



Om kvalitet i relasjonen mellom sykepleier og den deprimerte pasienten

Kandidatnummer: 721
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9 528
Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
<u>Tittel</u> Om kvalitet i relasjonen mellom sykepleier og den deprimerte pasienten	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren etablere og vedlikeholde en relasjon som bidrar til å redusere depressive symptomer hos pasienten?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgavens teoridel baserer seg på Kari Martinsens omsorgsteori og Hans Skjervheims relasjonsmodell for å belyse problemstillingen. Teorien gir også en beskrivelse av depresjon og depressive symptomer, kommunikasjon og relasjon, kulturelle og språklige utfordringer, samt rammefaktorer for sykepleiere som arbeider i sykehjem.	
<u>Metode</u> Oppgaven er utformet som en litterær studie og er dermed basert på funn og informasjon fra eksisterende fag- og forskningslitteratur som er relevant for å kunne belyse den aktuelle problemstillingen. En del av informasjonen er hentet fra pensumlitteratur i sykepleierstudiet og noe av litteraturen er selvvalgt. Forskningsartikler er hentet fra ulike databaser som dekker tidsskrifter med sykepleiefaglig relevans. Det er også benyttet aktuelle lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i oppgaven.	
<u>Drøfting</u> Oppgavens problemstilling drøftes i lys av teori og forskning. I denne delen vektlegges det hvordan sykepleieren kan etablere og vedlikeholde en relasjon til pasienten, samtalens betydning for relasjonen, betydningen av en tre-leddet relasjon. Makt i forholdet mellom sykepleier og pasient drøftes også. I tillegg vil jeg diskutere tidens betydning for relasjoner.	
<u>Konklusjon</u> For at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal ha en betydning og kunne bidra til å redusere depressive symptomer, fordrer det at sykepleieren ivaretar en helhetlig omsorg og ser det unike ved hver enkelt pasient. Sykepleieren må engasjere seg og imøtekomme de særegne behov pasienten har. Men vi lever i en tid der det stilles høye krav til effektivitet i arbeidshverdagen, noe som vanskeliggjør relasjonsbyggingen. I tillegg vil møtet med ulike kulturer i praksis kunne vanskeliggjøre forståelsen og true en tillitsfull relasjon.	

(Totalt antall ord: 269)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Formålet med oppgaven	2
1.4	Avgrensninger	2
1.5	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teori.....	5
2.1	Depresjon og depressive symptomer hos den eldre pasienten	5
2.2	Kommunikasjon og relasjon	6
2.3	Kulturelle og språklige utfordringer.....	7
2.4	Hans Skjervheims relasjonsmodell.....	7
2.4.1	En to-leddet relasjon	8
2.4.2	En tre-leddet relasjon.....	8
2.5	Kari Martinsens omsorgsteori	9
2.5.1	Den relasjonelle dimensjonen.....	9
2.5.2	Den praktiske dimensjonen.....	10
2.5.3	Den moralske dimensjonen.....	10
2.6	Sykepleiefaglige rammefaktorer.....	11
2.6.1	Juridiske og etiske rammer	11
2.6.2	Tiden.....	13
3	Metode	14
3.1	Anvendt metode	14
3.2	Søk etter fag og forskningslitteratur	14
3.3	Kildekritikk	16
4	Presentasjon av forskningslitteratur	18
4.1	Artikkelmatrise	18
5	Hvordan etablere og vedlikeholde en relasjon som bidrar til å redusere depressive symptomer hos pasienten?.....	20
5.1	Å etablere en relasjon	20
5.2	Samtalens betydning for relasjonen	21
5.2.1	Kulturelle og språklige utfordringer	23
5.3	En tre-leddet relasjon	24
5.4	Makt i relasjoner	26
5.5	Hvordan strekke til når tiden ikke gjør det?.....	27
5.6	Å vedlikeholde en relasjon	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste	31

1 Innledning

I innledningen vil det bli redegjort for oppgavens tema og problemstilling, deretter følger en kort presentasjon av formålet med oppgaven, samt avgrensninger og oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har gjennom erfaring fra praksis på sykehjem fått interesse for eldre og psykisk helse. Ofte opplever jeg å møte eldre pasienter med psykiske helseplager i form av depresjon og depressive symptomer. I en travel arbeidshverdag kan slike helseplager ha en tendens til å bli oversett, bagatellisert og nedprioritert. Det er viktig å rette et større fokus mot å forebygge forverring av depresjon, da dette kan ha svært uheldige konsekvenser for den som rammes (Kirkevold, 2014). Lidelsen har nær sammenheng med funksjonshemming og behov for hjelp fra andre (Kvaal, 2014).

Depresjon er en hyppig forekommende psykisk lidelse i befolkningen. Det er anslått at om lag 6 til 12% av befolkningen er rammet av depresjon til enhver tid (Helsedirektoratet, 2016). Forekomsten av depresjon og depressive symptomer hos eldre pasienter på sykehjem er høyere. Om lag 40% av alle sykehjemsbeboere viser tegn til depressive symptomer, og ca. 20-25% lider av depresjon. Slike psykiske helseplager kan oppleves svært ubehagelig for den som rammes. Dessuten kan det føre til forverring av somatisk sykdom og i verste fall resultere i kortere levetid hos den eldre (Kvaal, 2014).

I den siste fasen av livet vil ofte helsesvikt, både fysisk og psykisk, og omsorgsbehovet dette medfører, prege tilværelsen til den eldre (Romøren, 2014). Studier viser at relasjonen mellom pleier og pasient kan bidra til å redusere psykiske lidelser som depresjon og angst (Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013). I Ifølge Martinsen (1989) handler omsorg om hvordan vi forholder oss til andre mennesker og hvordan vi viser omtanke. Omsorg inngår altså i sosiale relasjoner, og vil derfor alltid involvere minst to parter, i mitt tilfelle dreier det seg om møtet mellom sykepleier og den eldre pasienten. Omsorg krever at sykepleieren innehar en holdning der en anerkjenner pasienten og den situasjonen vedkommende befinner seg i (Martinsen, 1989).

I denne oppgaven vil jeg hente fram Kari Martinsens omsorgsteori og Hans Skjervheim sin relasjonsmodell for å belyse problemstillingen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i sykepleierens ansvar for å forebygge og redusere psykisk helsesvikt hos eldre pasienter som bor på sykehjem, har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren etablere og vedlikeholde en relasjon som bidrar til å redusere depressive symptomer hos pasienten?

1.3 Formålet med oppgaven

Valg av tema for denne oppgaven skal samsvare med høgskolens retningslinjer og krav for bachelorutdanningen. Gjennom sykepleiestudiet fokuseres det blant annet på psykiske helseutfordringer hos pasientene vi møter. I praksis har jeg fått erfare utfordringer knyttet til eldre med psykiske helseplager. Jeg ønsker å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å forebygge forverring av depresjon, samt redusere depressive symptomer hos eldre, slik at jeg blir bedre utrustet til å møte utfordringer knyttet til denne problemstillingen senere i yrkeslivet.

1.4 Avgrensninger

Denne oppgaven vil rette fokus på en mild til moderat grad av depresjon. Pasienter med mer alvorlige depressive lidelser vil ofte ha behov for medikamentell behandling, men medikamentell behandling vil ikke bli diskutert i denne oppgaven. Oppgaven vil være avgrenset til å diskutere sykepleierens rolle om hvordan hun kan skape en relasjon som vil ha en gunstig virkning på pasientens psykiske helse.

I oppgaven vil «depresjon» og «depressive symptomer» bli brukt noe om hverandre. Dette er fordi oppgaven fokuserer på mildere grader av depresjon og inkluderer også tilfeller der pasienten har depressive symptomer, uten å ha fått diagnostisert en depresjonslidelse.

Oppgaven retter fokus mot sekundærforebygging, det betyr at jeg vektlegger tiltak for å redusere symptomer og forebygge forverring av allerede oppstått lidelse og/eller symptomer.

Oppgavens tema og kontekst er eldre pasienter som bor på langtidsavdeling i sykehjem. I en slik setting vil sykepleieren ha bedre tid og mulighet til å bli godt kjent med hver enkelt pasient, noe som vil gjøre det enklere å opparbeide og vedlikeholde en relasjon til pasientene. Å jobbe på en langtidsavdeling i sykehjem er krevende, fordi pasientene en møter her ofte er svært skrøpelige, både fysisk og mentalt (Hauge, 2014). De siste årene, særlig etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012, har mange oppgaver blitt flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Fjørtoft, 2016). Denne utviklingen har resultert i at stadig skrøpeligere pasienter får behandling i kommunen, noe som krever en betydelig økt kompetanse hos helsepersonellet. Flere og mer krevende arbeidsoppgaver i sykehjemmet, bidrar også til økende tidspress i sykepleiernes hverdag. Dette kan utfordre relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Denne problemstillingen vil bli drøftet nærmere i kapittel 5.

