



Depresjon hos eldre

Kandidatnummer: 837
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14B

Antall ord: 9815
Dato: 16.april 2018

1

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 11.april 2018
<p>Tittel:</p> <p>Depresjon hos eldre</p>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon blant eldre hjemmeboende som mottar helsetjenester?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>Teorien er innhentet med hensikt om å belyse problemstillingen best. Tidligere pensumlitteratur og forskningsartikler er benyttet i denne oppgaven. I sammenheng med dette belyses relevante juridiske og etiske føringer, samt rammer for hjemmetjenesten der yrkesutøveren praktiserer.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Oppgaven er systematisert som en litterær studie. Det betyr at relevant data baseres på fag- og forskningslitteratur. Det vil si at data er innhentet fra eksisterende teori, forskning og fagkunnskap.</p> <p><u>Drøfting:</u></p> <p>I dette kapitlet tas oppgavens problemstilling og belyses av relevant kunnskap funnet i fag- og forskningslitteratur. Der legges det vekt på at kompetanse hos sykepleieren er av betydning for å tidlig identifisere tegn til depresjon. I tillegg er relasjonen mellom partene viktig for å kunne samtale om temaer som kan anses å være sensitive.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Avslutningsvis vil funn fra faglitteratur og forskningsartikler oppsummeres. Sykepleier har en sentral rolle for å forebygge. Dette fordrer kunnskap. Riktignok er det en gjensidig avhengighet mellom kolleger. Viktigheten av relasjon og samtale viser seg å være nødvendig for å oppdage depressiv symptomatologi.</p>	

(Totalt antall ord: 211)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.2.1	Avgrensning og presisering av problemstilling og kontekst	2
1.3	Begrepsavklaring	3
1.4	Oppgavens disposisjon	3
1.5	Oppgavens formål	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Den eldre brukeren i faresonen	5
2.1.1	Depresjon	5
2.1.2	Hva vil depresjon medføre for den eldre?	7
2.2	Sykepleierens funksjonsområde	8
2.2.1	Forebyggende og helsefremmende funksjon i hjemmesykepleien	8
2.2.2	Observasjonskompetanse	8
2.2.3	Kartlegging av depressive symptomer	9
2.3	Joyce Travelbee	10
2.4	Hjemmesykepleien	11
2.4.1	Organisering og ledelse	11
2.4.2	Ressursmessige faktorer: personalet og deres kompetanse	12
2.4.3	Ressursmessige faktorer: tidspress	12
2.3	Juridiske føringer	12
2.4	Etiske rammer	13
3	Metode	14
3.1	Anvendt metode	14
3.2	Litteratursøk	14
3.3	Kildekritikk	15
3.3.1	Forskning benyttet i oppgaven	16
3.3.2	Faglitteratur benyttet i oppgaven	17
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
5	Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge depresjon hos eldre som mottar hjemmetjenester?	19
5.1	Viktigheten av kunnskap og kompetanse	19
5.2	Tidlig identifisering	23
5.3	Samspeilet mellom bruker og sykepleier	26
6	Oppsummering/avslutning	30
7	Kilder	31

1 Innledning

Denne oppgaven tar for seg temaet depresjon hos eldre. I dette kapittelet presenteres relevant kunnskap som belyser at temaet er aktuelt. På bakgrunn av fag-og forskningslitteratur er det utformet en problemstilling. Deretter vil formålet til oppgaven presenteres avslutningsvis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av livet vil psykiske lidelser ramme omtrent en fjerdedel av befolkningen, hvorpå depresjon er den vanligste lidelsen (Fjørtoft, 2016; Helsedirektoratet, 2016). Blant beboere i hjemmesykepleien er det anslått at mellom 12-28% av den eldre befolkningen kan oppleve depressive plager. Hos eldre over 65 år vil 2-8% lide av depresjon av alvorligere grad (Langballe & Evensen, 2011; Engedal & Bjørkløf, 2014; Kvaal, 2014).

I faglitteratur blir det beskrevet at aldersforandringer i hjernen medfører økt risiko for depresjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Samtidig vil den høye alderen bidra til økt risiko for sykdom og tap av funksjoner, som er sentrale risikofaktorer for å utvikle lidelsen (Fjørtoft, 2016). Andre faktorer som tap av nære relasjoner og sosial isolasjon er årsaker som bidrar til økt risiko for depresjon (Skårderud, et.al., 2010; Fjørtoft, 2016; Engedal & Bjørkløf, 2014). I tillegg er ensomhet svært utbredt hos eldre. Dette er en faktor som kan føre til at den enkelte velger å isolere seg, og gir dermed økt disposisjon for utvikling av psykiske lidelser (Kvaal, 2014). Depresjon medfører negative konsekvenser i form av smerter, ubehag, nedgang i funksjonsnivået, samt ensomhet og isolasjon. Det kan i sin tur påvirke brukerens livskvalitet og utfoldelse negativt (Fjørtoft, 2016; Bjørkløf & Engedal, 2014; Kvaal, 2014).

Statistisk sentralbyrå (2016) anslår at av dagens andel er 15% over 67 år. Det blir flere av de eldste eldre, og det forespeiles at utviklingen vil øke til nærmere 18% i 2030 og 21% i 2050. Det ses også en utvikling i sykdommer. Sykdomsbildet har endret seg, og psykiske lidelser er i vekst. Dette medfører utfordringer i form av økt behov for oppfølging og kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Innføringen av samhandlingsreformen skal bidra til å møte fremtidens utfordringer både fra et pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk

perspektiv. I tillegg har reformen lagt økt satsing på helsefremmende og forebyggende helsearbeid i kommunen. Tidlig innsats fremfor sen innsats er noe som vektlegges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I forbindelse med utfordringen rundt underdiagnostisering av depresjon blant den eldre brukergruppen har hjemmesykepleieren en sentral rolle til å identifisere og behandle lidelsen (Fjørtoft, 2016).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av fag- og forskningslitteratur, er problemstillingen formulert slik:

Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon blant eldre hjemmeboende som mottar helsetjenester?

1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstilling og kontekst

Sykepleier møter brukere i hjemmesykepleien. Individene bor i eget hjem eller i omsorgsboliger, som juridisk sett tilsier at de bor hjemme (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Hjemmesykepleien er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp (Fjørtoft, 2016). Det er variasjon blant brukere og deres problemstillinger. Dette medfører variasjon i hvordan tjenester de enkelte har behov for. Enkelte krever omfattende hjelp, mens andre trenger kortere besøk (Fjørtoft, 2016).

Rapporter viser at det i 2017 var registrert 366 635 individer som mottok helse- og omsorgstjenester. Tjenestemottakere omfatter både eldre og yngre individer. Det var angitt omtrent 215 000 i aldersgruppen over 67 år som mottok helse- og omsorgstjenester (Statistisk sentralbyrå, 2016). Denne gruppen fremtrer som den største pasientgruppen som mottar helsehjelp (Statistisk sentralbyrå, 2017; Fjørtoft, 2016; Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Derfor er det i denne oppgaven foretatt en avgrensning til pasientgruppen over 65 år. Oppgaven tar ikke for seg brukerens eventuelle tilleggdiagnoser. Av hensyn til oppgavens omfang blir ikke pårørende omtalt. Det tas heller ikke hensyn til etnisitet og kulturelle forskjeller.

Sykepleieren blir i denne oppgaven omtalt som ”hen”, og tjenestemottakeren blir omtalt som ”bruker”.

1.3 Begrepsavklaring

Her defineres individet som mottar helsetjenester som bruker. Begrepene ”pasient” og ”bruker” er etter min erfaring i hjemmetjenesten noe som brukes om hverandre i praksis, selv om ”bruker” er mest fremtredende. Fjørtoft (2016) påpeker at det ikke er ubetydelig hvilke begrep man anvender, da begrepet kan påvirke vår forståelse og gir ulike assosiasjoner. Begrepet ”bruker” legger vekt på at enkeltmennesket bidrar mer aktivt og fremmer selvbestemmelse og myndiggjøring. Dette er positivt da delaktighet fremmes og brukeren settes i fokus. Samtidig må sykepleieren være bevisst at brukerens aktivitet og delaktighet kan komme i skyggen av selve lidelsen og deres behov for omsorg. Pasient, derimot, kan bli oppfattet som mer passiv og hjelpetrengende.

1.4 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis vil bakgrunn for valg av tema presenteres etterfulgt av presentasjon av problemstillingen med en avgrensning og nærmere presisering. Her vil også konteksten beskrives nærmere.

Videre vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget presenteres. Deretter vil metoden bli klargjort. Mot slutten av oppgaven vil drøftingen med nødvendig forskningslitteratur og annen fagkunnskap belyses. Her er formålet å komme med ulike argumenter og drøftinger for å belyse problemstillingen. Avslutningsvis presenteres en oppsummering.

1.5 Oppgavens formål

Som alt nevnt er psykiske lidelser i vekst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). En del av utfordringen blant eldre og psykiske lidelser, er underdiagnostisering (Engedal & Bjørkløf, 2014; Fjørtoft, 2016). I tråd med problemstillingen, er formålet med oppgaven å innhente relevant og tilstrekkelig kunnskap og informasjon. Dette er nødvendig for å belyse tematikken, slik at sykepleierens rolle og kompetanse kan styrkes ved at oppgaven bidrar til å

heve kunnskapen på området. Målet er at hver enkelt yrkesutøver skal bidra til å forebygge depresjon i møte med bruker i hjemmetjenesten.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget skal bidra til å gi et innblikk i de aspektene som problemstillingen skal ta opp. I dette kapitlet presenteres faglig kunnskap om brukergruppen og deres problemstilling. I tillegg er juridiske og etiske rammene til sykepleieren omtalt.

2.1 Den eldre brukeren i faresonen

Felles for alle organismer er den biologiske aldringsprosessen. Gjennom voksenlivet, fra 25 årsalderen, vil kroppen eldes (Mensen, 2014; Romøren, 2014). Tiden fra slutten av sekstiårene og frem til døden, betegnes alderdommen (Håkonsen, 2014). Dette er den siste perioden i livet, og kan by på utfordringer og belastninger (Hummelvoll, 2014).

