

# » Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Forfattere: Liv Halvorsrud,  
Ingun Pahr, Lisbeth G. Kvarme

## NØKKELOD

- Eldre
- Hjemmesykepleie
- Depresjon
- Livskvalitet

## INNLEDNING

Depressive symptomer hos eldre kan forveksles med andre lidelser eller med utfordringer ved det å bli eldre. Dette kan bidra til at eldre med mild grad av depresjon blir underdiagnostisert og ikke får behandling (1–3). Mild grad av depresjon antas å ramme om lag 25–35 prosent av mennesker over 65 år (4). Man forventer også tilsvarende forekomst blant dem som mottar hjemmebaserte tjenester i Norge (2012; N = 271.530) (5). Litteraturen beskriver at hjemmesykepleieren har en unik mulighet til å oppdage denne pasientgruppen (6).

Depressive symptomer av ulik grad er en av de viktigste årsakene til emosjonelle plager blant eldre (7). Man kan forstå symptomene som en reaksjon på utilstrekkelig mestring av tapsituasjoner (8). Eldre er særlig utsatt for å oppleve tap av helse og sosialt nettverk. De kan i til-

legg ha redusert evne til mestring av daglige utfordringer og negative livshendelser grunnet svekket energi og tilpasnings- evne (6, 9). Depressive symptomer har vist seg å ha betydelig negativ påvirkning på livskvalitet (10–12) og det kan medføre økt bruk av helse- og sosiale tjenester (13). Tidligere studier har vist at mer sosialt samvær (14) og enkle kognitive teknikker (15) kan være tiltak i møte med eldre med psykiske plager. Ory et al. (16) vektlegger at samtaler med helsepersonell kan føre til mestring av kronisk sykdom, færre innleggelses og mindre bruk av andre helsetjenester. Halvparten av hjemmesykepleierne (N= 1594) i en norsk studie rapporterte at tiden ikke strakk til for å dekke den enkelte pasients behov (17). Det kan synes som om hjemmesykepleierens handlingsrom er begrenset og at det er organiseringen som styrer tjenesten og ikke kontinuitet og hjemmesykepleierens faglige vurderinger (18,19).

Hovedmålet med denne studien er å bidra til kunnskap om hvordan hjemmesykepleier beskriver pasienter med mild depresjon, som omtales som nedstemte, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen innen hjem-

mesykepleierens handlingsrom. Dette beskrives gjennom spørsmålene:

- Hvordan beskriver hjemmesykepleier den nedstemte pasienten?
- Hvilke tiltak iverksetter hjemmesykepleier for å hjelpe den nedstemte pasienten innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom?

## METODE

### Design

Studien benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer

### Hva tilfører denne artikkelen:

Studien viser at hjemmesykepleieren identifiser pasienter med mild depresjon gjennom endringer i pasientens vanter mønster og forsøker å gi «litt ekstra» ved å skyve på andre oppgaver på arbeidslisten.

### Mer om forfatterne:

Liv Halvorsrud er sykepleier og førsteamanuensis ved institutt for sykepleie, HiOA. Ingun Pahr er sykepleier med viderutdanning i psykisk helsearbeid og høgskolelektor ved Høyskolen Diakonova. Lisbeth G. Kvarme er helsesøster og førsteamanuensis ved institutt for sykepleie, HiOA. Kontaktperson: liv.halvorsrud@hioa.no.

(20). En veiledende intervjuguide (tabell 1) med åtte åpne spørsmål basert på tidligere forskning, erfaring og knyttet til forskningsspørsmålene, ble benyttet. Intervjuformen er fleksibel og muliggjør oppfølgingsspørsmål for mer dybde og forståelse (20). Gjennom at forskerne er lyttende, avventende og utforskende, gis informantene mulighet til å komme fram med sine erfaringer og tanker. I forkant av intervjuet besvarte informantene skriftlig på seks sosiodemografiske spørsmål.

#### Informantene

Ti kvinnelige hjemmesykepleiere i alderen 30–56 år deltok i studien. Alle var fra et byområde i Norge. De hadde vært utdannet sykepleiere i 2–23 år og hadde arbeidet fra 1,5–16 år i hjemmesykepleien. En av informantene hadde en videreutdanning og to hadde tilleggsoppgaver for bestemte prosedyrer. Leder for hjemmesykepleien rekrutterte informantene. Forskerne henvendte seg både muntlig og skriftlig til lederen og presiserte at det var frivillig å delta i studien. Inklusjonskriteriene var minimum 50 prosent stilling og mer enn seks måneders erfaring som hjemmesykepleier.