Når det gjelder utbredelse av depresjon og depressive symptomer hos eldre pasienter i sykehjem, er kjønnsforskjellene uklare, men studier kan tyde på at forekomsten er høyere hos kvinner enn hos menn (Kvaal, 2014, s. 443). I denne oppgaven har jeg valgt å ikke skille mellom kjønn. For å begrense oppgaven har jeg også valgt å utelukke pasienter med kognitiv svikt, som følge av for eksempel ulike typer demens. Respekt og ivaretagelse av pasientens pårørende er også en viktig sykepleieoppgave, men på grunn av oppgavens omfang, vil heller ikke dette vektlegges.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil jeg ta for meg det teoretiske kunnskapsgrunnlaget basert på relevant faglitteratur. Et sentralt utgangspunkt vil være Kari Martinsens omsorgsteori og Hans Skjervheims relasjonsmodell. I tillegg vil jeg fokusere på depresjon og depressive symptomer, kommunikasjon og relasjon, kulturelle og språklige utfordringer, samt sykepleierens rammefaktorer. I kapittel 3 vil jeg gjøre rede for hvilken metode som er anvendt i oppgaven og hvordan søket etter fag- og forskningslitteratur er blitt utført, i tillegg til kildekritikk. I kapittel 4 vil forskningsartiklene som jeg har benyttet bli presentert i en artikkelmatrise.

Videre vil forskningen og faglitteraturen bli brukt til drøfting av problemstillingen min i kapittel 5. Til slutt, i kapittel 6, vil jeg gi en oppsummering og en avslutning.

2 Teori

I teoridelen i denne oppgaven vil jeg ta for meg Kari Martinsens omsorgsteori og Hans Skjervheims relasjonsmodell. Jeg har valgt å vektlegge relasjon i den teoretiske tilnærmingen fordi kvalitetene i forholdet mellom sykepleier og pasient er avgjørende for sykepleiens kvalitet (Haugan, 2015). Videre vil jeg gi en beskrivelse av depresjon og depressive symptomer, kommunikasjon og relasjon, kulturelle og språklige utfordringer, samt sykepleiefaglige rammefaktorer for å belyse problemstillingen.

2.1 Depresjon og depressive symptomer hos den eldre pasienten

Hos eldre mennesker er depresjon og depressive symptomer svært vanlig, men kan få alvorlige konsekvenser for den som rammes, i verste fall kan det medføre tidligere død (Kvaal, 2014). Depresjon kan variere fra en mild, forbigående tilstand til mer alvorlige depressive lidelser. Det er viktig å identifisere tegn på depresjon, da sykdommen kan forverres. Sykepleieren må ha kjennskap til symptomer på depresjon, i tillegg til at hun er oppmerksom på alvorlighetsgraden og intensiteten i symptomene for å kartlegge om depresjonen kan klassifiseres som mild, moderat eller alvorlig (Kvaal, 2014). Mild og moderat depresjon kan utspille seg ved at blant annet tankeprosessen går tregere slik at konsentrasjonen og oppmerksomheten blir redusert. Det er også vanlig at deprimerte personer prøver å unngå kontakt med andre mennesker (Hummelvoll, 2014). I slike tilfeller, når pasienten viser manglende interesse for kontakt, kan det bli vanskelig å skape en relasjon.

Typiske kjennetegn på depresjon kan være sosial isolasjon, tristhet, nedtrykthet, samt mangel på energi og glede. En person som er deprimert kan ha problemer med å finne lyspunkter i livet og mening med tilværelsen. Depresjon fører ofte til at personen viser liten interesse for sosial samhandling og dagligdagse aktiviteter. I tillegg til psykiske symptomer, kan depresjon gi fysiske plager som for eksempel søvnforstyrrelser, forstoppelse, nedsatt appetitt, samt smerter og ubehag (Hummelvoll, 2014).

Depresjon hos eldre kan ha mange årsakssammenhenger. Eldre i sykehjem har ofte vært gjennom store livsendringer som kan føre til utvikling av sykdommen. Eksempler på dette kan være at ektefellen og/eller andre nære slektninger og venner dør, at yrkeslivet med en meningsfull jobb som kanskje har betydd mye for den enkelte er forbi. Dessuten vil redusert

fysisk funksjon i større eller mindre grad sette begrensninger for aktiviteter som den eldre kan ha hatt glede av og mestret tidligere i livet. Depresjon har en nær sammenheng med funksjonshemming og det å være avhengig av hjelp fra andre (Kvaal, 2014).

2.2 Kommunikasjon og relasjon

Ifølge Martinsen (2005) handler kommunikasjon om å tørre og våge seg fram mot den andre for å bli imøtekommet. Kommunikasjon er sentralt i relasjoner mellom mennesker og det er kvaliteten på kommunikasjonen som avgjør hvor god relasjonen til pasienten kan bli. Begrepet relasjon brukes gjerne om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2014). De signalene som sendes ut og den andres fortolkning av disse er det som danner grunnlaget for hvorvidt en relasjon preges av nærhet eller avstand, tillit eller mistillit, samarbeid eller konflikt. Gjennom kommunikasjon lærer vi å kjenne den andre og forstå den andres behov, interesser og ønsker (Eide & Eide, 2014). Pasienter som er deprimerte kommuniserer ofte på en måte som er karakterisert av tvil og blokkering. I tillegg snakker personen gjerne langsomt og ordknappt (Hummelvoll, 2014). Dette forutsetter at sykepleieren er tålmodig i møte med pasienten og at hun tar seg tid til å lytte.

For mange pasienter som bor på sykehjem vil relasjonen til pleieren være av stor betydning for trivselen deres. Sosial og emosjonell støtte i relasjonen er ofte svært viktig for pasientens opplevelse av velvære og tilfredshet og kan bidra til å forebygge ensomhet, samt redusere depressive symptomer som følge av dette (Kirchhoff, Gjellebæk & Tangen, 2014).

Ifølge Kierkegaard kan mennesker tale sammen uten å ha en samtale. Tilegnelse er det som er grunnleggende for en samtale, hevder han. Det å tilegne seg noe innebærer å lytte til hva den andre har å si og svare på det med nye spørsmål. En slik samtale, som baserer seg på tilegnelse, vil føre til dypere dialog og bedre forståelse for den andre og det samtalen går ut på, i dette tilfellet pasientens psykiske helseplager. Tilegnelse fordrer at en gir hverandre tid og rom og at man åpner seg for hverandre, uten å komme for nær den andre, men også uten at man blir for distansert (Martinsen, 2005, s. 23). Selv om det verbale språket i mange situasjoner vil være entydig, så kan nonverbale uttrykksformer signalisere noe annet og dermed gi ordene ny betydning (Eide & Eide, 2014). Dette kan skape ekstra problemer i denne sammenhengen, fordi deprimerte personer gjerne er særlig følsomme for avvisning

(Hummelvoll, 2014) For å kunne forstå hverandre forutsetter det derfor at sykepleieren kommuniserer på en måte der både det verbale og det nonverbale språket samsvarer.

2.3 Kulturelle og språklige utfordringer

Etter hvert som innvandrerbefolkningen i Norge blir eldre, vil det bli mer og mer vanlig å møte pasienter med annen etnisk bakgrunn i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan by på kulturelle og språklige utfordringer. Pasienter fra etniske minoriteter kan ha helt andre forventninger, behov og ønsker for pleie og omsorg enn det norske sykepleiere er vant til å møte. I tillegg kan pasienter fra ulike kulturer oppføre seg forskjellig og forholde seg ulikt til sykdom og lidelse (Hanssen, 2014). I noen kulturer kan det eksempelvis være tabubelagt å vise at man har det vondt, og pasienten vil dermed etterstrebe å skjule dette for sykepleieren. Andre steder er det omvendt, at det gjelder å gi kraftig uttrykk for sin smerte (Horntvedt, 2015).

Mange eldre innvandrere i dagens samfunn har aldri lært norsk, og hos mange er de norske språkferdighetene svært dårlige. Manglende språkferdigheter kan gi den eldre en følelse av isolasjon og fremmedhet i norske sykehjem (Hanssen, 2014). Faktorer som isolasjon og følelse av manglende tilhørighet er sentrale faktorer som kan bidra til utvikling av depresjon (Hummelvoll, 2014).

2.4 Hans Skjervheims relasjonsmodell

Filosofen Hans Skjervheim skiller mellom to-leddede og tre-leddede relasjoner mellom mennesker. En god relasjon preges av samtaler der begge partene engasjerer seg for den saken eller problemstillingen som tas opp (Skjervheim, 1996). Det er viktig at sykepleieren tar seg tid og ser saken fra pasientens ståsted, for eksempel det at sykepleieren reelt setter seg inn i hvordan pasienten erfarer og forstår sin egen situasjon og ikke bare støtter seg til egne forestillinger om pasienten.

Mange pasienter vektlegger betydningen av at pleierne er vennlige, hjelpsomme og oppriktig interessert i dem som enkeltindivider (Hauge, 2014). Skjervheims relasjonsmodell er relevant for å belyse oppgavens problemstilling, fordi det lett kan oppstå situasjoner som kan true en verdig relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Hvis dette skjer, kan relasjonen mellom

pleier og pasient bli preget av distanse og mistillit, og dermed vil ikke relasjonen kunne ha en positiv betydning for pasientens psykiske helse. Det kan for eksempel oppstå som følge av travle arbeidshverdager eller maktmisbruk som følge av et skjevt maktforhold i relasjonen. Denne problemstillingen vil bli diskutert nærmere i kapittel 5.

