkelen er fra 2005, noe som i utgangspunktet er utenfor VIDs 10 årsgrense, men den har likevel gode punkter og relevant informasjon relatert til problemstillingen. Det er også en svakhet at studien ikke har en tydelig struktur, hvilket er kritikkverdig fordi det ikke gir et helhetlig bilde av hva som egentlig undersøkes. Likevel er artikkelen inkludert fordi den har relevante fakta om depresjon, samt verdifulle momenter for sykepleieren i møte med deprimerte eldre. I tillegg har artikkelen eksempelvis et argument som underbygger et element fra Peplau. Kombinasjonen av dette gjør at artikkelen inkluderes i oppgaven uavhengig de kritikkverdige momentene.

(Béphage, 2005, s. 380-384).

5 Drøfting

For mange er det positivt å få bo hjemme. Det er en god opplevelse å mestre de dagligdagse oppgavene på egenhånd (Fjørtoft, 2016, s. 89). På den andre siden, kan det være utfordrende og ensomt å bo hjemme, særlig for dem som bor alene og ikke har nære pårørende. I mange slike situasjoner blir resultatet at vedkommende ufrivillig isoleres i eget hjem, uten særlig sosial kontakt (Fjørtoft, 2016, s. 89). I hjemmesykepleien møter man mange slike pasienter, hvor pleieren ofte er den eneste sosiale interaksjonen gjennom dagen. En stor andel av pasientene kan også ha depressive symptomer som enten ikke er oppdaget, eller som de ikke uttrykker høyt til andre. Resultatet av dette blir ensomme og meningsløse dager for mange eldre.

5.1 Relasjonens betydning i møte med den eldre hjemmeboende

Som nevnt i 3.1 beskriver Peplau (1991) sykepleie som en medmenneskelig og terapeutisk prosess, hvor relasjonen omhandler et individ som har behov for pleie og den som utøver pleien (s. 6-7). Dette anses videre som grunnlaget for en terapeutisk relasjon. I utviklingen av en terapeutisk relasjon er tillit og allianse de grunnleggende elementene (Gonzalez, 2021, s. 57). Dette innebærer at pasient og sykepleier utvikler et gjensidig tillitsforhold, basert på en samarbeidende allianse. For å skape et godt tillitsforhold og en samarbeidende allianse, er det viktig at sykepleieren er pålitelig og omsorgsfull, samt utøver sensitivitet og empati overfor pasienten (Gonzalez, 2021, s. 60; Kvaal, 2014, s. 447). En god relasjon avhenger også av adekvat kommunikasjon gjennom informasjon, lytting og tydelige avtaler (Gonzalez, 2021, s. 60). Relasjonen kan svekkes dersom avtaler ikke opprettholdes, om pasienten ikke føler seg sett og hørt, eller dersom sykepleieren ikke anerkjenner pasientens opplevelser.

Resultatet fra artikkelen til Wälivaara et al. (2013) viser at sykepleierne opplevde at relasjonen var det viktigste verktøyet de hadde i møte med eldre hjemmeboende (s. 91). Sykepleierne i studien beskrev at en trygg relasjon var like viktig uansett hvilken type sykdom pasienten hadde, men påpekte samtidig at relasjonen hadde større betydning for pasienter som kjente på ensomhet og reduserte muligheter for sosial kontakt (Wälivaara et al., 2013, s. 91). I artikkelen uttales det at «A trusting relationship could also contribute to make the person feel better» (Wälivaara et al., 2013, s. 91). Dette tydeliggjør at den terapeutiske

relasjonen kan utgjøre en forskjell, og at et forhold basert på gjensidig tillit, samarbeid og forståelse kan føre til en opplevelse av bedring for pasienten. Funn fra artikkelen til Liebel og Powers (2015), fremhevet også den terapeutiske relasjonen som et viktig verktøy. I denne studien følte alle sykepleierne at relasjonen hadde størst betydning for at pasientene skulle håndtere både funksjonsnedsettelse og depresjon (s. 455). Forfatterne fremhever i artikkelen at det er større sjanse for å adressere depresjon dersom relasjonen mellom pasient og sykepleier overgår de praktiske oppgavene (Liebel & Powers, 2015, s. 458).