#### Etiske hensyn

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og undertegnet samtykkeerklæring. For å ivareta anonymiteten er type videreutdanning og tilleggsoppgaver ikke beskrevet. Ingen av forfatterne deltok i rekrutteringen av informanter eller kjente dem fra før. Dette for å unngå at informantene skulle føle seg presset til å delta. Tredje forfatter har kun hatt tilgang til avidentifisert materiale (transkriberte intervjuer). Stu-

dien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

#### Datasamling

I intervjuet ble informantene bedt om å beskrive ulike tegn på nedstemthet hos pasientene. De ga eksempler og beskrev hva som skiller en nedstemt pasient fra en pasient med diagnosen depresjon. Videre beskrev informantene aktuelle tiltak de benyttet ovenfor nedstemte pasienter. Informantenes arbeidssituasjon ble utforsket for å få en forståelse for hvilke rammer de arbeidet under. Førsteforfatter ledet intervjuet mens andre forfattere lyttet og kom med eventuelle tilleggs-spørsmål på slutten av intervjuet. Hvert intervju varte fra 45–60 minutter, intervjuet ble tapet og det foregikk i et egnet rom på informantenes arbeidssted. (Se tabell 1.)

#### Analyse

Vi benyttet en beskrivende temacentrert analysemetode i fire trinn inspirert av Kvale og Brinkmann (20). Dette ga oss muligheten til å gå i dybden på enkelte temaer. Vi startet intervjuet med oppklarende spørsmål og oppsummeringer av svarene på disse, slik at informantene kunne bekrefte eller avkrefte utsagnene. Etter nøye gjennomlesing av teksten som helhet, ble tekst som ikke var relevant satt til side. Den gjenværende teksten ble foreløpig grovsortert i meningsbærende enheter (trinn en) ut fra hovedområdene i intervjuguiden. Disse meningsbærende enhetene ble fortettet til kortere enheter om hva teksten handler om (trinn to – meningsfortetning). Gjennom flere gjennomlesninger ble meningsforteningene forsøkt sortert i et mønster av tema og undertemaer (trinn tre). Siste trinn i analysen var å rette et reflekterende blikk på informan-

**TABELL 1:** Intervju guide \*

1. Kan du kort beskrive din jobb?
2. Hvordan oppfatter du begrepet nedstemt?
3. Hvordan vil du beskrive en bruker som du vil karakterisere som nedstemt? Gi eksempler.
4. Kan du gi eksempler på hva vedtaket til disse brukerne inneholder?
5. Hva er forskjellen på nedstemte brukere og deprimerede brukere?
6. Hvilke tiltak setter du i verk i møte med nedstemte brukere?
7. Samarbeider med andre i lokalsamfunnet for å få utrettet disse strategiene, men kan og vil arbeide alene om nødvendig.
8. Hvis du fikk mulighet til å utvikle et helhetlig tilbud til den nedstemte brukeren, hvordan ville det se ut?

\* Utdypende spørsmål er utelatt

tenes utsagn og utvikle sentrale temaer. Tematiseringen ble organisert i et matriseskjema (se tabell 2) ut fra informantens utsagn slik forskerne fortolket dem (20). Første forfatter transkriberte seks intervjuer og andre forfatter fire. Materialet er i sin helhet lest gjentatte ganger av første og annen forfatter. Tredjeforfatter leste et intervju i sin helhet samt kontrollerte utdrag fra den kondenserte teksten og sammenliknet med transkribert tekst. (Se tabell 2.)

#### RESULTATER

I denne studien fant vi to sentrale temaer ut ifra informantens utsagn. Det ene sentrale temaet er endring i pasientens vante mønster som kjennetegn på den nedstemte pasienten med depressive symptomer. Det andre sentrale temaet er «det lille ekstra». Begge de sentrale temaene kan forstås i lys av hvordan hjemmesykepleieren beskriver sin arbeidsdag.

