



Relasjonen mellom sykepleier og beboer – en forebyggende funksjon?

Kandidatnummer: 186
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 204
Dato: 18.04.17

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18.04.17
<p><u>Tittel</u></p> <p>Relasjon mellom sykepleier og beboer – en forebyggende funksjon?</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan forholdet mellom sykepleier og beboer bidra til å forebygge depresjon?</p>	
<p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgaven baserer seg på Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet, satt i forbindelse med sykepleierens rolle på sykehjem. I sammenheng med dette tas blant annet kommunikasjon opp, og begrepene ”depresjon”, ”omsorg”, ”respekt” og ”kognitiv svikt” avklares. I tillegg settes det fokus på individorientert sykepleie, og en ser på rammefaktorene som finnes på sykehjem.</p>	
<p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litterær studie og er dermed basert på kunnskap funnet i forskjellig fag- og forskningslitteratur ansett som relevant for temaet. Noe av litteraturen er hentet fra pensum i sykepleiestudiet på Lovisenberg Diakonale Høgskole, mens annet er selvvalgt.</p>	
<p><u>Drøfting</u></p> <p>I drøftingskapitlet tas oppgavens problemstilling opp og belyses av Travelbees teori samt kunnskap funnet i fag- og forskningslitteratur. Der legges det blant annet vekt på å bygge relasjon og etablere en allianse med beboeren, kommunikasjon mellom partene og utfordringer med dette, oppdagelsen av depresjon hos beboer og hvordan en kan benytte relasjonen en har opparbeidet til å forebygge en eventuell depresjon.</p>	
<p><u>Konklusjon</u></p> <p>I avslutningen oppsummeres funn fra fag- og forskningslitteraturen. Sykepleier spiller en viktig rolle på sykehjem. Gjennom å skape en god relasjon med beboeren kan en lettere oppdage endringer i helsetilstanden, og en kan dermed starte forebyggingen tidlig i sykdomsforløpet. Dette kan gjøre at utviklingen av lidelsen bremses, og kan hindre den noe i å påvirke beboerens sinnstilstand og opplevelse.</p>	

(Totalt antall ord:238)

”Man kan si mye om en relasjon skapt på bakgrunn av at én er pasient og den andre en hjelper. Men én ting kan man ikke si; at den er betydningsløs eller verdiløs for de(n) det gjelder.”

– Anna Log, pasient (Log, 2016, s. 98)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Avgrensninger.....	2
2 Metode	4
2.1. Anvendt metode.....	4
2.2. Litteratursøk.....	5
2.3. Kildekritikk.....	5
2.3.1 Forskning brukt i oppgaven	6
2.3.2 Faglitteratur benyttet i oppgaven	7
3 Teori	9
3.1 Den gamle pasienten i risikozonen	9
3.2 Sykepleiers rolle på sykehjemmet.....	9
3.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging mellom sykepleier og den eldre pasienten	10
3.4 Begrepsavklaringer	11
3.4.1 Depresjon	11
3.4.2 Omsorg.....	11
3.4.3 Respekt.....	12
3.4.4 Kognitiv svikt.....	12
4 Sykepleiefaglig rammeverk	13
4.1. Joyce Travelbees teori.....	13
4.1.1 Bruk av begreper	13
4.1.2 Individorientert sykepleie.....	13
4.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet	14
4.2 Sykepleierens funksjon	15
4.2.1 Sykepleier som faglig leder.....	15
4.2.2 Sykepleiers ansvar for kartlegging av pasientens helsetilstand	16
4.2.3 Sykepleierens forebyggende funksjon	17
4.3 Rammefaktorer på sykehjem	18
4.3.1 Politiske rammer	18
4.3.2 Juridiske rammer.....	18
4.3.3 Etske rammer	19
5 Hvordan kan relasjon bidra til å forebygge depresjon på sykehjem?	21
5.1 Å bygge relasjon	21
5.1.1 Sykehjemmet som hjem og arbeidsplass.....	21
5.2 Å kommunisere – ikke alltid like lett.....	23
5.2.1 Kulturforskjeller.....	24
5.2.2 Kognitiv svekkelse	24
5.3 Å oppdage depresjon	25
5.3.1 Tid	26
5.3.2 Å bruke relasjonen	26
5.4 Å forebygge depresjon med hjelp av relasjon.....	27
5.4.1 Kartlegging.....	28
5.4.2 Metoder	29
6 Avslutning	31
6.1 Relasjon som forebyggende funksjon	31
Referanseliste	32

1. Innledning

Så satt hun der, da. Beboeren. I en mørkerød lenestol skjøvet helt inn til veggen. Lyset var som regel av, for blikket var som regel festet ned i gulvet uansett. Det var ikke så lett å føre en samtale der, fikk jeg beskjed om. Nei vel, tenkte jeg. Da er det vel kanskje ikke det, da.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

I 2015 ble det registrert 39 674 sykehjemsplasser i Norge, hvorav 33 547 var langtidsplasser (Statistisk sentralbyrå, 2016). Samtidig som at dette tallet stadig reduseres, minsker også bruken av sykehjem blant aldersgruppen over 67 år. Den typiske sykehjemsbeboeren er i dag rammet av flere sykdommer (Romøren, 2014a), og har sterk funksjonsnedsettelse (Ranhoff, 2014), noe som skaper et omfattende behov for bistand fra helsepersonell (Hauge, 2014).

Depresjon er, sammen med angst, blant de mest utbredte psykiske lidelsene blant eldre voksne, og ifølge Drageset, Eide & Ranhoff (2012) er 32% av alle sykehjemsbeboere utsatt for denne lidelsen. Det kan være flere grunner til denne store utbredelsen. Blant annet funksjonsnedsettelse, tap, isolasjon og institusjonalisering er noen vanlige årsaker til depresjon i denne pasientgruppen (Drageset, Eide, & Ranhoff, 2012).

En stor utfordring for sykepleiere i møte med beboere på sykehjem kan være å oppdage de "usynlige" sykdommene. Dette krever ofte kunnskap og erfaring, i tillegg til at beboeren må føle seg trygg nok på sykepleieren til å vise tegn eller snakke om sine tanker og følelser. Å observere typisk atferd og å oppdage symptomer på psykiske lidelser kan være lettere dersom sykepleier har en relasjon til beboeren på forhånd (Kvaal, 2014). Ifølge sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, spiller relasjonen mellom beboer og sykepleier, der begge parter er likeverdige, en viktig rolle i både forebygging og behandling av sykdom (Travelbee, 2014).

Denne oppgaven baserer seg på Travelbees teori om det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier, og ut fra dette er problemstillingen formulert slik:

Hvordan kan forholdet mellom sykepleier og beboer bidra til å forebygge depresjon?

1.2 Hensikt med oppgaven

Utfordringen med depresjon på sykehjem er svært utbredt, og det er derfor viktig at en som sykepleier, innehar kunnskap om hvordan det kan forebygges.

Målet med denne oppgaven er derfor å innhente og samle informasjon rundt dette temaet for å bedre kunnskapen på området. Dette kan bidra til en bedre forebygging av lidelsen i videre yrkesutøvelse.

1.3 Avgrensninger

Opgaven baserer seg på Travelbees teori om bruken av mellommenneskelige forhold i forebygging og behandling av sykdom. Travelbee fokuserte på utvikling av relasjoner i møte mellom pasient og sykepleier, og var opptatt av at begge parter var mennesker og ikke stereotyper. Hun var ivrig etter å videreføre en forståelse av pasientene som unike individer, og kaller derfor sykepleier-pasient-interaksjonen for menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2014). I oppgaven brukes disse uttrykkene noe om hverandre. I tillegg til Travelbees teori brukes fagbøker og fag- og forskningsartikler som kunnskapskilder i oppgaven. Også sykepleieteoretiker Kari Martinsen er brukt i oppgaven, men dette er kun til teoretisk støtte i avklaringen av begrepet ”omsorg”.

Opgavens målgruppe er geriatriske beboere på sykehjem. Pasientgruppen vil her defineres som over 65 år, da det aller meste av forskningen som er funnet og brukt i oppgaven har dette som laveste alder. Grunnen til at det er denne gruppen som drøftes er at antall eldre i befolkningen stadig øker (Romøren, 2014a), og at det derfor er viktig å inneha kunnskap om hvordan en kan hjelpe disse på en så god måte som mulig. Blant de geriatriske beboerne er også depresjon en utbredt lidelse (Kvaal, 2014), noe som gjør problemstillingen svært relevant. Oppgaven vil ta for seg beboere på både kort- og langtidsavdelinger, da forskningen

som er brukt er gjort på begge avdelinger. Allikevel utelukkes skjermede og forsterket skjermede avdelinger for å begrense oppgaven noe. Dette vil også være med på å begrense pasientenes kognitive svikt til lite kognitivt svekkede pasienter. Det skilles ikke på beboernes kulturbakgrunn eller språk, og utfordringen rundt dette tas opp i drøftingen i kapittel 5. Da problemstillingen tar for seg forebygging av depresjon vil verken selve lidelsen eller psykiske eller fysiske plager med bunn i denne utdypes i oppgaven. Heller ikke legemidler vil tas opp, da omfanget ikke ga plass til dette. Fokuset rettes mot hvordan forholdet mellom sykepleieren og beboeren kan være med på å forebygge at depresjonen oppstår eller forverres og hvorfor.