Aldersforandringer som eldre gjennomgår kommer gradvis, og gir endringer i organer og reduserer dermed reservekapasiteten. Dette gir økt disposisjon for både skade og sykdom, og medfører problemer med å klare seg i dagliglivet (Thorsen, 2014; Hummelvoll, 2014).

Aldringsprosessen kan føre til at evnen til å ivareta grunnleggende behov minker. Andre aktiviteter som er en del av dagliglivet, kan også svikte. Dette innebærer handlinger som å handle, lage mat og spise ernæringsmessig riktig kost. Redusert kroppsfunksjon, det å kunne gå og bevege seg normalt, er andre tilstander som fører til at brukeren blir hjelpetrequende (Kirkevold, 2014). Livet til brukeren kan være preget av begrenset valgfrihet og tap i hverdagen som kan føre til tomhetsfølelse (Hummelvoll, 2014). Tapsopplevelser hos eldre er en kjent risiko for å utvikle depresjon. Dette kan eksempelvis være relatert til skade, sykdom og funksjonstap. Tap av ektefelle, nær pårørende eller sosiale relasjoner er andre risikofaktorer (Engedal & Bjørkløf, 2014). Disse livsforandringene inntreffer ofte hos eldre. På dette tidspunktet vil motstandskraften mot belastninger reduseres. Dette kombinert med et sosialt nettverk som krymper, vil medføre at den eldre er utsatt for psykisk uhelse (Hummelvoll, 2014).

2.1.1 Depresjon

Begrepet ”depresjon” stammer fra latin og betyr nedtrykking. Lidelsen kan stå for en gruppe sykdommer, et syndrom eller for en sinnsstemning (Hummelvoll, 2014). Depresjon og depressive symptomer forekommer ofte, og øker med økende alder. Lidelsen anslås å opptre

hos hver femte person i løpet av livet, og rangeres på fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og levekår (Engedal & Bjørkløf, 2014; Langballe & Evensen, 2011). Lidelsen kan opptre når livet byr på utfordringer. Omtrent halvparten som noen gang har hatt depresjon, vil bli deprimert igjen. Lidelsen kan ses i sammenheng med kroppslig sykdom, men ikke alltid. Funksjonshindringer og handikap er også faktorer som spiller inn. I tillegg er negative livsfaktorer som blant annet tap av sosialt nettverk, noe som kan påvirke (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Et fremtredende symptom ved depresjon er tristhet, som gjerne kan vedvare uten stans over flere uker. Imidlertid kan det like fullt dreie seg om depresjon selv om tristhet ikke er tilstede. Brukeren kan ha vedvarende bekymring overfor forhold som anses som bagateller. Andre symptomer som pessimisme og lav selvaktelse kan stå i forgrunnen. En følelse av håpløshet, og tanken på å bekjempe depresjonen er fraværende. Å utføre daglige gjøremål kan oppleves kraftløst, både fysisk og psykisk. Eldre deprimerte kan også være rammet av psykomotorisk hemning og treghet. Denne typen symptomer kan også skyldes somatisk sykdom, og bør tas i betraktning. Mangelfull interesse for de nærmeste kan ta del av symptombildet. Eldre har tendens til å utbasunere i mindre grad til de nærmeste om hvordan de har det (Engedal & Bjørkløf, 2014; Hummelvoll, 2014). Kroppslige symptomer kan forekomme, eksempelvis søvnproblemer. Vedkommende kan sove urolig og ha hyppig oppvåkninger. Et klassisk symptom, er å våkne tidlig om morgenen. Søvnene kan dermed oppleves som dårlig. Fysiske plager kan også være tilstedeværende, og kan mistolkes for somatisk sykdom (Engedal & Bjørkløf, 2014). Kroppslige plager kan være kvalme, uvelhet, hodepine, svimmelhet, mage- og ryggmerter (Engedal & Bjørkløf, 2014; Hummelvoll, 2014; Kvaal, 2014).

Deprimerte eldre har tendens til å tenke hyppig på døden, uten at de har selvmordstanker. Dersom det er fare for depresjon, skal det alltid vurderes om det foreligger selvmordstanker og eventuelt kartlegge graden, da eldre er mer beslutsomme til å begå selvmord. Når bruker i primærhelsetjenesten vurderes å være akutt suicidal, skal han henvises til psykisk helsevern umiddelbart (Engedal & Bjørkløf, 2014).

For å få diagnosen depresjon brukes ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer, som er koordinert av verdens helseorganisasjon (Malt, 2018). Klassifikasjonssystemet skiller mellom grunnsymptomer og tilleggssymptomer. Depressivt stemningsleie, manglende interesse eller glede av lystbetonte aktivitet samt nedsatt

energi er de karakteristiske symptomene ved grunnsymptomer. Tilleggssymptomer tar for seg skyldfølelse, dårlig selvtillit, nedsatt konsentrasjonsevne, lite initiativ, forandret matlyst og søvn, psykomotorisk agitasjon, og tanker om død og selvmord. For å bli diagnostisert må minst to av grunnsymptomene være til stede og det kreves at plagene har vedvart i minst to uker (Norsk legemiddelhåndbok, 2015). Å diagnostisere er riktignok ikke en sykepleieoppgave, men disse kriteriene gir et innblikk i hva sykepleieren må observere.

2.1.2 Hva vil depresjon medføre for den eldre?

Vanligvis vil mennesket fungere selvstendig ved å ivareta grunnleggende behov som for eksempel hygiene, aktivitet og ernæring. Disse funksjonene kan gå tapt ved depresjon. Den psykiske lidelsen medfører at små rutiner som ellers er enkle å gjennomføre, oppleves som uoverkommelig. Brukeren kan ha vanskeligheter med stå og opp stille seg, og ender med å avstå fra enkle dagligdagse aktiviteter (Bjørkløf & Engedal, 2014). Potensielle konsekvenser kan være smerter og ubehag og kan føre til dårligere funksjonsnivå. Dette medfører at brukeren risikerer et mindre meningsfullt liv hvor sosiale behov også påvirkes. Manglende initiativ til å oppsøke sosial kontakt, isolasjon og ensomhet er konsekvenser som kan påvirke brukerens livskvalitet og livsutfoldelse (Bjørkløf & Engedal, 2014; Kvaal, 2014). Depresjon og livskvalitet kan knyttes tett opp til hverandre. Betydningen av livskvalitet er subjektiv og kan påvirkes av blant annet funksjonsnivå, og fysisk og psykisk helse. Den indre sinnsstemningen sier noe om hvordan brukeren har det og hva slags humør han er i. Innenfor psykisk helse er depresjon en betydningsfull faktor for hvordan den enkelte opplever sin livskvalitet. En uoppdaget depresjon vil føre til negative konsekvenser. Noen vil oppleve tilbakefall, mens andre kan bli mer somatisk syke. I tillegg er det risiko for demens, og i verste fall vil dødsfall inntreffe (Bjørkløf & Engedal, 2014). Evnen til å forebygge depresjonen svekkes dersom brukeren går med depresjonstilstanden over tid. Det kan utvikles en negativ sirkel, hvor brukeren ikke orker å ta kampen mot depresjonen selv om vedkommende vet hva som hjelper. Gjennom støttesamtaler er det essensielt å hjelpe den enkelte med de små tegnene som kan bidra til å bli frisk (Bjørkløf & Engedal, 2014).

2.2 Sykepleierens funksjonsområde

I løpet av utdannelsen skal sykepleierstudenten tilegne seg nødvendig kunnskap slik at hen på bakgrunn av dette kan handle kompetent og beredt. I tillegg til kompetansen er sykepleieutøvelsen regulert gjennom yrkesetiske retningslinjer, lover og regler. Disse rammene bidrar til at sykepleieren har et ansvar, samt fagspesifikke funksjoner som er med på å styre måten hen tilnærmer seg på (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2.1 Forebyggende og helsefremmende funksjon i hjemmesykepleien

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon benyttes i denne oppgaven, da dette anses som relevant for å besvare problemstillingen. Ved at sykepleieren benytter sin forebyggende funksjon kan hen hindre at depresjon blant eldre oppstår.

Begrepet forebygging kan forstås på flere måter. Forebyggende helsearbeid kan deles inn i primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende. Primærforebyggende helsearbeid går ut på å forebygge at depresjon oppstår eller utsette lidelsen. Arbeidet innebærer at sykepleieren eliminerer faktorer som bidrar til lidelse hos det friske individet. Sekundærforebyggende helsearbeid dreier seg om å minke utviklingen av lidelsen ved at sykepleieren tidlig identifiserer og behandler raskt. Det går ut på å hindre at en depresjon vender tilbake og dermed hindre negative konsekvenser. Tertiærforebyggende arbeid tar utgangspunkt i å ytterligere redusere utvikling av tilstanden for å forhindre forverring, slik at vedkommende kan bevare funksjon og livskvalitet (Engedal & Bjørkløf, 2014; Ranhoff, 2014; Hummelvoll, 2014; Nortvedt & Grønseth, 2016; Mæland, 2016). Sykepleierens rolle kan gå innenfor alle kategoriene, da brukeren kan ha nytte av det (Ranhoff, 2014).

