



*Hvordan kan sykepleier anvende recovery til eldre  
hjemmeboende pasienter med depresjon?*

Kandidatnummer: 1132

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 9677

21.03.2019

«The goal of recovery is not to get mainstreamed. We don't want to be mainstreamed. We say let the mainstream become a wide stream that has room for all of us and leave no one of us stranded» (Deegan 1996 i Karlsson & Borg, 2018, s.80).

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Depresjon er den psykiske lidelsen som forekommer hyppigst hos eldre, og er både underdiagnostisert og underbehandlet. Oppgaven vil gi et innblikk i hvordan sykepleier kan anvende en recovery-orientert praksis til eldre hjemmeboende diagnostisert med depresjon, og videre se på sykepleiers rolle i recovery-arbeidet med den eldre i hjemmesykepleien.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier anvende recovery til eldre hjemmeboende pasienter med depresjon?»

**Metode:** Retningslinjene for denne bacheloroppgaven er den litterære oppgaven. Det er benyttet nyere forskning- og faglitteratur som er aktuell for min problemstilling.

**Sammendrag:** I recovery er det nødvendig å legge til rette for en praksis som bidrar til at den eldre kan utnytte sine ressurser. Et godt samarbeid mellom den eldre og sykepleier er essensielt. Sykepleier bør ha kunnskaper om blant annet depressiv lidelse, relasjoner og en evne til å utvikle en forståelse av den eldre. Det er også nødvendig med et tverrfaglig team med en aktivt deltakende sykepleier.

# Abstract

**Background:** Depression is the most common mental disorder in the elderly, and it's both underdiagnosed and undertreated. This thesis will provide an insight into how nurses can apply a recovery-oriented practice to elderly with depression living at home. Further, it will look at the nursing role in the recovery treatment.

**Research question:** «How may nurses use recovery for elder pasients living home with depression?»

**Method:** The guidelines for this bachelor are the literary thesis. There have been used newer research and academic literature which is relevant for my reserach question.

**Summary:** In recovery, it is about to facilitate a practice so that the elderly`s strenghts can be used. A good collaboration is essential between the elderly and the nurse. The nurse should also have knowledge of depression, relationships and an ability to develop an understanding of the elderly. A multidisciplinary team with an actively participating nurse is also necessary.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	III
Abstract.....	IV
1 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans .....	7
1.4 Oppgavens avgrensning.....	8
1.5 Begrepsavklaring.....	8
2 Metode.....	9
2.1 Søkestrategi.....	9
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	12
2.3 Kildekritikk .....	12
2.4 Etiske vurderinger .....	13
3 Når de hverdagslige gledene forsvinner .....	14
3.1 Depresjon hos eldre .....	14
3.1.1 Diagnostikk.....	15
3.2 Recovery til eldre hjemmeboende.....	18
3.2.1 Den personlige recoveryprosessen.....	20
3.2.2 Et holistisk menneskesyn.....	21
3.2.3 En samarbeidsrelasjon .....	22
3.2.4 Sosial tilhørighet .....	23
4 Å være en følgesvenn .....	25
4.1 Depresjon hos eldre .....	25
4.2 Recovery som behandlingsmetode.....	26
4.3 Sykepleiers rolle i recovery .....	29
4.4 Recovery til hjemmeboende .....	32
5 Oppsummering.....	35
6 Litteraturliste.....	36

# 1 Innledning

Den psykiske lidelsen som forekommer hyppigst hos eldre er depresjon (Eskeland, 2017, s.147). Sammenlignet med den øvrige befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon dobbelt så høy i aldersgruppen 70-85 år (Norsk Helseinformatikk, 2018). Lidelsen er knyttet til betydelig økt dødelighet, og kan være invalidiserende og en stor byrde både for pasienten og pårørende (Kvaal, 2015, s.442). Forekomsten av behandlingstrengende depresjon hos eldre over 65 år er nesten 20 prosent, og av disse har 2-4 prosent alvorlig (psykotisk) depresjon (Eskeland, 2017, s.147).

I de senere årene har kommunene fått flere oppgaver og større ansvar innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, bakside). Birkeland hevder at eldre mennesker som mottar hjelp av hjemmesykepleien i mange tilfeller er ekstra eksponert for depressive reaksjoner, særlig fordi de kan ha en kombinasjon av flere sykdommer og er ofte utsatt for ekstreme belastninger både fysisk, psykisk og sosialt. Det stilles store krav til tjenestene og vi ser at psykiske lidelser er blant sykdommer som er i sterk vekst (Birkeland & Flovik, 2018, s.12). Tallene for utbredelsen av milde depressive lidelser hos hjemmeboende eldre varierer mellom 8% og 23%, og for alvorlig depresjon mellom 2% og 5% (gjengitt av Kvaal, 2015, s.443). Depresjon er ikke en naturlig del av de eldres alderdom, og tilstanden er underdiagnostisert og underbehandlet blant eldre (Norsk Helseinformatikk, 2018). Kvinner har høyere forekomst av depresjon enn menn (gjengitt av Kvaal, 2015, s.443). Det fins ingen sikre forklaringer på hvorfor både depresjon og angst forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn, men det er knyttet til lavere økonomiske forhold, sivilstatus og samsykdommer som for eksempel kroniske somatiske sykdommer (Kvaal, 2015, s.443).

Recovery innen psykisk helse har stadig fått mer oppmerksomhet, og blitt et integrert aspekt i den hverdagslige praksisen innen psykisk helsetilbud (Karlsen et al., 2012, s.8). «Pasientens helsevesen», «Se meg» og «Pasienten først» er slagord som ble gjentatt i alle viktige stortingsmeldinger i 2016 og er uttrykk for hvilke retninger den sittende regjeringen ønsker å utvikle i hele helsesektoren (Karlsson & Borg, 2018, s.27). Ut i fra Meld.St.26 (2014-2015) mener Stortinget at det kreves endringer i helse- og omsorgstjenesten, hvor dette bare kan skje ved at pasienten er den som er i førersetet og deltar i alle avgjørelser vedrørende seg selv og de tilbud personen tilbys (s.9). Vi som pasienter skal være i sentrum, ha frihet til å kunne velge, og det skal ikke tas noen beslutninger om meg uten meg (Karlsson & Borg, 2018, s.27).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Både i praksis og jobbsammenheng i hjemmesykepleien har jeg møtt flere eldre med psykiske utfordringer, uten at de får optimal hjelp. Generelt har jeg et inntrykk av at den hjelpen hjemmetjenesten ofte yter er knyttet til det fysiske og praktiske, og at det er lite oppmerksomhet rettet mot de psykiske utfordringene. Begrepet recovery bemerket jeg meg da jeg hadde praksis i psykisk helse og ble veldig nysgjerrig på behandlingsmodellen. Særlig fanger verdigrunnlaget meg, og at individet får hjelp i omgivelsene personen bor i, sin sosiale sammenheng (Karlsen et al., 2012, s.28). Det vil si at man også er med på å utvikle et mer inkluderende samfunn for de som har psykiske problemer (Karlsen et al., 2012, s.28). Begrepet rommer derfor noe jeg synes er svært viktig og som jeg ønsker at flere eldre med depresjon og andre psykiske lidelser får oppleve.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier anvende recovery til eldre hjemmeboende pasienter med depresjon?

## **1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans**

De siste tiårene har hjemmesykepleien gjennomgått store endringer (Birkeland & Flovik, 2018, s.18). Innføringen av samhandlingsreformen i 2012 er den største strukturelle endringen som skal vise hvilken retning helse- og omsorgstjenesten skal ha i tiden fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Dette viser at hjemmesykepleien vokser, og det vil derfor være spesielt nødvendig å beholde og rekruttere sykepleiere (Birkeland & Flovik, 2018, s.19). Psykiske lidelser er blant de sykdommene som er i sterk vekst, samtidig som vi fram mot 2050 vil få en betydelig økning i antall eldre (Birkeland & Flovik, 2018, s.12).

## 1.4 Oppgavens avgrensning

Oppgaven skal rette fokus mot recovery til eldre hjemmeboende pasienter over 65 år diagnostisert med depresjon.

## 1.5 Begrepsavklaring

*Recovery:*

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av de begrensningene som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse. (Anthony 1993 i Hummelvoll, 2014, s.527)

*Depresjon:* Depresjon gir både psykiske og kroppslige symptomer. Kjernesymptomene ved depressive lidelser er nedtrykthet, senket stemningsleie, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, mangel på energi og manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, skyldfølelse og selvbebreidelse (Helsedirektoratet, 2016).

*Eldre:* Verdens helseorganisasjon definerer eldre som personer fra 60 til og med 74 år og gamle som personer over 75 år (WHO, 2014). I denne oppgaven skal jeg imidlertid ta for meg aldersgruppen 65 år og oppover da denne alderen er mest aktuell i forhold til min problemstilling.