Travelbee (2014) satte fokus på at sykepleiers ansvarsområde gikk utover å tilfredsstille pasientens ønsker og behov, og at det blant annet også inkluderte å ivareta pasientens pårørende. Dette er det ikke skrevet utdypende om, da omfanget til oppgaven ikke var stort nok til å romme dette.

I oppgaven er begrepene beboer og pasient brukt noe om hverandre. Dette kommer av at deler av teorien ikke er begrenset til sykehjemsbeboere, men at den gjelder flere pasientgrupper. Ifølge Hauge (2014) er det stor forskjell mellom å være pasient og å være beboer, da sykehjemmet er pasientens hjem der pasienten skal ha mulighet til å ivareta sitt privatliv og opprettholde sin identitet. Med begrunnelse i dette, brukes derfor primært begrepet beboer der teorien ikke gjelder andre pasientgrupper.

2 Metode

En metode er en fremgangsmåte en bruker for å finne informasjon og belyse problemstillingen på en god måte. Det er altså i denne delen en finner ut hvordan kunnskapen til oppgaven er innhentet og hvordan den er blitt brukt (Dalland, 2012).

I tillegg er det i metodedelen en ser nærmere på kildene i oppgaven. Dalland skriver at ”Alt som kan bidra til oppgaven er kilder” (2012, s. 63). Det er derfor viktig å vurdere kilden for å finne ut hvor relevant og troverdig den er. På den måten kan en beslutte om kilden er sann (Dalland & Trygstad, 2012).

2.1. Anvendt metode

I tråd med høgskolens retningslinjer og krav for oppgaveskriving er denne oppgaven utformet som en litterær studie og er dermed kun basert på fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2012). Data er da hentet fra fagbøker og artikler i forskjellige relaterte tidsskrifter funnet gjennom systematiske søk. I tillegg er det brukt referanselister i fagbøker og oppgaver som dreier seg om samme tema. Dette gjør at oppgaven ikke vil kunne bringe ny kunnskap til faget, men at den fungerer mer som en fortolkning og sammensetning av forskning gjort på temaet tidligere (Dalland, 2012). Noen deler av oppgaven består også i erfaring fra egen praksis. Mesteparten av denne erfaringen er hentet fra praksisperiode ved sykehjem, noe som gjør den relevant. Ved slike tilfeller vil det bli gjort tydelig at utsagnet er fra egen erfaring ved at det er satt i kursiv og står for seg selv.

Valg av litteratur er gjort på grunnlag av relevans for oppgaven, i tillegg til at det er forsøkt tatt hensyn til tiden den er skrevet i, forfatters bakgrunn og hvem artikkelen er skrevet for. Dette er for å bevare oppgavens troverdighet, samt sikre at kunnskap fra artikkelen er oppdatert og faglig korrekt.

2.2. Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til oppgaven har det blitt brukt flere ulike metoder. Store deler av faglitteraturen er samlet fra forskjellige pensumbøker fra sykepleiestudiet. Dette er litteratur som er tilpasset studenter, noe som gjør informasjonen lett forståelig og meget relevant. I tillegg er disse bøkene lett tilgjengelig og oppdatert. Annen faglitteratur som er brukt er enten funnet på biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole eller gjennom litteratursøk.

Relevant forskningslitteratur er funnet i forskjellige helsefaglige, og i stor grad sykepleiefaglige, databaser som Cinahl, Sykepleien, Svemed+, Pubmed og Helsebiblioteket. Søkeord som gikk igjen i forskjellige kombinasjoner var ”depression”, ”nursing home”, ”nursing home patients”, ”aged”, ”older adults”, ”prevention”, ”nurse-patient relations”, ”sykehjem” og ”relasjon”. Kombinasjonene av disse ordene ga både fag- og forskningsartikler. De kombinasjonene som inneholdt ”nurse-patient-relations” ga et flertall av europeiske artikkeltreff, hvorav flest studier var gjort i Storbritannia eller Skandinavia. Også databasen Google Scholar ble brukt dersom det var vanskelig å finne artikler i fulltekst i de andre databasene.

For å avgrense resultatene og gjøre funnene mer relevante for oppgaven, ble søket i mange tilfeller spisset til å kun gjelde artikler skrevet etter 2011, og i de fleste tilfeller utelukket søket andre type artikler enn forskningsartikler. Dette gjorde søkeresultatene færre, noe som førte til at det ble lettere å velge relevante artikler som passet til oppgaven. På den annen side kan det ha utelukket noen artikler som kunne ha vært anvendelige.

2.3. Kildekritikk

Ved bruk av kilder er det viktig å vurdere litteraturen som er benyttet. Dette er for å sikre at kilden er relevant for oppgaven, og at informasjonen er gyldig (Dalland & Trygstad, 2012). Det finnes en god del litteratur om depresjon hos beboere på sykehjem, og det finnes mye litteratur om forholdet mellom pasient og sykepleier. Å finne litteratur som omfatter begge områder og som samtidig er relevant og gyldig har vist seg å være noe vanskeligere.

2.3.1 Forskning brukt i oppgaven

Forskning kan være både kvantitativ og kvalitativ. Begge typer er med på å bedre forståelsen for samfunnet rundt oss. Kort oppsummert leverer kvantitativ forskning data som gir informasjon i form av målbare enheter som tall, og som går i bredden av folket. Kvalitativ forskning gir data som trekker frem en større helhet og sammenheng ved å gi rom for å gå dypere i objektet det forskes på. Denne slags data kan ikke tallfestes, og er mer personlig (Dalland, 2012). I denne oppgaven er det brukt både kvalitativ og kvantitativ data, og flere av artiklene er også hentet fra samme kvantitative studie.

En av de kvantitative studiene som er brukt i oppgaven er en studie gjort av Haugan i 2008/2009. Den omfattet 202 beboere på 44 forskjellige sykehjem i Midt-Norge, og ble gjort ved hjelp av et spørreskjema, der spørsmålene ble lest opp av en sykepleieforsker sammen med svaralternativer. Denne studien har samlet inn data til ikke mindre enn 19 fagfelleverderte publikasjoner, hvorav 4 artikler er brukt i denne oppgaven. Dette gjør at datainnsamlingen i oppgaven kanskje ikke blir like omfattende, da det er de samme beboerne som er brukt i en så stor del av informasjonskildene. Dette kan også regnes som en feilkilde, da ikke bare antallet intervjuobjekter er lavt, men også den geografiske spredningen er liten, noe som gjør studien mindre representativ for alle beboere på sykehjem i Norge. Samtlige andre forskningsartikler brukt bygger på studier gjort av enten sykepleiere eller professorer innen sykepleie. Alle artiklene er derfor skrevet for helsepersonell, og noen er skrevet for sykepleiere spesielt. Den største delen av forskningen har som formål å bedre sykepleiers kunnskap og kompetanse rundt relasjonen til beboeren og er ment til å opplyse om hvilken effekt denne kan ha på depresjon. Med dette målet blir forskningen meget relevant for oppgaven. I disse artiklene er det beboere som er intervjuet eller som har fylt ut et spørreskjema, enten alene eller ved hjelp av forskere. De har altså et pasientperspektiv. Et unntak er den kvalitative artikkelen til Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott (2015) der rollene er snudd, og det er sykepleiere som er intervjuet. Her er formålet å undersøke hvordan sykepleiere gjenkjenner dårlig humør og depresjon hos pasientene, og artikkelen har dermed også et sykepleieperspektiv.

Målgruppen til en betydelig del av forskningen brukt i oppgaven har vært beboere på langtidsavdelinger på sykehjem, og aldersspennet til intervjuobjektene varierer stort sett fra ca.

65-100 år. Dette gjør forskningen veldig relevant for å drøfte problemstillingen som er satt, da det treffer målgruppen også i denne oppgaven godt.

I denne bacheloroppgaven er det brukt både norsk og internasjonal forskningslitteratur, men hovedsakelig er det brukt litteratur fra et av de skandinaviske landene. Dette begrunnes med at disse landene har en ganske lik struktur på helsetilbudet som i Norge, og sikrer dermed at kunnskapen er overførbart også for norske sykehjem. Studiene bak forskningene er alle gjort på sykehjem, hvorav de fleste er gjort på langtidsavdelinger blant beboere uten utpreget kognitiv svikt. Den internasjonale litteraturen er med på å gi andre perspektiver til problemstillingen, og den åpner for muligheten til å drøfte forskjeller fra norske sykehjem og utenlandske. Når alt kommer til alt er fokuset i oppgaven på det norske sykehjemmet og dets beboere.

De aller fleste artiklene oppgir at de er fagfellevurdert, og alle er utgitt i anerkjente nasjonale eller internasjonale tidsskrifter. I samtlige forskningsartikler er også deltakerne i studien informert på forhånd av utføringen, og alle bortsett fra én av artiklene oppgir at de er forelagt Etisk komité. I Kirchhoff (2014), som ikke oppgir informasjon rundt Etisk komité oppgir allikevel at studien følger Helsinkideklarasjonens forskningsetiske retningslinjer.

2.3.2 Faglitteratur benyttet i oppgaven

Litteraturen kan også deles inn i primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteraturen er ny teori mens sekundærlitteraturen er en tolkning av andres arbeid (Dalland, 2012). I denne oppgaven brukes det nesten utelukkende sekundærlitteratur, og Travelbee (2014) er den eneste som skiller seg ut som primærlitteratur.