Det kan likevel forekomme personlige utfordringer i utviklingen av en terapeutisk relasjon (Fjørtoft, 2016, s. 88; Gonzalez, 2021, s. 58). Eksempelvis er det ikke alle pasienter som ønsker å inngå en dypere relasjon, eller pasienten kan oppleve situasjonen som skamfull, og dermed ikke ønske å uttrykke sine følelser ytterligere. Ved dannelse av allianse og tillitsforhold er det viktig å ta pasientens opplevelse i betraktning, og å respektere et eventuelt ønske om å ikke danne en dypere relasjon. Peplau (1991) beskriver i sin teori at tidligere negative erfaringer kan bidra til at pasienten ikke aksepterer seg selv i møte med sykepleieren, og dermed ha redusert tiltro til at andre kan akseptere han for den han er (s. 31). Dette kan skape en barriere i et eventuelt relasjonsarbeid, ettersom pasienten kan ha vansker for å forstå at sykepleieren vil hjelpe ham uansett hvilke utfordringer han opplever. Utfordrende faktorer i relasjonsarbeidet understrekes også i artikkelen «Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences» (Wälivaara et al., 2013). Her trekkes blant annet tidligere negative erfaringer relatert til sykepleieren og pasientens ønske om avstand frem som årsaker (s. 91).

Resultatene viser at den terapeutiske relasjonen er betydningsfull i møte med depresjon og eldre hjemmeboende, men at det kan forekomme enkelte utfordringer i relasjonsutviklingen. Aktuelle tiltak for å minimere utfordringene må initieres på bakgrunn av den individuelle situasjonen, men essensen kan være lik i flere situasjoner. For de fleste kan det virke styrkende for relasjonen dersom sykepleieren anerkjenner pasientens tidligere negative opplevelser, og respekterer pasientens autonomi når en terapeutisk relasjon skal inngås. Mange eldre sliter med depresjon på egenhånd (Fjørtoft, 2016, s. 86). I slike tilfeller er det viktig at sykepleieren ikke gir opp i dannelsen av en terapeutisk relasjon, men likevel respekterer pasienten ved å ikke overstige vedkommendes grenser. Et annet eksempel er

dersom pasienten opplever depresjonen som skamfullt. Da er det viktig at sykepleieren ikke viser holdninger som kan svekke pasientens selvfølelse, som for eksempel at man ikke kommenterer på rot, urenslighet eller andre negative kommentarer om at pasienten ikke mestrer de daglige gjøremålene. Her er det viktigere at man samarbeider med pasienten ved å forsøke å motivere til bedring (Fjørtoft, 2016, s. 89). For å opprettholde pasientens tillit er det viktig at sykepleieren viser interesse gjennom kroppsspråket og holder avtaler som planlegges (Gonzalez, 2021, s. 60). Det terapeutiske arbeidet kan ved slike utfordringer ta lengre tid, men det kan avslutningsvis ha stor betydning for pasientens emosjonelle og mentale helse, som videre kan bidra til at de depressive symptomene reduseres. I møte med utfordringer er det viktig at sykepleieren gir pasienten den tiden vedkommende trenger, og samtidig motiverer til dagligdagse oppgaver, initierer til samtaler og forsøke å gjenoppta håp i pasientens liv. Dette kan styrke pasientens egen motivasjon, samt opplevelse av bedring.

5.2 Å møte pasientens behov

For at sykepleieren skal få en gjennomgående forståelse og oversikt over pasientens situasjon, er det viktig at kartleggingen av vedkommendes behov omfatter pasienten i sin helhet. Viktige områder for kartlegging nevnes i teori, 3.2.2. Sykepleieren må i tillegg kartlegge aktuelle symptomer relatert til depresjon, som fysiske symptomer og eventuelle tegn til demens (Tveito, 2021, s. 223).