2.2.2 Observasjonskompetanse

Å observere er en grunnleggende oppgave (Fjørtoft, 2016). Nightingale mente observasjonskompetanse er en viktig praktisk kunnskap som sykepleiere utøver (Nightingale, referert i Nortvedt & Grønseth, 2016). Gjennom læring, kan vi vite hvordan vi skal observere og hva vi skal se etter. Grunnlaget for læringen skjer gjennom teoretisk kunnskap, men også klinisk erfaring som dannes i møte med brukere. Gjennom ervervet kunnskap kan vi observere tegn til bedring eller forverring ved å vurdere observasjoner og handle ut ifra disse

når vi for eksempel utfører pleie og forebyggende arbeid. Sykepleier har en viktig rolle som observatør i møte med bruker, og må følge med og vurdere sykdomsprosessen og dens utvikling. Dette er nødvendig da behov endres, og aktuell hjelp er nødt til å tilpasses (Fjørtoft, 2016). Observasjonskompetansen baserer seg på nødvendig kunnskap som anatomi og fysiologi, men også patofysiologiske prosesser og sykdom. Det er essensielt at sykepleier vet hva som er nødvendig å observere før partene møtes. Dette krever at sykepleieren kjenner hvilke tegn som skal observeres, samtidig som det tas utgangspunkt i brukerens opplevelse av situasjonen. Dette betinger at sykepleier benytter tidligere erfaring og trekker med seg dette i videre arbeid for å kunne tolke nye observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2.3 Kartlegging av depressive symptomer

Ved å kartlegge systematisk kan sykepleieren avdekke status til den enkelte, vurdere behov og dermed danne et grunnlag for iverksetting av tiltak (Fjørtoft, 2016; Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Kartleggingen har som hovedformål å sikre at endringer oppdages (Kirkevold, 2014). Behovene til den enkelte kan variere og endres. Det er derfor essensielt med daglig oppfølging for å sikre at brukeren får den hjelpen som er nødvendig (Fjørtoft, 2016; Kirkevold, 2014).

Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon. Disse er utviklet for å blant annet sikre at helsetjenesten tar ansvar for forebyggende arbeid i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene anbefaler å foreta en anamnese hvor sykepleieren stiller konkrete spørsmål angående tristhet, dårlig humør og initiativløshet. Dersom det er aktuelt fås en utfyllende beskrivelse av depressiv symptomatologi. Sykepleieren må være bevisst sin rolle og holdning i intervjuet. Det innebærer å lytte, være aktiv, vise genuin interesse og bruke sin observerende funksjon til å følge med på atferd (Helsedirektoratet, 2009).

Det er utformet verktøy for å innhente nødvendig informasjon for å identifisere potensielle og/eller aktuelle problemer. Dersom sykepleier har mistanke om at brukeren har depressive symptomer, og lurer på om han er i risiko for å utvikle depresjon, kan hen benytte disse verktøyene for å vurdere alvorlighetsgrad (Rotegård et.al., 2015). Verktøyene kan bidra til å

styrke og støtte sykepleierens observasjoner og vurderinger, slik at disse kan videreformidles mer presist til det tverrfaglige teamet (Kirkevold, 2014; Rotegård, et.al., 2015).

Montgomery-Åsberg-Depression Rating Scale (MADSR) er screeninginstrumentet som er mest benyttet. Skjemaet består av ti spørsmål som brukeren besvarer. Hvert spørsmål kan scores fra 0-6. Minimal score er på null, og maksimal score er seksti. En score mellom 0-6 indikerer fravær av depresjon, 7-19 indikerer mild grad, og score over 35-60 indikerer alvorlig depresjon. Et annet kartleggingsinstrument er geriatrikisk depresjonsskala (GDS). Skjemaet eksisterer med både 30, 15, og 5 spørsmål, som brukeren utfyller med ja eller nei. Versjonen med 30 spørsmål, har minimumsscore på 0, ingen tegn til depresjon, og maksimalscore på 30, alvorlig grad (Engedal & Bjørkløf, 2014; Kirkevold, 2014).

2.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier, som i 1966 ga ut boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”. Hun presenterte en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjon mellom ”pasient” og ”sykepleier”. Prosessen består av faser, hvor målet er å utvikle et ”menneske-til-menneske-forhold”. Det innledende møtet består av at sykepleieren bryter ned stereotypien som er knyttet til begrepene ”pasient” og ”sykepleier”. Dette bidrar til at partene oppfatter hverandre som individer, og at sykepleieren oppfatter mennesket i ”pasienten”. Neste fase omhandler en fremvekst av identiteter. Ved at sykepleieren evner å oppfatte den andre som et unikt menneskelig individ, etableres tilknytning mellom to individer. I denne fasen vil grunnlaget for empati dannes, som er neste steg i prosessen. Ifølge Travelbee, handler empatifasen om å sette seg inn i den andre og ta del av deres tilstand. Det skal være en opplevelse av å forstå. Når sykepleieren evner å føle empati kan grunnlaget for gjensidig forståelse og kontakt dannes. Fjerde fase omhandler sympati og medfølelse. Dette er noe sykepleieren kan kommuniser både verbalt og non-verbalt for å lindre plager. Ved at sykepleieren mestrer å vise sympati og medfølelse, vil motparten kunne utvikle tillit. Full tillit oppnås når en vet at sykepleieren ikke svikter og at hen kan stoles fullt og helt på. Når de fire stadiene er gjennomgått, vil det femte stadiet, gjensidig forståelse og kontakt dannes. Stadiet består av tanker, følelser og holdninger som deles mellom partene (Travelbee, 1999).

2.4 Hjemmesykepleien

Hjemmetjenesten er en arena hvor det finnes ressursmessige rammefaktorer. Disse kan påvirke utførelsen av tjenester ved å bidra til muligheter eller virke innskrenkende på utøvelsen (Fjørtoft, 2016). I dette delkapitlet skal det gjøres rede for rammene som kan påvirke det daglige arbeidet til sykepleieren.

2.4.1 Organisering og ledelse

Grunnet få retningslinjer for organisering av kommunale pleie- og omsorgstjenester, er det mye opp til kommunene hvordan tjenestene skal være organisert (Fjørtoft, 2016; Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Valg av organisasjonsmodell påvirker sykepleierens handlingsrom og muligheter (Fjørtoft, 2016).

Flere kommuner er organisert etter bestiller-utfører-modellen. Modellen innebærer et skille mellom bestiller (forvaltning) og utfører av oppgaver (Fjørtoft, 2016; Fermann & Næss, 2014). Skillet er for å sikre korrekt vurdering av brukerens behov og forhindre at ressursmessige hensyn står i veien vedrørende driften. Bestillerkontoret mottar søknaden og vurderer behovet til den enkelte. Videre fattes det vedtak på tid til forskjellige oppgaver (Fjørtoft, 2016; Brodtkorb & Ranhoff, 2014; Fermann & Næss, 2014). Helsehjelpen varierer. Enkelte kan ha behov for mer omfattende bistand, mens andre krever hjelp til mindre og konkrete oppgaver (Fjørtoft, 2016; Fermann & Næss, 2014). De vanligste vedtakene er blant annet hjelp til personlig hygiene og hjelp til administrering av legemidler (Fermann & Næss, 2014). Utførertjenesten mottar vedtaket som en bestilling (Fjørtoft, 2016).

Med bakgrunn i samfunnsmessige endringer sammen med økt antall eldre er det utformet en ny organiseringsmodell kalt tillitsmodellen. Brukeren som mottar helsetjenester skal i større grad involveres med utgangspunkt i hva han mener er viktig. Modellen er iverksatt med det formål å yte bedre tjenester til befolkningen. Et av tiltakene innebærer mindre team slik at tjenestemottakere har færre ansatte å forholde seg til. På bakgrunn av dette er fokuset å bidra til tryggere rammer for brukere. Brukeren skal få mer egenmestring, kontroll over eget liv og økt medbestemmelse (Eide, Nilsen, Gullstett, Olafsen, Aaberge & Eide, 2017).

2.4.2 Ressursmessige faktorer: personalet og deres kompetanse

For at brukeren skal få dekket sine behov og få videre behandling som er forsvarlig, er det nødvendig at personalet er kompetent. Hjemmesykepleien utfører tjenester til brukere med ulike behov. Dette pålegger personale et ansvar om å inneha tilstrekkelig kompetanse for å møte uensartet problemstillinger i det daglige arbeidet (Fjørtoft, 2016). Hver enkelt sykepleier har ansvar for å holde seg faglig á jour. Dette innebærer at sykepleier holder seg oppdatert på relevant faglitteratur, deltar på kurs og følger med på utviklingen (Fjørtoft, 2016; Pfeiffer, 2002). For å sikre kvalitet i hjemmesykepleien er det essensielt med faglig kompetent personale. Deres kunnskaper og holdninger er betydningsfullt for den enkelte bruker (Fjørtoft, 2016).

2.4.3 Ressursmessige faktorer: tidspress

Det er nødvendig å se på tid som en egen rammefaktor, da den blir trukket frem som en styrende faktor for helsetjenesten. I hjemmetjenesten er det flere brukere som skal motta tjenester i løpet av en vakt. Det er som regel mange ulike behov og ulike tjenester som skal ytes. Ansatte arbeider etter arbeidslister hvor anslått tid skal benyttes som veiledende, og strebe etter å bruke tiden som er nødvendig ved hvert besøk. Sykepleieren har en viktig rolle i å koordinere tiden i mellom de forskjellige brukerne. Ofte er det mye å gjøre og det blir svært hektisk (Fjørtoft, 2016).

2.3 Juridiske føringer

Lovene som presenteres er valgt ut på bakgrunn av relevans til oppgavens problemstilling. Den sentrale loven for hjemmesykepleien er helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Loven setter rammer for helsetjenester i kommunen (Fjørtoft, 2016; Brodtkorb & Ranhoff, 2014). I loven presiseres det at individene som oppholder seg i kommunen, skal sikres helse- og omsorgstjenester som er nødvendige. Videre vises det til ulike formål med loven. Blant disse nevnes å forebygge sykdom, skade eller lidelse. Kommunen er i tillegg pålagt å yte tjenester som skal fremme helse og søke å forebygge sykdom. Ved å tilby opplysning, råd og veiledning kan sykepleier bidra til dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1, §1-2, §3-1 & § 3-3).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1-§1-3, §3-1a & §3-2) skal sikre at alle mottar tjenester av god kvalitet. Det skal dannes tillitt i forholdet mellom bruker og helse- og omsorgstjenesten, slik at trygghet og menneskeverd bevares. Den enkelte har rett til nødvendig helsehjelp, og helsehjelp som er forebyggende og behandlende. Dette innebærer at den enkelte har krav på å få nødvendig informasjon om den aktuelle helsehjelpen, slik at vedkommende har tilstrekkelig innsikt i situasjonen.