#### Endring av vante mønstre

Endring av pasientens vante mønster kan være tristhet,

**TABELL 2:** Eksempel på analysematrise inspirert av Kvale og Brinkmann (2009)

Hva blir sagt (Meningsbærende enhet)	Hva snakkes det om (Meningsfortetning)	Tema/Subtema	Sentralt tema
De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket .. ser sånn trist ut.	Ser på kroppsspråket	Ser trist ut	Endret atferd
Når jeg kommer til disse som er litt lei seg, så er det å vise at du har tid, selv om du bare har ti minutter. At du kommer rolig inn og setter deg ned og viser at du har tid.	Vise at du har tid selv om du har liten tid	Lytte og være til stede Samtale	Lille ekstra

økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endringer i kroppsspråket. Informantene opplever at godt kjennskap til pasienten er nødvendig for å se disse endringene. Dessuten må pasienten få tilstrekkelig tid til å fortelle om hvordan de har det. En informant sier det slik: «De trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket ... ser litt sånn trist ut. Jeg ser at de kunne ha trengt noen å dele ting med da ... kan virke litt apatiske. Ja, de har kanskje dårlig nettverk». Videre medvirker kjennskapet til pasientens totale situasjon (for eksempel, sykdom, rus, tap og sorg) til at hjemmesykepleier kan se aktuelle endringer i sammenheng med andre viktige hendelser i pasientens liv. En annen informant sier: «Det går nedover med ham, litt dement, ganske rotete. Det ser ikke ut der. Det er ikke den levemåten en vil ha ... Det har vært en periode da han nesten ikke har spist.» Sorg pekes også på som en bakenforliggende hendelse til nedstemthet: «...har mistet konen sin. Jeg tror han kanskje sliter med selvfølelsen. Han har på en måte låst seg litt». Den nedstemte

pasienten beskrives i hovedtrekk som en som «sliter» og dermed ikke klarer å løse de utfordringene livet byr på. Informantene forteller om «tunge og sterke» historier knyttet til sykdom, sosiale problemer, rusproblematikk eller familiekonflikter. Dette er situasjoner informantene forteller om og som de i liten eller ingen grad har mulighet til å møte verken der og da eller ved senere besøk.

#### «Det lille ekstra»

Hensikten med «det lille ekstra» er å sette i verk tiltak slik at pasienten kommer ut av nedstemtheten. En informant sier at det er for «å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem». Informantene

” Eldre er særlig utsatt for å oppleve tap av helse og sosialt nettverk.

forteller om hva de selv prøver å gjøre innenfor den tiden de har tilgjengelig ut ifra arbeidslista. Men de peker også på tiltak som krever utvidet tid og endret eller nytt vedtak. Det sentrale temaet; «det lille ekstra», bygger på tre temaer: Samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidete vedtak. Relasjonen mellom pasi-

ent og sykepleier nevnes sammen med tiltakene.

#### Samtale

En informant sier: «Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede». Samtidig er «mange (pasienter) trege» og trenger tid til å åpne seg. En måte sykepleierne kan fange opp pasientens signaler på er ved å sette av tid til samtale. En pasient fortalte informantene at hun hadde vært korsanger. Dette medførte at informantene begynte å synge sammen med pasienten. Dette vekket gode minner hos pasienten. Å lytte til pasientens livshistorie skaper forståelse hos hjemmesykepleieren: «Det er veldig mange som har behov for å meddele sin historie ... og da kan du kanskje forstå litt mer om hvorfor de er nedstemte». En tredje side ved samtalen er nettopp å forstå den nedstemte pasienten bedre. En informant sier at hun intuitivt skjønner at pasienten «bærer på noe», men at hun (informanten) ikke sier noe, hun er bare stille og utfører oppgaven». En annen nærmer seg pasienten ved å begynne «å spørre litt sånn forsiktig» om hva som plager pasienten. En informant beskriver en pasients behov slik: «Det kan være tidspress, men jeg tar meg litt tid for de trenger å ha

mennesker rundt seg. De trenger bare lite grann, det trenger ikke å være lange samtaler. For dem betyr det mye om de kan få fem minutter ekstra». Samtalen kan være om dagligdagse emner slik som aktuelle TV-programmer. Informantene sier at pasienten trenger en å snakke med og at man på den måten bidrar til

trivsel: «Det skulle ha vært en trivselssykepleier som kunne gå rundt å ha tid til å prate».