Observasjoner om at hjemmet er rotete, at det er lite mat i kjøleskapet eller at oppvasken ikke er tatt, kan være tegn på at vedkommende ikke mestrer hverdagen som før eller at pasienten ikke har det bra (Fjørtoft, 2016, s. 174). Ved depresjon kan pasienten oppleve ensomhet, sosial isolasjon og redusert glede for tidligere interesser (Holsten, 2021, s. 102; Tveito, 2021, s. 224). Det er derfor viktig å kartlegge hvorvidt pasienten opprettholder sine interesser og hobbyer. Eksempelvis kan det være en pasient som vanligvis er glad i å gå på dagsenter, men som nå ikke orker eller ønsker lenger. Pasientens pårørende, venner og sosiale nettverk er også viktige indikatorer for pasientens livskvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 174). Pasientens evne til å ivareta personlige behov i form av hygiene, ernæring og eliminasjon bør kartlegges (Fjørtoft, 2016, s. 173-174), ettersom fravær av disse elementene kan indikere symptomer som redusert energi, meningsløshet eller nedsatt interesse for omgivelsene.

Pasientens opplevelse av egen situasjon bør inkluderes i kartleggingen, ettersom det er en innsamling av informasjon som sykepleieren ikke får gjennom egen observasjon (Fjørtoft, 2016, s.176). Dersom sykepleieren gjennomfører slik kartlegging i sin helhet, vil vedkommende kunne få verdifull informasjon om depressive symptomer, pasientens mål, ressurser og motivasjon til bedring. Et annet tiltak vil være å bruke kartleggingsverktøy for depresjon, som eksempelvis GDS eller MADRS. Slike verktøy kan gi gode indikasjoner for sykepleieren om hvilke tanker og følelser pasienten opplever, samtidig som det kan føre til at pasienten blir mer observant på egne følelser. «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» (Halvorsrud et al., 2014). Sitatet fra artikkelen til Halvorsrud et al. (2014), understreker Fjørtofts (2016) moment om helhetlig kartlegging.

I møte med pasienten får sykepleieren en forebyggende og helsefremmende rolle, hvor kartlegging av pasientens behov står sentralt. Peplau (1991) fremhever i sin teori at en pasient ikke kan prosessere ny informasjon med mindre det er en trygg relasjon mellom pasienten og sykepleieren, og at en slik relasjon utvikles når sykepleieren møter pasientens behov (s. 185). Dette viser at kartlegging og vurdering av pasientens behov er en av de viktigste grunnsteinene for en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier, men fremhever også betydningen av at sykepleieren faktisk *møter* og anerkjenner de gitte behovene. Den tredje fasen til Peplau (1991) gjenspeiler at når pasientens behov blir møtt og ivaretatt, vil sykepleierens muligheter til å iverksette aktuelle tiltak styrkes, og pasientens ressurser og deltakelse, bedres (s. 37). Dette argumentet understrekes i artikkelen til Béphage (2005), hvor forfatteren fremhever sykepleierens betydningsfulle rolle i å kartlegge og oppdage pasientens ønsker og behov (s. 383). Han legger særlig vekt på at sykepleiere har en mulighet til å observere aktuelle behov i andre omgivelser enn bare en samtale, som for eksempel i et stell. Han fremhever videre i sin artikkel at det er essensielt at sykepleieren og pasienten arbeider sammen om å møte pasientens behov, og at utviklingen av en god pasient-sykepleier relasjon vil forsterkes av at pasienten blir bemyndiget og involvert i møte med sine egne behov (Béphage, 2005, s. 382). Dette gjenspeiles i lovverk og de yrkesetiske retningslinjene. Gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), har pasienten rett på informasjon og medvirkning (§3-1 & §3-2), samtidig som sykepleieren er pliktig til å gi tilstrekkelig informasjon gjennom Helsepersonelloven (1999, §10). De yrkesetiske

retningslinjene fremhever sykepleierens ansvar for å ivareta den enkelte pasientens helhetlige behov (NSF, 2019). Det kan være styrkende for både tillitsforholdet og relasjonen at pasienten inkluderes og informeres om sin situasjon, samtidig som behovene ivaretas ved en helhetlig tilnærming.