Travelbees bok, "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" (2014) er opprinnelig skrevet i 1966, og originaltittelen på boka er "Interpersonal Aspects in Nursing". Den siste utgaven av boka kom ut i 1971. I oppgaven er det brukt en versjon utgitt av Gyldendal Akademisk som er oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen. Ord og uttrykk av betydning kan ha blitt borte eller endret i oversettelsen, og dette kan være med på å skape forskjeller i forståelsen av boka. At den er oversatt, samt i en nyere utgave (utgitt i 2014) kan derfor regnes som en feilkilde.

Annen faglitteratur som er brukt i oppgaven er både skrevet på norsk og engelsk, og er utgitt i forskjellige tidsskrifter. De aller fleste fagbøkene som er brukt er utgitt av Gyldendal Forlag, og kan derfor inneha noe av den samme vinklingen. Det er derfor forsøkt å se på flere kilder rundt den informasjonen som er brukt, slik at nyanser kommer frem og gjør oppgaven mangfoldig og vidtfavnende. Til dette er det brukt både fag- og forskningsartikler.

3 Teori

Teoridelen i en oppgave er til for å opplyse leseren om de forskjellige aspektene problemstillingen tar opp. Den brukes til å utvikle innsikten i oppgaven, slik at leseren selv ikke behøver å ha forståelse på forhånd (Dalland, 2012). I denne oppgaven tar teorien opp blant annet sykepleiers rolle på sykehjem og redegjør for forskjellige begreper brukt i oppgaven.

3.1 Den gamle pasienten i risikozonen

Den gamle pasienten preges ofte av stadig nedsetting i funksjon og øking av hjelpebehov. Det kan være en bestemt sykdom eller hendelse som kan sette i gang pasientforløpet som varer ut livet. Et slikt forløp kan være kort eller langt, og ofte ender det med at pasienten blir innlagt på institusjon, som ofte er sykehjem (Romøren, 2014b). Langtidsavdeling på sykehjem er det vanligste tilbudet eldre får innen institusjonsomsorgen. Dette gir den gamle krav på pleie- og omsorgstjenester, samt lege-, fysioterapeut- og tannlegetjenester. Kriteriet for å få dette tilbudet er at hjelpebehovet er for stort til at en kan dekke det mens den gamle bor hjemme. Sykehjemmet skal gi sykepleie- og omsorgstjenester hele døgnet (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Institusjonalisering, medisinsk problematikk og økt funksjonsnedsettelse er omstendigheter som kan gi større risiko for utvikling av depresjon, som er en av de mest utbredte psykiske lidelsene blant eldre. (Drageset, Eide, & Ranhoff, 2012).

3.2 Sykepleiers rolle på sykehjemmet

Sykehjemmets rolle i helsetjenesten er i konstant utvikling, spesielt etter at samhandlingsreformen ble satt til verks. Reformens mål er at alle pasienter skal få rett behandling på rett sted, til rett tid. Dette skal gjøre helsetjenesten mer sømløs, og gjøres blant annet ved å flytte pasienter hjem til kommunehelsetjenesten så fort det lar seg gjøre etter behandling i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). På grunn av dette blir beboerne også stadig skrøpeligere, og dette krever høy kompetanse hos helsepersonalet som skal behandle dem. Sykepleier har en viktig rolle i denne kompetansebyggingen, både i rollen som faglig leder og i egen fagutøvelse (Hauge, 2014).

3.3 Kommunikasjon og relasjonsbygging mellom sykepleier og den eldre pasienten

Kommunikasjon vil alltid involvere en avsender og en mottaker, og krever både fysisk og mental aktivitet hos begge disse. Prosessen krever også at et budskap overføres mellom de to partene. I sykepleie er kommunikasjon den metoden som brukes for å søke og gi informasjon, til å motivere den andre parten og til å påvirke og bli påvirket av den andres meninger. Å kommunisere er også nødvendig for å skape en relasjon, enten en interagerer verbalt eller non-verbalt. Gjennom kommunikasjonen kan sykepleier også finne frem til hva som er behovene til hver unike pasient, samt hvordan de ønsker å behandles (Travelbee, 2014).

Gjennom kommunikasjon kan en altså bygge en relasjon med andre mennesker. Ordet relasjon betegner en forbindelse mellom to gjenstander. I sykepleiers tilfelle er gjenstandene mennesker, og ordet brukes gjerne om forholdet eller kontakten mellom disse to (Eide & Eide, 2011). For noen av beboerne på sykehjem er nær relasjon til helsepersonalet som jobber der svært viktig. Den kan blant annet være med på å avgjøre om beboeren trives eller ikke. Andre ønsker mindre nær relasjon, og vil derfor distansere seg ved tilnærming (Bergland & Kirkevold, 2005).

Ofte blir eldre mennesker betraktet som en gruppe, og ikke sett som den personen de er. I de yrkesetiske retningslinjene stilles det krav om individualisert sykepleie som skal ta utgangspunkt i hver enkeltes ønsker, opplevelser, verdier og behov. Dette er med på å ta vare på integriteten og verdigheten til pasienten (NSF, 2011). For å klare dette trenger sykepleier kunnskap om å bygge relasjon, samt kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon er nemlig en av flere faktorer som fremmer pasientenes unike karakter (Warelow, Edward, & Vinek, 2008). Kommunikasjonsferdighetene kan settes på prøve når noe hindrer kommunikasjonen mellom de to partene. Et slikt hinder kan for eksempel være at pasienten har en annen kulturell bakgrunn og dermed et annet morsmål eller når pasienten lider av kognitiv svikt som bremser forståelsen (Eide & Eide, 2011).

3.4 Begrepsavklaringer

Videre vil betydningen av noen viktige begreper brukt i oppgaven avklares.

3.4.1 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som forekommer i hyppig grad hos eldre mennesker, både som lidelse i seg selv og som symptom. Det kan være mange ulike årsaker som ligger bak tilstanden, og den kan påvirke livskvaliteten til den eldre. I tillegg kan depresjon også være med på å forverre somatiske tilstander, og gir økt dødelighet hos dem som rammes (Kvaal, 2014). I denne oppgaven vil begrepet ”depresjon” vise til både en indre, subjektiv opplevelse av depresjon og en sinnsstemning som gir symptomer utenpå og som er observerbar for helsepersonalet rundt beboeren. Slike symptomer kan blant annet være nedstemthet, pessimisme, kraftløshet, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag eller nedsatt appetitt (Hummelvoll, 2014).

Det finnes flere grader av depresjon, og jo mer alvorlig den er, jo større påvirkning har den på pasienten. Blant aspekter den har varierende grad av innflytelse på er virkelighetsoppfatningen, selvfølelsen, stemningen og sosial deltakelse (Hummelvoll, 2014). Dette kan i stor grad gå utover den rammedes relasjoner, både da ønsket om å ha samvær vil reduseres og det vil bli vanskeligere å tilbringe tid og kommunisere med pasienten. Dermed kan depresjonen ha negativ effekt på velvære, sosial og fysisk funksjon og sosialt samvær (Drageset, Eide, & Ranhoff, 2012).

3.4.2 Omsorg

Ifølge sykepleieteoretiker Kari Martinsen er omsorg et begrep som beskriver en forståelse mellom to parter, og som handler om å vise omtanke i vår tilværelse med andre mennesker. Omsorg forutsetter derfor alltid andre og viser seg gjennom det vi praktiserer. For at omsorgen skal være ”ekte” kreves det en holdning der en anerkjenner den en har omsorg for og hans eller hennes situasjon (Martinsen, 1989).

Å utøve sykepleie med omsorg er lovfestet i blant annet Helsepersonelloven, der det står at ”det skal ytes omsorgsfull hjelp” (1999, §4). Dette innebærer at hjelperen er nødt til å ta

verdivalg knyttet til hvordan en skal opptre med pasienten, slik at hjelpen som utøves gjøres med en oppmerksom væremåte som oppleves som god for mottakeren (Mølven, 2014).

3.4.3 Respekt

Ordet respekt kommer av det latinske uttrykket for å ”se tilbake” eller ”se om igjen” (Brodtkorb, 2013). I sammenheng med arbeid med mennesker kan dette tolkes som at en skal se mennesket flere ganger, slik at den unike karakteren de har kommer frem og overskygger et eventuelt førsteinntrykk. I begrepet respekt ligger også ivaretagelse av verdier som anerkjennelse og integritet (Kirkevold, 2014a). I relasjon med pasienten, er sykepleier i tillegg respektfull gjennom å gi pasienten oppmerksomhet, og ta vedkommende på alvor (Brodtkorb, 2013).

3.4.4 Kognitiv svikt

Kognitiv svikt betegner svikt i de mentale tankeprosessene, og kan både være medfødt eller utviklet over tid. Svikten kan komme i følge med kronisk sykdom eller tilfeldig ved et akutt tilfelle av sykdom (Skovdahl & Berentsen, 2014). I denne oppgaven er pasientgruppen begrenset til å ikke gjelde beboere på skjermede og forsterket skjermede avdelinger. Dette betyr ikke at kognitiv svikt utelukkes helt. Beboere med kognitiv svikt finnes på alle avdelinger på sykehjem, men det tas utgangspunkt i at beboerne i denne oppgaven som lider av kognitiv svikt kun er rammet i mild grad.