### Praktisk hjelp

Praktisk hjelp utover vedtaket ytes ut fra hvordan hjemmesykepleieren vurderer pasientens dagsform: «Ofte kan jeg gjøre ekstra ting som ikke står på oppdraget (vedtaket) som å ta ut søpla for dem, ta inn avisen, eller ta litt oppvask». Dette gjøres for å skape mer hygge for pasienten. Samtidig vektlegger informantene den knappe tiden de har til rådighet.

### Bidra til nye eller utvidete tiltak

En av informantene forteller om hvordan hun gjennom flere besøk snakket med og motiverte en pasient til å søke vedtak om dagsenter. Informanten forteller historien om pasienten som har vært «så lenge hjemme at det kan være vanskelig å treffe nye mennesker». Hun avslutter historien ved å peke på at noen skulle ha fulgt pasienten til dagsenteret de første gangene. Støttesamtaler er et annet vedtak informantene foreslår for pasientene: «Det kan gå så langt at hun kan få psykisk støttesamtale». Støttesamtaler

Det er nærmest en konstant balansegang mellom pasientens behov for sykepleie og tiden som er satt av til oppdraget. Informantene beskriver at de forsøker å gi «det lille ekstra»-tiltaket i en travel arbeidsdag. En informant sier 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 sier de har «egne pasienter som vi er tjensteansvarlig for», er det ikke alltid det fungerer slik at de får «sine» pasienter.

### DISKUSJON

Samlet sett har informantene i vår studie lang arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Dette bidrar til at de er i stand til å identifisere endringer hos pasienten som kan være tegn på nedstemthet. Alle informantene forteller om ekstra tiltak i forhold til denne pasientgruppen. De vektlegger at de ekstra tiltakene, som ikke er vedtaksfestet, må skje samlet innenfor vedtakstiden i forhold til dagens arbeidsliste.

Å oppdage endringer hos pasienten som tolkes som nedstemthet og tegn på depressive

(22). Identifisering av depressive symptomer ved å se etter endring i pasientens vante mønster, fordrer at hjemmesykepleieren har så vel generell som spesifikke kompetanse i geriatrisk sykepleie (23, 24). Forskning 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 (1, 3). Sykepleiere i kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle når det gjelder å identifisere pasienter med mentale vanskeligheter og forstå hvilke faktorer og hvilke tiltak som bidrar til deres livskvalitet (25).

Samtalen spiller en rolle i alle tiltakene informantene benytter i møte med den nedstemte pasienten. Informantene peker på relasjonens betydning og det å være aktivt til stede i situasjonen. Hummelvoll (21) vektlegger nettopp relasjonens betydning for at pasienten mestrer psykiske helseplager. Lamers et al. (15) fant at få planlagte samtaler (over fire-åtte uker) basert på teori om mestringsforventning og kognitiv tilnærming, bidro til at pasienten mestret sine milde depressive symptomer. Samtalene ble utført av samme hjemmesykepleier i pasientens hjem. Lignede tiltak har vært utprøvd blant brukere av seniorsentre i Norge (26). En ny norsk studie av Skatvedt og Andvig (14) peker på betydningen av nettopp enkle tiltak for at eldre med psykiske helseproblemer skal få det bedre. Pasienter og pårørende i studien til Skatvedt og Andvig (14) understreker at det er viktig med en viss pågåenhet i samtalen. Det kan tenkes at planlagte samtaler med kognitiv tilnærming slik Lamers et al. (15) foreslår, kan bidra til

” De trenger ikke si det med ord.  
Det er væremåten og kroppsspråket.

utføres av ansatte i hjemmesykepleien i informantens distrikt. Når en pasient har støttesamtale forteller informantene at det ikke er tid til å planlegge denne. Man engasjerer frivillige organisasjoner som tiltak for å følge pasienten til lege eller sykehus. Frivillige blir ikke benyttet til å besøke pasienten, og heller ikke til samtale eller praktiske oppgaver.