Bakgrunnen for at pasienten eksempelvis ikke orker å gjennomføre daglige gjøremål, ikke engasjerer seg i tidligere interesser, eller isolerer seg fra andre, kan være relatert til depressive symptomer (Fjørtoft, 2016, s. 86). Sykepleierens rolle innebærer her å motivere pasienten til å gjenoppta interesser som er overkommelige, legge til rette for sosial kontakt (eksempelvis besøksvenn eller dagsenter), samt styrke pasientens mestringsevne og egne ressurser i møte med utfordringer (Tveito, 2021, s. 224). Pasienten kan eksempelvis oppleve passivitet (Fjørtoft, 2016, s. 89) og redusert energi (Kvaal, 2014, s. 443). Et eksempel på tiltak kan være hjemmehjelp som bidrar med vasking og rydding, slik at pasienten kan fokusere på andre bedringsområder. For pasienten kan det være vanskelig å møte sine egne behov ved depresjon, selv om vedkommende har et sterkt ønske om det. Det kan dermed være verdifullt for pasienten at sykepleieren anerkjenner og møter pasientens behov, i samarbeid med pasienten. Dette kan inkludere å motivere til interesser, hjelpe pasienten å ivareta personlig hygiene, eller å være til stede under måltider. Dersom sykepleieren tar seg tid til å kartlegge og vurdere alle aspekter ved pasienten, vil vedkommende få en bredere forståelse for pasienten i sin helhet, og et større grunnlag for å danne en relasjon. Det vil være lettere for pasienten å stole på sykepleieren, samt for sykepleieren å motivere pasienten til å møte sine egne behov, og dermed bidra til å redusere depressive symptomer.

5.3 Hjemmesykepleien - en arena for terapeutisk relasjon?

For å kunne se på den terapeutiske relasjonens evne til å redusere depressive symptomer, må man undersøke hvorvidt mulighetene for å utvikle en slik relasjon er til stede i hjemmesykepleien. For å danne en terapeutisk relasjon og et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier i hjemmesykepleien, er begge parter avhengig av tilstrekkelig tid og kontinuitet (Fjørtoft, 2016, s. 88). Dette er viktige momenter ettersom pasientens evne til å stole på sykepleieren avhenger av at sykepleieren tilbringer nok tid hos vedkommende, og

samtidig at det er kontinuitet i hvilken sykepleier som kommer innom. Likevel er tidspress og diskontinuitet to betydelige utfordringer i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s.164; Fermann & Næss, 2014, s. 255), og dermed også en utfordrende faktor for utviklingen av den terapeutiske relasjonen. Samhandlingsreformen og innføring av LEON-prinsippet har ført til at hjemmesykepleiens oppgaver blir mer omfattende og tidkrevende, samt at pasientgruppen blir større og bredere (Fjørtoft, 2016, s.152). Dette har ført til et større press på hjemmesykepleien som tjeneste, og har bidratt til at tidsintervallet hos hver pasient limiteres (Fjørtoft, 2016, s.152-153). Utfordringen med diskontinuitet kan eksempelvis være at det er usikkert hvilken sykepleier som kommer, og til hvilket tidspunkt vedkommende er der (Fermann & Næss, 2014, s. 255). Fravær av informativ og administrativ kontinuitet kan svekke den relasjonelle kontinuiteten, som videre kan hindre utviklingen av en god relasjon mellom pasient og sykepleier. En annen utfordring er sykepleierens kompetanse i møte med psykiske plager, og Fjørtoft (2016) bemerker at mange sykepleiere er usikre på hvordan de møter slik problematikk (s. 90).