2.4.1 En to-leddet relasjon

I en *to-leddet relasjon* er vi verken engasjert eller interessert i hva den andre har å fortelle. Vi bryr oss ikke om den andres opplevelser og følelser, og vi setter gjerne likhetstegn mellom selve personen og vedkommendes ytringer. I slike tilfeller kan sykepleieren stå i fare for å se pasienten i lys av at han eller hun er deprimert, i stedet for å engasjere seg for personen bak depresjonsdiagnosen. En to-leddet relasjon kjennetegnes av at partene ikke forholder seg til et felles tema for utforskning, for eksempel pasientens følelse av å være nedstemt, trist eller energiløs. I slike tilfeller vil sykepleieren gjøre den andre om til en sak, eller et objekt, og dermed foretar vi en objektivisering av den andre (Skjervheim, 1996).

I to-leddede relasjoner vil hjelperen, altså sykepleieren, innta en slags tilskuerholdning som vil frata pasienten muligheten til å være en aktiv deltaker i relasjonen (Leira, 2003).

Skjervheim hevder at en to-leddet relasjon kan resultere i at hjelperen fratrar den andre frihet til å ha egne meninger og vurderinger, noe som også vil kunne gå på bekostning av pasientens selvforståelse. Hans Skjervheim sier det slik: «Ved å objektivere den andre går ein til åtak på den andre sin fridom. Ein gjer den andre til eit faktum, ein ting i si verd. På denne måten kan ein skaffa seg herredøme over den andre» (Skjervheim, 1996, s. 75).

2.4.2 En tre-leddet relasjon

I en *tre-leddet relasjon* vil sykepleieren og pasienten sammen rette fokuset og oppmerksomheten mot et saksforhold, eller et problem. På den måten vil sykepleieren se problemet gjennom pasientens øyne. Derfor kalles det for en tre-leddet relasjon. I slike tilfeller vil sykepleieren engasjere seg og ta del i den andres opplevelser og vurderinger av saken, for eksempel pasientens psykiske helse. I en tre-leddet relasjon vil sykepleieren og pasienten være med-subjekter, og relasjonen vil være preget av likeverdighet (Skjervheim, 1996). Sykepleier og pasient er felles om noe tredje, altså pasientens psykiske

helseutfordringer og vedkommendes subjektive opplevelse i tilknytning til dette. I slike relasjoner der subjekt møter subjekt vil begge partene utøve en aktiv deltakerrolle i sykepleier-pasient relasjonen.

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (1989) mener at sykepleierens verdigrunnlag bygger på omsorg for andre. Hun vektlegger menneskelige relasjoner og fellesskap som viktig del av omsorgen. Martinsen trekker frem tre sentrale dimensjoner; den relasjonelle, den praktiske og den moralske dimensjonen. Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens teori for å belyse omsorgens betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Jeg vil i kapittel 5 argumentere for at alle de tre omsorgsdimensjonene er relevante for å belyse problemstillingen.

2.5.1 Den relasjonelle dimensjonen

Omsorg dreier seg om å knytte bånd og inngå i relasjoner. Begrepet *omsorg* handler om hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for andre mennesker (Martinsen, 2005). En sykepleier plikter blant annet å yte omsorg til mennesker som trenger helsehjelp, uavhengig av bakgrunn, kultur, etnisitet, funksjonshemming eller sykdom (Sneltvedt, 2012). Begrepet omsorg baserer seg på et kollektivistisk menneskesyn, der det grunnleggende er at alle menneskelige forhold innebærer en form for avhengighet. I følge kollektivismen er frihet, selvstendighet og ansvar noe som utelukkende oppstår gjennom avhengighetsrelasjoner. Dette menneskesynet tar dermed avstand til individualismen, som baserer seg på ideen om at mennesket evner å klare seg selv, uavhengig av andre (Martinsen, 1989).

I menneskelige relasjoner og i sykepleierens omsorg, er tillit viktig. Kari Martinsen skriver følgende: «Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd» (Martinsen, 2005, s. 143). Grunnleggende sett vil mennesker ha tillit til hverandre. Mistillit oppstår dersom tilliten svekkes, for eksempel på grunn av en løgn. Tillit kan også misbrukes ved at for eksempel sykepleieren ikke tar pasientens problemer på alvor eller at hun stiller seg likegyldig, som en tilskuer, til pasientens utsagn, følelser og opplevelser (Martinsen, 2005).

I en del situasjoner kan det være utfordrende å forstå fullt ut hvordan en annen person har det, blant annet på grunn av manglende egenerfaring, men også fordi følelser og opplevelser er subjektive og derfor svært forskjellige fra person til person. I møte med pasienter er det derfor viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i det pasienten forteller og gir uttrykk for, både verbalt og nonverbalt. Sykepleieren er nødt til å anerkjenne pasientenes egne følelser, tanker og opplevelser og møte pasientene på deres premisser (Martinsen, 1989).

2.5.2 Den praktiske dimensjonen

Omsorg innebærer å gjøre konkrete praktiske handlinger for å hjelpe andre. Omsorgen vil ikke være tilstrekkelig dersom sykepleieren lever seg inn i pasientens situasjon, men likevel bare blir stående på sidelinjen og synes synd på den andre som har det vondt. Hun må også delta praktisk i pasientens lidelse. Dette forutsetter at sykepleieren ikke bare evner å sette seg inn i pasientens situasjon, men at hun også gjør konkrete handlinger som kan være til hjelp for den andre. I mitt tilfelle handler det om hvordan sykepleieren velger å møte den eldre som sliter med depresjon og hvilke praktiske handlinger hun gjør for å bedre relasjonen og hjelpe pasienten til å føle seg bedre (Martinsen, 1989).

God omsorg fordrer at sykepleieren innehar relevant fagkunnskap, ferdigheter og praktisk erfaring i møte med pasienten, men hun er også nødt til å ta hensyn til pasientens individuelle ønsker og behov, samt muligheter og begrensninger i situasjonen. Dette er nødvendig for å kunne hjelpe den andre på en verdig og respektfull måte, uten at det går på bekostning av pasientens integritet og autonomi. For noen pasienter er nære og tillitsfulle relasjoner til pleierne avgjørende for at de skal trives og ha det bra på sykehjemmet, mens andre ønsker et mer distansert forhold til pleierne (Hauge, 2014).

2.5.3 Den moralske dimensjonen

Moral handler om hva som er rett og galt i praksis. Et overordnet moralsk prinsipp innenfor sykepleie, er prinsippet om ansvar for og ivaretagelse av de svake og syke i samfunnet. Sykepleieren har et grunnleggende ansvar for blant annet å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Sneltvedt, 2012). Prinsippet om ansvar for svake, kan begrunnes i at

mennesker er avhengige av hverandre. De aller fleste mennesker vil før eller siden ha et behov for hjelp fra andre. Relasjoner og avhengighet til hverandre er derfor fundamentalt i omsorgen (Martinsen, 2005). For å handle moralsk rett, bør vi derfor handle på måter som bidrar til at alle får mulighet til å leve et godt og verdig liv ut fra de betingelsene hver enkelt har, og den livssituasjonen de befinner seg i (Martinsen, 1989).

I alle avhengighetsrelasjoner er det også et maktforhold. I relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vil det oppstå en skjev maktfordeling, fordi sykepleieren innehar en kompetanse og posisjon som ikke pasienten har. I tillegg er pasienten avhengig av sykepleierens omsorg og ferdigheter, noe som gjør pasienten sårbar i relasjonen. Makt kan både være fordelaktig og til hjelp for den svake, men den kan også misbrukes og dermed lede til urettmessig behandling av den andre. God omsorgsmoral er, ifølge Martinsen, noe som må læres gjennom praktisk erfaring. Det moralske prinsippet om ansvar for de svake, er verdier som må integreres og ta plass i oss. Når slike holdninger og verdier blir integrert i oss, vil det gjøre at vi lettere blir i stand til å foreta moralske beslutninger (Martinsen, 1989).

2.6 Sykepleiefaglige rammefaktorer

Rammefaktorer innebærer både muligheter og begrensninger for hvordan sykepleiere og annet helsepersonell kan og bør handle i ulike situasjoner. Det vil i det følgende bli beskrevet noen rammer som er sentrale for sykepleiere som arbeider i sykehjem.

2.6.1 Juridiske og etiske rammer

Sykehjem er et helsetjenestetilbud som reguleres av flere lover og forskrifter. Et eksempel er pasient- og brukerrettighetsloven. De fleste av pasientens rettigheter er nedfelt i denne loven, som gjelder for alle pasienter, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Loven har som formål å sikre god kvalitet på tjenestene som ytes. I tillegg har pasient- og brukerrettighetsloven som mål og sikre lik tilgang på tjenester, samt bidra til et tillitsfullt forhold mellom pasientene og helse- og omsorgstjenesten. Loven krever også at helsepersonell ivaretar respekt for den enkelte persons liv, verdighet og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Eldre pasienter i sykehjem er ofte svært skrøpelige og er i større grad avhengig av sine pleiere enn mange andre pasienter. For å kunne ivareta en

respektfull og verdig behandling av eldre i sykehjem, er det derfor nødvendig at pleierne kjenner til og retter seg etter rammefaktorer som er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (Slettebø, 2014).