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. Selv om hjemmesykepleiere gjør så godt de kan, viser en nasjonal brukerundersøkelse at pasienter og pårørende er misfornøyde med ansattes mulighet til å lytte

at pasienten og pårørende opplever samtalen som mer pågående. Skatvedt og Andvig (14) fant også at både pasientene og pårørende savnet kontinuitet i hjemmesykepleien.

Kontinuitet, som studiene over framhever, var historisk sett innbakt i hjemmesykepleien helt fra menighetspleiens tid på begynnelsen av 1900-tallet (27). Imidlertid viser en ny intervjustudie blant ledere i hjemmetjenesten (N=16) at en rekke forhold hindrer kontinuitet (28). Et forhold, som vanskeliggjør kontinuitet, er hensynet til hvilken kompetanse som kreves i de daglige oppgavene. Hensynet til hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgaven kan bli styrende framfor hensynet til kontinuitet i pasientkontakten. Vår studie viser at man vektlegger tiltak i forhold til depressive symptomer i hjemmesykepleien, men at det er liten mulighet til å planlegge denne typen tiltak. Gautun og Hermansen (17) hevder at denne reduserte faglige friheten til å yte tilstrekkelig sykepleie, i noen tilfeller tilskrives organisering i bestiller-utførermodellen. Den reduserte faglige friheten samsvarer ikke med de oppgaver sykepleierne er satt til å utføre. Informantene i vår studie viser gjentatte ganger til tidspress og hvilken mellomposisjon de befinner seg i. Dette samsvarer med Lipskys (29) teori om bakkebyråkratene som kjennetegnes ved at de ansatte er i et krysspress mellom organisasjonens mål og krav, og pasienters ønsker. Dette fører til at ansatte ikke kan gjøre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte. Informantene balanserer mellom presset av køen av oppgaver samtidig som de strekker seg langt for pasienten.

Til tross for krysspresset informantene arbeider under,

kan man likevel etterspørre om hjemmesykepleiere reflekterer over tiltak rettet mot samfunnet, slik som utvikling av frivillig besøkstjeneste, sosiale aktiviteter, bruk av ny teknologi, utforming av bomiljøer og tiltak av mer forebyggende karakter. Litteratur og utdanning vektlegger individ- og samfunnsnivå (30, 31), men forskning viser at hjemmesykepleiere er mest opptatt av individnivå og mindre opptatt av samfunnsnivå (32).

#### **Styrke og begrensninger**

Informantenes brede erfaringer i hjemmesykepleie bidrar til studiens gyldighet i forhold til hjemmesykepleiere generelt. Dessuten underbygges deres utsagn av annen forskningslitteratur. Informantene

vi har sett etter i analysen. For å unngå bias har vi tenkt gjennom vår kjennskap til kommunehelsetjenesten (33), men det har også vært en styrke og mulighet til å forstå informantene bedre.

#### **KONKLUSJON**

Hjemmesykepleieren identifiserer 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. Kjennskap til pasienten er vesentlig for å se endringen og skille den fra andre tilstander. Hjemmesykepleier iverksetter ulike tiltak i forhold til den nedstemte pasienten. Tiltakene, som ikke er en del av pasien-

” Jeg setter meg ned og snakker med dem, er til stede.

arbeider i samme distrikt i en by. Imidlertid kan hjemmesykepleiere i mer landlige strøk ha en annen prioritering og organisering. Dette kan gi en annen kjennskap til pasienten og iverksetting av andre tiltak. Alle informantene er kvinner. Det er mulig at menn kunne ha bidratt med andre synsvinkler.

Informantene ble rekruttert av sin leder. Dette kan ha bidratt til at de synes det var vanskelig å avslå å delta. Imidlertid ble det vektlagt frivillighet under rekrutteringen av informantene.

Det kan stilles spørsmål ved om ti intervjuer var nok. I ettertid ser forskerne at informantenes relasjonen til pasienten kunne ha vært bedre utforsket. Alle tre forfatterne har via studenter kontakt med kommunehelsetjenesten. Denne førforståelsen kan ha bidratt til en bedre utforskning av problemstillingen, men på den annen side kan det ha påvirket det

tens vedtak om hjemmesykepleie, beskrives som «det lille ekstra». Samtaler fra dagligdagse emner til utforskning av hva pasienten «bærer på» er vesentlig i det «lille ekstra». I tillegg tas det initiativ til å utvide vedtaket, for eksempel ved støttesamtaler eller dagsenter. Hjemmesykepleieren forsøker å utføre dette «lille ekstra» ved å skyve på andre oppgaver på sin arbeidsliste. Mangelen på mulighet til kontinuitet frarøver hjemmesykepleieren en faglig frihet til å iverksette oppfølging over tid. Tiltak utover individuelle tiltak er fraværende. I en hektisk hverdag kommer hjemmesykepleien i et krysspress mellom pasienten på den ene siden og organisasjonens krav på den annen siden.