Helsepersonelloven (1999, §1, §4 & §10) setter rammer for yrkesutøvelsen, og skal bidra til kvalitet og sikkerhet hos mottakere av helse- og omsorgstjenester. Som sykepleier er man pålagt å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Arbeidet som utføres skal være i samsvar med egne kvalifikasjoner og den gitte situasjon. Helsepersonelloven danner plikter som motsvarer brukerens rettigheter, eksempelvis plikten til å gi informasjon til brukeren som har krav på det.

2.4 Etiske rammer

Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2016) har sykepleieren et ansvar for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. Hen har et faglig, etisk og personlig ansvar for handlinger og vurderinger i egen yrkesutøvelse. Sykepleieren skal sikre at brukerens verdighet og integritet er ivaretatt. I tillegg skal tjenestene som tilbys og ytes overfor brukeren være forsvarlig og omsorgsfull. Brukeren skal ha rett til å medbestemme, og skal ikke ha opplevelsen av å være krenket. Sykepleier skal utføre praksis som bidrar til å forebygge sykdom og fremme helse. Dette er overordnede verdier i sykepleien, som skal bidra til gode handlinger, slik at den enkelte får det så godt som mulig. Evnen til å handle godt ser man også i sykepleierens holdninger. Gjennom blant annet vennlighet, åpenhet og omtanke. Det kreves at sykepleieren har nødvendig kunnskap slik at man på bakgrunn av disse kan handle etter brukerens beste, for å kunne ivareta behov og interesser (Nortvedt, 2016).

3 Metode

En metode er en strategi for å finne kunnskap og løse problemer, og sier noe om hvordan vi skal gå frem for å skaffe eller undersøke kunnskapen. Ulike metoder er til for å fremme ny kunnskap, og samtidig klargjøre hvorvidt påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Når vi samler inn nødvendig data, vil metoden være redskapet til å hjelpe oss til å samle inn den informasjonen vi har behov for (Dalland, 2017).

I dette kapitlet blir anvendt metode, litteratursøk og kildekritikk gjort rede for.

3.1 Anvendt metode

Valg av metode begrunnes på bakgrunn av at metoden utpeker seg best til å belyse den aktuelle problemstillingen. I tråd med høgskolens retningslinjer er oppgaven systematisert som en litterær studie. Det betyr at relevant data baseres på fag- og forskningslitteratur. Det vil si at data er innhentet fra eksisterende teori, forskning og fagkunnskap, og medfører at ingen ny kunnskap kommer frem (Dalland, 2017). Innhentet kunnskap som benyttes i oppgaven krediteres ved bruk av kildehenvisninger.

Gjennom profesjonsutdanningen vil møte med brukere i praksis bidra til å danne nyttige erfaringer. Dette er viktige kunnskapskilder, og kan gi betydningsfulle bidrag til bacheloroppgaven. Data fra praksiserfaringer vil dermed bli benyttet der det er aktuelt. Samtidig må disse erfaringene settes i sammenheng med litteraturen for å hjelpe oss til å se sammenhengen (Dalland, 2017). Erfaringer fra praksis som belyses i denne oppgaven er i tråd med helsepersonelloven (1999, §21), om taushetsplikt.

3.2 Litteratursøk

Faglitteratur som er tidligere pensumbøker fra sykepleiestudiet er benyttet. Dette har gjort at litteraturen har vært lett tilgjengelig. I de tilfeller hvor annen faglitteratur har vært nødvendig å innhente, er Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek blitt benyttet. Søkemotoren Oria er tatt i bruk for å innhente kunnskap fra ressurser som bøker, artikler, eller elektroniske ressurser. Annen relevant kunnskap som har blitt tatt i bruk i oppgaven, er funnet ved å foreta

søk på www.google.com . For å presisere, er ikke dette en database, men en søkemotor. I tillegg er andre verifiserte nettsider slik som Helsedirektoratet og Lovdata blitt benyttet.

For å finne forskningslitteratur til oppgaven, er databaser blitt tatt i bruk. Cinahl er blitt hyppig brukt, da den dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Samtidig er databasen den vi har fått hyppigst veiledning på gjennom studietiden. Andre databaser som Svemed+, og Sykepleien Forskning er også blitt benyttet. Disse inneholder referanser til tidsskriftartikler fra både medisin og helsefag. I tilfeller hvor jeg har vært på utkikk etter en spesifikk referanse, har Googles litteratur-søkemotor Google Scholar blitt anvendt.

Ulike søkeord som ble brukt var "Nurse", "Depression", "Prevention", "Intervention" og "Aged". Blant de norske ordene ble "Kommunehelsetjenesten", "sykepleier", "eldre", "psykisk helse", "forebygge" og "depresjon" tatt i bruk. Søkeordene er blitt kombinert med "and" eller "or". Resultatene ble avgrenset slik at funnene ble mer relevante for oppgaven. Søket ble avgrenset til "Research Article" og året ble begrenset til 2008. Fordelen med filtrering av søk er at resultatene blir mer spesifikke knyttet til oppgaven. Ulempen er imidlertid at avgrensingen kan utelukke annen relevant kunnskap som kunne blitt benyttet i oppgaven. I tillegg har forskningsartikler som er oppdaget i fagbøker og andre studier, blitt benyttet.

3.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2017) defineres kilde som opphav til kunnskap. Etersom ikke alle kildene er like holdbare, er man nødt til å vurdere kildene på bakgrunn av relevans og kvalitet. Denne prosessen kalles informasjonskompetanse, og karakteriseres ved at man evner å søke og lokalisere informasjon, samt vurdere dens pålitelighet for å kunne ta den i bruk.

Litteratursøking dreier seg om prosessen for å finne litteratur som kan benyttes, og som er i tråd med oppgavens problemstilling. Samtidig må den litteraturen man har benyttet gjøres rede for. Dette styrker oppgavens troverdighet og faglighet. Dette er to sider ved kildekritikk.

3.3.1 Forskning benyttet i oppgaven

Det finnes to ulike metoder, kvalitativ og kvantitativ metode. Kort beskrevet består den kvantitative metoden av målbare enheter, mens den kvalitative metoden skal bidra til å belyse meninger og opplevelser som ikke kan måles. I denne oppgaven er det benyttet kvalitative studier. De studiene som er valgt og brukt tar sikte på å oppnå forståelse for meninger og opplevelser, både fra et sykepleier- og brukerperspektiv. Dette er noe som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017).

To studier er innhentet fra Sykepleien forskning, som kan sies å være en anerkjent database. Begge forskningsartiklene er fagfellevurdert, noe som kan styrke deres gyldighet. I tillegg er begge artiklene godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. I studien til Halvorsrud, Pahr & Kvarme (2014) er deltagerne rekruttert av leder. Ulempen er følgelig at noen av deltagerne kan ha følt seg presset til å delta, noe som i sin tur kan påvirke deres besvarelser. Det ble imidlertid lagt vekt på frivillighet. Samtlige av forfatterne av studien har bachelorgrad innen sykepleien, og har kontakt med kommunehelsetjenesten. Dette er faktorer som kan ha bidratt til at de bedre forstod synspunktene til informantene. Samtidig kan det ikke utelukkes at det kan ha påvirket deres tolkning av data. Likevel anses studien som relevant fordi den omhandler samme tema og direkte er med på belyse problemstillingen. Selv om studien til Skatvedt & Andvig (2014) ikke direkte er knyttet mot sykepleieprofesjonen, gir den viktig innsikt og belyser brukerens opplevelser som er nødvendige for å svare på problemstillingen. Studien til Lu & Hsieh (2012) om helsearbeideres synspunkt på depresjon og forebygging er heller ikke direkte relatert til sykepleiere, selv om flesteparten av deltagerne var sykepleiere. Studien er tatt med fordi den poengterer viktige elementer som eksempelvis viktigheten av samtale for psykologisk støtte, som kan relateres til oppgaven.

Øvrige artikler som er benyttet i bacheloroppgaven, er studier som er foretatt i Kina (Lu & Hsieh, 2012), USA (Liebel & Powers, 2015) og New Zealand (Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons & Gott, 2015). Svakheterne ved å innta utenlandske studier er følgelig at rammeplanen for sykepleiere kan være annerledes, og relevansen knyttet til det norske helsevesenet kan være svekket. Artiklene, på bakgrunn av deres kvalitative metode, rapporterer opplevelser hos både brukeren og sykepleieren (Dalland, 2017). Opplevelsene og erfaringene som beskrives i artiklene betraktes som overførbare til oppgavens

problemstilling fordi de belyser hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge depresjon. Studiene blir derfor anvendt på bakgrunn av dette. Studien til Lu & Hsieh (2012) er godkjent av den etiske komiteen på Universitetet i Washington. I tillegg er forskningsartikkelen innhentet fra tidsskriftet ”Journal of Clinical Nursing”, på lik linje som studien til Waterworth et.al (2015). Dette er et internasjonalt tidsskrift som søker å opprettholde høy standard relatert til sykepleieutøvelse, og inneholder artikler som er fagfellevurdert. Studien til Liebel & Powers (2015) er lagt ut på tidsskriftet ”The Gerontological Society of America” som publiserer artikler som er fagfellevurdert. Dette bidrar til å sikre at studien holder en forskningsmessig standard.

Studiene som er skrevet på engelsk er oversatt av undertegnede. Mine språkkunnskaper kan ha påvirket tolkningen av resultatene i forskningsartiklene, og er noe som bør tas hensyn til.