4 Sykepleiefaglig rammeverk

Det sykepleiefaglige rammeverket fungerer som en teoretisk forankring som skal vise hva som er relevant, og som bidrar til å skape struktur i oppgaven. Sykepleiefaglig teori er også med for å si noe om hvilket perspektiv oppgaven er skrevet innenfor (Dalland, 2012).

4.1. Joyce Travelbees teori

Det sykepleiefaglige rammeverket i denne oppgaven baserer seg på teorien til Joyce Travelbee (1926-1973). I 1966 ga hun ut boka ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”, der hun presenterer en teori om at sykepleie er en interaksjonsprosess, hvor relasjonen mellom pasienten og sykepleieren spiller en stor rolle.

4.1.1 Bruk av begreper

Det er i all hovedsak på grunn av denne teorien at det sykepleiefaglige rammeverket er bygget på Travelbee i denne oppgaven. Hun viser i sin bok at hun er opptatt av at individet er unikt, men at hun samtidig mener sykepleier er nødt til å etablere et menneske-til-menneske-forhold for å kunne nå frem med behandling og forebygging. Hun forklarer blant annet at forholdet mellom sykepleier og pasient er forholdet mellom to unike mennesker, og ikke ”stereotypen” som kan ligge bak benevnelsen ”sykepleier” og ”pasient”. Travelbee kaller derfor relasjonen ”menneske-til-menneske-forholdet”. Hun mener at en interaksjon mellom sykepleier og pasient enten kan være ”god” eller ”dårlig”, men at det ikke finnes et dårlig menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2014).

4.1.2 Individorientert sykepleie

Travelbee fokuserer på at mennesket er unikt, og at en ikke kan kategorisere mennesket etter personlighetstrekk, sykdom eller rolle. Hun legger også vekt på at en er nødt til å se enkeltindividet for å utøve god sykepleie og skape en relasjon med pasienten (Travelbee, 2014).

Travelbee skriver at mennesket har en tendens til å kategorisere individet, og mener dette begrenser inntrykkene av den andre og setter mennesket i en bås der det sammenlignes med andre. Selv definerer hun mennesket som et ”unik og uerstattelig individ” (Travelbee, 2014, s. 54) som påvirkes av omgivelsene. Individet, som forøvrig er et sosialt vesen i varierende grad, evner å kjenne andre, men aldri fullstendig. Ved å gi individet en benevnning, som ”pasient” eller ”sykepleier” mister det sitt særpreg, og en har lett for å vurdere individet til å følge stereotypen. Da kan det bli vanskelig å se det unike mennesket som står bak, og forholdet vil bli mer overfladisk (Travelbee, 2014).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene fra NSF skal sykepleie ta utgangspunkt i enkeltindividet og ivareta pasientens integritet og verdighet, samt sørge for å gi helhetlig omsorg til pasienten (NSF, 2011). Å utøve en slik type sykepleie krever en relasjon mellom partene som er basert på god kommunikasjon og som er tilpasset pasientens forutsetninger (Bergland & Kirkevold, 2005). Denne kommunikasjonen foregår både verbalt og i stillhet, gjennom ansiktsuttrykk og kroppsspråk, og den kan også skje ubevisst. Det er gjennom denne kommunikasjonen at de to partene kan bli kjent og etablere en relasjon (Travelbee, 2014).

4.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2014, s. 29).

Travelbee definerer sykepleie som en prosess av dynamisk karakter som alltid er under utvikling. Hun mener denne prosessen består av tre deler. Den første av disse er den mellommenneskelige prosessen. Denne er nødvendig, da det dreier seg om mennesker i møte med andre mennesker. Sykepleier står ovenfor både pasienten selv og pårørende, i tillegg til egne kollegaer og annet helsepersonell, og er ansvarlig for å skape et samspill mellom disse. Dette skjer når individene i forholdet kan innvirke på hverandre (Travelbee, 2014). Den neste delen handler om å hjelpe andre. Sykepleier skal hjelpe til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og dette er en bistand til individet. Den tredje, og siste, delen handler om å forebygge sykdom og lidelse. I dette ligger det også at en skal hjelpe den andre til å føle

mestring, og å finne mening i sykdommen eller lidelsen. Det er dette sykepleier bidrar med i det tverrfaglige teamet (Travelbee, 2014).

Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig relasjon, der hovedkjennetegnet er at den syke eller dens pårørende får sine behov ivaretatt. Samtidig er det nødvendig at også sykepleiers behov tilfredsstilles, da en mangel på dette kan føre til at sykepleier får mindre empati og omsorg for den enkelte pasient dersom dette uteblir i lengre perioder. Dette gjøres blant annet i kontakt med teamet rundt pasienten og ved at sykepleier sørger for at egne behov er tilfredsstilt. Samtidig som den gjensidige relasjonen skal fungere som en trygghet og de to partene står sammen er det viktig å skille relasjonen fra vennskap. Tyngden av omsorgsbehovet er i ubalanse i forholdet, og det forventes ikke at de to partene skal forplikte seg til å hjelpe hverandre. Menneske-til-menneske-forholdet er et profesjonelt forhold, og graden av nærhet trenger derfor ikke være større enn at den syke får behovene sine dekket (Travelbee, 2014).

4.2 Sykepleierens funksjon

Som nevnt tidligere er sykepleierens funksjon på sykehjemmet kompleks, og ansvarsområdet er bredt. Sykepleier er ikke kun ansvarlig for å behandle beboernes medisinske problemer, men fungerer også blant annet både som administrativ leder med ansvar for avdelingen og er med på systematisk kartlegging av beboernes funksjon og tilstand (Hauge, 2014).

4.2.1 Sykepleier som faglig leder

På sykehjemmet er det sykepleier som har ansvar for å lede avdelingens pleieteam, og det er sykepleier som er ansvarlig for å opprettholde en kontinuerlig fagutvikling og sikre kvaliteten på helsehjelpen som ytes. Sykepleier har dermed en administrativ funksjon på sykehjemmet. Dette krever at sykepleier er i stand til å skaffe seg oversikt over både seg selv og egne oppgaver, sine kollegaer og institusjonens rutiner og organisering. I tillegg til å ha oversikt, skal sykepleier ha en nøkkelrolle i pleieteamet rundt beboeren. Dette kan blant annet bestå i å fordele arbeidsoppgaver og samarbeide godt tverrfaglig med kollegaer, også fra andre yrkesgrupper som f.eks. lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Et slikt samarbeid krever

kunnskap rundt de forskjellige yrkesgruppene, samt hvordan disse organiseres på sykehjemmet (Hauge, 2014).

I helsepersonelloven stilles det krav til at helsepersonell skal arbeide faglig forsvarlig (1999, §4). Dette er ikke et statisk begrep, og endrer seg derfor over tid. Dette forplikter sykepleier til å holde seg faglig oppdatert. Sykepleier skal med andre ord utøve en kunnskapsbasert praksis. Denne består av en kombinasjon av erfarings- og forskningsbasertkunnskap og kunnskap fra brukerne av helsetilbudet. En slik kunnskapsbasert praksis utnytter informasjonen fra alle kanter for å styrke det faglige arbeidet og holde det oppdatert. Ved hjelp av erfaring både fra egen praksis og andres unngår en å gjøre eventuelle feil flere ganger, og en kan føle seg tryggere i yrkesutøvelsen. Forskningen er med på å holde kunnskapen faglig forsvarlig, og gir anledning til å følge med i tiden og ta beslutninger på grunnlag av oppdatert informasjon. Å lytte til brukeren og hans opplevelser og meninger kan gi verdifulle innspill som kan føre til forbedring i helsehjelpen (Mikkelsen & Hage, 2013). Ved å oppfylle disse tre områdene bruker en ekspertisen en har både på faget og på brukerens eget perspektiv på situasjonen, og kan komme frem til metoder og tiltak som fungerer for alle parter.

Sykepleier har også mer direkte pasientrelaterte oppgaver. Et eksempel på dette er systematisk innsamling av observasjoner og pasientinformasjon, samt iverksetting av tiltak i forhold til de observasjoner som gjøres er viktig for å kontinuerlig gi beboerne den helsehjelpen de trenger. Til dette kan en for eksempel bruke sykepleieprosessen, som er en systematisk problemløsningsmodell som skal hjelpe sykepleiere til å arbeide effektivt og systematisk. Denne er også behjelpelig med å holde helsehjelpen personorientert og tilpasset individet. Denne inneholder en vurderingsfase, med datainnsamling og diagnostisering, en planleggingsfase der en formulerer mål og prioriterer problemer, en gjennomføringsfase der en iverksetter tiltak for å nå målene, og en evalueringsfase, der en evaluerer hva som fungerer og hva som bør endres. Prosessen er altså med på å holde helsehjelpen oppdatert i forhold til beboerens helsetilstand (Rotegård, Solhaug, & Grov, 2013).

4.2.2 Sykepleiers ansvar for kartlegging av pasientens helsetilstand

Når det gjelder å følge opp pasientenes helsetilstand over lengre tid spiller gode observasjoner, systematisk kartlegging og grundig dokumentasjon en viktig rolle. Å innhente data om pasienten gjøres ikke kun gjennom å måle vitale tegn som blodtrykk og puls, men er noe som

gjøres kontinuerlig i møte med pasienten. Sykepleier bruker både forskjellige sanser som syn og hørsel i tillegg til å samtale med pasienten. Disse kan imidlertid feiltolkes, noe det er viktig å ha i bakhodet. Gjennom samtale kan en hente inn førstehåndsupplysninger, og informasjonen blir dermed vanskeligere å feiltolke (Dahl & Skaug, 2014).