#### **Implikasjoner**

Studien peker på implikasjoner for klinikk og forskning. I klinikken er det behov for systematisk

å kartlegge pasienter med depressive symptomer og iverksette systematiske tiltak både på individ og samfunnsnivå. Sistnevnte er især av forebyggende karakter. Ut fra forfatterens erfaringer er det svært lite forskningskunnskap på

dette området. Videre trengs det mer forskning på hvilken kompetanse hjemmesykepleieren trenger for å identifisere den nedstemte pasienten og ikke minst utvikle kunnskap om hvordan man kan skape en god relasjon mellom

pasienten og hjemmesykepleieren. Forskning på intervensjoner ved depressive symptomer, som kan utføres av hjemmesykepleier, etterlyses også. Disse forskningsområdene kan generere kunnskap både til klinikk og utdanning.

#### REFERANSER

1. Eliopoulos C. Gerontological nursing. Philadelphia, Pa.: Kluwer/Lippincott; 2013.
2. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: 2010.
3. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis: lærebok (Age Psychiatry in Practice: Textbook). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008.
4. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet 2011.
5. Statistisk sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2012, førebelse tal: Statistisk sentralbyrå; 2013 [Nedlastet 2013 15.12].
6. Ebersole P, Hess P, Luggen AS. Towards healthy aging. Human needs and nursing response. St. Louis: Mosby; 2004.
7. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. Focus. 2009;7:118-36.
8. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley; 1999.
9. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
10. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes towards aging in an international sample of older adults. Gerontologist. 2008;48:593-602.
11. Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth Å, Kalfoss M. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Pract. 2010;24:241-2.
12. Netuveli G, Blane DB. Quality of life in older ages. Br Med Bull. 2008;85:113-26.
13. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract. 1994;11:260-6.
14. Skatvedt A, Andvig E. Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. Sykepleien Forskning. 2014;9:64-70.
15. Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Kempen GJM, Meijer JAMJ, Penninx BWJH, et al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. Psychother Psychosom. 2010;79:217-26.
17. Gautun HH. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. FAFO, 2011.
16. Ory MG, Ahn S, Jiang L, Lorig K, Ritter P, Laurent DD, et al. National study of chronic disease self-management: six-month outcome findings. J Aging Health. 2013;25:1258-74.
18. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning. 2012;7:280-5.
19. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home health-care services. J Adv Nurs. 2013.
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
21. Hummelvoll JK, Buus N, Dahl TE, Eriksson BG, Barbosa da Silva A, Jensen P, et al. Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed. København: Hans Reitzels; 2012.
22. Direktoratet for forvaltning og IKT (difi). Tilfredshet med offentlige tjenester. Innbyggerundersøkelsen om hjemmesykepleie. 2013 [Nedlastet 2013 15.12].
23. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. 3 b. : ill. p.
24. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten (Geriatric Nursing: Good care for the old patient). Oslo: Gyldendal Akademisk 2008.
25. Catten M. Mental health issues for older people. In: reed J, Clarke C, Macfarlane A, editors. Nursing Older Adults. Maidenhead: McGraw-Hill; 2011. p. 251-72.
26. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatrics. 2012;12:27.
27. Glavin K, Kvarme LG. Helsesøstertjenesten fra menighetspsykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe; 2003.
28. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. J Nurs Manag. 2013;21:182-90.
29. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
30. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008.
31. Keller LO, Strohschein S, Schaffer M. Cornerstones of public health nursing. Public Health Nurs. 2010.
32. Glavin K, Schaffer M, Halvorsrud L, Kvarme LG. A Comparison of the Cornerstones of Public Health Nursing in Norway and in the United States. Public Health Nurs. 2013;31:153-66.
33. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012.