En annen lov som er sentral når det gjelder eldre, er helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Loven gjelder for alle helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven har som formål å forebygge og behandle lidelse og tilrettelegge for mestring, i tillegg til å fremme trygghet og likeverd, samt bidra til god utnyttelse av ressurser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-2). Loven fastslår at pasienter skal gis et forsvarlig tjenestetilbud i den kommunen vedkommende befinner seg i, og at det skal finnes sykehjem og tilbud om hjemmesykepleie i alle kommuner (Slettebø, 2014). Helsepersonelloven (1999, §1) er en annen sentral lov som skal bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell.

I tillegg til lover, finnes det ulike forskrifter som er med å regulere sykehjemmet som helsetjenestetilbud. Et eksempel på dette er forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Denne forskriften har som formål å sikre god pleie og omsorg ved å ivareta pasientens grunnleggende behov på en verdig måte, med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett og livsførsel (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1). Et annet eksempel er sykehjemsforskriften, som bidrar til å sikre pasientens rettigheter som sykehjemsbeboer. Eksempler på slike rettigheter kan være at alle pasienter fritt skal kunne motta besøk. I tillegg skal pasientene så langt det lar seg gjøre, ha mulighet til å dyrke egne interesser og forme sin tilværelse slik de ønsker den, for eksempel ved å medbringe egne møbler og private gjenstander (Sykehjemsforskriften, 1988, §4).

De yrkesetiske retningslinjene stiller krav til at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet og at hun utøver faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasienten. Sykepleieren plikter å respektere pasientens rett til medbestemmelse og handle på en måte som ikke krenker pasienten. Videre har sykepleieren et grunnleggende ansvar for å bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (NSF, 2016).

2.6.2 Tiden

Vi lever i en tid der antall eldre i befolkningen øker. Befolkningsforskere antar at omtrent 25% av Norges befolkning vil være eldre personer over 67 år, rundt 2050 (Romøren, 2014). I tillegg får stadig flere skrøpeligere pasienter behandling i kommunehelsetjenesten, fremfor i spesialisthelsetjenesten etter at Samhandlingsreformen ble innført. Dette medfører et økt krav om ressurser og kompetanse i sykehjem. Avanserte og tidkrevende arbeidsoppgaver bidrar til å skape et betydelig økt tidspress. Martinsen (2005) mener at en slik praksis, der kvalitet i arbeidet blir forstått som hastighet og effektivitet, vil bidra til å vanskeliggjøre samtalen og true det relasjonelle samspillet mellom sykepleieren og pasienten. I tillegg viser undersøkelser at det i dag mangler omtrent 4000 sykepleiere i Norge, og at frafallet stiger for hvert år (NSF, 2018).

3 Metode

Metode er en strategi som brukes for å undersøke en problemstilling. Hensikten er å komme frem til ny kunnskap og/ eller etterprøve kunnskap som allerede eksisterer (Dalland, 2017). I denne delen vil det altså fremgå hvordan data er blitt innhentet og hvordan den er anvendt i oppgaven. I tillegg vil jeg gi en kritisk vurdering av kildematerialet som er brukt i oppgaven.

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er utformet som en litterær studie i henhold til høgskolens retningslinjer og krav for oppgaveskriving. Litteraturstudier baserer seg på funn fra fag- og forskningslitteratur som omhandler et bestemt tema (Dalland, 2017). Målet er å utforske de funnene fagfolk har gjort gjennom sin forskning, ikke å komme frem til ny kunnskap. Oppgaven består av informasjon fra pensumbøker og annen faglitteratur. Gjennom systematisk søk i skolebibliotekets databaser, er det i tillegg hentet data fra relevante forskningsartikler. Informasjonen som er funnet er blitt gjennomgått og kritisk vurdert i forhold til hva som har vært relevant å benytte for å kunne belyse oppgavens problemstilling.

Gjennom arbeidet med litteraturstudiet har jeg foretatt etiske vurderinger underveis for å sikre at innholdet i oppgaven samsvarer med reglene for oppgaveskriving. Jeg har vært nøye med å oppgi referanser korrekt for å sikre at riktige personer krediteres for sitt arbeid, men også for å sikre etterrettelighet slik at leseren selv kan sjekke kildene. I tillegg har jeg, ved bruk av eksempler fra egen praksis påsett at anonymiteten ivaretas, dette er for å sikre pasienters integritet, samt overholdelse av min taushetsplikt som helsepersonell.

3.2 Søk etter fag og forskningslitteratur

For å finne relevant fag- og forskningslitteratur til oppgaven har jeg gått gjennom relevant pensumlitteratur og gjort artikkelsøk. Oppslagsverk som *Helsedirektoratet* og *Statistisk sentralbyrå* er også benyttet, i tillegg til anerkjente nettsider som *Norsk sykepleieforbund* og *Lovdata*. Forskningslitteraturen er funnet gjennom systematisk søk i flere ulike databaser som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag; Cinahl, PubMed, SveMed+ og Sykepleien. Ulike kombinasjoner av søkeordene *depression*, *aged*, *elderly*, *prevention*, *nursing home*,

community health nursing, nurse-patient-relations, nurse-patient interaction, relasjon, sykehjem og kommunehelsetjenesten, ble benyttet for å finne fram til de aktuelle forskningsartiklene.

Til å begynne med ga de fleste søkene mange treff. For å avgrense resultatene ble det derfor foretatt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne de artiklene med størst relevans for oppgaven. For eksempel begrenset jeg litteraturvalget til artikler som ikke var eldre enn ti år. Dette gjorde jeg fordi forskning hele tiden endrer seg, og de nyeste forskningsresultatene vil derfor ha større relevans for dagens samfunn og sykepleiepraksis. I tillegg søkte jeg etter å finne artikler i Europa, fordi forskning gjort i andre kontinenter antakelig vil skille seg mer fra en norsk sykepleiepraksis. Når trefflisten på artikkelsøkene var begrenset til et lite omfang, gikk jeg inn og leste sammendragene for å kartlegge hvilke artikler jeg synes var mest relevant for å belyse problemstillingen min.

Artikkelen som er skrevet av Haugan (2015) fant jeg ved å gjøre søk i SveMed+. Søkeordene som ble benyttet her var *depression* og *nurse-patient interaction*. Søket ga 2 treff.

Artikkelen som er skrevet av Drageset, Eide & Hysten (2012) fant jeg ved å søke i Cinahl. Søkeordene jeg brukte her var *depression in old age AND community health nursing AND home nursing*. Søket ble deretter avgrenset til Full text, årstall fra 2013-2017, academic journals, engelsk og i Europa. Etter avgrensingen av søket fikk jeg 24 treff.

Artikkelen som er skrevet av Skatvedt & Andvig (2014) fant jeg ved å søke på *depresjon* og *kommunehelsetjenesten* på sykepleien.no. Dette søket ga 28 treff.

Artikkelen som er skrevet av Kirchhoff et al. (2014) fant jeg ved å søke på *relasjon, psykisk helse* og *sykehjem*. Dette søket ga 29 treff.

Artikkelen som er skrevet av Haugan, Innstrand & Moksnes (2013) fant jeg ved å søke på *nurse-patient interaction, depression* og *nursing home* i PubMed. Søket ga 13 treff.

Mye av faglitteraturen som er blitt brukt er samlet fra relevant pensum fra sykepleiestudiet. Jeg har også funnet aktuell faglitteratur som har vært selvvalgt på skolens bibliotek eller gjennom litteratursøk. For å innhente kunnskap om depresjon og eldre med psykiske

helseplager, har jeg benyttet pensumbøkene *Helt – ikke stykkvis og delt* (Hummelvoll, 2014) og *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff). Kunnskap om relasjon og kommunikasjon er hentet fra pensumboken *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk* (Eide & Eide, 2014). I tillegg har jeg benyttet primærlitteratur fra de anerkjente teoretikerne Kari Martinsen og Hans Skjervheim for å hente kunnskap om relasjoner, kommunikasjon og makt i relasjoner; *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk filosofiske essays* (Martinsen, 1989), *Samtalen, skjønnets og evidensen* (Martinsen, 2005) og *Deltakar og tilskodar og andre essays* (Skjervheim, 1996). Boken *Det gode nærvær – kulturens psykologiske betydning* (Leira, 2003) har blitt brukt i forbindelse med Skjervheims relasjonsmodell. For å belyse kulturelle og språklige utfordringer i samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten, har jeg benyttet pensumboken *Kulturforskjeller i praksis – perspektiver på det flerkulturelle Norge* (Eriksen & Sajjad, 2011) i tillegg til en selvvalgt fagbok om *Interkulturelt helsearbeid* (Horntvedt, 2015).