Å observere vil ikke ha mye for seg uten at en også observerer endringer som skjer over tid. Dette krever systematisk kartlegging. Dette gir grunnlag for individuelt tilpasset sykepleie, og gjør det mulig for et pleieteam bestående av flere personer å oppdage endringer i helsetilstanden til pasienten. Aldring er med på å gjøre pasienten mer utsatt for sykdom, og sykdomsutviklingen hos eldre mennesker skjer også ofte raskere. Det er dermed viktig at forandringer i funksjon og tilstand identifiseres raskt, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes. For å identifisere psykiske lidelser som depresjon finnes det flere forskjellige kartleggingsverktøy en kan bruke. Eksempler på dette er Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Geriatrisk Depresjonsskala (GDS). Disse er begge validerte og blant de hyppigst brukte blant geriatrike pasienter (Kirkevold, 2014b).

Også god dokumentasjon er avgjørende for å kunne følge opp pasienten på en god måte. Helsepersonelloven stiller krav til at dokumentasjonen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §39-40).

Dokumentasjonen skal både inneholde pasientens opplevelse av sykdom og situasjon og pleieteamets handlinger. Det skal komme tydelig frem hvilke sykepleietiltak som er iverksatt og som skal iverksettes, slik at dette kan følges opp av hele teamet rundt pasienten (Dahl & Skaug, 2014).

4.2.3 Sykepleierens forebyggende funksjon

Sykdomsforebygging kan både være primær, hvilket innebærer å utsette eller forhindre sykdom og sekundær, der en fokuserer mer på å hindre tilbakefall eller bremse sykdomsutvikling (Mæland, 2010). I denne oppgaven vil ordet ”forebygging” brukes om begge deler, altså om hvordan pasient-sykepleier relasjonen kan benyttes til å både forhindre og bremse depresjon hos sykehjemsbeboere. Dette begrunnes i at sykepleier på sykehjem er ansvarlig for å gjøre tiltak for både primær- og sekundærforebygging. Dette gjør at en blir

nødt til å tenke fremover og oppdage varselsignaler tidlig, slik at en kan ligge foran en eventuell utvikling av sykdom eller lidelse (Mæland, 2010).

4.3 Rammefaktorer på sykehjem

Det finnes flere faktorer som avgrenser sykehjemmet som institusjon. Noen av disse er med på å avgjøre hvem som gjør hva og hvordan utfordrende situasjoner skal løses. I de neste avsnittene er derfor de viktigste politiske, juridiske og etiske rammene rundt sykehjemmet beskrevet.

4.3.1 Politiske rammer

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført. Målet med denne var å skape mer helhet og sammenheng i helsetjenestene, og å gjøre behandlingen så sømløs som mulig. I tillegg sikter reformen på å gi den behandlingen pasienten skal ha på det mest hensiktsmessige behandlingsstedet for å tilpasse seg situasjonen til pasienten på best mulig måte. Dette flytter store deler av ansvaret for pasientbehandling over på kommunehelsetjenesten. Dette gir et krav til bredere kompetanse og mer faglig tyngde for de som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

Det er hver enkelt kommune som bestemmer hvordan de organiserer helsetilbudet. Dette er med på å skape variasjoner mellom kommunene (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Ifølge Stortingsmelding 11 om kvalitet og pasientsikkerhet (2014-2015) er det i dag for stor variasjon i helsetilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker derfor å skape større likeverd i helsetilbudet, slik at de samme tilbudene om behandling i større grad kan gis til alle pasientene.

4.3.2 Juridiske rammer

Det er flere lover og forskrifter som regulerer sykehjemmet som helsetilbud.

En av disse er helse- og omsorgstjenesteloven (2011), som gjelder alle helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen, har som formål å sikre tjenestetilbudets kvalitet gjennom å bidra til god utnyttelse av ressurser, fremme levevilkår, bidra til likeverd

og forebygge og behandle sykdom. Denne loven lovfester kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, og stiller dermed kommunen ansvarlig for at alle som oppholder seg i kommunen skal ha tilbud om nødvendig helsehjelp. Ifølge denne loven plikter kommunen å tilby sykehjemsplass eller tilsvarende dersom dette vurderes som det eneste tilbudet som kan sikre pasienten forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-3).

Også helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for beboere på sykehjem. Disse lovene er til for å sikre at helsepersonell yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og at brukerne av helsetjenesten mottar den nødvendige helsehjelpen de har krav på (Helsepersonelloven, 1999, §1) Med andre ord er formålet med begge lovene å sikre pasienten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er pasient- og brukerrettighetsloven med på å sikre et likt tjenestetilbud til alle samt gi tillitt og trygghet til helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1).

I tillegg til lover, er det flere forskrifter som er med på å regulere sykehjemmet som helsetjenestetilbud. Sykehjemsforskriften er et eksempel på dette. Den er blant annet med på å bestemme hva tjenestetilbudet skal inneholde, og nevner noen av de rettighetene beboerne på sykehjem har. Blant annet gir den beboeren rett til enerom dersom dette er ønskelig og mulighet for å møblere rommet med private gjenstander. I tillegg gir forskriften beboeren rett til å dyrke interesser og forme egen tilværelse så fremt dette er forsvarlig med tanke på medisinsk tilstand (Sykehjemsforskriften, 1988, §2-4).

Andre eksempler på forskrifter som er gjeldende for beboere på sykehjem er forskrift om verdig eldreomsorg (2010) og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Disse er alle med på å sikre den eldres pleie og omsorg, samt kvaliteten på helsehjelpen som ytes. I tillegg beskytter de beboerens integritet og verdighet, og er med på å skape en meningsfull og individuelt tilpasset tilværelse.

4.3.3 Etske rammer

Etikk er læren om moral, og er også kjent som moralfilosofi. I Store Norske Leksikon skrives det at ”Etikkens formål er å studere hvordan en *bør* handle, og å forstå begrepene vi bruker når vi *evaluerer* handlinger, personer som handler og utfall av handlinger” (Sagdahl, 2015).

Altså omhandler etikken resonneringen bak hva som er rett og galt. Dette kan det være ulike syn på, og det har derfor også utviklet seg flere teorier innenfor etikk (Brodtkorb, 2013). Dette vil ikke tas nærmere opp i denne oppgaven.

Som sykepleier spiller etikk en viktig rolle i det daglige livet. Det er derfor opprettet egne yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Disse bygger både på ICN¹s retningslinjer for sykepleiere og FNs menneskerettigheter, og skal beskrive det etiske grunnlaget for sykepleie. I de yrkesetiske retningslinjene, er det blant annet skrevet at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og at helsehjelpen som ytes skal være kunnskapsbasert (NSF, 2011). Sykepleiere skal med andre ord ha medmenneskelighet for sin neste og skal arbeide faglig forsvarlig. Med dette støtter retningslinjene oppunder lovverket som regulerer helsetjenesten.

Retningslinjene tar også opp sykepleierens yrkesetikk i møte med pasienten. Her kommer det blant annet frem at sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet, og at pasienten har rett på helhetlig omsorg (NSF, 2011). Helhetslære, eller holisme som det også kalles, innebærer at hele mennesket skal sees, altså at en ikke bare er en sum av flere deler, men en helhet. Dette er en relevant forståelse for denne oppgaven, da det legger vekt på at mennesket ikke bare er en fysisk kropp, men at mennesket i en helhet også består av blant annet tanker, følelser og ressurser. I tillegg til dette kommer situasjonen rundt mennesket og bakgrunnen en har (Odland, 2012).

Etikken spiller med andre ord en viktig rolle i sykepleieutøvelsen. Sykepleie er et yrke der en hjelper andre mennesker, og for å kunne gjøre dette er en nødt til å kunne reflektere over de handlingene som utføres. Sykepleie består ikke kun i prosedyrer og andre medisinske oppgaver, men det handler om å se mennesket bak sykdommen, og å se hvilke behov mennesket har, og ikke minst føler det har. Profesjonen er også full av etiske utfordringer, og gjennom å reflektere over disse både alene og i helseteamet rundt pasienten som mottar hjelp vil hjelpen som gis være av god kvalitet (Brinchmann, 2012)

¹ ICN er forkortelse for International Council of Nurses

5 Hvordan kan relasjon bidra til å forebygge depresjon på sykehjem?

Drøfting handler om å diskutere rundt en problemstilling ved hjelp av argumenter og motargumenter. Drøftingen skal inneholde refleksjon rundt og tolkning av den informasjonen som er funnet i tidligere kapitler (Dalland, 2012). I dette kapitlet vil det drøftes hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient kan bidra til å forebygge depresjon.

5.1 Å bygge relasjon

Ifølge Travelbee (2014) er det å bygge forhold til beboeren en av sykepleierens oppgaver. Hun legger vekt på at forholdet mellom sykepleier og beboer skal være et forhold mellom to unike individer, og mener stereotypene bak begrepet ”sykepleier” og ”pasient” i denne sammenheng burde legges bort for å skape et jevnt forhold der det oppstår god kontakt mellom partene. Dette forholdet kaller hun menneske-til-menneske-forholdet. Det krever en samhandling mellom beboeren og sykepleieren for å virkelig være betydningsfullt for begge parter (Travelbee, 2014). En slik allianse krever en grunnleggende og helhetlig forståelse av beboeren, samt et engasjement hos sykepleier som utlyser respekt og trygghet (Kvaal, 2014). En holistisk tilnærming til situasjonen er derfor på sin plass i en slik situasjon (Brinchmann, 2012).

5.1.1 Sykehjemmet som hjem og arbeidsplass

Et sykehjem er en institusjon som har flere funksjoner. For beboerne er sykehjemmet et hjem de bor i hele døgnet, og det er her de tilbringer all sin tid. Der mottar de hjelp til å ivareta sine behov og mottar omsorg. Samtidig er institusjonen en arbeidsplass for sykepleiere og annet helsepersonell som kommer til vekten sin og drar hjem etter endt arbeidsdag (Hauge, 2014). Dette skaper to litt forskjellige verdener under et og samme tak, og kan være med på å skape utfordringer i hverdagen for både beboere og helsepersonell.

På den ene siden er det viktig at beboerens rom på sykehjemmet får være beboerens hjem. Dette innebærer blant annet at beboeren har mulighet til å ha personlige eiendeler på rommet

sitt, samt mulighet til å styre egen hverdag så langt dette fungerer innenfor sykehjemmets rammer (Hauge, 2014). Det er også av betydning at beboerens rom behandles som et personlig territorium ved at en for eksempel banker på døra og venter på svar før en går inn, og at en spør om lov før en rører private eiendeler. På denne måten kan en respektere beboeren og ivareta integriteten (Kirkevold, 2014a).

På den andre siden er beboeren innlagt på institusjon på grunn av et nedsatt funksjonsnivå som har ført til et økt hjelpebehov, og det er viktig at omgivelsene og situasjonen også tilpasses dette. Det kan bety at beboerens store kommode kanskje ikke får plass på rommet på grunn av at plassen utnyttes til medisinsk utstyr eller at beboeren ikke lenger har mulighet til å delta på den ukentlige sygruppen med venninnene sine. Dette kan være vanskelig for beboeren å akseptere dersom funksjonsnedsettelsen skjer plutselig eller over en kortere periode, og det er da viktig at sykepleier tar seg tid til å forklare beboeren på en god og grundig måte hvorfor endringene må gjøres. Gjennom å gjøre dette på en respektfull måte, kan sykepleier starte en relasjon bygget på tillitt og omsorg, og en kan unngå å krenke beboeren (Kirkevold, 2014a).

5.1.2 Relasjonsbygging

Noen beboere har et ønske om å skape en god og nær relasjon med helsepersonalet de mottar hjelp fra. Dersom dette skal dannes, bør begge parter være innstilt på det, og villige til å gjøre det som behøves for at forholdets grunnlag skal være støtt (Grov, 2013). For at dette skal skje bør partene ha tillitt til hverandre, og de burde se hverandre som unike individer. Deretter er det opp til sykepleieren å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Dette skjer når sykepleier og beboeren som mottar omsorg har møttes og utvekslet en gjensidig forståelse for hverandre i den situasjonen de er i. Etter dette er det god kommunikasjon og samhandling det står på. Også her har sykepleier et overordnet ansvar for å opprettholde relasjonen (Travelbee, 2014).

På den andre siden finnes det også beboere som ikke ønsker noen nærhet til helsepersonalet. I et slikt forhold vil fokuset kun ligge på behandlingen av beboeren og sykepleieren vil kun utføre de oppgavene som bedrer beboerens medisinske tilstand (Grov, 2013). Ifølge Travelbee (2014) vil et slikt forhold bety lite både for beboeren og for sykepleieren. Kommunikasjonen mellom partene vil da ikke føre til noe større nærhet eller nærmere et

forhold. En slik behandling av beboeren kan oppleves lite personlig, men dersom beboeren ikke ønsker nærmere kontakt, er en som sykepleier nødt til å respektere dette ønsket.

Her kommer sykepleiers profesjonalitet inn. For samtidig som det er viktig å skape en allianse med beboeren, skal en ikke komme for nær. Forholdet mellom sykepleier og beboer er ikke et venneforhold, da fokuset alltid i hovedsak skal ligge på beboeren som er rammet av sykdom. Sykepleier har forpliktet seg til å ha omsorg og til å hjelpe den syke, og dette skaper dermed en annen grobunn for forholdet enn et vennskapsforhold ville hatt. Verken sykepleier eller beboer har mulighet til å velge hverandre, eller velge den andre bort, og forholdet er på den måten ”tvunget” (Travelbee, 2014). En profesjonell sykepleier bruker sin kunnskap, oppførsel og kommunikasjon til å se det unike individet en har omsorg for (Warelow, Edward, & Vinek, 2008), og en er derfor nødt til å finne en balanse mellom relasjonsbygging og avstand til beboeren.

5.2 Å kommunisere – ikke alltid like lett

Kommunikasjon er en avgjørende del av relasjonsbyggingen mellom sykepleier og den syke (Travelbee, 2014). Kommunikasjon defineres av Eide & Eide (2011) som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. De to partene påvirker på den måten hverandre (Eide & Eide, 2011). Kommunikasjon kan være både verbalt og nonverbalt, og i sykepleie bruker en begge. Kommunikasjonen foregår dermed også i stillhet, gjennom holdninger, uttrykk og kroppsspråk. Gjennom å kommunisere kan sykepleier og beboer skape en kontakt, og denne er avgjørende for senere å kunne utvikle en relasjon (Travelbee, 2014). Det er allikevel flere aspekter som kan komme i veien for å opprettholde god kommunikasjon. For eksempel er det nødvendig at begge parter forstår hverandre og at de begge er engasjerte og oppmerksomme til den de kommuniserer med. Dersom dette ikke skjer kan en si at kommunikasjonen er brutt (Travelbee, 2014).

5.2.1 Kulturforskjeller

”Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn”

- (Tylor, 1874, s. 1)

Å bygge relasjon på tross av kulturforskjeller kan være vanskelig. Kultur er både lært og nedarvet i flere generasjoner, og kulturer endrer seg dermed også gjennom tid. Det finnes med andre ord mange forskjellige kulturer, og i en så globalisert verden vi lever i i dag, er også de forskjellige kulturene spredt over hele verden. Dette påvirker også helsevesenet, og stiller nye krav til sykepleiere overalt (Eriksen & Sajjad, 2015). Store deler av eldre innvandrere i Norge i dag har aldri behøvd å lære seg norsk, da de enten har hatt barn som har behersket språket og har kunnet oversette for dem eller de har gjort seg forstått på andre måter. Dette kan skape problemer både for beboer og ansatte når de får redusert funksjon og blir nødt til å flytte inn på sykehjem, da en ikke lengre kan lene seg på familie og venner rundt seg. Det kan være svært frustrerende å ikke forstå eller bli forstått (Hanssen, 2014). Kommunikasjon er, som skrevet tidligere, avgjørende del av det å skape relasjon (Travelbee, 2014), og dersom en ikke kan kommunisere, vil en også ha problemer med å kunne skape tilknytning til menneskene rundt seg. Dette kan føre til en form for isolasjon. I møte med sykehjemsbeboere fra andre kulturer er det derfor viktig å vise hensyn og respekt, samt å se til at beboeren får den informasjonen som blir gitt. Dette har beboer krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven §3. Da kan en for eksempel bruke tolk til å videreføre informasjonen (Hanssen, 2014). Det finnes altså løsninger på problematikken rundt kultur- og språkproblemer, men en må være villig til å hjelpe beboeren slik at en ikke bryter med pasient- og brukerrettighetsloven.

5.2.2 Kognitiv svekkelse

Også kognitiv svikt kan være med på å gjøre relasjonsbyggingen utfordrende. Selv på somatiske - og ikke skjermede avdelinger finner en beboere med kognitiv svekkelse, og det er et aspekt det er viktig å ta hensyn til, både når det kommer til kommunikasjon og relasjonsbygging. En kognitiv svekkelse kan påvirke oppmerksomheten, forståelsen og evnen til å kommunisere verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2011). Da kan det være viktig å bruke forskjellige kommunikasjonsmetoder for å nå frem med den informasjonen en ønsker å gi.

Det samme gjelder når en skal stille spørsmål. Dersom forståelse og kommunikasjonsevne er svekket, kan det være vanskelig å forholde seg til åpne, store spørsmål, og en blir da nødt til å lukke spørsmålene noe (Eide & Eide, 2011). Det er allikevel viktig å huske at det vil være begrenset hvor alvorlig graden av kognitiv svikt vil være på en avdeling som ikke er skjermet. Samtidig som at det er viktig å ta hensyn til kognitiv svekkelse, er en nødt til å vise respekt for personen en møter. Til tross for at språk og kommunikasjon kan være en utfordring, er det mulig at beboeren er klar i hodet og forståelsen er der. Gjennom å vise interesse for det som blir sagt, og bruke aktiv lytting kan den eldre føle at verdigheten blir ivaretatt, og det kan være lettere å skulle bygge en relasjon (Eide & Eide, 2011). Det er også viktig å vise at beboeren ikke bare er en blant mange. Dersom en føler seg som en i mengden, vil møtet med sykepleier føles upersonlig, og en vil gjerne ikke tenke at samtalen har noe å si for den andre parten. Da vil det også bli vanskelig å utlevere tanker og følelser, og samtalen vil kanskje gå mindre i dybden, noe som igjen vil kunne ha mindre effekt (Kirkevold, 2014c). En er derfor nødt til å tilpasse behandlingen til individet, slik at beboeren føler seg anerkjent.

5.3 Å oppdage depresjon

Kunsten å kunne oppdage depresjon hos beboere er ikke alltid like lett å beherske. Psykiske lidelser kan virke "usynlige" dersom helsepersonalet ikke innehar nok kunnskap og erfaring på området (Kvaal, 2014). Å utøve en kunnskapsbasert praksis er en av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011), og er derfor noe en er nødt til å gjøre som sykepleier. Dette går ut på å holde seg oppdatert gjennom fag og forskning, samt å bruke den erfaringen en har fra tidligere til å løse problemer, oppdage utfordringer og finne årsaker til hendelser på en hensiktsfull måte (Mikkelsen & Hage, 2013). Gjennom å utvise kunnskap kan en også gjøre det lettere for beboeren å fortelle som sine indre tanker og følelser, og dermed lettere nøste opp i problemet. Dersom en innehar kunnskap om depresjon og hvordan depresjon kan bearbeides, har en noe å tilby, og situasjonen kan virke mindre hjelpeløs for beboeren som er berørt (Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott, 2015). Det finnes også andre elementer en kan ta i bruk for å ha en større mulighet for å oppdage lidelse.

5.3.1 Tid

Beboernes relasjoner til de ansatte på sykehjem har betydning for trivsel og velvære. Blant annet at de ansatte tar seg tid til hver enkelt, og at det er mulig å snakke med de ansatte dersom dette er ønskelig er med på å øke tilfredsheten for beboeren (Kirchhoff, Gjellebæk, & Tangen, 2014). Det er flere av konklusjonene i forskningsartiklene brukt i oppgaven som mener endringer bør gjøres for at de ansatte skal ta seg bedre tid til dette. For eksempel mener Haugan, Moksnes & Espnes (2013) at sykepleiere som jobber på sykehjem burde bedre sine interaksjonsferdigheter i sin artikkel om håp hos beboere på sykehjem. I studien bak artikkelen kommer det også frem at dersom omsorgspersoner brukte mer tid på å interagere med beboerne, hadde dette en positiv effekt på beboernes indre styrke og håp. Effekten av sykepleier-pasient-relasjonen bekreftes også i Haugan, Innstrand & Moksnes (2013), der den viser seg å være en ressurs som påvirker psykiske lidelser som depresjon. Artiklene er blant noen av de som kan kritiseres for å foreslå å gjøre endringer som kan være vanskelige å utføre med tanke på det faktiske rammeverket i kommunehelsetjenesten i dag. I en rapport fra Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble sykepleiere i kommunehelsetjenesten sendt et spørreskjema for å evaluere endringer i arbeidssituasjonen etter samhandlingsreformen. I denne kom det frem at hele 78% av sykepleiere som jobbet på sykehjem mener de har mindre tid til omsorgsoppgaver og psykisk støtte. I tillegg mente 63% av sykepleierne på sykehjemmene at det brukes mindre tid på den enkelte beboer etter reformen. Å prioritere psykisk lidelse i en hverdag som, etter samhandlingsreformen, har blitt mer krevende grunnet sykere beboere og kortere sykehusopphold kan være vanskelig. I tillegg mente et flertall av spurte sykepleiere at bemanningen var for lav i forhold til oppgaver (Gautun & Syse, 2013). Å gjennomføre endringer som krever mer tid og ressurser fra sykepleierne kan altså være vanskelig, da det er et område som allerede føles mangelfullt slik kommunehelsetjenesten er satt sammen i dag.

5.3.2 Å bruke relasjonen

Depresjon og angst er de mest utbredte psykiske lidelsene blant eldre, og en er spesielt utsatt ved blant annet funksjonsnedsettelse, tap og institusjonalisering (Drageset, Eide, & Ranhoff, 2012). Når en jobber med eldre på sykehjem er det derfor viktig å være oppmerksom på eventuelle symptomer og tegn til depresjon, slik at en utvikling kan forebygges (Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons, & Gott, 2015). Å etablere en allianse med beboeren kan også være

til stor hjelp. Dersom en har kjent beboeren over en lengre periode, er det lettere å oppdage endringer i oppførsel (Drageset, Eide, & Ranhoff, 2012). Gjennom å ha en relasjon med beboeren kan en få anledning til å stille de spørsmålene som kan åpenbare problemet. I tillegg vil en allianse med beboeren åpne for å samtale rundt problemet. Dette er en av de viktigste hjelpemidlene sykepleier har i møte med depresjon (Kvaal, 2014). Å kunne bruke støttende og bekreftende kommunikasjon for å vise beboeren at en lytter og forstår viser en anerkjennelse av beboeren, og fyller et behov for tilknytning og nærhet. Det kan være med på å skape tillit, og er på den måten med på å skape relasjon mellom partene (Eide & Eide, 2011).

Dersom en, på den annen side, ikke har opparbeidet noen relasjon med beboeren på forhånd, som for eksempel kan være tilfellet på sykehjemmets korttidsavdelinger, er en nødt til å tilnærme seg beboeren på en annen måte. Hummelvoll (2014) beskriver dette forholdet mellom sykepleier og beboer som et terapeutisk forhold med et mål om å hjelpe beboeren til å løse problemet sitt eller til å leve med det. Forholdet oppstår når beboeren har behov for hjelp og sykepleieren kan tilby dette (Hummelvoll, 2014, s. 38). Å hjelpe beboeren til å komme frem til en løsning på sitt problem er her en lengre prosess som blant annet går ut på å være forbli den stabile delen av forholdet. Det innebærer blant annet å kunne nullstille seg på forhånd, og dermed ikke inneha fordommer eller tanker om hvordan eventuelle diagnoser påvirker beboeren på forhånd. På denne måten kan en møte beboeren med blanke ark, og bli kjent på en måte som ikke inkluderer sykdommen i starten. Gjennom dagligdags samtale og opparbeidelse av kontakt og tillitt kan en etablere relasjonen før en starter med utredning og forebygging. På denne måten kan en senere lettere samarbeide om en plan for å løse utfordringen som har oppstått (Hummelvoll, 2014). Relasjon og kontakt spiller med andre ord en viktig rolle i oppdagelsen og forebyggingen av depresjon.

5.4 Å forebygge depresjon med hjelp av relasjon

Blikket var tomt og øynene pekte rett mot den tomme, hvite veggen. Stillingen var sammenkrøpet, nesten som et ufødt barn med beina trukket godt innunder seg. Gardinene var trukket for og hun hadde fått dynen pakket nært rundt seg. En tåre trillet nedover kinnet i det jeg kom inn i rommet med medisinsbegeret i hånda. Jeg forstod godt at hun ikke var glad for situasjonen hun hadde kommet i, men hva kunne vel jeg gjøre?

Etter å ha anerkjent at risikoen for utvikling av depresjon er høy hos beboere på sykehjem (Kvaal, 2014) samt trappet opp observasjoner med psykisk lidelse i bakhodet er det på tide å starte forebyggingen. På sykehjemmet er det, som tidligere nevnt, flere rammer en er nødt til å forholde seg til. Både lovverket med sine forskrifter, organiseringen både av kommunehelsetjenesten generelt og sykehjemmet lokalt og rollen som sykepleier (Hauge, 2014). I tillegg har en de yrkesetiske retningslinjene en er nødt til å følge, både for ens egen og beboerens beste (NSF, 2011). Alle disse rammene er med på å begrense hvor mye en kan gjøre for beboeren. Men samtidig åpner de for å bedre beboerens situasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir beboeren rettigheter til å motta et individuelt helsetilbud, og ifølge helsepersonelloven (1999) plikter sykepleier til å gi den omsorgsfulle hjelpen som beboeren behøver. Det samme gjelder de yrkesetiske retningslinjene, der det blant annet står nedskrevet at sykepleier skal understøtte beboers håp og livsmot. På denne måten er regelverk og retningslinjer en ressurs til beboerens beste.

5.4.1 Kartlegging

For å kunne forebygge en tilstand, er en nødt til å undersøke om beboeren er utsatt for tilstanden og eventuell i hvilken grad. Gjennom å systematisk kartlegge beboerens tilstand, kan en raskt registrere endringer og en kan også samarbeide i et team bestående av flere personer rundt beboeren. En grundig kartlegging der en gjør presise observasjoner av beboeren kan være med på å forhindre at vage symptomer overses og sykdomsbilder utvikles ubevisst (Kirkevold, 2014b). Det finnes flere kartleggingsverktøy en kan bruke for å undersøke beboerens tilstand ved mistanke om depresjon. En av disse er MADRS som er sensitiv for små endringer. Dette hjelpemiddelet tar blant annet for seg noen av de typiske fysiologiske symptomene på depresjon som søvnforstyrrelser og nedsatt appetitt. I verktøyet får beboeren en score på de forskjellige områdene som til slutt legges sammen og avgjør om beboeren lider av depresjon og eventuelt i hvilken grad (Kirkevold, 2014b). Med et slikt verktøy får en presise mål på de områdene som måles, og det kan være et fint utgangspunkt for å følge med på utviklingen av tilstanden. Samtidig kan en kritisere bruken av slike tall for måling av noe så individuelt som følelser og stemning. En har ikke mulighet til å gå i dybden av tanker og følelser, og hvilke momenter som tas opp er begrenset til de 10 områdene undersøkelsen består av. Disse er i tillegg forutbestemt og ikke individuelt tilpasset hver

enkelt person. Det vil derfor være umulig å se helheten ved en slik undersøkelsesmetode (Dalland, 2012).

Å danne et grunnlag for forebygging og eventuell behandling kan derfor gjøres på flere måter kombinert. En annen måte å samle informasjon på er å bruke intervju. Gjennom å stille spørsmål kan en lettere komme frem til det som plager enkeltpersonen, samtidig som at beboeren kan føle seg hørt og sett (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015). Dette gir også beboeren mulighet til å uttrykke det som er viktig for seg selv. For noen beboere kan intervju ansikt til ansikt gjøre det vanskelig å svare, da en blir nødt til å sette ord på det en tenker og føler. Da spiller en god relasjon og et tillitsforhold en rolle i utleveringen av informasjon. I tillegg bør en tilrettelegge for åpenhet ved å utvise trygghet og varme i samtalen, samt å selv være åpen. Dette skaper et bilde av gjensidig tillitt og akseptering av hverandre (Hummelvoll, 2014). Å kombinere flere metoder på en slik måte vil kunne åpne for å både tallfeste tilstanden og å gå i dybden. På denne måten kan en kartlegge systematisk, slik at både kontinuitet og kvalitet sikres, og en kan finne ut hva som virkelig plager beboeren.

5.4.2 Metoder

Etter å ha kartlagt beboerens tilstand, tanker og følelser, setter en i gang forebyggende tiltak for å hindre utvikling av tilstanden. Ifølge Wright (2010) er det å at helsepersonalet på sykehjemmet observerer og fanger opp endringer tidlig med på å gjøre forebyggingen enklere. I tillegg vil det å bli sett og forstått som enkeltmenneske redusere risikoen for utvikling av depresjon noe. Dersom depresjonen allerede har fått grobunn, og er i ferd med å utvikle seg er det viktig å sette i gang tiltak som kan gi beboeren en mening med hverdagen igjen. Dette kan for eksempel være å trene eller å starte med en hobby. I fagartikkelen legges det også vekt på at det er viktig å være tålmodig og å lytte til beboerens ønsker. Dersom beboeren ikke ønsker å være med på aktivitet, bør dette respekteres (Wright, 2010). Å iverksette slike tiltak som kan være lettere dersom en allerede har utviklet en god relasjon med beboeren. Ved å bruke den gjensidige forståelsen og kontakten en har opparbeidet kan en vise sympati for beboeren og bruke den kunnskapen en har til å motivere beboeren.

En kan også bruke relasjonen mer direkte. Pleier-pasient-interaksjonen har en positiv effekt på angst og depresjonssymptomer, og kan være med på å gi beboeren en opplevelse av håp og mening i hverdagen (Haugan, 2015). Interaksjonen kan også være med på å skape en følelse

av samhold og tilhørighet, noe som kan innvirke på beboerens opplevelse av velvære på sykehjemmet (Haugan, 2012). Derom beboeren blir møtt av en person som viser forståelse ovenfor tanker og følelser rundt situasjonen brukes alliansen til en positiv opplevelse (Kvaal, 2014). Å ha en person en har tillitt til og føler en kan stole på kan for mange være et viktig vendepunkt i situasjonen. Da er det også avgjørende at sykepleier ikke kun engasjerer seg for noen aspekter, som når beboeren er inne i en dårlig periode med redusert stemningsleie og mange symptomer, men viser en jevn omsorgsevne så lenge beboeren trenger det. Dette kan vare gjennom hele sykdomsforløpet (Travelbee, 2014). I tillegg til interaksjonen med sykepleier kan relasjonen til pårørende, medbeboere og kontakt med venner ha en positiv effekt på livsmotet (Haugan, 2015). Det samme kom Kirchhoff et al. (2014) frem til i sin studie. Modellene som ble brukt viste der at relasjonen til medbeboere var av størst betydning for totaltilfredsheten på sykehjemmet, og relasjonen til de ansatte kom etter denne. Også et variert og engasjerende aktivitetstilbud trekkes frem, både som bidrag til tilfredsheten hos beboeren, men også som en måte å styrke relasjonen på (Kirchhoff, Gjellebæk, & Tangen, 2014). Det er derfor viktig at sykepleier også legger til rette for at beboeren kan opprettholde sitt nettverk og pleie sine forhold også utenfor sykehjemmet.

6 Avslutning

Avslutningen fungerer som en slags konklusjon der funnene i oppgaven vil oppsummeres, og kunnskapen som er oppdaget vil trekkes frem. Et forslag til løsning av problemstillingen vil også bli lagt frem. Så hvordan kan relasjonen mellom sykepleier og beboer være med på å forebygge depresjon?

6.1 Relasjon som forebyggende funksjon

Å bygge relasjon har vist seg å være en kompleks og komplisert affære. Viktigheten av profesjonalitet men samtidig nærhet til beboerne, som også er medmennesker og unike enkeltindivider, skal balanseres på en måte som skaper et profesjonelt menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet er bygget annerledes enn et vennskapsforhold, men inneholder allikevel flere av de samme grunnsteinene (Travelbee, 2014). For eksempel er tillitt, lojalitet og omsorg noen av de viktigste aspektene i forholdet (Grov, 2013).

På et sykehjem er allikevel rammene satt for yrkesutøvelsen, både i form av lovverk og forskrifter, yrkesetiske retningslinjer og rollebeskrivelse med spesifikke arbeidsoppgaver (Hauge, 2014). Dette er med på å skape en utfordring for sykepleiers mulighet til å interagere med beboeren samtidig som at det er med på å åpne dører i form av beboerens rettigheter og helsepersonals plikter. Også tid og ressurser har vist seg å være problemer en støter på i relasjonsbyggingen, og da spesielt etter samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013).

Når relasjonen er etablert og en står i allianse med beboeren, skal denne brukes til det positive, både for beboeren og sykepleieren. Interaksjonen mellom de to partene kan være viktig for at beboeren skal føle en tilhørighet og en sammenheng, som kan være viktig for selvfølelsen og for å holde livsmotet oppe (Haugan, 2012). Forholdet mellom disse skal derfor være respektfylt og likeverdig til tross for at sykepleiers fokus skal være på beboers behov og å hjelpe beboeren med de problemer og utfordringer som oppstår (Travelbee, 2014). På denne måten kan relasjonen være med på å forebygge lidelsen for beboeren.

Referanseliste

- Bergland, Å., & Kirkevold, M. (2005). Resident–Caregiver Relationships and Thriving among Nursing Home Residents. *Research in Nursing & Health*(28), pp. 365-375.
- Brinchmann, B. S. (2012). Innledning. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (pp. 15-21). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2013). Yrkesetikk. I I.-M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (pp. 306-327). Oslo: Cappelen Damm.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave ed., pp. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (2. ed., pp. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave ed.). 2015: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave ed., pp. 62-81). Oslo.
- Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2012, September 10). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 872-881.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis* (5. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Norsk institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring . Oslo: NOVA.
- Grov, E. K. (2013). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4. ed., pp. 51-66). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hanssen, I. (2014). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 39-51). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugan, G. (2012). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 1-15.

- Haugan, G. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk sykepleie*(2), pp. 22-33.
- Haugan, G., Innstrand, S., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*(22), pp. 2192-2205.
- Haugan, G., Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013, September). Nurse-patient interaction. A resource for hope in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing*, 31(3), pp. 152-163.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave ed., pp. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. Juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Meld. St. 11: Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4ebe7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>. Oslo: Regjeringen.
- Helsepersonelloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C., & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 9(3), pp. 226-233.
- Kirkevold, M. (2014a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 94-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014b). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014c). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (pp. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave ed., pp. 439-451). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift 27. Juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- Log, A. (2016, Desember 8). Men skal vi aldri sees igjen? . (B. Tholens, Ed.) *Sykepleien*(11), pp. 98-99.
- Martinsen, K. (1989). Omsorg i sykepleien. I K. Martinsen, *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (pp. 67-83). Oslo: TANO.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mikkelsen, J., & Hage, I. (2013). Prosesskunnskap i sykepleie. I I.-M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (pp. 247-265). Oslo: Cappelen Damm.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (pp. 22-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2014a). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2014b). Pasient- og omsorgsforløp. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave ed., pp. 73-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M., & Grov, E. K. (2013). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I.-M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (pp. 190-212). Oslo: Cappelen Damm.
- Sagdahl, M. (2015, Desember 28). *Etikk*. Retrieved Mars 30, 2017, from Store Norske Leksikon: <https://snl.no/etikk>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. ed., pp. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Statistisk sentralbyrå. (2016, juni 29). *Pleie- og omsorgstjenester*. Retrieved mars 16, 2017, from Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Sykehjemsforskriften. Forskrift 14. November 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. ed.). (K. M. Thorbjørnsen, Trans.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tylor, E. (1874). *Primitive Culture*. New York: Henry Holt and Company.
- Verdighetsgarantiforskriften. Forskrift 12. November 2010 nr. 1426 om verdig eldreomsorg.
- Warelow, P., Edward, K.-L., & Vinek, J. (2008, Mai-juni). Care: What Nurses Say and What Nurses Do. *Holistic Nursing Practice: The Science of Health and Healing*, 22(3), pp. 146-153.
- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015, April 4). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognizing low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*(24), pp. 2562-2570.
- Wright, K. (2010, April). Prevention and treatment of depression in care homes. *Nursing & Residential Care*, 12(4), pp. 188-191.