Å oppdage endringer hos pasienten som tolkes som nedstemthet og tegn på depressive symptomer, krever mulighet til å lytte til pasienten og dermed bli kjent med pasienten over tid. Å åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon (21) og ikke minst at det er tid til å snakke sammen. (Halvorsrud et al., 2014)

Sitatet fra artikkelen «Hjemmesykepleien i møte med den nedstemte pasienten» (Halvorsrud et al., 2014), beskriver tiden som en viktig faktor i utviklingen av terapeutiske relasjoner. En av informantene i studien bemerker at det er et «hav av oppgaver» som skal løses, hvor oppdragene ofte har kort tidsintervall, streng prioritering og manglende kontinuitet (Halvorsrud et al., 2014). Artikkelen til Wälivaara et al. (2013) inneholder sitatet: «One example was limited time due to nurses' high workload, which meant that nurses sometimes had to cut down on time for building and maintaining relationships. Limited time could lead to a limitation of relationships and broken relationships» (s. 93). Sitatet viser at sykepleierne opplevde tiden som en krevende utfordring i relasjonsbyggingen, og at fravær av tid kunne svekke en allerede etablert relasjon. Fjørtoft (2016) beskriver også tid som en avgjørende faktor for god ivaretagelse av pasienten, og legger særlig vekt på at «den gode samtalen» og omsorg vil ta tid (s. 164). Dette understreker argumentet om at tidspresset kan

bli utfordrende for utviklingen av en terapeutisk relasjon i hjemmesykepleien. Béphage (2005) vektlegger at det krever tilstrekkelig kompetanse å oppdage og håndtere depresjon (s. 382), noe som understreker utfordringen om at sykepleiere ikke er sikre i møte med depresjon. Dette gjenspeiles i artikkelen til Liebel og Powers (2015), der flere sykepleiere uttrykte usikkerhet i møte med depresjon. Her ble det nevnt at de som var usikre unngikk å jobbe med deprimerte pasienter, eller brukte humor for å overskygge pasientens prat om depressive symptomer (s. 454). Dette understreker ytterligere viktigheten av tilstrekkelig kompetanse og veiledning i møte med depresjon.

Funnene viser at hjemmesykepleien som arena for utvikling terapeutisk relasjon er sentral, men at det forekommer utfordringer. Utfordringene kan være en kombinasjon av tidspress, diskontinuitet og usikkerhet relatert til egen kompetanse. Mulighetene for å redusere diskontinuitet og tidspress i hjemmesykepleien ligger hovedsakelig på systemnivå, hos den administrative ledelsen (Fjørtoft, 2016, s. 161), men det er enkelte tiltak sykepleieren kan bidra med. Eksempelvis kan man be den som er ansvarlig for å fordele pasientene om å ivareta kontinuitet ved at de samme sykepleierne får besøke de samme pasientene flere ganger i løpet av arbeidsuken. Etter hvert bør overgangen fra pleier til pleier være jevn, hvor man forsøker å minimere hvor mange som er innom i løpet av en uke. For å møte pasienten med større sikkerhet og kompetanse, kan lederne tilrettelegge for undervisning og veiledning relatert til problematikken (Fjørtoft, 2016, s. 162). Dette var et element som ble etterspurt av sykepleierne i studien til Liebel og Powers (2015) for å styrke sin kompetanse i møte med depressive symptomer (s. 454). Sykepleierne i artikkelen «Hjemmesykepleien i møte med den nedstemte pasienten» nevner det «lille ekstra» som et viktig tiltak i en tidsbegrenset hverdag. Det lille ekstra inkluderer samtaler, å bidra til nye eller utvidede tiltak og praktisk hjelp (Halvorsrud et al., 2014). Relasjonen mellom sykepleiere og pasienten fremheves her som et viktig moment. «Det lille ekstra» inkluderer gode tiltak som er viktige i en tidspresset hverdag, og kan bidra til at depressive symptomer både oppdages, behandles og reduseres. Eksempelvis kan samtaler føre til at symptomene oppdages, praktisk hjelp kan bidra til at symptomene behandles, og utvidede tiltak kan gi større mulighet for pleieren til å kunne iverksette tiltak som reduserer symptomene. Fjørtoft (2016) belyser at pasienter med psykiske plager selv bemerket tid til samvær og motivasjon fra sykepleier til å gjennomføre aktiviteter, som faktorer til bedring (s. 89). Dette viser at tid er et viktig element for