3.3 Kildekritikk

Det har vært noe utfordrende å finne litteratur som tar for seg sammenhengen mellom depresjon hos pasienter på sykehjem og relasjonen de har til sykepleierne som arbeider der. Noen av artiklene som er anvendt i oppgaven bruker også andre begreper enn «relasjon» og «depresjon», blant annet «pleier-pasient-interaksjonen» og «velvære» eller «tilfredshet». Jeg anser likevel artiklene som relevante for min oppgave, da de belyser relasjonelle aspekter og tilnærminger som kan ha betydning for pasientenes psykiske helse.

Det benyttes to engelskspråklige artikler i oppgaven. På den ene siden kan dette være en utfordring, da disse kan inneholde begreper og formuleringer som kan være fremmede og som dermed kan misforståes eller tolkes annerledes enn forfatteren har tenkt og ment. I tillegg brukes det enkelte ord på engelsk som det kan være vanskelig å oversette til norsk, noe som kan gjøre det utfordrende å gi en korrekt fremstilling av artiklene når de oversettes. På en annen side er de engelskspråklige artiklene jeg har valgt å bruke skrevet av norske forfattere, noe som bidrar til å styrke deres relevans for oppgaven.

I oppgaven er det benyttet både primær- og sekundærlitteratur. Fokuset har vært å i størst mulig grad anvende primærlitteratur, da dette er den mest pålitelige kilden å referere til. For å

lette egen forståelse av primærlitteraturen, har jeg likevel brukt noe sekundærlitteratur. For eksempel har Leira (2003) sin forståelse av Skjerveheims (1996) relasjonsmodell blitt inkludert i oppgaven. Oppgaven består av en del eldre litteratur, blant annet Martinsens (1989) og Skjerveheims (1996) teorier. Disse teoriene anses likevel som relevante for å svare på oppgavens problemstilling, da begge er anerkjente teoretikere som fortsatt verdsettes for sin tenkning, den dag i dag.

Forskningsartikkelen som er skrevet av Skatvedt og Andvig (2014) tar for seg eldre som mottar hjelp i hjemmetjenesten. Jeg anser likevel artikkelen som relevant for oppgaven, da den omhandler eldre som har erfaring med psykiske helseproblemer og med å motta kommunal helsehjelp. Artikkelen diskuterer videre ulike pasienters opplevelse av at helsepersonellet har så dårlig tid, samt hvilke ønsker og behov de har for et bedre tjenestetilbud. Dårlig tid som følge av mange og tidkrevende arbeidsoppgaver er en velkjent problemstilling i hele helse- og omsorgstjenesten.

4 Presentasjon av forskningslitteratur

Gjennom litteratursøk er det gjort funn av fag- og forskningslitteratur som sier noe om hvordan en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan ha en forebyggende effekt mot psykiske lidelser, som depresjon. I det følgende vil forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven bli presentert i en artikkelmatrise.

4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Gørill Haugan (2015)	«Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære»	Geriatrisk sykepleie	Beskrive symptombyrden blant samtykkekompetente sykehjemspasienter og utforske sammenhengene mellom variablene «pleier-pasient-interaksjon», «mening», «håp», «angst» og «depresjon»	Kvantitativ metode: data samlet fra 202 mentalt klare langtidspasienter i 44 ulike sykehjem i Norge. Symptombyrde beskrives ved hjelp av deskriptiv statistikk.	Sykehjemspasienter erfarer en relativt tung symptombyrde, blant annet har 30% av pasientene en mild til moderat grad av depresjon. Pleier-pasient interaksjonen er av vesentlig betydning for pasientens velvære og helse, og kan bidra til å redusere depresjon og angst hos pasienten.
2	Jorunn Drageset, Geir Egil Eide og Anette Hylene Ranhoff (2012)	«Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment»	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Undersøke forekomsten av symptomer på angst og depresjon hos klare sykehjemspasienter og hvordan emosjonell tilknytning og omsorg, verdighet og sosial integrasjon påvirker grad av depresjon og angst.	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie. Data samlet fra 30 ulike sykehjem i Bergen. Spørreskjema med 227 mentalt klare pasienter.	40 pasienter (18%) lider av depresjon. 20 deltakere (9%) har en angstdiagnose. 12 deltakere (5%) har en kombinasjon av både depresjon og angst. Det er en signifikant sammenheng mellom sosial støtte og sosial integrasjon, verdighet og forekomst av depresjon.

3	Jørg W. Kirchhoff, Camilla Gjellebæk og Merete Tangen (2014)	«Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem»	Sykepleien forskning	Undersøke hvilken betydning personlige relasjoner har for pasienters tilfredshet med oppholdet på sykehjem.	Kvantitativ og kvalitativ metode: Tverrsnittstudie gjennomført ved 4 sykehjem på Østlandet, der et kvantitativt spørreskjema ble besvart av 114 pasienter.	Tilfredsheten med oppholdet på sykehjem viser en klar sammenheng med pasientenes opplevelse av relasjonen til de ansatte.
4	Gørill Haugan, Siw T. Innstrand og Unni K. Moksnes (2013)	«The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients»	Journal of Clinical Nursing	Finne ut hvordan pleier-pasient interaksjonen påvirker grad av angst og depresjon hos kognitivt klare sykehjemspasienter	Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie. Data hentet inn ved hjelp av en SEM-modell for å kartlegge om sykepleier-pasient interaksjon har en sammenheng med angst og depresjon hos pasientene. 202 pasienter deltok i undersøkelsen.	SEM-modellen som ble benyttet viste at sykepleier-pasient interaksjonen har en betydelig sammenheng med depresjon hos pasientene.
5	Astrid Skatvedt & Ellen Andvig (2014)	«Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten»	Sykepleien forskning	Bidra til kunnskapsutvikling basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer om hvordan tilbud fra kommunehelsetjenesten kan legge til rette for bedring	Kvalitativ metode: individuelle intervjuer av 16 brukere og 4 pårørende. Inklusjonskriteriet var at brukerne skulle være over 63 år, bo hjemme, ha erfaring med psykiske helseproblemer og motta/ ha mottatt hjelp fra kommunehelsetjenesten.	Studien viser at tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet oppleves betydningsfullt for brukerne. Hverdaglig prat er betydningsfullt for å etablere en tillitsfull relasjon. Eldre og pårørende etter spørre sin faglige autoritet og omsorg, også i tilfeller der brukeren tilsynelatende avviser hjelp.

5 Hvordan etablere og vedlikeholde en relasjon som bidrar til å redusere depressive symptomer hos pasienten?

I dette kapittelet vil jeg hente frem teori og forskning for å diskutere hvordan sykepleieren kan skape og vedlikeholde en relasjon til pasienten.

5.1 Å etablere en relasjon

Ifølge Martinsen (1989) krever god omsorg at en bryter egosentrisiteten, altså at en går utover seg selv for å hjelpe den andre. Gørild Haugan (2015) bruker begrepet self-transcendence om en «utvidelse av livs-rommet» som fører til økt oppmerksomhet og interesse for ens omgivelser. Ved bruk av Skjervheims teori har jeg poengtert at sykepleieren er nødt til å åpne seg for pasientens perspektiver i samtalen. Også pasienten må åpne seg hvis en god relasjon skal bygges. Haugans poeng er at pasienten må hjelpes til self-transcendence, altså gå utover sine egne snevre grenser. Nettopp dette kan være en utfordring, fordi mange pasienter som er deprimerte trekker seg tilbake fra andre mennesker og sosiale aktiviteter (Hummelvoll, 2014). For å kunne hjelpe pasienten til en økt interesse for omgivelsene, fordrer det at sykepleieren evner å sette seg inn i pasientens situasjon og engasjere seg for pasientens egne perspektiver, følelser og opplevelser (Kvaal, 2014).

En god situasjonsforståelse og et personlig engasjement er en forutsetning for å knytte bånd til andre. Martinsen utdyper: «Hvem som helst kan være min neste, men ved at bånd knyttes til andre, blir den enkelte uerstattelig» (1989, s. 16). Skjervheim påpeker at det finnes to grunnholdninger til mennesker i verden; en engasjert holdning og en desinteressert holdning. Han påpeker at en engasjert hjelper er en nødvendighet og at en desinteressert holdning vil legitimere likegyldighet og bremse et faglig engasjement (Leira, 2003). Samtidig lever vi i et samfunn der profesjonalitet i møte med pasienter blir lagt stor vekt på. Sykepleieren skal med andre ord ikke komme for nær pasienten, altså bli *for* personlig.

Studier viser at «personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem» (Kirchhoff et al., 2014). Studien referer til forskerne Tseng og Wang som opererer med tre typer relasjoner mellom sykehjemsbeboerne og de ansatte. Den ene typen relasjon var preget

av gjensidighet der beboerne og de ansatte blant annet utvekslet privat informasjon seg imellom. Slike personlige relasjoner skilte seg fra de upersonlige relasjonene, der beboerne gjerne syntes at de ansatte var hyggelige, men likevel kun kontaktet personalet dersom de trengte hjelp til noe. Den siste typen relasjon var preget av distanse mellom pleierene og beboerne, og i slike tilfeller ønsket beboerne minst mulig kontakt med pleiepersonalet.