3.3.2 Faglitteratur benyttet i oppgaven

Faglitteraturen kan deles inn i primær- og sekundærlitteratur. Primærlitteraturen tilsier at teorien er ny, mens sekundærlitteratur baserer seg på en tolkning av andres arbeid. Fag- og pensumlitteratur er ofte sekundærlitteratur. Dette innebærer at materialet er bearbeidet. Dermed kan den originale teksten blitt endret på, noe som er viktig å ha i mente når det gjelder teoriens gyldighet (Dalland, 2017). Boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” er en oversettelse av Joyce Travelbees ”Interpersonal Aspects of Nursing” og kan være preget av fortolkninger. Med unntak av lovverket, er denne oppgaven utelukkende basert på sekundærlitteratur. Jeg har tilstrebet å bruke primærkilder, men et fåtall sekundærkilder er dog benyttet.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres studier som er benyttet i oppgaven. De studiene som belyser problemstillingen er inkludert i artikkelmatrisen.

Nr:	Forfatter:	År:	Tittel:	Tidsskrift:	Hensikt:	Metode:	Funn:
1	Liv Halvorsrud, Ingun Pahr & Lisbeth G. Kvarme	2014	Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	Sykepleien Forskning	Undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten med enkelte depressive symptomer, og hvilke tiltak de utfører.	Kvalitativ	Sentralt å oppdage endringer hos brukere med depressive symptomer. Sykepleieren utfører tiltak for å motvirke nedstemthet. Det å være til stede og samtale er essensielt. Å oppmuntre til videre vedtak kan være en mulighet.
2	Astrid Skatvedt & Ellen Andvig	2014	Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet I kommunehelse tjenesten	Sykepleien Forskning	Bidra til kunnskapsutvikling om hvordan tjenestetilbudet kan legge til rette for bedring hos brukere med psykiske helseproblemer og sikre økt livskvalitet.	Kvalitativ	Viktigheten av samtale eller å tilbringe tid i stillhet. Å ha holdninger som å smile og benytte kroppsspråk som viser at du har tid. Bygge tillit viser seg å være et viktig aspekt.
3	Li-Ching Lu & Pei-Ling Hsieh	2012	Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults	Journal of Clinical Nursing	Få deltagernes synspunkter på depresjon og få innblikk i hvordan depresjon i den eldre befolkningen kan forebygges.	Kvalitativ	Viktigheten av nettverk for psykologisk støtte, dette i form av aktiviteter og samtaler. Viktigheten av kunnskap og tidlig identifisering.
4	Dianne Veronica Liebel & Bethel Ann Powers	2015	Home Health Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management	The Gerontological Society of America	Få en forståelse av hvordan sykepleiere opplever og oppfatter depresjon, og hvordan de identifiserer lidelsen.	Kvalitativ	Depresjon kan ses på som en lidelse, men som behandlingsbar. Noen hadde trygghet til å identifisere depressive symptomer, mens andre var nølende til sin rolle. Viktigheten av kunnskap belyses i studien.
5	Susan Waterworth, Bruce Arroll, Deborah Raphael, John Parsons & Merryn Gott	2015	A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions	Journal of Clinical Nursing	Hensikten var å utforske hvordan sykepleiere oppdager depresjon hos eldre	Kvalitativ	Viktigheten av samtale. Usikkert rundt hvorvidt det er sykepleierens rolle å identifisere depressiv symptomatologi. Det å kunne bruke utforskende spørsmål for å avdekke depressive symptomer, viser seg å være positivt. Belyser nødvendige egenskaper hos sykepleier.

5 Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge depresjon hos eldre som mottar hjemmetjenester?

Formålet med dette kapitlet er å drøfte resultater, underbygge argumenter og synspunkter med relevant litteratur og teori. Der det har vært aktuelt, er egne praksiserfaringer benyttet. I kapitlet sees nærmere på faktorer som er relevante for at sykepleieren skal bidra til at depresjon forebygges.

5.1 Viktigheten av kunnskap og kompetanse

I tråd med rammeplan for sykepleien (Kunnskapsdepartementet, 2008), skal den enkelte yrkesutøver sikre pleie og omsorg. Dette skal gjøres på bakgrunn av tilstrekkelig kunnskap om sykdom, dens årsak, diagnostikk og prognose. I tillegg skal sykepleier ha kompetanse, som forebyggende og helsefremmende arbeid. Det å inneha tilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer og sammenhengen mellom helse og sykdom er essensielt i arbeidet.

Sykepleieryrket er i stadig utvikling og endring og den enkelte yrkesutøver er selv ansvarlig for den faglige utviklingen (Kunnskapsdepartementet, 2008; Fjørtoft, 2016, Pfeiffer, 2002).

Sykepleierens kompetanse kan anses som en av de viktigste ressursene i hjemmesykepleien. For å håndtere brukerens behov og sørge for at brukeren får nødvendig oppfølging kreves det kompetanse, og det er av særlig betydning for å sikre tjenester av god kvalitet (Fjørtoft, 2016). Selv om det stilles store kompetansekrav, så kommer det frem i studien til Sæterstrand et.al. (2015) at sykepleiere opplever å ha mangelfull kunnskap om psykiske lidelser. Norheim & Thoresen (2015) skiller i sin studie mellom individuell og kollektiv kompetanse og finner at den individuelle kompetansen er tilstrekkelig hos sykepleierne. Det er derimot den kollektive kompetansen som bør heves ifølge studien. Begrepene er ikke nærmere definert i studien, men førstnevnte kompetanse forstås som kunnskap hver enkelt yrkesutøver besitter. Kollektiv kompetanse derimot forstås som den kompetansen hele avdelingen besitter. Hjemmetjenesten er en arena med flere ansatte bestående av faglærte og ikke faglærte. Når sykepleier iverksetter et tiltak, er det essensielt at øvrige som skal til samme bruker følger opp. Ved for eksempel mistanke om utvikling av depresjon og iverksetting av tiltak som observasjon av bruker, er det viktig at samtlige yrkesutøvere har samme kunnskap om hva de skal se etter.

Hvis ikke tiltaket følges opp på en god måte, svikter tiltaket. Dette er et eksempel på hvorfor den kollektive kunnskapen er viktig. I tillegg viser dette hvor avhengig sykepleier er av sine kolleger for å gjøre en god jobb. Selv om man har tilstrekkelig individuell sykepleiekompetanse, så er man avhengig av at endringer i brukerens tilstand og at eventuelle tiltak som er iverksatt kan følges opp av kolleger.

Studien til Lu & Hsieh (2012) belyser sykepleierens syn på depresjon og forebygging. Ifølge studien har sykepleiere en pessimistisk holdning til eldre og psykisk helsearbeid. Deltagerne i studien var klar over de psykologiske, sosiale, kulturelle og økonomiske risikofaktorer for å utvikle depresjon, men opplevde at disse faktorene ikke kunne styres. Som et resultat av dette ble det ofte tilbudt farmakologisk assistanse, fremfor å benytte andre ikke-medikamentelle tiltak som for eksempel samtale. Studien belyser nødvendigheten av kunnskap. Ved å bruke kunnskap kan sykepleier arbeide mer effektivt og forebyggende ved å eksempelvis tidlig identifisere depresjon ved å oppdage faresignaler. En annen studie utført av Liebel & Powers (2015) som omhandler sykepleiere og arbeid innen psykisk helsearbeid viser at sykepleiere kunne være nølende til sin rolle i depresjonsbehandling på grunn av mangel på kunnskap. Dersom de oppdaget depressive symptomer hos eldre, var de tilbakeholdne med å jobbe med disse. Andre sykepleiere valgte derimot å benytte kolleger med mer erfaring for å kunne håndtere slike situasjoner. Noen sykepleiere anså seg selv for å ikke være "kvalifisert", og valgte dermed å unngå spørsmål som angikk depressive symptomer. Dette er svært uheldig da brukeren ikke får den nødvendige informasjonen og helsehjelpen som vedkommende har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Samtidig var det flere sykepleiere som ønsket å utvikle kunnskap på området. Dette ble gjort ved å bruke lærebøker, nettsider og kollegaer som utdanningskilder om psykiske problemer. I tillegg var det et ønske fra sykepleierens side om bedre tilgang til utdanning og opplæring (Liebel & Powers, 2015). I studien til Norheim & Thoresen (2015) er også faglig påfyll om temaer som blant annet angår psykiatri og geriatri ønskelig. Enhetsleder ønsket kurs og internundervisning, men grunnet økonomiske rammer og tid ble fokuset heller rettet mot daglig drift. I studien foretatt av Sæterstrand et.al. (2014) kommer det frem at deltagerne hadde mangelfull kunnskap om psykiske lidelser. Som i studien til Liebel & Powers (2015), velger deltagerne å benytte kunnskapen i fellesskapet, slik at de kan lære av hverandres erfaringer. Ved å drøfte faglig i rapporter, sykepleiermøter samt underveis i arbeidet kan sykepleieren dra nytte av andres kompetanse, få deres synspunkter og vurdere egne handlinger basert på dette. Imidlertid er det

ønskelig å få støtte og veiledning av psykiatritjenesten dersom det skulle være aktuelt (Sæterstrand et.al., 2015).

Slik som studiene ovenfor (Sæterstrand et.al., 2015; Liebel & Powers, 2015) valgte sykepleiere i studien til Waterworth et.al. (2015) å innhente nødvendig kunnskap fra kolleger med erfaring innenfor mental helse. Slik kunne de utvikle tilstrekkelig kompetanse for å samtale med brukeren om temaer som depresjon. Arbeidsplassen kan fungere som en effektiv læringsarena (Flovik & Rokseth, 2015). Dette understøttes av studiene som er nevnt ovenfor (Waterworth et. al., 2015; Sæterstrand et.al., 2015; Liebel og Powers, 2015). En erfaren sykepleier med solide og oppdaterte kunnskaper om depresjon kan fungere som en rollemodell ved at de veileder og deler erfaringer med kolleger (Flovik & Rokseth, 2015; Pfeiffer, 2002). I studien til Liebel & Powers (2015) sier sykepleiere at de ønsker å dele erfaringer, men også at det betyr mer ansvar. Selv om sykepleiere benytter hverandre i arbeidet, har hen et ansvar for å holde seg faglig á jour for å sikre kvalitet på sykepleien. Det innebærer at sykepleieren holder seg oppdatert på relevant faglitteratur, deltar på kurs og følger med på utviklingen innenfor sitt fagfelt (Fjørtoft, 2016; Pfeiffer, 2002).

Psykisk uhelse kan arte seg på andre måter hos eldre. Depresjon hos eldre forekommer hyppig, men lidelsen blir vanskeligere oppdaget av ulike årsaker (Engedal & Bjørkløf, 2014; Fjørtoft, 2016; Kvaal, 2014). En mulig årsak kan være knyttet til den enkelte bruker. Den eldre mistolker symptomer på depresjon til å være vanlig alderdom eller somatisk sykdom (Engedal & Bjørkløf, 2014; Hummelvoll, 2014). Manglende initiativ og glede blir tolket som en vanlig del av livet. Alternativt forstår vedkommende at det er depresjon, men velger å ikke gjøre noe fordi han tror det ikke er hjelp å få. Skamfølelse over tilstanden kan være en egenfaktor eller kombinert med håpløshet (Engedal & Bjørkløf, 2014). I slike situasjoner har sykepleieren en sentral rolle. Det er nødvendig å forsikre brukeren om retten på nødvendig hjelp dersom det er aktuelt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a). Samtidig kan det antas at sykepleieren kan støtte brukeren ved å informere om at depresjon er en vanlig tilstand. På denne måten kan brukeren relatere seg til andre individer, og potensielt kan skammen avta. Ved å opplyse og øke kunnskapen om depresjon hos bruker, oppnås forståelse for symptomer som skal identifiseres, og bidrar til å forebygge sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). Dette fordrer imidlertid at sykepleieren innehar tilstrekkelig kompetanse om depresjon. Således kan økt kunnskap om psykisk uhelse hos eldre medføre bedre hjelp og støtte (Hummelvoll, 2014).

For å øke kunnskapen hos eldre, er det utviklet et psykoedukativt kurs kalt ”Takk, bare bra..”. Kurset er for eldre som ønsker å forebygge og mestre nedstemthet og depresjon. Gjennom økt bevisstgjøring om blant annet kroppslige reaksjoner, ensomhet og nedstemthet, skal brukeren gjøres i stand til å forebygge depressive plager. Evaluering av kurset viser at deltagerne fikk bedre livskvalitet, opplevde sosial støtte og depresjonsplager gikk ned. I tiden kurset pågikk og i cirka tre måneder etter kurset var det lav skår på depresjonsskalaen. Etter tre måneder viser imidlertid evalueringen en økning i psykologisk distress. Dette kan tolkes som at deltakerne har et visst behov for oppfølging og engasjement etter at kurset er avsluttet, for å kunne opprettholde den positive virkningen (Bøen & Kaasa, 2014). Spørsmålet er om hjemmesykepleieren kan ta del i oppfølgingen i det videre arbeidet. Det kan tenkes at færre ansatte per bruker kan bidra til dette.

Fra praksisperioden i hjemmetjenesten, var jeg i kontakt med en psykiatrisk sykepleier som er med på å holde dette kurset. Hun viser til at det er svært få brukere som blir rekruttert fra hjemmesykepleiere og dermed svært få brukere som vet at kurset finnes. Da hun selv arbeidet som hjemmesykepleier, mener hun at det stadig ble identifisert depressive eldre eller eldre i risikosonen. Kontaktpersonen mener det er bemerkelsesverdig at det er svært få som blir rekruttert til kurset. En potensiell teori i hennes øyne er at fokuset per i dag er mer på de fysiske og grunnleggende behovene, hvorpå de psykososiale behovene blir skjøvet til side. I tillegg mener hun at det kan være mangelfull kompetanse rundt temaet depresjon og hva det kan medføre for den enkelte i form av negative konsekvenser. Fra sykepleierens side er nødvendig kompetanse om psykiske lidelser og aldring essensielt for at den profesjonelle hjelper skal kunne støtte og hjelpe den eldre (Hummelvoll, 2014). Studien til Bing-Jonssons, Bjørk, Hofoss, Kirkevold & Foss (2015) støtter dette. For å være i stand til å møte dagens eldre og deres behov, legges det vekt på enkelte krav til kompetanse som en sykepleier bør inneha. Blant disse kravene er kunnskap om aldring, sårbarheter og risikofaktorer hos den enkelte bruker. I tillegg bør det legges vekt på psykososial dimensjon relatert til mental helse og hvordan koble et symptom til lidelse for å tidlig identifisere forandringer. Dette er relevante krav innenfor forebyggende og helsefremmende helsearbeid. Studien legger vekt på at kompetanse må utvikles for å optimalisere nivået blant sykepleiere, og at disse kravene bør tas i betraktning når man ansetter sykepleiere. Med dette sagt skal en vanlig sykepleier ha nødvendig kunnskap om psykiske problemstillinger, og være i stand til å møte disse. Det må ikke bli slik at hjemmesykepleieren kun er handlingsdyktig til konkrete tiltak, som for eksempel stell, og ikke i stand til å dekke psykososiale behov (Fjørtoft, 2016). For at

hjemmesykepleieren skal settes i stand til å avdekke og forebygge psykiske lidelser er fagkunnskap å være en essensiell faktor. I tillegg kreves det også frigjøring av ressurser i form av for eksempel hyppigere bruk av vedtak på oppfølging av en psykisk lidelse. Særlig er det viktig etter et kursopplegg som nevnt ovenfor.

5.2 Tidlig identifisering

I tråd med juridiske føringer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999) har sykepleier en viktig funksjon innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette innebærer at sykepleier evner å forhindre at depresjon vender tilbake, øker eller i det hele tatt oppstår for at brukeren skal bevare funksjon og livskvalitet (Engedal & Bjørkløf, 2014; Ranhoff, 2014; Hummelvoll, 2014; Nortvedt & Grønseth, 2014; Mæland, 2016). Som nevnt tidligere i oppgaven sliter eldre med depresjon, men at det av ulike årsaker ikke blir identifisert (Engedal & Bjørkløf, 2014; Fjørtoft, 2016). Tidlig identifisering kan blant annet skje gjennom å utføre rutinemessig og systematisk kartlegging for å forebygge depresjon (Lu & Hsieh, 2012; Kvaal, 2014). Ved for eksempel en helhetlig tilnærming til brukeren for å kartlegge sammenheng mellom endring og livshendelser (Halvorsrud et.al., 2014; Birkeland, 2013). Hvis man for eksempel har en bruker med vedtak om hjelp til støttestrømper og brukeren nettopp har mistet ektefellen, er det en helhetlig tilnærming å observere eventuelle endringer og eventuelt iverksette tiltak. På denne måten kan sykepleieren være tidlig ute med identifisering. Imidlertid er det ikke alltid man vet hva som er eller kan være en utløsende årsak som i gitte eksempel. Ved slike situasjoner er det desto viktigere med en observerende helhetlig tilnærming nettopp for å avdekke utløsende årsaker som kan utgjøre risiko for å utvikle depresjon.

For å utrede en eventuell depresjon er det utviklet nasjonale retningslinjer om hvordan sykepleieren skal gå frem i arbeidet. Ved å stille noen konkrete spørsmål som angår temaene tristhet, håpløshet, og manglende interesse og glede, kan man identifisere depressive symptomer (Helsedirektoratet, 2009). Dersom brukeren relaterer seg til dette, er det nødvendig å gå dypere til verks for å kartlegge hvilke symptomer som er fremtredende, hyppighet og varighet. I tillegg kan det være aktuelt å samtale om eventuelle utløsende

årsaker som kan ses i sammenheng med symptomene, samt tidligere historikk med depresjon og andre sykdommer (Helsedirektoratet, 2009; Engedal & Bjørkløf, 2014). Et slikt anamneseopptak er nødvendig for å stadfeste en eventuell depresjon, og det er viktig å være aktiv spørrende og konkret (Engedal & Bjørkløf, 2014). Selv om retningslinjene er tydelige på at konkrete spørsmål skal stilles, kan det være ukomfortabelt å snakke om temaet, fordi det oppleves sensitivt (Waterworth et.al., 2015). Likevel er frykten for å snakke om sensitive temaer ofte ubegrunnet, da det ikke ligger en klar forventning hos brukeren at sykepleieren skal komme med en løsning. Brukeren har ofte et behov eller ønske om å kunne dele tanker overfor den profesjonelle, og ofte er det tilstrekkelig å lytte (Heyn, 2015). Studien til Waterworth et.al. (2015) støtter dette behovet hos den enkelte bruker. Det opplyses at de fleste brukerne ønsker at sykepleier skal stille disse spørsmålene, og opplever det som en lettelse. Ved at sykepleieren stiller spørsmål, kan hen oppdage depresjon. Yrkesutøveren i studien stilte generelle spørsmål og brukte observerende funksjon til å vurdere brukeren og deres risiko for å utvikle depresjon. Når elementer av depressiv symptomatologi er eksisterende, er det aktuelt for sykepleieren å spørre videre om for eksempel evnen til å utføre daglige gjøremål, følelse av håpløshet eller mangelfull interesse (Engedal & Bjørkløf, 2014; Hummelvoll, 2014; Skårderud et.al., 2016). Symptomer som pessimisme, lav selvaktelse og konsentrasjonsvansker, er også nødvendig å identifisere, da disse depressive symptomene kan være i forgrunnen hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2014; Hummelvoll, 2014). Dette stiller krav til kompetanse hos den enkelte yrkesutøver om hvordan hen skal observere, og hvilke tegn som skal observeres, for å drive forebyggende arbeid (Fjørtoft, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2016). Som jeg har vært inne på tidligere er det lett å forveksle depressiv symptomatologi med somatiske symptomer eller normal aldring (Engedal & Bjørkløf, 2014).

En viktig praktisk kunnskap, om ikke den viktigste, er i følge Nightingale observasjonskompetansen (Nightingale, referert i Nortvedt & Grønseth, 2016). Etersom den eldre brukergruppen kan ha symptomer som er utydelige eller lite spesifikke, er det essensielt at sykepleier kartlegger endringer hos brukeren og deres evne til å fungere i hverdagslivet (Kirkevold, 2014; Fjørtoft, 2016). Studiene til Halvorsrud et.al. (2014) og Waterworth et.al. (2015) viser viktigheten av nettopp å se etter endring av de vante mønstrene til brukeren. Det kan eksempelvis være rot i huset, dårlig ernæring eller dårlig personlig hygiene. Dette kan indikere at vedkommende ikke har det bra, og kan skyldes psykisk lidelse (Fjørtoft, 2016). Fra disse studiene (Halvorsrud et.al., 2014; Waterworth et.al., 2015) får man en forståelse av at god kjennskap til brukeren, kan bidra til tidlig identifikasjon av risikotegn for en eventuell

psykisk lidelse. Imidlertid er hverdagen til de ansatte i hjemmetjenesten ikke lagt opp slik at man har faste brukere. Arbeidslisten varierer daglig, og det er ikke nødvendigvis slik at man har de samme brukerne fra dag til dag. Studien til Skatvedt & Andvig (2014) tar opp utfordringene knyttet til dette. Deltakerne er negative til at det kom forskjellige folk fordi det er vanskelig å bli kjent. En må stille spørsmål ved om sykepleier evner å se eventuelle endringer hos brukeren når hen ikke er der regelmessig. En ny organiseringsmodell som medfører at tjenestemottakere har færre ansatte å forholde seg til kan tenkes å være hensiktsmessig for å unngå denne problemstillingen. Ved at de ansatte har færre brukere å forholde seg til kan de sikre bedre oppfølging og yte bedre tjenester.

Om sykepleieren har mistanke om at brukeren har depressive symptomer eller står i fare for å utvikle depresjon, kan kartleggingsverktøy benyttes for å innhente nødvendig informasjon (Rotegård et.al., 2015). Verktøyene støtter sykepleierens observasjon og vurdering (Kirkevold, 2014; Rotegård et.al., 2015). Ifølge studien utført av McCormac, Boldy, Lewin & McCormack (2011) er kartleggingsverktøy ofte lange og for tidkrevende til å utføre i hjemmetjenesten, og derfor utfordrende å utføre rutinemessig. Selv om studien er utført i Canada, har problematikken rundt å kunne identifisere på grunn av mangel på tid i hjemmetjenesten overføringsverdi til Norge. Forfatterne undersøkte om et kartleggings skjema basert på spørsmålet: ”har du i løpet av disse fire ukene følt deg deprimert eller lei deg?”, kunne være tilstrekkelig for å oppdage depresjon. Skjemaet viste på den ene siden å ha moderat pålitelighet og validitet, men og mindre presisjon nettopp på grunn av at det kun stilles ett spørsmål. Selv om skjemaet ikke er godt nok til å kartlegge fullstendig, kan det benyttes som en inngangsport til å starte en samtale med brukeren angående følelsesmessige temaer.

For å hindre at eldre utvikler depresjon og påfølgende negative konsekvenser som smerter og ubehag, isolasjon, ensomhet og nedsatt livskvalitet er det essensielt at depresjon blant eldre blir satt i fokus (Bjørkløf & Engedal, 2014; Kvaal, 2014). Likevel går det frem av flere studier at hjemmetjenesten prioriterer å dekke grunnleggende behov som fysiske behov (Norheim & Thoresen, 2015; Birkeland, 2013). For å forhindre at de psykososiale behovene blir oversett er det høyst aktuelt å danne en praksis der depresjon anses som viktig (Waterworth et.al.,2015). Det bør derfor legges vekt på økt fokus på psykososial helse og kartlegging (Birkeland, 2013).

5.3 Samspeilet mellom bruker og sykepleier

Ofta kan det vere fordommer knyttet til temaet psykisk helsearbeid. Enkelte sykepleiere kan vere usikre på hvordan de skal møte brukeren og deres utfordringer (Fjørtoft, 2016). Når det er sagt, kan møtet mellom bruker og tjenesteyter anses som den ultimate testen på om helsetjenestene som ytes er etisk forsvarlig og menneskelig. Derfor er det sentralt at relasjonen som dannes mellom bruker og sykepleier baserer seg på et helhetlig menneskesyn (Sosial- og helsedepartementet, 1999). For at bruker skal oppleve sykepleien som god, er forholdet mellom sykepleier og tjenestemottaker vesentlig (Eriksen, 2015). Å ha tid til samtale er et av de viktigste tiltaket for å fange opp tegn til depresjon. For brukere er samtalen et godt utgangspunkt for å kunne åpne seg, og fortelle sykepleieren om det er noe han tenker på. Det krever imidlertid en godt etablert relasjon (Halvorsrud et.al., 2014; Skatvedt & Andvig, 2014).

For å danne en god relasjon er nærhet en forutsetning, både fysisk og psykologisk (Saxon & Bernstrøm, 1998, referert i Hummelvoll, 2014). Å bygge relasjon krever noen enkle tiltak som høflighet, å vise interesse, aktiv lytting og tilpassing til den enkelte (Heyn, 2015). Det å etablere kontakt, vere nærværende og ha oppmerksomheten mot den enkelte viser gode holdninger hos hjelper. Å se den andre ved å møte blikk, samt vise at man er tilstedeværende ved hjelp av kroppsspråket er et godt utgangspunkt (Saxon & Bernstrøm, 1998, referert i Hummelvoll, 2014). Fra hjelperens side er det essensielt med empatisk evne. Dette krever at sykepleier evner å relatere seg til den andre, og forstå individets tankegang for å kunne identifisere seg med brukeren til en viss grad (Travelbee, 1999; Hummelvoll, 2014; Nedrumm 2011, referert i Kvaal, 2015). Travelbee (1999) mente at opplevelsen av å forstå er viktig, og at det danner grunnlaget for felles kontakt. Hvis forståelsen derimot svikter hos sykepleieren, kan relasjonen bli upersonlig og kan trolig ende med at det skapes distanse mellom partene. Elementer som tillit og trygghet er derimot viktige kilder for å danne relasjon. Dette bør vere gjensidig og foreligge hos både bruker og sykepleier (Hummelvoll, 2014; Skatvedt & Andvig, 2014; Liebel & Powers, 2015). For at sykepleier skal evne å handle godt, er personlige holdninger som vennlighet, åpenhet og omtanke nødvendig (Nortvedt, 2016).

Personlige egenskaper og holdninger hos den enkelte utøver er essensielt for utvikling av relasjon. Likevel er det slik at holdninger hos sykepleier kan påvirke arbeidet. Studien til Lu & Hsieh (2012) belyser dette. Ved at sykepleiere har en pessimistisk holdning og betrakter

eldre individer som sårbare kan man anse det forebyggende helsearbeidet innen psykisk helse som utfordret. For å forhindre at sykepleieres syn påvirker arbeidet er det i den forbindelse nødvendig at utøver har ikke-dømmende holdninger (Liebel & Powers, 2015). Ifølge Travelbee (1999) er det sentralt å bryte ned stereotypier. På denne måten kan sykepleieren oppfatte mennesket bak, og derav utvikle et menneske-til-menneske-forhold. Innen psykisk helsearbeid bør sykepleieren være positiv og støttende. Det være seg innenfor det emosjonelle, kognitive, sosiale og det praktiske. På denne måten kan man bidra til god psykisk helse for eldre (Axelson, 2010, referert i Hummelvoll, 2014).

For at brukeren skal oppleve psykososial støtte og oppleve sykepleien som god er forholdet mellom partene vesentlig (Eriksen, 2015). En norsk studie viser at dersom brukere skal kunne åpne seg og fortelle om sine vansker, er de avhengig av at det er utviklet relasjon (Halvorsrud et.al., 2014). Samtidig er trygghet en viktig del av relasjonen for at den enkelte skal kunne dele det de har på hjertet (Skatvedt & Andvig, 2014). Brukeren har et behov for å bli sett, hørt og forstått. Dette krever at sykepleier lytter (Halvorsrud et.al., 2014). Det legges vekt på at det ikke er mye som skal til hos utøverne. Ved at sykepleier smiler og benytter et godt kroppsspråk kan dette behovet oppnås (Skatvedt & Andvig, 2014). Et godt kroppsspråk kan basere seg på å være henvendt mot den andre, være naturlig og avslappet (Eide & Eide, 2014).

Den dagligdagse samtalen bør bære preg av at bruker og sykepleier er likeverdige, og av varme og respekt (Nedrumm, 2011, referert i Kvaal, 2014). Ved å benytte vennlighet og engasjement i ”småprat”, kan relasjonen fremmes, og brukeren kan bli mer involvert og delaktig til å diskutere personlige problemer, som for eksempel depresjon. Samtalen kan dermed anses som gunstig for å vurdere med hensyn til om brukeren formidler depressiv symptomatologi. Ved at brukeren åpner seg om for eksempel nedstemthet, kan sykepleieren oppfatte dette og iverksette tiltak med den hensikt å forebygge depresjon (Liebel & Powers, 2015). Likevel kan temaet anses som vanskelig å snakke om. Sykepleierens ansiktsuttrykk og kroppsspråk kan stimulere brukeren til å utdype ved å bruke mindre pressende verbale oppfordringer. For å uttrykke forståelse kan sykepleieren nikke for å vise at hen lytter (Eide & Eide, 2014). Den gode samtalen er noe som tar tid (Fjørtoft, 2016). Samtidig er tid ofte den styrende faktoren, og kan stå i veien for at sykepleieren imøtekommer den enkeltes behov (Fjørtoft, 2016; Halvorsrud et.al., 2014; Waterworth, et.al., 2015). Samtalene behøver imidlertid ikke å være tidkrevende eller langvarige og kan basere seg på dagligdagse temaer.

For brukeren kan dette bety mer hygge og bedre trivsel og bidra til at vedkommende kommer ut av en eventuell nedstemthet. Selv om samtalene ikke behøver å være tidkrevende, er det et ønske fra brukere at de ansatte skal ha bedre tid. Særlig er det et ønske om å ha bedre tid til å ha noen å prate med (Skatvedt & Andvig, 2014). Studien til Sæterstrand, et.al. (2015) rapporterer at sykepleierne lot være å ta matpause til fordel for tid til samtale, og viser dilemmaet sykepleierne kan stå overfor. Sykepleieren bør være oppmerksom på egen holdning. Å kunne vise at man har tid, selv om man ikke har det er viktig (Halvorsrud et.al., 2014). Så får man heller følge opp med å avtale utdypende samtale i nær fremtid.

Det krever følgelig at det tilrettelegges av tjenesten, og man kan stille seg kritisk til om det faktisk lar seg gjennomføres grunnet manglende evne eller vilje til prioritering. En samtale bekrefter brukerens behov, og bidrar til at en eventuell psykisk smerte lindres (Kvaal, 2014). Ved å gjøre dette handler sykepleieren i tråd med de etiske retningslinjer, og handler omsorgsfullt og bidrar til å lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Etter at relasjon og tillit er utviklet ved samtale, kan sykepleier motivere brukeren til å søke vedtak om støttesamtaler eller dagsenter (Halvorsrud et.al, 2014). Det er positive fordeler ved å delta på dagsenter. Brukeren kan etablere sosialt nettverk, utvikle bekjenskaper og danne nære venner (Fulbright, 2010). Sosial støtte er en viktig faktor for å redusere psykologisk stress (Bøen, Dalgard, Bjertness, 2012). Dannelse av nettverk reduserer ensomhet, forebygger depresjon og hever livskvaliteten (Lu & Hsieh, 2012; Fulbright, 2010). I tillegg vil det bidra til lavere depressiv symptomatologi og dermed sannsynligvis minke risiko for å utvikle depresjon (Fulbright, 2010). Dog viser studien til Lu & Hsieh (2012) at flere av de eldre kan ha funksjonelle hindringer som medfører problemer med å komme seg ut, noe som forsterker samtalens funksjon ytterligere. At brukeren har noen å snakke med og som evner å lytte er svært nyttig. Det bidrar til psykologisk støtte og kan bidra til å redusere ensomhet. Det kan samtidig tenkes at når en trygg og tillitsfull relasjon er etablert, er det lettere for sykepleier å opplyse om andre tiltak. Et eksempel på dette kan være å informere om kurset ”Takk, bare bra..”.

Noen brukere har behov for relasjonsutvikling, og det kan anses som en viktig del av sykepleien (Halvorsrud et.al., 2014; Skatvedt & Andvig, 2014; Liebel & Powers, 2015). På den annen side kan det være brukere som ikke ønsker å danne en relasjon (Liebel & Powers, 2015). Eldre med psykiske helseplager kan være avvisende (Hummelvoll, 2014). Spørsmålet er hvordan sykepleieren skal tilnærme seg denne brukergruppen. For noen er

hjemmesykepleien den eneste sosiale kontakten, og kvaliteten på besøkene betyr derfor mye (Fjørtoft, 2016). Ved mistanke om at en bruker er i risikozonen for utvikling av depresjon, bør sykepleier gjenoppta kontakt og opprettholde denne hyppig (Hummelvoll, 2014; Waterworth et.al). Sykepleier bør være tålmodig (Hummelvoll, 2014). Samtidig sier yrkesetiske retningslinjer at sykepleier skal sikre brukeren verdighet og integritet. Brukeren har rett til og medbestemme og sykepleieren skal respektere brukerens rett til å foreta selvstendige valg (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

6 Oppsummering/avslutning

For å kunne møte et økende antall eldre med psykiske lidelser, bør det settes ytterligere fokus på psykososial helse blant denne brukergruppen. Sykepleier har en sentral funksjon med å forebygge depresjon. Det bør imidlertid stilles krav om kompetanse med fokus på eldre og depresjon og risikofaktorer. For som oppgaven viser kan kunnskap om psykiske lidelser være mangelfull hos den enkelte yrkesutøveren. Selv om den individuelle kompetansen er tilstrekkelig, er den kollektive kunnskapen mangelfull. For å evne å forebygge depresjon er det nødvendig å øke kunnskapen, eksempelvis gjennom lærebøker eller nettsider, og ved å benytte arbeidsplassen som læringsarena. Ved å søke kunnskap hos kolleger og drøfte faglig i rapporter kan sykepleier innhente kompetanse og være bedre rustet til å forebygge depresjon blant den eldre brukergruppen. Mer kunnskap på området via kursing og interundervisning er ønskelig, men økonomiske rammer utgjør en begrensning.

Tilbud om samtale er et viktig tiltak for å fange opp depresjon. For at bruker skal åpne seg opp om personlige utfordringer, forutsetter det en god relasjon. Ved å lytte aktiv, ha oppmerksomheten rettet mot den enkelte og vise interesse, kan en relasjon bygges. Samtidig viser gjensidig tillit og trygghet å være essensielt. Godt kroppsspråk og fravær av presserende oppfordringer er faktorer som kan bidra til at relasjonen etableres. Dette er videre noe som kan gjøre det lettere å opplyse om alternative tiltak som for eksempel dagsenter. Den gode samtalen, er riktignok noe som tar tid. I hjemmetjenesten er tiden ofte en styrende faktor, og sykepleieren havner i dilemma mellom ønskelig bruk av tid og veiledende tid.

For å identifisere depresjon så tidlig som mulig, er nasjonale retningslinjer et godt verktøy å benytte. Ved en helhetlig tilnærming til brukeren, kan sammenheng mellom livshendelser og endring hos brukeren kartlegges. Her er det sentralt å benytte observasjonskompetansen. Ved å kartlegge endringer, kan sykepleieren få en indikasjon på om brukeren er i risikosonen for utvikling av depresjon. Dette fordrer riktignok kunnskap om hva yrkesutøveren skal observere. I tillegg kan det anses å være utfordrende å observere endringer, da det fordrer kjennskap til brukere. Å benytte kartleggingsverktøy kan være en god støtte for observasjoner og vurderinger som sykepleieren foretar. Det er sentralt å danne en praksis der depresjon anses som viktig. Å ha økt fokus på psykososial helse og kartlegging hos eldre er essensielt.

7 Kilder

- Bing-Johnsson, P.C., Bjørk I.T., Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing* 10(1), 59-72. doi: 101111/opn.12057.
- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 2(8), 114-122. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0049
- 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. utg., s. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøen, H. & Kaasa, A. (2014). *Evaluering av "Takk bare bra..."*. (2014/4). Hentet 11.april 2018 fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/222705/TBBrappport.pdf?sequence=1>
- Bøen, H., Dalgard, O.S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 12(27), 1-12. Doi: 10.1186/1471-2318-12-27.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre*. (1. utg.). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Eide, T., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Olafsen, A.H., Aaberge, A.H., & Eide, H. (2017). Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo Kommune. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge. Hentet 11.april fra:
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2446638/2017_13_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=1

- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E.K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-905). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-261). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Flovik, A.M., & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E.K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 271-297). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fulbright, S. A. (2010). Rates of depression and participation in senior centre activities in community-dwelling older persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(5):385-91. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01535.x.
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3), 244-250. doi: 10.4420/sykepleienf.2014.013.
- Helsedirektoratet. (2009). *Voksne med depresjon. Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær-og spesialisthelsetjenesten*. Hentet 11. april 2018 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2016). *Depresjon*. Hentet 11.april 2018 fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet 11.april 2018 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet 11.april 2018 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Hentet 11.april 2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 11.april 2018 fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E.K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363-395). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

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

Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K.Brottkorb & A.H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 11.april 2018 fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brotdkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 438-449). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langballe, E.M & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge. Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Hentet fra 11.april 2018: <https://www.fhi.no/publ/2011/eldre-i-norge-forekomst-av-psykiske/>.

Liebel, D.V. & Powers, B.A. (2015). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *The Gerontologist Society of America*, 55(3), 448-46. doi: 10.1093/geront&gnt125

Lu, L-C & Hsieh, P-L. (2012). Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1663-1671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04276.x

Malt, Ulrik. (2018). *Icd 10*. I Store medisinske leksikon. Hentet 11.april 2018 fra <https://sml.snl.no/ICD-10>.

McCormack, B. , Boldy, D., Lewin, G. & McCormack, G.R. (2011). Screening For Depression Among Older Adults Referred to Home Care Services: A Single-Item Depression Screener Versus the Geriatric Depression Scale. *Home Health Care Management & Practice*, 23(1), 13-9. doi: 10.1177/1084822309360380.

Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brotdkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 52-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Norheim, K.H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning*, 10(1), 14-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- Norsk legemiddelhåndbok. (2015). *Depresjoner*. Hentet 11.april 2018 fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/8564>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 11.april 2018 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G- Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 11.april 2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T.I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K.Brottkorb & A.H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E.K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (2. utg., s. 244-268). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ranhoff, A.H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K.Brottkorb & A.H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-173). 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/sykepleienf.2014.0034
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. (Meld. St. 26 1999-2000). Hentet 11.april 2018 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-26-1999-2000-/id192850/sec1>
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Hentet 11.april 2018 fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/318105?_ts=15dcac9dff0
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Dette er Norge 2017. Tall som forteller*. Hentet 11.april 2018 fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2017?fane=om#content>
- Sæterstrand, T. M., Holm, S.G., & Brinchmann, B.S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4-16. Hentet 11.april 2018 fra: https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K.Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*. 24(17-18), 2562-2570. Doi: 10.1111/jocn.1863