## 2 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert blir sitert i mange tilfeller der det er et spørsmål om hva metode er, og formulerer det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (gjengitt fra Dalland, 2017, s. 51). Metoden forteller oss noe om hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2017, s.51-52). Videre har vi kvantitative og kvalitative metoderetninger. De kvantitative metodene har fordelene at de gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s.52). Videre beskriver Dalland at både de kvantitative og kvalitative orienterte metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan grupper, institusjoner og mennesker handler og samhandler. Den litterære oppgaven er retningslinjene for denne bacheloroppgaven. I den litterære oppgaven henter man data fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2017, s.207). Det en er ute etter å finne ut, vil påvirke hvilke data en ser etter. Ved valg av tema blir man etterhvert kjent med litteraturen på området (Dalland, 2017, s.208).

### 2.1 Søkestrategi

Cinahl er den databasen jeg har benyttet for mine søk. Grunnen til at jeg kun har brukt denne er fordi jeg fant aktuelle forskningsartikler til min problemstilling, kontra andre databaser som PubMed og Svemed+.

## Presentasjon av søkeprosessen

Søk	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Treff	Inkludert
#1	Cinahl	Recovery	#1 AND #2	1572	2 / (håndsøk: 1)
#2	Cinahl	Mental disorders OR mental health OR mental illness			
#3	Cinahl	Home health care OR home care OR home health OR home care services OR home care nursing OR home health nursing	#1 AND #3	1505	(2 / håndsøk: 1)
#4	Cinahl	Geriatrics OR older OR older adults OR elderly	#2 AND #1 AND #4	108	1

Kombinasjonene beskriver hvilke søkeord jeg har koblet sammen. I det første søket har jeg for eksempel kombinert #1 (Recovery) og #2 (Mental disorders OR mental health OR mental illness).

Av resultat på 1572 artikler leste jeg overskriftene på alle, og plukket ut 50 som virket aktuelle i forhold til min problemstilling og leste abstraktene på disse. Det viste seg at noen falt innenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og jeg leste disse i fulltekst. 2 artikler svarte på problemstillingen, og er med i oppgaven. Leste også litteraturlistene deres og gjorde ett handsøk.

I søketabell nummer 3, viser jeg til resultat på 1505 artikler. Jeg leste her også overskriftene på alle, og plukket ut 20 aktuelle og leste abstraktene. Her viste deg seg at 5 falt innenfor eksklusjon/inklusionskriteriene. Leste disse i fulltekst, hvorav 2 svarte på problemstillingen og inkluderes i oppgaven. Her gjorde jeg også ett handsøk fra litteraturlisten.

I søketabell nummer 4 viser jeg til resultat på 108 artikler. Her er samme fremgangsmåte brukt som beskrevet ovenfor. Plukket ut 5 som viste seg aktuelle og leste abstraktene. 2 falt innenfor eksklusjon- og inklusjonskriteriene. Leste disse i fulltekst, hvorav en av de var relevant for min problemstilling og er med i oppgaven.

I tillegg til dette har jeg brukt pensumbøker, og tatt i bruk kilde fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Forfatteren er anerkjent da han også er brukt og sitert i en 2018-utgave av en pensumbok om "Recovery".

#### **Liste over funn av forskningsartikler:**

1. Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., Banerjee S. (2012) Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 522-529. <https://doi.org/10.1002/gps.3855>
2. O'Doherty, Y.K., Stevenson, C., Higgins, A. (2012). Reconnecting with life: a grounded theory study of mental health recovery in Ireland. *Informa healthcare: Journal of Mental Health*, 21(2): 136-144. DOI: 10.3109/09638237.2011.621467
3. Holm, A.L., Severinsson, E., (2013). Surviving depressive ill-health: A qualitative systematic review of older persons' narratives. *Nursing and Health Sciences*, 16: 131-140. DOI: 10.1111/nhs.12071
4. Lee-Tauler, S.Y, Kwan-Lee, S.H., Han, H., Lee, H.B., Gallo, J.J., Joo, J.H., (2016). What does Depression Mean for Korean American Elderly?: A Qualitative Follow-Up

Study. *Korean Neuropsychiatric Association*, 13(5):558-565.

<http://dx.doi.org/10.4306/pi.2016.13.5.558>

5. Shank, J.W., Iwasaki, Y., Coyle, C., Messina, E. (2015). Experiences and Meanings of Leisure, Active Living, and Recovery Among Culturally Diverse Community-Dwelling Adults with Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18: 129-151. DOI: 10.1080/15487768.2014.954160
6. Tanaka, K. (2018). Strengths promoting the recovery process in older adults with depression. *Wiley: Journal of Clinical Nursing*, 27: 3032-3043. DOI: 10.1111/jocn.14359
7. Wang, C., Hua, Y., Fu, H., Cheng, L., Qian, W., Liu, J., ..... , Dai, J. (2017). Effects of a mutual recovery intervention on mental health in depressed elderly community-dwelling adults: a pilot study. *BMC Public Health*, 17:4. DOI: 10.1186/s12889-016-3930-z

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriteriene som er brukt under litteratursøkene er at artiklene har en språklig avgrensning til engelsk, eller skandinaviske språk. Videre har jeg valgt fagfelleverderte forskningsartikler med abstrakt og med et tidsspenn fra 2010 til 2019, da dette er mest aktuelt for min problemstilling (Dalland, 2017, s.157). Jeg har imidlertid valgt å ikke avgrense geografisk da det var minimalt med forskning som dekket hele min problemstilling.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere å karakterisere den litteraturen du har funnet, og i tillegg redegjøre for hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2017, s.158). Det har vært en utfordring å finne forskningsartikler som omfatter spesifikt alle nøkkelordene i problemstillingen. Ved søk på alle nøkkelord kom det ingen søk som var aktuelle for

oppgaven. Til tross for at jeg vinklet recovery i den psykiske forstanden, var det noe krevende å gjøre søk uten å få opp den kliniske betydningen. Ved søk med kombinasjon av mental disorder og recovery fikk jeg spesielt mange treff. Valgte derfor å avgrense deretter, som beskrevet under inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Søkeordene jeg har brukt kan i seg selv ha vært en begrensning, og kan ha gjort at relevante artikler ikke har kommet opp i databasene. Alle artiklene som er inkludert er engelskspråklige, og det er derfor rom for feiltolkninger i forhold til oversettelse grunnet personlig språkforståelse. I tillegg til mulig feiltolkninger i forhold til språkferdigheter, kan det også være artikler jeg har oversatt. Jeg valgte å ikke avgrense demografisk fordi det var utfordrende i seg selv å finne forskning som var relevant for min problemstilling. Et par av forskningsartiklene er blant annet fra Korea og Japan, og det må derfor tas i betraktning hvilken grad resultatene har overføringsverdi til norske forhold, og hvordan sammensatte beskrivelser kan ha vært utfordrende å tolke.

## **2.4 Etiske vurderinger**

Under søkeprosessen har jeg vært bevisst på å ikke være selektiv og forutinntatt på ord og emner i forhold til valg av forskningslitteratur. Jeg har også vært påpasselig på anonymisering, sensitive opplysninger og helseopplysninger i forhold til deltakere i ulike undersøkelser under søke- og skriveprosessen. I tillegg til dette har jeg vært oppmerksom på taushetsplikten og straffeloven § 121. Det har i oppgaven vært utfordrende å bedømme bruk av ordene pasient, bruker og hjelpsøkende. Ved å bruke ordet “pasient” gjør jeg vedkommende sykere og i recovery-orienteringen er de svært varsomme på bruk av ordet. Samtidig vil bruk av “pasient” gjøre at jeg sikrer vedkommende lovpålagte rettigheter.

# 3 Når de hverdagslige gledene forsvinner

## 3.1 Depresjon hos eldre

Som nevnt tidligere i oppgaven er depresjon den psykiske lidelsen som forekommer hyppigst hos eldre (Eskeland, 2017, s.148). Globalt er det 350 millioner mennesker som ikke anerkjenner at de lider av en depresjon og søker følgelig ikke behandling (WHO, 2012). En koreansk studie viser til at eldre koreanske i USA ikke identifiserte seg selv som deprimerte selvom de opplevde betydelige kliniske symptomer på depresjon. Det viste seg at de eldre assosierte depresjon med sosial diskriminering, sosial isolasjon og selvmord i de mest ekstreme tilfellene (Lee-Tauler et al., 2016).

Forekomsten av behandlingstrengende depresjon hos eldre over 65 år er nesten 20 prosent (Eskeland, 2017, s.147), men det viser seg at eldre ofte underbehandles selv i de tilfeller primærlegen har diagnostisert depresjon (gjengitt av Eskeland, 2017, s.148). Ved riktig behandling ser det ut til at 70-85 prosent får en betydelig funksjonsbedring eller blir friske, men får lettere tilbakefall enn yngre (gjengitt av Eskeland, 2017, s.149). Hjemmesykepleien kan imidlertid bidra med lengre tids oppfølging og forebyggende arbeid, og raskt sette inn ytterligere tiltak dersom pasienten får symptomer på depresjon (Eskeland, 2017, s.149). En oversiktsartikkel og meta-analyse viser at sorg, søvnforstyrrelser, funksjonshemming, tidligere depresjon og det kvinnelig kjønn er viktige risikofaktorer for depresjon blant eldre som bor i samfunnet (gjengitt av Holm & Severinsson, 2013). Depresjonen i seg selv (Kvaal, 2015, s.442), i tillegg til mangel på sosial støtte og kognitiv svekkelse er også dødelighetsrisikoer (gjengitt av Holm & Severinsson, 2013).