Deres konklusjon er at de personlige relasjonene med utveksling av privat informasjon, er de relasjonene som er mest betydningsfulle for sykehjemsbeboerne (Kirchhoff et al., 2014). I henhold til yrkesetiske retningslinjer pkt. 1.3, har sykepleieren et personlig ansvar for å utføre en praksis som er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2016). Sykepleieren har et ansvar for at relasjonen til pasienten etableres på en profesjonell måte. Det er derfor viktig å skille mellom å være profesjonell, personlig og det å inngå i en privat relasjon til pasienter, men det kan være utfordrende for å vite hvor denne grensen går (Albrigtsen, 2015).

Et eksempel på personlig informasjon kan være at en forteller om at en liker veldig godt å stå på ski eller at man synger i kor på fritiden. Det kan også dreie seg om å gi uttrykk for personlige meninger om ulike spørsmål. Personlig informasjon er noe som andre kan ha kjennskap til og mene noe om. Å meddele slik informasjon kan dessuten være fordelaktig når man skal skape relasjoner og bli kjent med andre fordi det kan bidra til å danne et grunnlag for samtale og fellesskap. Privat informasjon kan derimot dreie seg om mer detaljert informasjon som angår en selv og sitt liv, for eksempel at det er oppstått alvorlig sykdom i familien eller at en forteller om egne sorger og fortvilelser for noe som har skjedd. Samtidig er sykepleieren også bare et menneske med følelser og kan komme i situasjoner der hun knytter ekstra sterke bånd til en bestemt pasient. Eksempelvis kan slike tilfeller oppstå i situasjoner der man har fulgt en pasient over lang tid. I slike tilfeller må sykepleieren likevel være bevisst på hvor personlig hun kan være i sin relasjon med pasienten, uten å bli for privat, da dette kan true en profesjonell og faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Albrigtsen, 2015).

5.2 Samtalens betydning for relasjonen

Studier viser at manglende sosial og emosjonell støtte bidrar til økt risiko for utvikling av depresjon og at slik støtte er avgjørende for pasientens livskvalitet (Haugan, 2015). Støttende samtaler er blant de viktigste hjelpemidlene sykepleieren har for å redusere depresjon og

depressive symptomer hos pasienten (Kvaal, 2014). Eksempler på slike samtaler kan være hverdagslige samtaler der sykepleieren og pasienten er likeverdige parter i dialogen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten ved å fastslå tidspunkt i nær fremtid, der sykepleieren og pasienten får anledning til å ha en mer utdypende samtale om de psykiske plagene. Dette vil også være en metode for å møte pasientens behov, til tross for tidspress. I tillegg er det viktig at sykepleieren er imøtekommende og åpen på en måte som tillater pasienten å snakke fritt om hva som helst, og at sykepleieren bekrefter pasientens opplevelse av dette (Kvaal, 2014).

Kari Martinsen vektlegger også kroppsspråkets betydning – og tonefallet: «Språkets lydbetydning, språkets musikk, kan ikke overhøres. Selv om en saklig sett konsentrerer seg om hva som blir sagt, vil det som faktisk sies, på en eller annen måte bæres fram av hvordan det sies» (Martinsen, 2005, s. 35). Personer som lider av depresjon er ofte svært sensitive for holdninger hos andre, for eksempel en sykepleiers holdninger. Derfor kan mye misoppfattes eller tolkes i negativ retning. For å bygge en god allianse og relasjon til pasienten, forutsetter det derfor at sykepleieren kommuniserer på en måte der ikke bare ordene, men også kroppsspråket uttrykker varme og respekt for pasienten (Kvaal, 2014).

Studier viser at flere pasienter ønsker en mer pågående omsorg, ved at sykepleierne ikke gir opp for eksempel å snakke med pasienten ved første tegn til motvilje (Skatvedt & Andvig, 2014). Mindre interesse for omgivelsene og menneskene rundt, samt sosial isolasjon, er typiske kjennetegn hos deprimerte personer. Det kan være en utfordring å skape en relasjon til en pasient som viser liten interesse for kontakt. Sykepleieren er også nødt til å ivareta pasientens integritet og autonomi og kan derfor ikke være *for* pågående i omsorgen. Det vil for eksempel ikke være riktig å presse en pasient til å bli med ut i stua eller delta på fellesaktiviteter dersom personen ikke ønsker dette. Samtidig stiller de yrkesetiske retningslinjene krav til at sykepleieren skal gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2016). Dette fordrer at sykepleieren setter seg inn i den andres situasjon slik at hun får en forståelse for pasientens atferd og væremåte. Hva er årsaken til at denne pasienten alltid takker nei til å bli med ut i fellesarealene? Hvorfor vil vedkommende alltid få servert maten på rommet?

Funn fra en studie som er gjort i hjemmetjenesten viser at eldre med psykiske helseproblemer generelt gis lite oppmerksomhet i helsevesenet. En mulig årsak til dette kan være en lavere rangering av eldre som gruppe i tillegg til mangel på faglig interesse hos personalet (Skatvedt et al., 2014). Yrkesetiske retningslinjer krever en sykepleiepraksis som bidrar til å

fremme helse og forebygge lidelse (NSF, 2016). Manglende interesse og engasjement for eldre med psykiske helseplager vil være ugunstig, da det kan ødelegge en tre-leddet relasjon mellom sykepleieren og pasienten. På den måten vil ikke relasjonen kunne bidra til å redusere depressive symptomer hos pasienten.

5.2.1 Kulturelle og språklige utfordringer

Kommunikasjon innebærer utveksling av informasjon mellom to eller flere personer og er en avgjørende forutsetning for å kunne skape relasjoner til andre mennesker. Vi lever i et mangfoldig samfunn der mange ulike kulturer og etnisiteter møtes, og det blir stadig mer vanlig å møte pasienter og/ eller ansatte med en annen kulturbakgrunn i helse- og omsorgstjenesten.

Manglende språkforståelse, så vel som kulturforskjeller kan by på store utfordringer for det relasjonelle samspillet. For å kunne yte kulturelt kompetent sykepleie i slike situasjoner, er det avgjørende at sykepleieren evner å se det unike og verdifulle ved hver enkelt pasient, uavhengig av pasientens etniske og kulturelle bakgrunn (Hanssen, 2014). Samtidig kan en norsk sykepleier ha en slags forventning om at pasienten skal oppføre seg på en måte som stemmer overens med den norske virkeligheten. Hvis sykepleieren velger å se bort ifra personens bakgrunn, vil det resultere i at det ofte blir umulig for innvandreren og delta i samtalen. I slike situasjoner må sykepleieren lære noe om den andres kontekst for å kunne forstå hvorfor pasienten reagerer slik han gjør (Eriksen & Sajjad, 2011).

Det er utfordrende å vite hvilke særegne behov og ønsker pasienten har når sykepleieren og pasienten har problemer med å forstå hverandre. En pasient fra en fremmed kultur kan dessuten forholde seg uvant til sykdom og lidelse, noe som kan gjøre det ekstra utfordrende å forstå pasienten. Tone Horntvedt (2015), som har arbeidet med interkulturelt helsearbeid, påpeker at vi tolker andre menneskers reaksjonsmønstre ut fra vårt eget ståsted. Dette kan skape problemer i tilfeller der pasienter kommuniserer at de har det vondt på måter som omgivelsene ikke forstår eller kjenner igjen. Når pasienter i slike situasjoner opplever å ikke bli forstått, vil dette kunne skape en enda større utrygghet og engstelse, noe som igjen kan bidra til distanse og mistillit i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Horntvedt, 2015).

I henhold til norsk lov, skal helsepersonell handle på måter som bidrar til å fremme tillit, sosial trygghet og ivaretagelse av respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Dette kan være utfordrende i møte med pasienter fra andre kulturer, fordi kulturforskjeller og/ eller manglende språkferdigheter hos pasientene kan gi en følelse av fremmedhet i norske sykehjem (Hanssen, 2014). Slik fremmedhetsfølelse kan skape stor utrygghet og en opplevelse av manglende tilhørighet, noe som igjen kan bidra til å forsterke depresjonen til pasienten.

Ifølge Martinsen er god omsorgsmoral noe som må læres (Martinsen, 1989). Samtidig er det forskjell på hva som læres som rett og galt i ulike kulturer. For eksempel kan ansatte med annen kulturbakgrunn ha en annen formening om hva god omsorg og pleie er. I noen kulturer blir eldre personer sett opp til, respektert og anerkjent, mens i andre kulturer vil eldre mennesker være personer som blir sett ned på og behandlet dårligere enn resten av befolkningen. Noen ganger reagerer norske helsearbeidere på at helsepersonell med utdanning fra utlandet kan virke autoritære og uinteresserte overfor pasientene. Andre ganger er det omvendt, for eksempel at helsearbeidere med afrikansk og asiatisk bakgrunn ønsker å arbeide med eldre, fordi eldre i deres samfunn har høys status (Eriksen & Sajjad, 2011).