opplevelse av bedring, og at tilstrekkelig tid kan føre til at depressive symptomer reduseres. Resultatene fra både teori og artikler belyser at tidspress, manglende kontinuitet og usikkerhet kan påvirke den terapeutiske relasjonen. Funnene viser likevel at utviklingens grunnlag og muligheter for bedring ligger i sykepleierens evne til å iverksette tiltak basert på kunnskapen man tilegner seg og tiden man har til disposisjon.

5.4 Samtalen som et verktøy

En samtale er ikke ensformig, og det er individuelt hvilken type samtale som kan virke mest lindrende for pasienten. Samtalen er et virkemiddel som kan implementeres i Peplau's (1991) fire faser. Det innledende møtet i første fase vil være en samtale hvor pasient og sykepleier får en mulighet til å bli kjent. I den andre fasen kan samtalen brukes som et verktøy for at pasienten og sykepleieren sammen kan få en bredere forståelse av pasientens problem og behov. Den tredje fasen bidrar til at pasienten kan ta full nytte i sykepleierens kunnskap og funksjon. Samtalen kan da brukes for å avdekke hva pasienten ønsker at sykepleieren skal bidra med for å bedre pasientens situasjon. I den siste fasen vil samtalen være særlig viktig, for å anerkjenne relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Kvaal (2014) bemerker at samtalen er et viktig virkemiddel ved behandling av depresjon, og hennes tre kategorier for samtale kan alle ha en positiv effekt på pasientens depressive symptomer (s. 448). Eksempelvis kan den alminnelige samtalen om hverdagslige hendelser føre til at pasienten gjenoppretter kontakt med virkeligheten, etter en lengre tid i en meningsløs sirkel. På den andre siden kan det virke uinteressant for en som er deprimert å diskutere det nyeste tv-programmet. Den lindrende samtalen kan virke helende ettersom den gir rom for å lindre den psykiske smerten som pasienten bærer på. Dette innebærer at pasienten får mulighet til å uttrykke sine følelser på et dypere nivå, og forutsetter at sykepleieren tar seg tid til en samtale av lengre varighet. Den bekreftende samtalen kan virke positivt ved at pasienten får fortelle om sin opplevelse, og samtidig får bekreftelse fra sykepleieren om at opplevelsen er reell. «Den gode samtalen» kan brukes som en fellesbetegnelse på alle former for samtale, fordi den baseres på hva den enkelte pasient trenger i det aktuelle øyeblikket. I tillegg er «den gode samtalen» et uttrykk for at sykepleieren er tilstedeværende og faktisk tar seg tid til å samtale (Fjørtoft, 2016, s. 198).

Dette kan oppleves mer verdifullt for pasienten enn hva selve samtalen handler om. Uansett hvilken type samtale som inngås, er det viktig at sykepleieren anerkjenner og respekterer de tankene og følelsene pasienten ønsker å uttrykke. Fravær av disse momentene kan svekke pasientens tillit til sykepleieren, og føre til at pasienten lar være å uttrykke sine behov.

Samtlige artikler viser til samtale og kommunikasjon som et viktig moment i møte med pasienten. I artikkelen til Liebel og Powers (2015), uttalte informantene at de hadde fokus på vennlighet og engasjement i samtalen for å styrke båndet til pasienten. Resultatet av dette var at grensene mellom det profesjonelle og personlige ble redusert, og pasienten uttrykte følelser og tanker på et dypere nivå (s.458). Dette var også et resultat i studien til Wälivaara et al. (2013), som trekker frem at etter hvert som pasient og sykepleier ble bedre kjent med hverandre var det lettere å samtale om mer personlige områder (s. 91). Béphage (2005), nevner i sin artikkel at sykepleieren kan bruke den «uformelle» samtalen for å vurdere pasientens depressive symptomer og humørforandringer (s. 383). Dette understrekes av Halvorsrud et al. (2014) som belyser at samtalen kan bli brukt som en metode for å oppdage pasientens signaler og eventuelle symptomer, men vektlegger samtidig at det da kreves tilstrekkelig tid til å samtale. Kombinert viser funn fra artiklene at samtalen er et viktig verktøy i møte med den eldre hjemmeboende.

I sin helhet viser artiklene at samtalen er et viktig verktøy i dannelsen av en terapeutisk relasjon, men også i møte med depressive symptomer. Artiklene viser at samtalen skaper større rom for å oppdage depressive symptomer, samt bedre muligheter for at pasienten selv kan uttrykke sine tanker, følelser og behov. Peplau (1991), Kvaal (2014) og Fjørtoft (2016) understreker poenget om at samtalen spiller en viktig rolle i møte med pasienten. Her vektlegges kontinuerlig kommunikasjon og samtaler fra start til slutt i den terapeutiske relasjonen, som viktige elementer. Ved at sykepleieren setter av tid til å samtale med pasienten, enten det er en hverdagslig prat eller en samtale med dypere innhold, vil vedkommende kunne få viktige opplysninger om pasientens situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 198). Samtalen kan brukes for å vurdere hvilke aspekter som kan gi pasienten bedret livskvalitet, og dermed bidra til å redusere depressive symptomer. Slike faktorer er individuelle, men kan eksempelvis innebære dagsenter, fysisk aktivitet, sosial kontakt (Tveito, 2021, s. 223), matlaging, eller bare en enkel samtale om hvordan dagen har vært.

For mange kan det være nok å få uttrykke sine bekymringer til en annen person, særlig dersom vedkommende har lite sosial kontakt eller få pårørende. Resultatene viser at samtalsfunksjonen er variabel. Den kan ha en kartleggende funksjon i form av at sykepleieren lettere kan undersøke og vurdere pasientens behov, samtidig som den kan ha en lindrende effekt i form av at pasienten får uttrykke sine tanker, bekymringer og utfordringer. I tillegg kan samtalen ha en motiverende effekt, ved at sykepleieren oppmuntrer til aktiviteter og interesser som kan bidra til å redusere pasientens depressive plager. En kombinasjon av ulike former for samtale kan dermed virke lindrende og symptomreduserende i sin helhet for den enkelte pasient.

6 Konklusjon

Oppgavens hovedmål var å drøfte hvordan en terapeutisk relasjon kan bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende. Resultatet viser at hjemmesykepleien er en arena hvor sykepleieren kan bli kjent med pasienten i sin helhet. Å møte pasienten i sitt eget hjem gir større muligheter for å bli kjent med hvem pasienten egentlig er som person, både interesser, personlighet og livshistorie. Resultatene viser at det også kan forekomme utfordringer i møte med pasientene i hjemmesykepleien, som særlig går utover den terapeutiske relasjonen. Tidspress og kontinuitet er to av faktorene som kan svekke sykepleierens evne til å danne en trygg, gjensidig og pålitelig relasjon til pasienten. Funn fra artiklene vektlegger likevel at dersom sykepleieren prioriterer «det lille ekstra» i en travel hverdag, så kan det styrke den terapeutiske relasjonen ytterligere, uavhengig av hvor mye tid pasienten får. Samtalen som metode fremheves som et viktig verktøy her, ettersom det kan implementeres uansett hvilken situasjon man er i.

Hvordan kan den terapeutiske relasjonen bidra til å redusere depressive symptom hos den eldre hjemmeboende? Selv om alle situasjoner er individuelle, kan en kombinasjon av tillit, samarbeidende allianse, samtaler og en helhetlig behovstilnærming i møte med eldre hjemmeboende bidra til å redusere depressive symptomer. For å oppnå dette, kreves det en viss innstilling hos sykepleieren, som innebærer å bruke den tiden man har til disposisjon til å utøve noe meningsfullt. Dette kan inkludere å kartlegge pasientens behov, iverksette tiltak for bedring, motivere til tidligere interesser, samtale om noe pasienten ønsker eller å hjelpe pasienten til å ivareta egne behov. Relasjonen bygger på et gjensidig tillitsforhold og en samarbeidende allianse mellom pasient og sykepleier, hvor utfordringer som tidspress, kontinuitet og negative erfaringer stadig risikerer å svekke relasjonen. Når pasient og sykepleier allerede har dannet en respektfull, terapeutisk relasjon er det likevel mye som skal til for å svekke relasjonen. Relasjonen står sterkt dersom sykepleieren viser omsorg, varme og respekt, samtidig som vedkommende fremstår pålitelig og tilstedeværende overfor pasienten. For å redusere depressive symptomer må sykepleieren sammen med pasienten forsøke å overgå de eventuelle utfordringene som kan forekomme i relasjonen. Dette innebærer å ha god kommunikasjon, hvor begge parter kan uttrykke sine tanker og opplevelser. Dersom sykepleieren forsøker å møte pasienten gjennom en helhetlig

tilnærming i den terapeutiske relasjonen, hvor særlig kontinuerlig kartlegging, samtaler, motivering og «det lille ekstra» står sentralt, vil pasientens depressive symptomer kunne reduseres i stor grad.

Litteraturliste

Béphage, G. (2005). Health professionals need to be able to identify depression in older people. *British journal of nursing*, 14(7), 380-384.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.) Gyldendal akademisk.

Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 238-264). Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Forebygging. (2010). *LEON-prinsippet*.

<https://www.forebygging.no/ordbok/l-p/leon-prinsippet/>

Gonzalez, M.T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1 utg., s. 57-67). Gyldendal akademisk.

Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 244. [10.4220/sykepleienf.2014.0133](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133)

Helsebiblioteket. (u.å). *MADRS-S - Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (selvutfylling)*. Hentet 9.mars 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/madrs-montgomery-and-asberg-depression-rating-scale>

Helsedirektoratet. (2022). *Statistikk for helse- og omsorgstjenester 2020*.

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/statistikk-for-helse-og-omsorgstjenester-2020>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holsten, F. (2021). Stemningslidelser. I M.T Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1 utg., s. 101-114). Gyldendal akademisk.

Johannessen, T., Thorsen, O. & Usinger, L. (2021). *Depresjon hos eldre*.
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/depresjon-hos-eldre#fagmedarbeidere>

Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 438-451). Gyldendal akademisk.

Larsen, H. & Schei, A. (2021). *Mye forskning er satt på vent under pandemien*.
<https://khrono.no/mye-forskning-er-satt-pa-vent-under-pandemien/568518>

Liebel, D.V. & Powers, B.A. (2015). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *The Gerontologist*, 55(3), 448–461.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt125>

Norsk Helseinformatikk. (2020). *Depresjon hos eldre*.
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>.

Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Sjøset, M.E. & Helgesen, A.K. (2021). Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 109(87177). [10.4220/Sykepleiens.2021.87177](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87177)

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1 utg.). Universitetsforlaget.

Tveito, M. (2021). Psykiske lidelser hos eldre. I M.T Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1 utg., s. 222-231). Gyldendal akademisk.

VID. (2020). *Retningslinjer for oppgaveskriving APA 7 (norsk versjon)*.
<https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>

Wälivaara, B. M., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2013). Caring relationships in home-based nursing care-registered nurses' experiences. *The Open Nursing Journal*, 7(89), 89-95.

World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>