Årsaken til hyppigheten av lidelsen i denne pasientgruppen er sannsynligvis at eldre har fysiske sykdommer som kan gi en tilleggsdisposisjon for depresjon (Eskeland, 2017, s.147). I følge Eskeland er slike lidelser er for eksempel hjerneslag, hjertesykdom og demens (Eskeland, 2017, s.148). Snoek og Engedal sier forekomsten av depresjon hos eldre med fysisk helsesvikt er om lag 30 prosent (gjengitt av Eskeland, 2017, s.148). Forskning har rettet fokus mot utviklingen av recovery-orienteringen til eldre med psykiske lidelser, og viser til at fysisk sykdom er identifisert som en av tre faktorer som har innvirkning på deres psykiske

helse og muligheter til å fortsette med meningsfulle aktiviteter og roller (Daley, Newton, Slade, Murray & Banerjee, 2013).

Ofte kan man finne en sammenheng mellom hendelser i pasientens liv og påfølgende depresjon. Depresjonen har da et reaktivt preg, som vil si at depresjonen er en følelsesmessig reaksjon på noe som har skjedd. Dette kan eksempelvis være etter tap av ektefelle eller jobb (Eskeland, 2017, s.144). Ofte er det mye som er vanskelig og trist i pasientens livssituasjon og det er derfor lett å underkjenne en depresjon og feiltolke dette som del av en normal aldringsprosess. Nedstemthet kan eksempelvis tolkes som sorg, og man finner det naturlig at pasienten ikke er så sprudlende (Eskeland, 2017, s.148). Det kan i tillegg være kronisk somatisk sykdom, begynnende kognitiv svikt og smertetilstander som kan være årsak til lidelsen. Ofte har pasienten en personlighet som gjør at han er ekstra sårbar, det kan for eksempel være for tap, krenkelser eller avvisning (Eskeland, 2017, s.144).

### **3.1.1 Diagnostikk**

Depressive lidelser kan variere fra mild og moderat depresjon, til alvorlig (psykotisk) depresjon. De dype og alvorlige depresjonene som antar et psykotisk preg med vrangforestillinger er imidlertid ikke så vanlig i den pasientgruppen hjemmesykepleien betjener (Birkeland & Flovik, 2018, s.170). Det hender imidlertid at symptombildet ikke tilfredsstillende de vanlige diagnostiske kriteriene for depresjon hos eldre, grunnet atypiske symptomer. Agitasjon, uro, angst og somatiske plager kan være framtrædende, mens tristhet kan for eksempel være lite tydelig (Eskeland, 2017, s.148). Alvorlighetsgraden av depresjon ses ut fra en samlet vurdering av ulike symptomer. Den mest vanlig brukte skalaen for vurdering av depresjon, er Montgomery-Aasberg depression rating scale (MADRS) (Montgomery og Aasberg 1979). Videre i denne skalaen finner man følgende symptomer:

<b>Symptomer på depresjon</b>	<b>Beskrivelse</b>
1. Nedtrykthet, tristhet	Pasienten kan føle seg nedfor og se trist og ulykkelig ut. Døgnvariasjoner kan forekomme, som vil si at pasienten av og til kan være mest trist om morgningen, andre ganger kan han føle seg nedstemt hele dagen.
2. Forstyrret søvn	Nattesøvnen er redusert, ofte med mange timer i forhold til vanlig. Pasienten har innsovningsproblemer, hyppige oppvåkninger eller våkner ofte tidlig om morgningen, og opplever søvnen som urolig.
3. Følelse av uro og angst	Pasienten kan oppleve en følelse av uro, angst (stigende til en følelse av panikk i alvorlige tilfeller), irritabilitet, en følelse av indre spenning.
4. Svekket appetitt	Pasienten tvinger seg selv til å spise, eller kan være så dårlig at han er næringsvegrende. Her må man være obs på vekttap.
5. Problemer med konsentrasjon	Det å se på TV, å lese blad eller gjøre håndarbeid er umulig
6. Følelse av tretthet, tap av energi, redusert initiativ.	Alt oppleves som et ork, og kan ha store problemer med å komme i gang med dagligdagse aktiviteter. Han kan virke treg og tung, og langsam i bevegelsene. Initiativ til å stå opp, ordne seg mat, kle seg o.l kan være fraværende.



7. Depressivt tankeinnhold	Tankeinnholdet kan være depressivt, med et pessimistisk syn på framtiden. Han kan føle mindreverd og utilstrekkelighet, ha tanker om skyld eller synd eller ha selvbebreidelser.
8. Manglende interesse for omgivelsene og svekket følelsesmessige reaksjoner på ting som tidligere ga glede	Dette kan for eksempel gjelde samvær med venner, hobbyer eller barnebarn. Han kan også oppleve svekkede reaksjoner på hendelser som til vanlig ville medført sinne eller sorg.
9. Tankeinnholdet kan gå over til å bli realitetsbristende	Ved å bli psykotisk, med vrangforestillinger om utilgivelige synder (religiøse vrangforestillinger), økonomisk ruin eller absurde selvanklager. Kroppslige vrangforestillinger (forestillinger om hjerte som ikke slår, hjerne som skrumper inn o.l) kan også være en del av en alvorlig depresjon.
10. Selvmordstanker	Pasienten kan ha selvmordstanker, konkrete planer eller ønsker, eventuelt forberede seg aktivt på å ta sitt eget liv (kjøpe inn tau, samle opp tabletter, planlegge å kaste seg foran en bil eller lignende), slik at selvmord kan være en reell fare.

Tabell 1 – symptomer på depresjon

(gjengitt av Eskeland, 2017, s.145-146)

Den eksakte diagnostikken framgår av kriteriene i ICD-10 (Eskeland, 2017, s.146). Sykepleier bør være oppmerksom på at intensiteten og alvorlighetsgraden i symptomene er av betydning når en skal klassifisere depresjonen som mild, moderat eller alvorlig (Kvaal, 2015, s.443). Det skal vurderes om pasienten kan være i den depressive fasen av en bipolar lidelse, og om det er en førstegangsdepresjon eller en tilbakevendende depresjon (som er mer utfordrende å behandle) (Kvaal, 2015, s.443).

I recovery er imidlertid diagnose ikke noe robust grunnlag (Karlsson & Borg, 2018, s.87), men det poengteres i 100 råd som fremmer recovery (Slade, 2017) at det faglige synspunktet om diagnose helt klart bør deles. Det er imidlertid viktig å formidle diagnose med oppriktig varsomhet og legge vekt på at det ikke er en forklaring, men en beskrivelse. Som sykepleier kan det ses på som en ressurs man kan tilby personen, ikke “svaret” (Slade, 2017, s.28-30).

## **3.2 Recovery til eldre hjemmeboende**

I de senere årene har kommunene fått flere oppgaver og større ansvar innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten (Birkeland & Flovik, 2018, bakside). Det har skjedd en omfattende reduksjon av antall institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten, som vil si psykisk helsevern. Resultatet av dette er økt antall utskrivninger fra psykiatriske avdelinger og sykehus, økt omfang av poliklinisk behandling og redusert gjennomsnittlig liggetid. Oppfølgingen og behandlingen av disse pasientene er dermed blitt overført til kommunene, inkludert hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018). Kommunen har et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til den enkelte, jf . helse- og omsorgstjenesteloven § 3–1 første ledd. Dette omfatter et klart ansvar for å sørge for nødvendige tjenester til personer med psykiske problemer, jf . § 3–1 andre ledd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det stilles store krav til tjenestene og vi ser at psykiske lidelser er blant sykdommer som er i sterk vekst (Birkeland & Flovik, 2018, s.12).

Det overordnede målet for hjemmesykepleie er at pasienten skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018, s.15). Videre skriver Birkeland at sykepleiere er den gruppen helsepersonell som har spesiell kunnskap om å fremme helse og om å hjelpe personer som kan bli utsatt for, eller har helsesvikt. I tillegg

deltar sykepleiere i tverrfaglige samarbeid og medisinsk behandling, slik at pasientene gjenvinner sin selvstendighet og får mulighet for optimal helse (Birkeland & Flovik, 2018, s.16). Eldre pasienter som utvikler psykisk lidelse har behov for en organisert tjeneste med et godt samarbeid rundt deres behov for hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s.167). Birkeland hevder at eldre mennesker som mottar hjelp av hjemmesykepleien i mange tilfeller er ekstra eksponert for depressive reaksjoner, særlig fordi de kan ha en kombinasjon av flere sykdommer og ofte utsatt for ekstreme belastninger både fysisk, psykisk og sosialt (Birkeland & Flovik, 2018, s.169). Psykiske problemer kan utløse alle typer tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene omfatter både diagnostikk og funksjonsvurdering, forebygging, tidlig oppdagelse og intervensjon, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon, jf . §§ 3–2 og 3–3 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunen skal gjennom veiledning, råd og oppsøkende virksomhet arbeide for å forebygge og motvirke psykiske problemer. Videre skal kommunen sikre nødvendige tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, økt funksjons- og mestringsevne, motivasjon, deltagelse og likeverd (Karlsen et al., 2012, s.11).

I Norge har vi de siste 20 årene hatt påkrevde og viktige endringer av tjenestene til personer som erfarer psykiske helsevansker (Karlsson & Borg, 2018, s.15). Mye bra har skjedd -, blant annet vektlegging av brukerperspektivet, flere tilbud og mer tilgjengelig hjelp i innbyggernes lokalmiljø (Karlsson & Borg, 2018, s.15). I “Sammen om mestring”, en veileder for lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid fra 2014, poengterer Helsedirektoratet at recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en personlig og sosial prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Den mest brukte definisjonen av personlig recovery er foreslått av William A. Anthony (1993):

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av de begrensningene som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse. (Anthony 1993 i Hummelvoll, 2014, s.527)

### 3.2.1 Den personlige recoveryprosessen

Recovery handler om å få et godt liv (Helsedirektoratet, 2014), og refererer til prosessen med å komme seg (recover) fra noe eller gjenvinne noe som er tapt (Karlsson & Borg, 2018, s.12). Personlig recovery er noe den eldre deprimerte selv opplever og jobber fram mot, hvor sykepleiers oppgave er å støtte personen på hans eller hennes individuelle ferd mot recovery (Slade, 2017, s.10). Å støtte de eldres personlige recovery innebærer å skifte fokus, fra å behandle helseutfordringer til å fremme velvære (Slade, 2017, s.14). Dette innebærer en endring der profesjonelle forståelsesmodeller blir en helhetlig forståelse av personen. Den helhetlige forståelsen kan ledes frem av den personlige recoveryprosessen sine rammeverk (Slade, 2017, s.14), som bygger på fire recoveryområder fra erfaringene til personer som har levd med psykiske helseutfordringer (Slade, 2017, s.14):

1. Håp, som hyppig selvrapportert faktor av recovery
2. Mening i livet, deriblant livsmål og mening med livet
3. Identitet, deriblant fremtidig og gjeldende selvbilde
4. Personlig ansvar, som innebærer evnen til å ta personlig ansvar for eget liv

Utviklingen av personlig mening står sentralt i recovery (Slade, 2017, s. 28), og forskning viser at det er avgjørende for de eldres recoveryprosess at de selv aksepterer, bekrefter og er håpefulle i prosessen med å finne mening igjen i livet (Doherty, Stevenson, Higgins, 2012). Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee kan knyttes til dette aspektet ved recovery, da hun ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2016, s.26). Videre understrekes det i hennes teori at mennesket har en evne og tilbøyelighet til å søke mening i møte med lidelse, sykdom og smerte (Kristoffersen, 2016, s.29).

For de eldre vil det være nødvendig å ramme inn erfaringene med depresjon slik at det gir en kontekst hvor disse blir en del av livets utfordringer, og gjør det mulig å utvikle evnen til å ta ansvar for eget liv (Slade, 2017, s.15). I en oversiktsartikkel om eldre med tittel “Surviving depressive ill-health”, viser de til identifisering av personlig ansvar for depresjonen og heling av seg selv (Holm & Severinsson, 2013). Videre belyser de begrepet “personlig ansvar”, og at dette angir at den enkelte tar kontroll og initiativer for å forbedre helse og velvære som igjen førte til lindring av depresjonen (Holm & Severinsson, 2013).

I henhold til identitet beskriver en annen forskning om recovery til eldre en kjernekategori om “å fortsette å være meg”. Dette relaterte seg til den etablerte identitetsfølelsen som de eldre hadde, og dens betydning i deres erfaring med psykisk lidelse. “Å fortsette å være meg” eller “komme tilbake til å være meg”, var tydelig i aktiveringen av mestringsstrategier, som styrket selvfølelsen og som et mål for fremgang og vellykket resultat i recoveryprosessen (Daley et al., 2012). For å tydeliggjøre begreper, defineres mestring som en persons anstrengelser for å håndtere ytre eller indre stress (Lazarus & Folkmann 1984).

Som sykepleier kan man styrke den Eldres mulighet til å ta kontroll over eget liv både ved samtalebehandling, medisin og ulike mestringstilbud (Karlsen et al., 2012, s.29). Sykepleiere bør også ha kunnskap om personlig vekst og egenutvikling, om hvordan man opprettholder og etablerer relasjoner med andre og hvordan man søker etter mening i tilværelsen (Karlsen et al., 2012, s.29). Det er viktig at sykepleier (Karlsen et al., 2012, s.29):

- Har ro og tid til å samarbeide med brukeren om det brukeren opplever betydningsfullt
- Er åpen for at hva som kan bidra til bedring for ulike personer varierer
- Innser at det ofte kan være andre ting enn den profesjonelle hjelpen som hjelper
- Har interesse for brukerens levekår og liv
- Vet hva som bidrar til å holde håpet oppe for den enkelte

### **3.2.2 Et holistisk menneskesyn**

I arbeidet med psykisk helse, og i dette tilfelle med Eldres depresjon, settes det menneskelige i og på spill (Karlsson & Borg, 2018, s.70). Det bør være et holistisk menneskesyn i recovery, fordi det innebærer at psykisk uhelse deriblant depresjon, er menneskelige erfaringer og uttrykk som kan ramme oss alle (Karlsson & Borg, 2018, s.70). Samarbeidet om forandring baseres i den andres opplevelser av vansker og den Eldres kunnskaper om hva som skal til for å skape forandring i form av hva som kan være mestring og bedring (Karlsson & Borg, 2018, s.70). En mulig innfallsvinkel på et holistisk syn på mennesket i arbeidet om recovery kan være begrepet om salutogenese, utviklet av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky (1987). Antonovskys poeng om salutogenese er at vi må endre fokus til å studere hva som

gjør at folk utvikler og opprettholder helse, og hva som bidrar til at mennesket mestrer lidelse på tross av høyt stressnivå (Karlsson & Borg, 2018, s.71). En salutogen tilnærming tenkes å være i tråd med vektlegging av den eldre ressurser, mestringskompetanse og livserfaring slik det fremholdes i recovery (Karlsson & Borg, 2018, s.71). Forskning viser at et fokus på styrkene og erfaringene til de eldre ut i fra et holistisk og helhetlig menneskesyn, er med på å fremme deres recoveryprosess (Tanaka, 2018). Ved å bruke en helhetlig tilnærming for å forstå de eldre, viser det seg at dette også støttet recovery og livsstilen deres, samtidig som det anerkjente deres grunnleggende menneskelige verdi (Tanaka, 2018). Genuin anerkjennelse skaper avgrensning og autonomi, og sentralt i begrepet anerkjennelse er at den andre sees som en autoritet med hensyn til sin egen opplevelse (Karlsson & Borg, 2018, s.94). Det innebærer en grunnleggende forståelse av at den eldre deprimerte kan forholde seg til egne erfaringer, har tanker, følelser og intensjoner om sine egne handlinger (Karlsson & Borg, 2018).

### **3.2.3 En samarbeidsrelasjon**

En av grunnsteinene i en hjelperelasjon vil være et samarbeid der to eller flere samarbeider sammen om noe for å nå målet som personen har satt seg (Karlsson & Borg, 2018, s.92). Tom Andersen (1999) har uttrykt at alt vi gjør som fagpersoner og medmennesker, er basert på samarbeid hvor vår oppgave er å legge forholdene til rette i samarbeidet for at den hjelpsøkende personens iboende ressurser kan komme til nytte (Karlsson & Borg, 2018, s.93). Rolf Sundet (2007) skriver at fagpersoner som oppleves som hjelpsomme for den hjelpsøkende, er lyttende og kan følge heller enn å lede (Karlsson & Borg, 2018, s.93). Sykepleiere og fagpersoner som er fleksible og rause når det gjelder hva de kan gjøre for den eldre, og som tør å bevege seg utenfor den profesjonelle rollen, bidrar til å styrke samarbeidet og relasjonen (Karlsson & Borg, 2018, s.93). Det kan for eksempel handle om en sykepleier som ringer på sin fritid og spør hvordan det går. Da viser en frem noe annet ved seg selv, og i relasjonen oppstår det større likestilthet og større gjensidighet (gjengitt av Karlsson & Borg, 2018, s.93). Forskning om effekten av recovery-orientering til eldre deprimerte som har behov for hjemmesykepleie, fant ut at interaksjon og kommunikasjon mellom sykepleier og den eldre er svært nødvendige faktorer i recoveryprosessen (Wang, et al. 2017). Videre beskriver de nødvendigheten av å skape tillit til den eldre, og det viste seg at musikk og deling av historier var noe av det som hjalp bemerkelig i å bryte sosiale barrierer for å kunne uttrykke

og forstå erfaringene og følelsene i relasjonen (Wang, et al., 2017). Dette løfter frem viktigheten av gjensidighet, forståelse og anerkjennelse mellom den eldre som lider av depresjon og sykepleier (Wang, et al., 2017).

Videre i de ulike former for samarbeid hører også mikrobekreftelser hjemme (Karlsson & Borg, 2018, s.93). Dette er alle de bittesmå handlinger eller ord vi benytter, ofte uten å tenke over det, som kan bidra til håp, å se muligheter og føle seg verdsatt og anerkjent. Kort forklart, å merke at noen bryr seg om en (Karlsson & Borg, 2018, s.93). Mikrobekreftelser er fundert i praksiser preget av anerkjennelse, vennlighet og det å støtte medmennesker som sliter (Karlsson & Borg, 2018, s.94). Denne type støtte er særdeles verdifull for mange som har opplevd motgang, håpløshet og feilgrep (Karlsson & Borg, 2018, s.94). Joyce Travelbee beskriver sykepleiers terapeutiske bruk av seg selv i samhandling med den hjelpsøkende, og nødvendigheten av å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s.26). Følgelig kan dette gi den eldre hjelp til å bevare håp og akseptere sin sårbarhet som menneske (Kristoffersen, 2016, s.26). En japansk studie fant tre temaer som så ut til å styrke recoveryprosessen hos eldre med depresjon. Disse tre temaene var følgelig å føle emosjonell kontakt, ha en dialog med livet og å utforske (Tanaka, 2018). Temaet å føle emosjonell kontakt ble styrket ved å kunne stole på helsepersonellet og familiemedlemmer, og genuint ta i mot andre menneskers vennlighet (som igjen førte til et håp om å leve). En pasient beskrev følgende: “(...)People are so nice, I thought, and maybe there is some good in this world. Encountering these nice doctors and nurses, I began to have some hope that I would live and thought more and more that I would make the effort to live.”(Tanaka, 2018)

### **3.2.4 Sosial tilhørighet**

Recovery handler like mye om hva tjenestetilbud og omgivelsene muliggjør, som personers egeninnsats (Karlsson & Borg, 2018, s.100). En sentral recoveryoppgave er å utvikle verdsatte sosiale roller, som gir næring til den spirende identiteten til mennesker i bedring. Som sykepleier er det derfor nødvendig å arbeide med den eldre i deres sosiale miljø (Slade, 2017, s.15), og identifisere og bygge på personens talenter, styrker, ressurser og kompetanse (Karlsson & Borg, 2018, s.100). Sentralt i samarbeidet vil være å gjenskape en meningsfull opplevelse av tilhørighet i samfunnet og lokalmiljøet for øvrig (Karlsson & Borg, 2018, s.100). I recoverysamarbeid vil derfor et sentralt område for sykepleier og den eldre være å

sammen utforske steder og interesser som kan styrke og utvikle personers tilhørighet (Karlsson & Borg, 2018, s.102). Forskning viser at distraksjon og aktivitet er måter å dytte negative tanker og bekymringer bort for eldre med depresjon (Holm & Severinsson, 2013). Videre viser de til resultater om at deltakelse i aktiviteter som sosiale sammenkomster, å samtale og å reise hadde en avslappende effekt (Holm & Severinsson, 2013).



## 4 Å være en følgesvenn

I drøftingsdelen skal jeg se på hvordan sykepleier kan anvende recovery til eldre hjemmeboende pasienter med depresjon. Dette vil gi et bilde av i hvilken grad det er mulig å benytte recovery i hjemmetjenesten til de eldre, og hvilke konsekvenser fagperspektivet har i praksis.

### 4.1 Depresjon hos eldre

Oppfølging og behandling av stadig flere pasienter som blir overført til hjemmesykepleien fører til flere oppgaver og større ansvar for sykepleierne i primærhelsetjensten (Birkeland & Flovik, 2018). For å kunne yte til optimal behandling til de eldre hjemmeboende diagnostisert med depresjon er det derfor nødvendig at sykepleier har kunnskap om risikofaktorer og tegn på depresjon på et tidlig stadium, slik at en raskt kan sette inn nødvendige tiltak (Eskeland, 2017, s.149). Forskning viser at noen av disse risikofaktorene og tegnene er sorg, søvnforstyrrelser, funksjonshemming, tidligere depresjon og kjønn (gjengitt av Holm & Severinsson, 2013). Videre tyder forskning på at fysisk sykdom er identifisert som en annen faktor som har innvirkning på de Eldres psykiske helse da dette kan påvirke deres muligheter å fortsette med meningsfulle aktiviteter og roller (Daley, Newton, Slade, Murray & Banerjee, 2013).

Samtidig viser forskning at til tross for at de eldre opplevde betydelige symptomer på depresjon identifiserte de ikke seg selv som deprimerte. De assosierte depresjon med sosial diskriminering, sosial isolasjon og selvmord i de mest ekstreme tilfellene (Lee-Tauler et al., 2016). WHO skriver også at det globalt er 350 millioner mennesker som ikke anerkjenner at de har en depressive lidelse, og søker følgelig ikke behandling (2012). Siden det ofte er mye som er vanskelig og trist i pasientens livssituasjon, kan dette ofte føre til at depresjonen underkjennes og feiltolkes som en del av en normal aldringsprosess (Eskeland, 2017, s.148). Dette er faktorer som gjør det mer utfordrende for sykepleier å oppdage og igangsette tiltak for den depressive lidelsen.

Kun å diagnostisere er ikke noe robust grunnlag i recovery (Karlsson & Borg, 2018, s.87). En av metodene sykepleieren kan benytte for å skaffe seg nødvendig kunnskap om depresjon er ved bruk av MADRS-skala og observasjon av alvorlighetsgraden og intensiteten av symptomene. Resultatene kan da videreformidles til det tverrfaglig team for diskusjon av videre oppfølging og behandling.

## 4.2 Recovery som behandlingsmetode

Recovery har en lang historie. Starten var i USA på 1960-tallet, hvor man var opptatt av innbyggernes plikter og rettigheter som samfunnsborgere – og ikke som brukere eller pasienter (Karlsson & Borg, 2018, s.23). Senere har recovery forflyttet seg via New Zealand, Australia og Storbritannia til Norden og Norge og har særlig rettet søkelyset mot personer som erfarer psykisk helse- og rusvansker (Karlsson & Borg, 2018, s.23). Recovery som begrep og som kunnskaps- og forskningsfelt og praksiser har gradvis utviklet seg innen psykisk helse- og rusfelt i Norge de siste 20 årene (Karlsson & Borg, 2018). En recovery tilnærming skal være verdiorientert, fremme makt over eget liv, gi valgmuligheter og personlig ansvar (Slade, 2017, s.16). Slade beskriver en praksis som skal være ressursorientert, bygge på forståelse, håp og drømmer, empowerment og selvstyring med personen i fokus hvor hjelpen skal tilpasses vedkommende (2017). Brukerperspektivet har imidlertid særlig blitt vektlagt, og det har blitt flere tilbud og mer tilgjengelig hjelp i innbyggernes lokalmiljø (Karlsson & Borg, 2018, s.15).

Andre behandlingsmetoder som blir brukt til pasienter med depresjon er blant annet kognitiv terapi. Pasienten lærer seg i denne behandlingsformen å bli bevisst på og ta tak i sine negative tankemønstre, og skal hjelpe vedkommende til problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handling og følelser (Helsedirektoratet, 2016). Andre behandlingsmetoder som blir brukt til depresjon, er i følge Helsedirektoratet: rådgivning, kurs i depresjonsmestring, psykologisk tilbud rettet mot stresshåndtering og problemløsning og veiledet selvhjelp. Videre blir samtalebehandling om hvordan unngå sosial isolasjon og gjøre hverdagslige aktiviteter som kan gi følelse av mestring og tilfredsstillelse brukt (2016). Det gis også råd om håndtering av angst og søvnproblemer, hvordan begrense depressiv selvkritikk og grubling, og ved behov oppfordring til redusert inntak av rusmidler.

Medikamentell behandling med antidepressiver blir brukt, men skal ikke, i følge retningslinjen, være førstevalget ved behandling av mild til moderat depresjon, som utgjør flertallet av deprimerte pasienter i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016). Disse behandlingsmetodene står imidlertid mer eller mindre i kontrast til recovery, og kan ses mer som tradisjonelle tilnærminger. Hovedforskjellene i forhold til recovery er kanskje at de er mer preget av kontroll og er mer verdinøytrale, samtidig som praksisen er mer fokusert rundt sykdom, sykdomsorientering, symptomreduksjon, at personen tilpasser seg behandlingen. Videre i praksisen blir passivitet og compliance (“behandlingstro”) belønnet, og tjenestene blir koordinert av eksperter (Slade, 2017).

Basert på personlig erfaring, har jeg sett i praksissammenheng i psykisk helse at selv om recovery stod sterkt -, var mange av de tradisjonelle tilnærmingene også til stede. Dette hadde imidlertid mye med alvorlighetsgraden av de ulike psykiske lidelsene å gjøre, og det var nødvendig med en praksis preget av mer kontroll i behandlingen. Ved behandling av de milde til moderate depresjonene hos de eldre tenker jeg at recovery alene kan ha en svært positiv effekt. I jobbsammenheng og praksis i hjemmetjenesten har jeg selv opplevd at en recovery-orientert praksis, med en kreativ og holistisk tilnærming, kan vekke håp og glede hos de eldre med depressive symptomer. Dette er også noe forskning viser er avgjørende for de eldres recoveryprosess. At de selv aksepterer, bekrefter og er håpefulle i bedringsprosessen vil hjelpe de eldre å finne tilbake meningen igjen i livet, som igjen vil bidra til utviklingen av personlig mening (Doherty, Stevenson, Higgins, 2012).

En konkret modell brukt for recovery, er Tidal-modellen (norsk: tidevannsmodellen) utviklet av Phil Barker (2003) på midten av 1990-tallet. Han har trukket fram ti forpliktelser som har bakgrunn i klinisk praksis (Hummelvoll, 2014). Grunntanken er at de skal hjelpe personen selv til å endre livet sitt slik vedkommende person ønsker (gjengitt av Hummelvoll, 2014). I modellen ses kriser på som en mulighet til endring og nyorientering, kreativitet verdsettes, ulike områder i personens hverdagsliv utforskes, slik som opplevelse av sikkerhet, personens ønsker, hans/hennes relasjoner, ressursenes makt og personens personlige fortelling (Hummelvoll, 2014). De ti forpliktelsene er at en skal verdsette personens stemme, respektere personens språk, gi tid som gave, bli lærling, utvikle ekte interesse, fremheve personlig visdom/klokskap, være åpen, bruke tilgjengelige verktøy som personen har, forestille seg neste trinn og erkjenne at forandring er konstant (Hummelvoll, 2014).

Hummelvoll peker på synet om at alle kan bedres i recovery, og at dette kan føre til et økt sosialt press på mennesker om at de må hente seg inn igjen (Hummelvoll, 2014). Det kan medføre å presse pasienter til å ta nye utfordringer for tidlig, eller på måter som er urealistiske sett på bakgrunn av de begrensninger som lidelsen innebærer for personen. Enkelte tjenestebrukere bekymrer seg også for at recovery-orienteringen vil føre til at tjenestetilbudet reduseres og at økonomiske ytelser forringes (Hummelvoll, 2014).

Det er imidlertid beskrevet av tjenestebrukere og helsepersonell på bakgrunn av erfaringer, hvordan en kan løse utfordringene Hummelvoll peker på. En tjenestebruker sier at man trenger støtte på veien, og at utfordringene må avpasses etter vedkommendes bæreevne (Hummelvoll, 2014). Helsepersonell kan hjelpe brukeren til å stimulere bæreevnen slik at vedkommende ser og kan ta i bruk sine ressurser. Passe støtte må kombineres med passe utfordringer, og helsepersonell må derfor være lydhøre for hva brukeren opplever å make på det aktuelle tidspunkt (Hummelvoll, 2014). Et helsepersonell sier at det er sentralt i arbeidet å stimulere til gode møter mellom hjelper og bruker, hvor dette forutsetter å lytte. Dessuten må hjelperen kunne gi av seg selv, og bidra til å skape trygghet i relasjonen. Videre beskrives det at en forsøker å kompensere for det personen selv ikke greier, for på den måten å støtte ham/henne til å kunne make sitt eget liv (Hummelvoll, 2014, s.77). I en forskningsartikkel vises det til sitat fra en eldre: "If she sends me down the shops... If she writes the items down, I'll be alright" (Daley et al., 2012).

Davidson et al. (2006) har laget en systematisk gjennomgang av de ti vanligste bekymringene for recovery som behandlingsmetode (gjengitt av Hummelvoll, 2014, s.73): 1) Recovery er noe som vi har drevet med i årevis og er gammelt nytt; 2) recovery-orientert omsorg øker byrden på personalet, som allerede har tøydd seg langt for å oppfylle krav som overstiger deres ressurser; 3) recovery skjer for svært få mennesker med alvorlige psykiske lidelser; 4) recovery innebærer at folk er helbredet; 5) recovery i psykisk helsearbeid er uansvarlig motelune; 5) recovery skjer bare etter, og som resultat av, økt innsikt og aktiv behandling; 7) recovery kan bare bli gjennomført om nye ressurser/tjenester tilføres; 8) recovery-orienterte tjenester er verken evidensbaserte eller `cost-effective`; 9) recovery-tilnærminger nedvurderer betydningen av profesjonelle intervensjoner; 10) recovery øker tjenesteyternes belastning og risiko.

Shepher (2008) svarer til kritikken at 1) recovery-begrepet er tilstrekkelig avgrenset til å betraktes som et nytt begrep, med viktige, fornyende implikasjoner. 2) Det er ikke meningen

at recovery-orientert omsorg skal komme i tillegg til annet arbeid, hensikten er å erstatte tradisjonelle vurdering-behandling-helbredelses-ideologien i psykisk helsetjeneste med en tilnærming som gjør at det blir noen oppgaver mindre. 3) Recovery handler om personer og deres liv, og helbredelse er ikke synonymt selv om aktiv behandling kan være en viktig del av behandlingsprosessen. 4) Bedring er mulig for alle, selv om ikke alle er klare for å engasjere seg i den på samme måte. Folk må finne sin egen bedringsvei, hvor andres (inkludert profesjonelles rolle) oppgave er å sikre at personen ikke blir fratatt troen på egen bedring.

5) recovery er antagelig den viktigste fornyelsen på feltet, og henger sammen med en rekke ideer (f.eks myndiggjøring, sosial inkludering, rehabilitering) under en felles overskrift som viser til en ny retning for tjenestene. 6) Behandling og økt selvforståelse er ikke avgjørende for bedring, selv om det selvsagt kan være en del av bedringen også. 7) Det trengs ikke nye retningslinjer for tjenester. Det behøves imidlertid at eksisterende tjenester blir mer effektive, mer drevet av brukernes behov og med en klar recovery-orientering. 8) Evidensen fra personlige meddelelser viser at opplevelse av å finne mening ut over lidelsen og ha kontroll over livet, har positive konsekvenser for helsen. 9) Profesjonelle bidrag er viktige, men recovery setter dem inn i en annen sammenheng, og handler om hvordan eksisterende intervensjoner blir gjennomført, og i hvilken kontekst det skjer. 10) I bedringsorientert omsorg kan risikoer økes, men av og til er det nødvendig å ta risiko for å lære og å vokse (gjengitt av Hummelvoll, 2014, s.74).

### **4.3 Sykepleiers rolle i recovery**

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.1-2.4 beskrives det at sykepleier har ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Videre skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleier skal også fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2011).

I recovery-orienteringen er mange av disse ansvarsområdene også beskrevet for sykepleiere. Ansvarsområdene å understøtte håp, mestring og livsmot, fremme helse og mulighet til å ta selvstendige valg gjennom informasjon inkluderes også i rollen sykepleier har i å støtte

pasientens individuelle ferd mot recovery (Slade, 2017, s.10). Den støttende rollen sykepleier har i recovery vil også innebære en helhetlig tilnærming til pasienten, for å kunne utvikle en forståelse (Tanaka, 2018). Dette sikrer ansvarsområdet om å ivareta den enkelte pasients behov for helheltig omsorg (NSF, 2011). Forskning viser at det helhetlige menneskesynet hos sykepleiere er med på å fremme recovery og anerkjenne menneskets grunnleggende verdi (Tanaka, 2018).

Det støttende aspektet i recovery rommer imidlertid mange faktorer, og krever mye av rollen som sykepleier. Forskning viser til viktigheten av kontinuitet i recovery (Daley et al., 2012), og evnen til å styrke den eldre mulighet til å ta kontroll over eget liv (Karlsen et al., 2012, s.29). Dette krever ro, tid, åpenhet for at hva som kan bidra til bedring vil variere for ulike personer, ekte interesse for den enkeltes liv, og kjennskap til hva som bidrar til å holde håpet oppe hos den enkelte (Karlsen et al., 2012, s.29). For å videre kunne gi optimal støtte bør også sykepleiere ha et visst nivå av kunnskap om personlig vekst og egenutvikling, samt hvordan man opprettholder og etablerer relasjoner med andre og hvordan man søker mening i tilværelsen (Karlsen et al., 2012, s.29).

En personlig erfaring, og utfordring jeg har opplevd i jobbsammenheng i hjemmesykepleien omhandler nødvendigheten av kontinuitet, tid og ro. En eldre dame jeg hadde litt kjennskap til åpnet seg følelsesmessig i forhold til at hun var ensom og mistrivdes i sin bosituasjon. Hun uttrykte et pessimistisk syn på hverdagen, og var i tillegg til dette lite sosialt og fysisk aktiv. Jeg var lyttende og nysgjerrig på hva som kunne gi henne håpet og gleden tilbake. Responsen var diffus, og det virket som dette var noe hun trengte tid til å tenke på. Imidlertid prøvde jeg å få opp humøret hennes ved å komplimentere klærne og håret hennes, og foreslo at vi senere på dagen kunne gå sammen i gangen hvis det var mulighet tidsmessig. Det viste seg imidlertid at tiden ikke strakk til grunnet andre besøk og oppgaver. Det vil uansett være nødvendig å tenke løsningsorientert som sykepleier i denne situasjonen. Om tiden ikke strekker til den gåturen, man kan ta en telefonsamtale til vedkommende å kommunisere dette, for å bevare tillit og støtte i relasjonen. I hjemmesykepleien er tidspresset reelt, og evne til å rasjonalisere og prioritere med tiden er påkrevd (Fermann & Næss, 2010). Ofte er forventningene til hjelp fra pasienten og pasientens omgivelser større enn sykepleierens mulighet til å hjelpe. Kontinuitet og regelmessighet i pleien er også utfordrende, og er det pasienter og pårørende er minst fornøyde med (gjengitt av Fermann & Næss, 2010).

Forskning peker på nødvendigheten av å legge fokus på selvstyring og empowerment som en del av tjenesten til eldre i recovery (Daley et al., 2012). Med begrepet selvstyring, menes det at man er ansvarlig for sin egen velvære, og oppsøker hjelp og støtte ved behov (Slade, 2017). Empowerment handler om å styrke folks egne ressurser, samtidig å redusere avmakt (2017). Dette vil være i tråd med yrkesetiske retningslinjer som beskriver ansvaret sykepleier har om å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon (NSF, 2011). Empowerment og selvstyring dekker store områder i recovery, og hvis sykepleier gjør et godt arbeid i bedringsprosessens startfase med å bli kjent og forstå personen, vil en optimal og vellykket støttende rolle være mulig å oppnå.

Begrepet “empati” og uttrykket “terapeutisk bruk av seg selv” har en sentral plass i sykepleieteorien til Joyce Travelbee (Kristoffersen, 2016). Travelbee har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt, og har fortsatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning. Hun er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2016). Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å mestre, forebygge eller finne mening ved lidelse og sykdom. Travelbee beskriver sykepleiers terapeutiske bruk av seg selv i samhandling med den hjelpsøkende, og nødvendigheten av å etablere et likeverdig menneske-til-menneske forhold for å gi den eldre hjelp til å bevare håp og akseptere sin sårbarhet som menneske (Kristoffersen, 2016, s.26).

Studien “surviving depressive ill-health” peker på at det er nødvendig at sykepleiere forstår den levde erfaringen til de eldre med depresjon, for å kunne gi helhetlig omsorg og behandling som er i tråd med Travelbees sin filosofiske og psykologiske inspirasjon (Holm & Severinsson, 2013). Videre peker forskning på sykepleiere bør lytte til de eldre og hjelpe de til å finne strategier slik at de opplever en tilknytning hvor tanker og følelser kan deles åpent (Holm & Severinsson, 2013). Her kan uttrykket “terapeutisk bruk av seg selv” og “empati” i Travelbees sykepleieteori trekkes inn. I samhandlingen med den hjelpsøkende, hvor en lytter og hjelper vedkommende til å finne strategier til tilknytning, kan bidra til å skape håp hos den eldre, og dermed en mulighet til å akseptere sin sårbarhet som menneske (Kristoffersen, 2016).

Videre kan en stille spørsmål ved i hvilken grad sykepleier skal hjelpe den eldre med å finne strategier til tilknytning og håp som vil bidra til lindring av depresjonen (O’Doherty, Stevenson & Higgins, 2012), og hvordan denne interaksjonen foregår. Recovery i sin praksis

skal i hovedsak være preget av en samarbeidsrelasjon hvor sykepleiers oppgave vil være å legge forholdene til rette for at den hjelpsøkende personens iboende ressurser kan komme til nytte, og kan følge heller enn å lede (Karlsson & Borg, 2018, s.93). I de ulike former for samarbeid i recovery hører blant annet mikrobekreftelser hjemme (Karlsson & Borg, 2018, s.93), som er bittesmå handlinger eller ord vi benytter som kan bidra til håp, å se muligheter og få den hjelpsøkende til å føle seg anerkjent og verdsatt. Å føle en emosjonell tilknytning ble styrket ved å genuint ta i mot andre menneskers vennlighet, i følge en japansk studie, som igjen førte til et håp om å leve (Tanaka, 2018). Den emosjonelle tilknytningen ble også styrket av opplevelsen av tillit til sykepleier (Tanaka, 2018).

Recovery kan gi et inntrykk av at mye legges opp til pasienten selv, og til eldre, ofte med fysisk helsesvikt i tillegg til depresjon er det ikke alltid tilstrekkelig å “legge til rette for” og “følge” (Eskeland, 2017, s.147). Det er ikke hjelpsomt å stille forventninger til en person som de ikke vil klare å oppfylle, og noen ganger må man som sykepleier gripe inn og lede når en ser at pasienten har mistet evnen til å ta vare på seg selv (Slade, 2017). Måten det gjøres på kan imidlertid diskuteres, og basert på egen erfaring er det fortsatt viktig med gjensidighet i relasjonen, åpenhet og gi valgmuligheter når det skulle være behov for å gripe inn. Vissheten om at vi alle har vært gjennom utfordringer og vektlegge dette fellesskapet, tror jeg bidrar til at den hjelpsøkende fortsatt kan bevare håpet og klarer å akseptere sårbarheten til tross for opplevelsen av den ellers håpløse situasjonen.

## **4.4 Recovery til hjemmeboende**

Det overordnede målet for hjemmesykepleie er som tidligere nevnt; at pasienten skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018, s.15). Birkeland beskriver at sykepleiere er den gruppen helsepersonell som har spesiell kunnskap om å fremme helse og om å hjelpe personer som kan bli utsatt for, eller har helsesvikt (2018). Recovery går i mange tilfeller hånd-i-hånd med hjemmesykepleiens mål, og er noe sykepleiere har kunnskap om, i følge Birkeland (2018). Som sagt innebærer bedringsprosessen om å fremme velvære, og hjelpe individet i dets omgivelser, i sin sosiale sammenheng (Karlsen et al., 2012, s.28).



Forskning viser til erfaringer av viktigheten av fritid og et aktivt liv til hjemmeboende pasienter i recovery (Shank et al., 2018). Å være opptatt og gjøre varierende ting og rutiner var nødvendig for å unngå å ikke gli tilbake i bedringsprosessen, og for styre unna sårbarheten når en var inaktiv. En hjemmeboende tjenestebroker sa; “When you`re active, you don`t have time to think about your illness.” (Shank et al., 2015) Å ha eller delta i fritidsaktiviteter ga også en rutine og struktur i hverdagen deres. Deltakerne i studien nevnte aktiviteter som å gå, se på TV, lese, høre på musikk, leke med dyr og barnebarn, ha telefonsamtaler, besøke venner og familie, lese bibelen og mange andre aktiviteter (Shank et al., 2015). Disse aktivitetene representerte en kilde til glede og tilfredshet. En hjemmeboende med depresjon beskrev henne selv som å være “tom” og deprimert når hun var inaktiv. Nå fyller hun istedet livet med varierte aktiviteter som lesing, fysisk aktivitet og sosialisering; “Now I feel full”. (Shank et al., 2015).

Ideen om å leve et aktivt liv representerer for mange et liv med “struktur” og “balanse” (Shank et al., 2015). Begrepet balanse ble i studien brukt for å formidle viktigheten av å opprettholde selvet. Det å være balansert og stabil involverte også åndelighet. Tanken om å ha et aktivt, stabilt liv med “struktur” og “balanse” kan høres utfordrende ut for alle, og da naturligvis særlig eldre hjemmeboende med depresjon. Mange tjenestebrokere i studien erfarte det harde arbeidet som kreves. “It`s not easy to find a way out”, “(...)you`re always in recovery... never fully recovered”. (Shank et al., 2015) Den støttende samarbeidsrelasjonen er derfor helt nødvendig når utfordringer som dette oppstår. En del av målet med recovery er å støtte den enkelte til å leve et meningsfullt liv til tross for begrensningene depresjonen forårsaker. Sykepleier bør videre kommunisere tydelig at det er en personlig og sosial prosess som tar tid (Hummelvoll, 2014) og bidra til et positivt selvbilde ved å vise medfølelse overfor personen som forteller om tilbakefall eller utfordringer i bedringsprosessen (Slade, 2017). “It`s a process; you have to take it step-by-step, like baby steps ... if you don`t know how to walk, you can`t try to run.” (Shank et al., 2015)

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kan depresjon, og andre psykiske lidelser utløse alle typer tjenester. Tjenestene skal omfatte både diagnostikk og funksjonsvurdering, forebygging, tidlig oppdagelse og intervensjon, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon, jf . §§ 3–2 og 3–3. Videre skal kommunen sikre nødvendige tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av økt funksjons- og mestringsevne, motivasjon, deltagelse, egen læring og likeverd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I mange tilfeller er recovery en tilnæringspraksis som kan dekke store områder i helse- og omsorgstjenesteloven, spesielt

arbeidet med den eldre i deres sosiale miljø (Slade, 2017, s.15). Recovery handler nemlig like mye om hva tjenestetilbud og omgivelsene muliggjør, som personens egeninnsats (Karlsson & Borg, 2018, s.100). Arbeidet med den eldre i deres sosiale miljø (Slade, 2017, s.15), og fokuset på identifisering av personens talenter, styrker, ressurser og kompetanse (Karlsson & Borg, 2018, s.100) er helt sentralt i bedringsprosessen og er åpenbart i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeidsrelasjonen som i seg selv vil stimulere både egen læring, motivasjon, mestringsevne og likeverd -, vil ytterligere styrkes når et sentralt område i recovery vil være å sammen utforske steder og interesser som kan styrke og utvikle personens tilhørighet (Karlsson & Borg, 2018, s.102). Dette vil bidra til den eldre føler en tilknytning til miljøet rundt seg, og mulighet til å utforske nye måter å leve på i alderdommen, som vil hjelpe de eldre i deres recoveryprosess (Tanaka, 2018). Stigma rundt depresjon ble også lettet gjennom å føle en emosjonell tilknytning til andre i samfunnet (Tanaka, 2018).

Eldre pasienter som utvikler en depresjon har imidlertid et behov for en organisert tjeneste med et godt samarbeid rundt deres behov for hjelp (Birkeland & Flovik, 2018). Sykepleiere må derfor være aktivt deltakende i tverrfaglig samarbeid og behandling, for å kunne gi de eldre mulighet til optimal helse og selvstendighet (Birkeland & Flovik, 2018, s.16). Dette kan gjøres ved at man ved hvert besøk er oppmerksom og observerer pasientens tilstand, og etablerer en relasjon hvor man har utviklet en forståelse av vedkommende. Tilstanden og observasjonene sykepleier har gjort seg, viderefremidles til det tverrfaglige teamet for diskusjon og videre oppfølging og behandling. I en studie gjort i Irland, komplimenterte deltakerne sykepleiere og annet helsepersonell for deres forståelse, aktive lytting og humor, oppmuntring og ferdigheter som muliggjorde deres tilknytning til livet igjen (O`Doherty et al., 2012). Disse egenskapene hos sykepleier vil derfor bidra positivt i recovery-orienteringen.

## 5 Oppsummering

Som nevnt innledningsvis er depresjon den lidelsen som forekommer hyppigst hos eldre. Eldre mennesker som mottar hjelp av hjemmesykepleien er ekstra eksponert for depressive reaksjoner særlig på grunn av at de ofte har en kombinasjon av flere sykdommer, og gjennomgår store sosiale, psykiske og fysiske belastninger. Depresjon er ikke en naturlig del av deres alderdom, og er både underbehandlet og underdiagnostisert. Recovery har stadig fått mer oppmerksomhet og har blitt et integrert aspekt i den hverdagslige praksisen innen psykisk helsetilbud i Norge de siste 20 årene. Praksisen skal være verdiorientert, fremme makt over tjenestebrukerens liv, gi valgmuligheter og personlig ansvar. Et slikt fokus, med et holistisk og helhetlig menneskesyn vil være med å fremme deres recoveryprosess.

Forskning og tjenestebrukeres erfaringer henviser stadig til det relasjonelle aspektet mellom sykepleier og den eldre med depresjon, og er derfor essensielt i recovery. Sentralt i arbeidet med recovery til eldre hjemmeboende med depresjon vil være å stimulere til gode møter. Det forutsetter at sykepleier kan legge til rette for et godt samarbeid. I samarbeidsrelasjonen bør sykepleier være støttende, lyttende, rolig, åpen, kunne “følge” heller enn å lede, og istand til å utvikle en forståelse av den eldre for slik å klare å gi passe støtte med passe utfordringer i deres recoveryprosess. Utfordringer knyttet til tidspress og kontinuitet kan imidlertid oppstå når en skal legge til rette for en recovery-orientert praksis i hjemmesykepleien.

For at sykepleier skal kunne anvende recovery til eldre hjemmeboende med depresjon, kreves blant annet kunnskap om symptomer, risikofaktorer og tegn på depresjon for å tidlig kunne iverksette nødvendige tiltak. I tillegg til dette bør en ha kunnskap om personlig vekst og egenutvikling, om hvordan opprettholder og etablerer relasjoner med andre og videre hvordan man søker mening i tilværelsen. Sykepleier bør også vite hvilke tjenestetilbud som finnes i kommunen når en sammen med den eldre skal utforske interesser og steder som kan styrke og utvikle personens tilhørighet.

En organisert tjeneste, med en aktivt deltakende sykepleier i det tverrfaglige samarbeidet er helt nødvendig. Sykepleier må være oppmerksom og observere tilstanden til den enkelte for at det tverrfaglige teamet sammen skal kunne gi den eldre mulighet til optimal helse og selvstendighet. I tillegg er det nødvendig at sykepleier har en evne til å forstå, og kan bruke aktiv lytting, humor og oppmuntring i møte med de eldre i deres recoveryprosess.

## 6 Litteraturliste

Birkeland, A., Flovik, A.M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. 3.utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., Banerjee S. (2012) Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 522-529. <https://doi.org/10.1002/gps.3855>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eskeland, O.K. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H.(Red), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient*. (1.utg. s:196-218) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. (IS-2076) Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Depresjon*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevern for eldre*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-eldre>

Holm, A.L., Severinsson, E., (2013). Surviving depressive ill-health: A qualitative systematic review of older persons` narratives. *Nursing and Health Sciences*, 16: 131-140. DOI: 10.1111/nhs.12071

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsen, R.K, Rønning, A.K., Fleiner, R.L., Evensen, G., Andersson, H.W, Hatling,... V, Bremnes, O., (2012). *Ni suksesshistorier – Samhandling om psykisk helse*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra:

<https://samforsk.no/Publikasjoner/Ni%20suksesshistorier%20WEB.pdf>

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Recovery*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.15-80)

Kvaal, K. (2015). Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient*. (2.utg. s.438-451). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee-Tauler, S.Y, Kwan-Lee, S.H., Han, H., Lee, H.B., Gallo, J.J., Joo, J.H., (2016). What does Depression Mean for Korean American Elderly?: A Qualitative Follow-Up Study. *Korean Neuropsychiatric Association*, 13(5):558-565.

<http://dx.doi.org/10.4306/pi.2016.13.5.558>

Montgomery, S.A., Aasberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change, *The British Journal of Psychiatry* 134: 382-389.

Norsk Helseinformatikk. (2018). *Depresjon hos eldre*. Hentet fra

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/?page=1>

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

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

O'Doherty, Y.K., Stevenson, C., Higgins, A. (2012). Reconnecting with life: a grounded theory study of mental health recovery in Ireland. *Informa healthcare: Journal of Mental Health*, 21(2): 136-144. DOI: 10.3109/09638237.2011.621467

Shank, J.W., Iwasaki, Y., Coyle, C., Messina, E. (2015). Experiences and Meanings of Leisure, Active Living, and Recovery Among Culturally Diverse Community-Dwelling

Adults with Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18: 129-151.

DOI: 10.1080/15487768.2014.954160

Slade, M. (2017) *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell*, oversatt av I. Wormdahl, L. B. Ødegaard og Ragnhild Krogvig Karlsen, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra:

<http://www.melkeveien.me/NAPHA-Rapport-2-2017/Rapport-2-2017.html>

St.meld. nr. 26. (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Tanaka, K. (2018). Strengths promoting the recovery process in older adults with depression.

*Wiley: Journal of Clinical Nursing*, 27: 3032-3043. DOI: 10.1111/jocn.14359

Wang, C., Hua, Y., Fu, H., Cheng, L., Qian, W., Liu, J., ..... , Dai, J. (2017). Effects of a mutual recovery intervention on mental health in depressed elderly community-dwelling adults: a pilot study. *BMC Public Health*, 17:4. DOI: 10.1186/s12889-016-3930-z

World Health Organization (2012). *Mental Health Depression*. Hentet fra:

[http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/)

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Hentet fra

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2014). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Genève: World Health Organization. Hentet fra:

<https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>