5.3 En tre-leddet relasjon

Ifølge Skjervheim (1996) kan man i samtale med andre velge å enten behandle det den andre sier som et *faktum* eller som en *påstand*. Hvordan vi velger å behandle den andres uttalelser vil avgjøre om relasjonen mellom partene blir to-leddet eller tre-leddet. En tre-leddet relasjon forutsetter at sykepleieren behandler pasientens utsagn som en påstand, altså noe som kan utforskes og diskuteres sammen med vedkommende. Det krever at sykepleieren tar seg tid til å lytte, sette seg inn i pasientens situasjon og ta på alvor det pasienten forteller. Dersom sykepleieren derimot velger å oppfatte det pasienten sier som et avsluttet faktum, vil ikke sykepleieren engasjere seg videre i det pasienten forteller. Hun vil forholde seg likegyldig til det pasienten uttrykker og dermed foreta en objektivisering av vedkommende. I slike tilfeller blir ikke pasienten sett og bekreftet som et menneske med egenverd og betydning, men kun behandlet som et objekt. Odland (2012, s. 31) sier det slik: «Et objekt er en ting, en gjenstand som vi kan manipulere med, og som vi kan forholde oss nøytralt til og være uberørt av».

Et eksempel kan være at en pasient forteller at han føler seg tom og energiløs og at han ikke gleder seg over noe i livet lenger. I stedet for å engasjere seg og ta tak i det pasienten forteller, svarer hun: «uff da, det er ikke noe godt å føle det slik. Jeg tror nok det blir bedre hvis du er med ut i stua til de andre». Pasienten svarer at han ikke ønsker å bli med ut i stua, og dermed tolker sykepleieren det slik at pasienten vil være alene, og går ut. I dette tilfellet behandler hun pasientens opplevelser som et faktum, altså noe som ikke kan gjøres noe med. Hun er ikke en engasjert deltaker i pasientens situasjon, men en uengasjert tilskuer. En slik to-leddet relasjon kan føre til at pasienten føler seg vurdert og foraktet på en måte som vil hindre kommunikasjonen, og dermed også hindre en god og tillitsfull relasjon mellom sykepleieren og pasienten. En alternativ måte å imøtekomme pasienten på, kunne være å ta seg litt ekstra tid inne hos pasienten. I stedet for å gå ut med det samme, kunne sykepleieren ha satt seg ned ved siden av pasienten en liten stund. Skatvedt & Andvig (2014) refererer til en bruker som sier at det ikke skal så mye til for å gjøre en forskjell. Brukeren trekker fram at et smil om munnen og det å vise at man har tid, til tross for at man kan ha mye å gjøre, vil ha betydning for pasientens opplevelse av å bli imøtekommet.

På den ene siden så innehar en sykepleier ferdigheter og kompetanse som er viktig for pasienten, på den andre siden så har pasienten erfaringer og en egen forståelse for situasjonen som det er viktig at sykepleieren tar del i for å kunne yte god og omsorgsfull hjelp til pasienten (Odland, 2012). I lys av Skjervheim sin tenkning, er det derfor nødvendig å inngå i en tre-leddet relasjon med pasienten og problemet, for å kunne yte god omsorg. I en to-leddet relasjon blir ikke den andres selvforståelse respektert og anerkjent. I slike tilfeller er det fare for at sykepleieren på forhånd vet hva som vil være det beste for pasienten eller hun kan tro at hun vet hvorfor pasienten sier eller handler som han eller hun gjør. Med andre ord forstår hun pasienten bedre enn han forstår seg selv. For eksempel kan sykepleieren si: «nei, den pasienten liker ikke å være med andre, derfor lar vi han være i fred» eller «han er veldig stille og smiler nesten aldri, det er bare sånn han er». I slike tilfeller skaffer en seg herredømme over den andre, og det skjeve maktforholdet kan lede til misbruk av den makten sykepleieren har i relasjonen til pasienten. Dersom dette skjer vil det stride imot det norske lovverket som slår fast at den enkelte pasient skal gis et verdig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

5.4 Makt i relasjoner

I relasjonen mellom sykepleier og pasient, vil det alltid oppstå en skjev maktfordeling fordi det ligger en autorisert makt i hjelperrollen. Sykepleieren har en profesjonell rolle i relasjonen ved at hun innehar nødvendig fagkompetanse og ferdigheter. Med andre ord besitter sykepleieren en maktposisjon som den som mottar faglig hjelp og omsorg ikke har (Martinsen, 2005). En slik situasjon vil gjøre pasienten ekstra sårbar. For at makt skal kunne brukes til fordel for pasienten, fordrer det at sykepleieren engasjerer seg og tar på alvor pasientens opplevelser av de psykiske helseplagene. Når pasientens opplevelser blir tatt på alvor, vil det også bidra til å sikre kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud slik det står i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1).

Pasienten vet selv best hvordan han eller hun har det, og dersom sykepleieren lytter og engasjerer seg i dette, vil denne informasjonen kunne bidra til økt innsikt og forståelse for den andres situasjon. Likevel vil relasjonen mellom sykepleieren og pasienten alltid preges av en form for ensidighet, en slags to-leddet relasjon, fordi sykepleieren tar i bruk den informasjonen hun får gjennom samtale med pasienten til å foreta egne faglige vurderinger av hva som er riktig behandling og pleie (Martinsen, 2005). Et eksempel på dette kan være at sykepleieren sammen med lege beslutter at det beste for pasienten vil være at vedkommende begynner på antidepressiva for å døyve de depressive symptomene. Kanskje går pasienten med på denne beslutningen, nettopp fordi legen eller sykepleieren påstår at dette er til det beste for vedkommende. Helsepersonell gjør ofte faglige vurderinger av pasientens tilstand uten at pasienten deltar i dette. Samtidig må dette gjøres på en måte som ikke undergraver pasientens tro på seg selv, hans selvforståelse. Slik praksis vil stride imot de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, der retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket, står sentralt (NSF, 2016).

«Pleiernes holdninger, moral og kompetanse viser seg i handlingene (Haugan, 2015)». Men moral dreier seg ikke bare om å vite hva som er riktig og galt å gjøre i ulike situasjoner. Ifølge Martinsen (1989) vil omsorgsmoral også innebære hvordan vi lærer å bruke makt. Makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner. En sykepleier kan bruke sin makt moralsk ansvarlig ut fra solidaritet med den hjelpetrequende, og solidaritet er noe som viser seg gjennom handlinger basert på engasjement. Med dette mener Kari Martinsen at sykepleieren må være i

stand til å kunne identifisere seg med den andre, ved å forestille seg at rollene kan være ombyttet (Martinsen, 1989).

5.5 Hvordan strekke til når tiden ikke gjør det?

Etter at Samhandlingsreformen ble innført, får stadig flere og sykere pasienter avansert behandling i kommunehelsetjenesten. Dette krever økt faglig kompetanse og ressurser hos helsepersonellet som arbeider i sykehjem. Økende belastning i form av flere eldre og sykere pasienter, vil bidra til enda mer tidspress i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i årene som kommer. I tillegg viser en undersøkelse fra SSB at det er en stor mangel på sykepleiere i dagens samfunn, og at frafallet øker for hvert år. I tillegg vil behovet for sykepleiere og annet helsepersonell øke kraftig (SSB, 2017). Dersom denne utviklingen fortsetter, vil det kunne få alvorlige konsekvenser i årene som følger.

Sykepleieren har et ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016). Det kan imidlertid bli vanskelig å prioritere psykiske helseplager i et samfunn der blir kvalitet i helsetjenesten i stor grad blir målt ut fra effektivitet. Med andre ord er en god sykepleier en som får gjort mest mulig på kortest mulig tid. Dette er en faktor som i stor grad kan utfordre relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Nærvær, respekt og varhet for pasientenes følelse av sårbarhet er sentrale byggesteiner i forholdet mellom pleier og pasient (Haugan, 2015), men et stort fokus på hastighet og effektivitet kan bidra til å svekke nærvær og kontakt. Det som blir viktig i slike tilfeller, er hvordan sykepleieren bruker den tiden hun har til rådighet hos hver enkelt pasient. Martinsen (2005, s. 44) sier det slik: «Vi kan ikke forandre tiden, men vi kan forandre vårt forhold til den».

Travle hverdager for sykepleieren kan i verste fall resultere i at sykepleieren inntar en uengasjert tilskuersrolle i møte med den enkelte pasienten og hans psykiske plager. En hektisk arbeidshverdag vil også øke sannsynligheten for at tegn til mildere grader av depresjon blir oversett og bagatellisert. Dessuten trenger mange pasienter tid til å opparbeide tillit, før de forteller sykepleieren om sine psykiske helseplager (Kvaal, 2014). Dette kan være særlig utfordrende for pasienter med annen kulturbakgrunn. I en del samfunn, hvor tillit er basert på kjennskap og erfaring, kan møtet med et ukjent helsevesen oppleves ekstra vanskelig (Horntvedt, 2015). I tillegg viser studier at det er mange pasienter som synes det er vanskelig

å formidle hva de trenger og har behov for, nettopp fordi de opplever at alle pleierne har så dårlig tid (Skatvedt & Andvig, 2014).

I møte med pasienter, bør sykepleieren etterstrebe å være mest mulig forutsigbar, for eksempel ved å møte presist til avtalt tid, da en liten forsinkelse lett kan oppfattes som avvisning (Kvaal, 2014, s. 447). Noen ganger kan dette likevel være en utfordring, for eksempel i situasjoner der sykepleieren har mange «baller i luften» på en gang. Det kan dessuten oppstå uforutsette hendelser som sykepleieren må ta tak i med det samme, og dermed kan slike avtaler bli nedprioritert og satt på vent. Dersom en skulle komme i den situasjonen, er det viktig at sykepleieren beklager seg, og at hun sier noe om grunnen til hvorfor hun er forsinket. På den måten vil pasienten føle at sykepleieren har husket på han eller henne, tross alt, og vedkommende vil kanskje ikke føle seg oversett og uviktig.

5.6 Å vedlikeholde en relasjon

For at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten skal ha betydning for pasientens psykiske helse og bidra til å redusere depressive symptomer, er det like viktig at relasjonen blir vedlikeholdt som at den etableres. Hvis ikke relasjonen blir vedlikeholdt, vil dette kunne resultere i at pasienten faller tilbake til det stadiet han var og i verste fall kan depresjonen forverres og blir mer alvorlig.

I menneskelige relasjoner og i sykepleierens omsorg, er tillit viktig. Grunnleggende sett vil mennesker ha tillit til hverandre. Mistillit oppstår dersom tilliten svekkes, for eksempel på grunn av en løgn (Martinsen, 2005). For eksempel kan sykepleieren si: «jeg lover at jeg skal komme inn til deg kl. 12 i dag». Dersom slike avtaler til stadighet blir glemt eller nedprioritert kan det bidra til å svekke tilliten i relasjonen og skape misnøye og irritasjon hos pasienten. For å opprettholde tilliten i relasjonen til pasienten, fordrer det at sykepleieren er mest mulig forutsigbar. Det er rimelig å anta at mistillit som følge av manglende forutsigbarhet kan lede til et mer distansert forhold mellom sykepleieren og pasienten.

Ivaretagelse av den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg er en av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016). Helhetlig omsorg støtter seg til et *holistisk menneskesyn*, som innebærer at alle deler og aspekter ved mennesket må tas i betraktning. Det

betyr at man i pleiesituasjoner må ta i betraktning at pasienten er mer enn bare en fysisk kropp med somatiske sykdommer som må behandles. Man må altså forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, følelser, tanker, engstelse, sårbarhet, smerte og livssituasjon (Odland, 2012). Samtidig må sykepleieren respektere at pasientene har ulike behov for helhetlig omsorg, kontakt og nærvær. For enkelte pasienter vil en tillitsfull relasjon til pleierne være avgjørende for at de skal trives og ha det bra på sykehjemmet, mens for andre pasienter vil et mer distansert forhold til pleierne være ønskelig (Hauge, 2014).

Personlig opplever jeg ofte at spørsmålet om profesjonell regulering av distanse og nærhet til pasienten nesten alltid tilsier en «profesjonell distanse» og ikke «profesjonell nærhet». Det sistnevnte begrepet hører vi aldri at noen bruker. I diskusjoner relatert til praksis blir det ofte understreket at det er viktig at man ikke blir for nær, da dette kan gjøre det blir vanskelig å skille arbeidslivet fra privatlivet og true en profesjonell praksis. Men dersom det til stadighet påpekes at profesjonell distanse er viktig, og vi glemmer profesjonell nærhet, kan det føre til at man blir likegyldig eller desinteressert, slik Skjervheim beskriver det (Leira, 2013).

En god omsorgsmoral fordrer at sykepleieren innehar verdier og holdninger som hun anvender i de praktiske handlingene hun utfører (Martinsen 1989). Slike holdninger og verdier må læres og det kan dermed oppstå utfordringer når en møter pasienter og/eller ansatte som er oppvokst i andre kulturer. For å kunne yte kulturelt kompetent sykepleie må sykepleieren evne å se det unike ved hver enkelt pasient, samt møte de særegne behov som pasienten kan ha ut fra sin kulturelle bakgrunn (Hanssen, 2014). For å vedlikeholde en tillitsfull relasjon må sykepleieren være forutsigbar og kommunisere på en måte der både kroppsspråk og ord uttrykker varme og respekt for pasienten.

Som Martinsen har understreket (1989) har omsorgen tre dimensjoner, den relasjonelle, den praktiske og den moralske. Det hjelper ikke at en sykepleier i relasjon til pasienten viser omsorg og omtanke i ord, hvis en ikke også i praksis viser omsorg. En god relasjon kan ikke holdes ved like hvis omsorgen ikke gir seg utslag i praksis. Den moralske dimensjonen innebærer at vi er oppdradd til godhet, ved at vi har tilegnet oss bestemte moralske verdier og holdninger og at vi handler ut i fra disse. Uten at alle disse tre omsorgsdimensjonene er på plass, vil det være vanskelig å etablere og vedlikeholde den gode kvaliteten i relasjonen som må til for å kunne redusere depressive symptomer hos pasienten.

6 Avslutning

Målet med denne oppgaven var å undersøke hvordan sykepleieren kan etablere og vedlikeholde en relasjon som bidrar til å redusere depressive symptomer hos pasienten. Forskning viser at sosial støtte i relasjoner kan bidra til å redusere depresjon hos eldre pasienter (Drageset et al., 2012). Når sykepleieren inngår i et fellesskap med pasienten, kan de gå sammen om å undersøke pasientens problemer. Et slikt samspill vil gjøre det mulig å utvikle en sykepleiepraksis som tar utgangspunkt i pasientens perspektiver og opplevelser av sin egen situasjon (Hummelvoll, 2014). Samtidig vil kulturforskjeller og språkbarrierer som følge av økt innvandring gi ekstra utfordringer når det gjelder å oppnå tillitsfulle relasjoner mellom sykepleiere og pasienter (Horntvedt, 2015).

Å være pasient på langtidsavdeling i sykehjem kan utfordre og undergrave en persons identitet (Hauge, 2014). Dette kan i verste fall true en verdig tre-leddet relasjon dersom sykepleieren ikke er bevisst sine moralske holdninger og verdier i møte med pasienten. I tillegg har sykepleieren kunnskap og kompetanse som pasienten trenger, noe som gjør pasienten særlig sårbar i relasjonen. Sykepleieren må derfor være bevisst hvordan hun anvender sin makt, slik at den brukes på en måte som fremmer helse og lindrer lidelse (Haugan, 2015). Rammefaktorer i form av lovverk og forskrifter, samt yrkesetiske retningslinjer er også med på å bestemme hvilke muligheter og begrensninger sykepleieren har i møtet med pasienten.

Vi hører stadig i nyhetene at det i dag mangler rundt 4000 sykepleiere i Norge. I årene framover vil det bli et kraftig økt behov for sykepleiere og dersom frafallet fra sykepleieryrket også øker i årene framover, kan dette få alvorlige konsekvenser (SSB, 2017). En slik utvikling vil gjøre det desto vanskeligere for sykepleieren å få nok tid og ro til å etablere og vedlikeholde gode relasjoner til pasientene.

Referanseliste

Albrigtsen, E. (2015). Profesjonell, personlig og privat. *Sykepleien Etikk*, 103(9), 54-55.

Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K.

Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriaterisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(4), 872-881. Hentet fra:

<http://dx.doi.org/10.1111/j.14716712.2012.01095.x>

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Bergen: Fagbokforlaget

Hansen, I. (2014). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriaterisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 39-50).

Oslo: Gyldendal Akademisk

Haugan, G. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk sykepleie*, 7(2), 22-33. Hentet fra:

https://www.researchgate.net/publication/278849336_Langtidspasienter_i_sykehjem_Pleier-pasient-interaksjonens_betydning_for_velvaere

- 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, 2192-2205. doi: 10.1111/jocn.12072
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2016). *Depresjon*. Hentet 01.12.2017 fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. Juni 2011 nr. 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helsepersonelloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 64 Lov om helsepersonell m.v.
- Horntvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Drammen: Forlaget Vett & Viten AS
- Hummelvoll, J. -K. (2014). *Helt – ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C., & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 226-233.
doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0130
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 145-160). 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. utg., s. 438-449). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift 27. Juni 2003 nr. 792 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- Leira, H. K. (2003). *Det gode nærvær: Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk filosofiske essays*. Otta: TANO.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. (1. utg.). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund. (2018). *Må stoppe flukten fra sykepleieryrket*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleie*. (3. utg., s. 23-40). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 73-78). Oslo: Gyldendal Akademisk

Romøren, T. I. (2014). Pasient- og omsorgsforløp. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 73-78). Oslo: Gyldendal Akademisk

Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 9(1), 64-70.
doi: 10.4220/sykepleief.2014.003

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug

Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 212-223). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleie*. (3. utg., s. 97-109). Oslo: Gyldendal Akademisk

Statistisk sentralbyrå. (2017). *1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten*. Hentet 10.04.2018 fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>

Sykehjemsforskriften. Forskrift 14. November 1988 nr. 932 Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie