



Av og til er det nok med et smil

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende?

Kandidatnummer: 798
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9753
Dato: 16.04.2018

1



Abstrakt	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Av og til er det nok med et smil	
<p data-bbox="164 409 367 443"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="164 461 1369 495"><i>Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende?</i></p> <p data-bbox="164 573 432 607"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="164 629 1350 880">Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget inkluderer teori om depresjon hos den eldre pasienten, eldre som en utsatt gruppe og hjemmesykepleien som tjeneste. Relevante retningslinjer og lovverk for problemstillingen blir også presentert. Det sykepleiefaglige perspektivet belyses gjennom Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet og sykepleierens terapeutisk bruk av seg selv.</p> <p data-bbox="164 958 268 992"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="164 1014 1390 1265">Dette er en litterær oppgave, hvor fag- og forskningslitteratur er brukt for å belyse problemstillingen. Faglitteraturen er hentet fra selvvalgte bøker og pensum, mens forskningslitteraturen er funnet gjennom litteratursøk i CINAHL, PubMed og det heldigitale tidsskriftet Sykepleien Forskning. I tillegg har jeg funnet en relevant artikkel via litteraturlisten til en selvvalgt bok.</p> <p data-bbox="164 1344 280 1377"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="164 1400 1342 1650">Ved hjelp av fag- og forskningslitteratur drøfter jeg hvordan sykepleieren kan bidra til å redusere depressive symptomer hos hjemmeboende eldre. Egne erfaringer trekkes også inn. Fokuset rettes først og fremst på hvordan sykepleieren i møte med eldre kan bruke seg selv terapeutisk gjennom samtale og relasjonsutvikling. Til slutt drøftes hjemmesykepleierens handlingsrom men hensyn til tid og kontinuitet.</p> <p data-bbox="164 1729 320 1762"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="164 1785 1401 1982">Hjemmesykepleieren har en unik mulighet til å identifisere eldre hjemmeboende med depresjon, men økt kunnskap og kompetanse om symptomer og uttrykksformer synes å være en forutsetning for at disse pasientene skal bli oppdaget. Å arbeide for å etablere gode og bærende relasjoner, preget av respekt, tillitt, støtte og mestring, viser seg å være av stor betydning for</p>	

den eldre bedringsprosess. Samtalen kan i seg selv bidra til bedring, samtidig som det er en verdifull inngang til å etablere virksomme relasjoner. Måltrettet og bevisst kommunikasjon vil styrke pasientens følelse av egenverd og livskvalitet. Tid og mangel på kontinuitet ser imidlertid ut til å begrense hjemmesykepleierens handlingsrom.

(Totalt antall ord: 288)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensninger og presisering av problemstillingen.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Oppgavens disposisjon.....	3
2 TEORI	4
2.1 Depresjon og depressive symptomer hos eldre	4
2.2 Eldre som en utsatt gruppe	5
2.3 Juridiske og etiske rammer.....	6
2.4 Hjemmesykepleie	7
2.5 Joyce Travelbees interaksjonsteori.....	8
3 METODE	10
3.1 Metodevalg.....	10
3.2 Metodisk fremgangsmåte	10
3.2.1 Søk i databaser	10
3.2.2 Manuell søking.....	12
3.3 Kilder og kildekritikk.....	12
3.4 Etiske vurderinger	13
4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSRESULTATER	14
5 DRØFTING	16
5.1 Hjemmesykepleieren i møte med eldre med depresjon.....	16
5.2 Den gode relasjonen	18
5.2.1 Sosialt nettverk.....	21
5.3 Samtalen som verktøy	22
5.4 Hjemmesykepleiernes handlingsrom	25
5.4.1 Kontinuitet	25
5.4.2 Tid	27
6 AVSLUTNING	30
REFERANSELISTE	31

1 INNLEDNING

Depresjon er den psykiske lidelsen som rammer flest eldre (Eskeland, 2017). Om lag 25-35 prosent av eldre over 65 år antas å bli rammet av en depresjon av mild grad. En stor andel av denne pasientgruppen bor hjemme og mottar hjemmesykepleie (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014). Dessverre viser studier at psykiske helseproblemer blant eldre gis lite oppmerksomhet (Skatvedt & Andvig, 2014). Fremfor å rette fokuset mot den eldres psykiske helse, har hjemmesykepleiere en tendens til å ha en mer fysisk-somatisk tilnærming til sine pasienter (Birkeland, 2013).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2016 mottok 87 735 personer over 67 år helsetjenester i hjemmet. Antall mottakere har økt de siste årene, og det synes å være en tendens til at økningen vil fortsette. Mange av de som mottar hjelp bor alene (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2017). Dette gjør at mange hjemmeboende eldre er usatt for å oppleve ensomhet og sosial isolasjon; to risikofaktorer som Helsedirektoratet (2016) peker på i utviklingen av psykiske lidelser, særlig depresjon. Fjørtoft (2016, s. 86) beskriver depresjon blant eldre som en skjult lidelse, fordi mange går ubehandlet uten noen stilt diagnose. Dette er svært uheldig da depresjonstilstander viser seg å være sterkt knyttet til økt dødelighet og høy forekomst av selvmord blant eldre (Kvaal, 2015). Depresjon er en smertefull og invalidiserende tilstand, som kan hindre den eldre i å fungere tilstrekkelig i hverdagen (Fjørtoft, 2016).

”Eldrebølgen” av pensjonister er et faktum. Befolkningsforskere antar at andelen over 67 år i 2050 vil utgjøre omtrent 25 prosent av befolkningen i Norge (Helse- og omsorgsdepartement, 2006). Dette vil også medføre en økning i pasientgruppen med psykiske lidelser (Fjørtoft, 2016). Som kommende sykepleier ønsker jeg å bidra til økt fokus på depresjon blant eldre, samtidig heve handlingskompetansen til sykepleiere i møte med disse pasientene. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke sykepleierens terapeutiske potensial, derfor rettes fokuset først og fremst på hvordan sykepleieren ved hjelp av samtale og relasjonsbygging kan bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende?

1.3 Avgrensninger og presisering av problemstillingen

Slik det fremgår i problemstillingen, har jeg valgt å avgrense oppgaven til hjemmeboende eldre som har behov for helsehjelp. Jeg anser hjemmet som en viktig arena for fremtidens sykepleie med tanke på den forventede økningen i antall mottakere. Jeg har valgt å avgrense til eldre over 65 år, ettersom dette er den største brukergruppen av hjemmebaserte tjenester (SSB, 2017). I tillegg er denne pasientgruppen særlig usatt for å utvikle depresjon på bakgrunn av økt risiko for sykdom og funksjonstap (Fjørtoft, 2016). Jeg har ikke tatt hensyn til kjønn eller pasientenes bosituasjon; det vil si om pasientene bor alene eller sammen med noen. Dette er fordi jeg ikke har funnet nok forskning som utelukkende ser på pasienter som bor alene. Dessuten er ensomhet en subjektiv følelse, og ikke ensbetydende med å være alene (Birkeland, 2013).

I oppgaven vil jeg ikke gjøre rede for den medikamentelle behandlingen av depresjon da det faller utenfor mitt fokus. Jeg har besluttet å holde meg til eldre med mild grad av depresjon. Siden en depresjon kan opptre både som lidelse og som symptom, vil oppgaven også rette seg mot de pasientene som har depressive symptomer, uten å være diagnostisert (Kvaal, 2015). Jeg ønsker at hjemmesykepleiere i større grad skal tenke depresjon hos alle sine besøkspasienter, uavhengig av vedtaksårsak.

1.4 Begrepsavklaring

Nedenfor vil jeg definere og utdype noen sentrale begreper som blir brukt i oppgaven. Dette er for å klargjøre tvetydige begreper og sikre en felles forståelse av innholdet.

Depressive symptomer er kjennetegn som kan tyde på en depressiv lidelse. Mange eldre kan imidlertid ha depressive symptomer uten å være diagnostisert med en depressiv lidelse (Kvaal, 2015). De spesifikke symptomene er nærmere beskrevet i teoridelen.

Eldre omtales i denne oppgaven som alle personer over 65 år. Laslett (sitert i Romøren, 2015, s. 32) deler denne aldergruppen inn i ”den tredje” og ”den fjerde” alderen. Jeg kommer ikke

til å skille mellom disse, da hovedfokuset i oppgaven er depressive symptomer som oppstår sent i livet.

Hjemmesykepleie blir brukt om helsehjelp som den enkelte mottar i hjemmet, uavhengig av hvem som yter tjenesten, mens *hjemmesykepleier* indikerer at det er sykepleieren som utfører tjenesten. Ordet *hjemmesykepleien* blir brukt når tjenesten omtales i sin helhet, som organisasjon og kommunalt tilbud (Fjørtoft, 2016).

Jeg støtter meg til Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (1999) om at en pasient ”er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”, og har derfor besluttet å anvende ordet *pasient* i teoridelen. I drøftingsdelen har jeg anvendt både *pasient* og *bruker*. Ordet *bruker* er mest brukt i dagens hjemmesykepleie, og oppleves ofte mindre passivt ved at det vektlegger delaktighet (Fjørtoft, 2016).

1.5 Oppgavens disposisjon

Min bacheloroppgave er bygget opp av kapitler og underkapitler. Innledningsvis begrunner jeg valg av tema, presenterer oppgavens problemstilling med valgte avgrensninger, etterfulgt av begrepsavklaringer. Dette utgjør innledningskapitlet. I teorikapitlet presenterer jeg oppgavens teoretiske grunnlag, som videre blir brukt i drøftingskapitlet og i besvarelsen av oppgavens problemstilling. I metodekapitlet redegjør jeg for valg av metode, arbeidets fremgangsmåte, kilder og kildekritikk samt etiske vurderinger. Deretter presenterer jeg resultater fra valgte forskningsartikler i et eget kapittel. I drøftingskapitlet drøfter jeg teorien som er presentert samt funn fra forskningsartiklene og egne erfaringer opp mot problemstillingen. Avslutningsvis oppsummerer jeg funnene mine ved å trekke frem de viktigste momentene fra oppgaven og besvarer problemstillingen.

2 TEORI

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som blir nødvendig for å drøfte og besvare problemstillingen min.

2.1 Depresjon og depressive symptomer hos eldre

Depresjon er den vanligste psykiske lidelsen i den eldre befolkningen (Eskeland, 2017).

Depresjon av mild grad antas å ramme om lag 25-35 prosent av eldre over 65 år (Halvorsrud et al., 2014).

Depresjon er en stemningslidelse, og brukes i litteraturen synonymt med en affektiv lidelse.

Dette betyr at pasientens stemningsleie er preget av store variasjoner (Eskeland, 2017). I

litteraturen blir ofte depresjonstilstandene kategorisert etter alvorlighetsgrad; mild, moderat og alvorlig. Alvorlighetsgraden bestemmes ut fra en vurdering av pasientens symptomer. En alvorlig depresjon kan for eksempel utarte seg med psykotiske symptomer (Eskeland, 2017).

Det finnes en rekke andre depressive tilstander, men grunnet oppgavens omfang vil disse ikke bli nevnt her. En depresjon kan opptre både som lidelse og som symptom (Kvaal, 2015).

Engedal & Bjørkløf (2014, s. 45) understøtter dette ved å henvise til norske studier blant eldre som påviser en høyere forekomst av depressive symptomer fremfor depressive lidelser. I praksis betyr dette at mange eldre har depressive symptomer, uten å være diagnostisert med en depresjon.

En depresjon kan ikke stadfestes ved hjelp av en blodprøve eller et røntgenbilde, men den kan gjenkjennes ved en rekke karakteristiske symptomer. Lidelsen har imidlertid ulik

fremtredelse, ofte relatert til alder (Engedal & Bjørkløf, 2014). Det betyr at en depresjon kan opptre ulikt hos eldre enn hos yngre. Å gjenkjenne depresjon hos den eldre pasienten krever

derfor kjennskap til de klassiske symptomene. Nedstemthet, konsentrasjonsvansker, tap av energi, tomhetsfølelse, skyldfølelse og manglende interesse og initiativ er noen eksempler. I tillegg kan søvnvansker, redusert appetitt, vekttap og dødstanker forekomme hos deprimerte

(Engedal & Bjørkløf, 2014). To eller tre av nevnte symptomer er vanlig hos pasienter som lider av mild depresjon. Ved moderat depresjon ses gjerne fire eller flere symptomer

(Eskeland, 2017). Det er viktig å presisere at disse symptomene også kan skyldes andre forhold, og det er derfor viktig med en nøye vurdering (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Overstående symptomer er typiske tegn på en depresjon uavhengig av alder. Det som vanskeliggjør identifiseringen av depresjon hos eldre er at symptomene kan forekomme atypisk (Engedal & Bjørkløf, 2014). Eldre uttrykker ofte tristhet på en annen måte, for eksempel gjennom initiativløshet, derfor er nedstemthet mindre fremtredende hos den eldre pasienten. Ikke sjelden ligner symptomene på andre somatiske tilstander, og den eldre med depresjon vil ofte klage over fysiske plager, som for eksempel kvalme, hodepine, magesmerter, uro i kroppen og dårlig hukommelse. I mange tilfeller kan den eldre selv påstå at det foreligger en somatisk sykdom (Engedal & Bjørkløf, 2014). En depresjonslidelse i eldre år kan også medføre personlighetsforandringer, ved at en for eksempel er irritabel og kan for andre oppleves som ”kranglete”. Å være overopptatt av uviktige detaljer og å trekke seg unna sosiale sammenhenger ses også ofte. Det er heller ikke uvanlig at en depressiv lidelse ofte blir forvekslet med en begynnende demens. Passivitet, sviktende hukommelse, svekket konsentrasjon og oppmerksomhet samt redusert evne til å lære seg nye ting, er symptomer som ofte ligner en demenstilstand (Engedal & Bjørkløf, 2014).

De fleste opplever perioder med nedstemthet og motgang i løpet av livet. I følge Hummelvoll (2014) er det menneskelig å kjenne på sorg og nedstemthet. Det som skiller en depresjon fra normal sorg og nedstemthet er utviklingen. En depresjon blir ofte oppdaget når pasienten ikke lengre er i stand til å ivareta sine grunnleggende behov eller når hverdagens gjøremål blir vanskelig å gjennomføre (Engedal & Bjørkløf, 2014).

2.2 Eldre som en utsatt gruppe

”Å bli eldre er ingen sykdom, men mange eldre er syke” skriver Fjørtoft (2016, s. 63) i sin bok om hjemmesykepleie. Alderen påvirker helsetilstanden, og disposisjonen for sykdom og funksjonssvikt øker jo eldre vi blir. Dette skyldes normale aldersforandringer, som kan gi seg til uttrykk gjennom redusert reservekapasitet og endringer i de fleste organer. Sykdom kan i seg selv påskynde aldring og medføre ytterligere funksjonssvikt. Kroppsendringer og tap av helse øker behovet for hjelp, og mange blir avhengig av offentlige tjenester, blant annet hjemmesykepleie. Ofte kommer de eldre i kontakt med helsevesenet på grunn av ett eller flere helseproblemer (Ranhoff, 2015).

Mange eldre er multisyke. Det betyr at de er rammet av flere sykdommer samtidig (Ranhoff, 2015). Depressive symptomer kan ofte opptre som følge av somatisk sykdom, samtidig som

somatisk sykdom kan opptre som følge av depressive tilstander (Kvaal, 2015). Polyfarmasi er et kjent begrep innenfor eldreomsorgen, og er betegnelsen på bruk av mange legemidler samtidig (Ranhoff & Engh, 2015). Dette kan være uheldig, og gi følgende bivirkninger i form av depressive symptomer (Kvaal, 2015).

Avhengighet av hjelp og funksjonshemming er ikke sjelden knyttet til depresjon (Kvaal, 2015). For noen har depresjonen derimot et reaktivt preg. Det betyr at depresjonen oppstår som følge av en spesiell hendelse i pasientens liv. Tap av ektefelle eller det å slutte i jobb er eksempler på slike hendelser. Eriksson (referert i Hummelvoll, 2014, s. 380) beskriver sorg og savn som sårbarhetsfaktorer, som kan gjøre pasienten i mindre stand til å takle belastninger og påkjenninger. For andre har depresjonen ingen åpenbar sammenheng med pasientens livshendelser (Eskeland, 2017).

2.3 Juridiske og etiske rammer

Som en offentlig helsetjeneste er hjemmesykepleien styrt av lover og forskrifter samt en rekke mål og verdier. Sykepleieren har selv ansvar for å utøve praksis som er etisk, faglig og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er den mest sentrale loven, og den som i størst grad styrer hjemmesykepleien. Loven er felles for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og beskriver hvilke tjenester og oppgaver kommunen skal tilby og ha ansvar for, herunder ”helsetjenester i hjemmet” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Lovens formål er blant annet å ”sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov”, jmf § 1-1. Videre er kravet om forsvarlighet forankret i loven gjennom blant annet ”tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene” og ”den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er en forskrift som supplerer Helse- og omsorgstjenesteloven, og skal blant annet sikre mottakerne kvalitet i form av å få ivaretatt sine grunnleggende behov. Forskriften fastslår blant annet brukerne skal ”oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet” og sikres ”sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet” (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er den loven som stadfester pasientenes rettigheter i møte med helsetjenesten. Ved å gi pasientene rettigheter skal god kvalitet og lik tilgang på tjenester sikres. Lovens bestemmelser skal også fremme et tillitsforhold bygd på trygghet, respekt, integritet og menneskeverd mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Helsepersonelloven, som gjelder for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, skal sikre at pasientene opplever sikkerhet, kvalitet og tillitt ovenfor helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

I tillegg til lover og forskrifter, er det mange verdier og mål som styrer praksis. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på disse for å kunne utøve en etisk forsvarlig praksis. Målene i hjemmesykepleien kan variere avhengig av om målene er på et administrativt nivå, eller knyttet direkte til yrkesutøverne eller pasientene. Men overordnet, kan en si at hjemmesykepleiens mål er å bidra og hjelpe pasientene slik at de kan bo i sitt eget hjem så lenge som mulig. I tillegg er det en målsetting at pasientene skal kunne mestre hverdagen og oppleve livskvalitet (Fjørtoft, 2014). Slik representerer også hjemmesykepleiens mål hvilke verdier som er viktige.

Sykepleiens etiske fundament er beskrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Der blir verdier som omsorg, respekt, verdighet og integritet fremhevet som essensielle i grunnleggende sykepleiepraksis. Disse verdiene skal gjenspeile seg i sykepleierens yrkesutøvelse, og er en forutsetning for at sykepleieren kan yte omsorgsfull og helhetlig pleie og omsorg. I denne oppgaven vil sykepleierens plikt til å understøtte håp, mestring og livsmot være sentral (NSF, 2011).

2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten, og er et tilbud fra kommunen til hjemmeboende som har behov for nødvendige helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Behovet for hjelp kan skyldes flere ting, men det bunner ofte i svekket helse, sykdom, endret livssituasjon eller alderdom. Noen har behov for bistand over lengre perioder, mens andre kun i korte perioder. Dette avhenger ofte av hvilket formål helsehjelpen har. Formålet kan være å gi pleie og omsorg, eller det kan dreie seg om handlinger som har diagnostisk, helsebevarende, forebyggende, rehabiliterende eller behandlende formål

(Fjørtoft, 2016). Eldres hjelpebehov er imidlertid ofte langvarig, skiftende og økende (Fermann & Næss, 2015).

I kraft av samhandlingsreformen har sykehusene kortere liggetid og dermed raskere utskrivning av pasienter (Helse- og omsorgsdepartement, 2008-2009). Mange pasienter utskrives direkte til eget hjem, eller returnerer til hjemmet etter et korttidsopphold på en annen kommunal instans. Dette har medført sykere og mer pleietrengende pasienter i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2015). I tillegg har økt andel eldre, redusert institusjonstilbud sammen med offentlige kostnader, bidratt til å føre helsetjenestene nærmere hjemmet (Gjevjon & Fjørtoft, 2016).

Hjemmesykepleien styres av en rekke rammefaktorer, som for eksempel organisering. Norske kommuner har frie tøyler i forhold til hvordan de ønsker å organisere sine tjenester. Mange har imidlertid valgt å organisere tjenesten etter bestiller-utfører-modellen. Modellen er skapt for å skille ansvar og oppgaver mellom de som utfører tjenestene og de som bestiller. I tillegg skal modellen bidra til riktige behovsvurdering av pasientene (Fjørtoft, 2016). I praksis innebærer dette at pasientenes søknad om hjemmesykepleie går gjennom et bestillerkontor, som gjennomfører en vurdering av pasientens behov, og deretter konkretiserer og fatter vedtak om hjemmesykepleie. Vedtakene formuleres som arbeidsoppgaver for de ansatte (Fermann & Næss, 2015). Som en motsats til denne organiseringsmodellen har det de siste årene vokst frem en ny modell, Tillitsmodellen. Idéen bak denne modellen er å flytte makten fra bestillerkontoret over til pasientene. På den måten kan pasientene i samarbeid med personalet vurdere sitt eget behov for hjelp, og dermed være mer delaktig i defineringen av vedtakets innhold (Gjevjon & Fjørtoft, 2016). Foreløpig er det få kommuner i Norge som har implementert denne organiseringsmodellen (Eide et al., 2017).

2.5 Joyce Travelbees interaksjonsteori

I utøvelsen av sykepleie er gode relasjoner av stor betydning. En sykepleieteoretiker som rettet oppmerksomheten mot dette, og bidro til å tydeliggjøre sykepleierens relasjonelle funksjon, var Joyce Travelbee. Gjennom sin teori om menneske-til-mennesket-forholdet beskriver hun relasjonen mellom pasient og sykepleier som en mellommenneskelig prosess. En prosess der målet er å hjelpe den syke til å fremme helse, bevare håp, og mestre og finne mening med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) legger spesielt vekt på kommunikasjonen i etableringen av et menneske-til-mennesket-forhold, og beskriver det som et av sykepleierens viktigste redskaper. Et redskap som bør brukes målrettet i møte med pasienten for å skaffe viktig informasjon og skape et meningsinnhold, som videre kan anvendes i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Slik målrettet kommunikasjon tjener sykepleiens mål og hensikt. Hun hevder også at kommunikasjon er en forutsetning for å bli kjent med pasienten og videre kunne utøve sykepleie basert på pasientens særegne behov (Travelbee, 1999).

For å kunne oppfylle målet om å skape et menneske-til-mennesket-forhold, må sykepleieren evne å bruke seg selv terapeutisk. I følge Travelbee (1999, s. 44-46) innebærer dette at man evner å bruke sine kunnskaper og sin personlighet bevisst i møte med pasientene for å oppnå et forhold til dem.

3 METODE

I denne delen av oppgaven vil valg av metode, arbeidets fremgangsmåte, kilder og kildekritikk samt etiske vurdering bli presentert.

3.1 Metodevalg

For å kunne besvare en problemstilling, må det innhentes data. En metode er et hjelpemiddel i arbeidet med å fremskaffe ny kunnskap som er relevant for å belyse det vi ønsker å undersøke (Dalland, 2017). Etter skolens retningslinjer skal bacheloroppgaven være en litteraturstudie. Det vil si at jeg systematisk skal innhente og anvende data som er samlet inn av andre. Dette kalles sekundærdata. Slik valg av metode innebærer at jeg gjennomgår litteraturen kritisk, og deretter sammenfatter resultatene (Thidemann, 2015).

Litteraturen skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder brukes ofte for å få finne meningssammenhenger gjennom å undersøke menneskelige egenskaper, eksempelvis opplevelser, meninger, holdninger og motiver. Kvantitative tilnæringsmetoder søker derimot objektive data, ofte fremstilt som målbare enheter, eksempelvis tall. (Thidemann, 2015). Hovedvekten av forskningsartiklene jeg har valgt er kvalitativt orienterte, da dette egner seg best for å belyse oppgavens problemstilling. I forsøket på å skape en nyansert og helhetlig forståelse av teamet har jeg også valgt å inkludere to artikler som har en kvantitativ tilnærming.

3.2 Metodisk fremgangsmåte

Når man skal innhente sekundærdata må man søke skriftlige kilder. Dataene jeg har brukt i min oppgave har jeg funnet i tidsskrifter, databaser og i bøker. Bøkene som er anvendt er delvis pensumbøker og delvis selvvalgte bøker. De selvvalgte bøkene har jeg funnet ved å oppsøke skolens bibliotek og ved å søke på ”depresjon” og ”eldre” i bokhandlere på nett. For å finne forskningsartikler som belyser problemstillingen har jeg gjennomført litteratursøk. Litteratursøk kan gjøres ved å søke i databaser og ved å søke manuelt (Thidemann, 2015).

3.2.1 Søk i databaser

Som en metode for å fremskaffe kunnskap og informasjon har jeg benyttet databaser. Dette er en omfattende prosess, som forutsetter at du har en avgrenset og presis problemstilling, slik at

du vet hva du er ute etter. Deretter må du forberede litteratursøket ved å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Dette bidrar til å avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015). Før jeg startet søkingen laget jeg et PICO-skjema. Et PICO-skjema er et hjelpemiddel for å operasjonalisere problemstillingen, definere søkeord og systematisere søket (Thidemann, 2015).

Databasene jeg brukte var CINAHL og PubMed. Jeg avgrenset søkene ved å begrense språket til norsk og engelsk, alder fra 65 år og oppover samt fagfellevurderte studier. Dette kalles inklusjonskriterier. I tillegg har jeg valgt publikasjoner som ikke er eldre enn fem år. Dette kalles eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015). For å sikre relevant innhold, gjorde jeg et ”avansert” søk i PubMed. Det betyr at jeg valgte et filter (Title/Abstract) som gjorde at jeg kun fikk opp artikler som hadde de valgte søkeordene i artikkelens tittel eller abstrakt. I tillegg til å søke i databaser, har jeg gjort enkle søk i det vitenskapelige, heldigitale tidsskriftet Sykepleien Forskning. Tabellen nedenfor viser søkehistorikken. De inkluderte artiklene presenteres i eget kapittel.

Søkedato / database / tidsskrift	Søkeord / ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert	Artikkeltittel
27/10/17 Sykepleien Forskning	Depresjon OG kommunehelsetjeneste	3	1	1	1	<i>Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten</i>
27/10/17 Sykepleien Forskning	Depresjon OG hjemmesykepleie	6	2	2	2	<i>Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie</i> <i>og</i> <i>Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten</i>
2/11/17 CINAHL	Home Health Care OR Primary Health Care OR Community Health Nursing AND Depression AND Professional-patient realations	13	5	3	1	<i>Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability</i>
23/03/18 PubMed	Continuity AND Nursing AND Home Health Care	1	1	1	1	<i>Measuring interpersonal continuity in high-</i>

	Filter: Title/Astract					<i>frequency home healthcare services</i>
--	-----------------------	--	--	--	--	---

Slik tabellen viser, leste jeg flere abstrakter og artikler før jeg bestemte meg for de utvalgte. Noen titler og abstrakter inkluderte diagnoser som ikke var relevant for min oppgave, disse ekskluderte jeg umiddelbart. Jeg plukket til slutt ut de artiklene som best kunne belyse og besvare problemstillingen min.

3.2.2 Manuell søking

Artikkelen ”*A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?*” er søkt opp på manuelt vis i skolebibliotekets søkemotor, Oria. Det vil si at jeg søkte opp artikkelnavnet etter å ha funnet den i litteraturlisten til en selvvalgt bok (Thidemann, 2015).

3.3 Kilder og kildekritikk

Å være kildekritisk innebærer å vurdere litteraturens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017). I dette underkapitlet gir jeg en vurdering og begrunnelse av litteraturens relevans og gyldighet. Jeg opplevde at det var begrenset med ny forskning på tematikken, noe som har gjort prosessen med å finne litteratur som besvarer problemstillingen utfordrende til tider.

Jeg har brukt både primær og sekundær litteratur, men har i den grad det har vært mulig oppsøkt primærkildene for å hindre videreføring av eventuelle omtolkninger av materialet (Dalland, 2017). Forskningen og hovedvekten av de anvendte bøkene er ikke eldre enn fem år, dette sier noe om litteraturens gyldighet (Dalland, 2017). Forskningen er også publisert i anerkjente og fagfellelvurderte tidsskrifter, som gjør de kvalitetssikret og troverdige. Jeg har valgt enkeltstudier som undersøker både pasientenes og sykepleiernes erfaringer knyttet til problemstillingen, dette er for å få frem ulike perspektiver og gi dybde til oppgaven. Alle forskningsartiklene, utenom en, er studier gjort i Norge. Den ene studien er amerikansk, men jeg har valgt å bruke den fordi overføringsverdien er stor med hensyn til problemstillingen min. Tre av artiklene er imidlertid skrevet på engelsk, og jeg tar derfor forbehold om feiloversetting av meningsinnholdet.

Artiklene *A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?* (Holm & Angelsen, 2014) og *Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services* (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2013) undersøker kun et utvalg av norske kommuner. Dette kan være en svakhet, fordi norske kommuner står fritt i forhold til hvordan de velger å organisere sine tjenester (Fjørtoft, 2016). Dermed er ikke resultatene nødvendigvis representative for alle kommuner. Jeg har likevel valgt å benytte disse for å henvise til et gjennomsnitt.

Alle bøkene er skrevet med hensikt om å øke kunnskap og forståelse hos sykepleiestudenter og annet helsepersonell. Majoriteten av forfatterne bak bøkene og artiklene har sykepleiefaglig og/eller sosialfaglig bakgrunn med kompetanse på fagfeltet. Dette er faktorer jeg har tatt i betraktning ved utvelgelsen av fagstoff. Jeg har anvendt Joyce Travelbees bok fra 1999, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, henholdsvis oversatt til norsk. Boken er en klassiker og blir fortsatt referert til i nyere litteratur, derfor anser jeg den som relevant også i dag. Andre kilder jeg har benyttet meg av for å skaffe relevant tillegglitteratur er anerkjente nettsider som Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå, Lovdata og Norsk sykepleierforbund.

3.4 Etiske vurderinger

Jeg har tidligere erfaring fra hjemmesykepleien, noe jeg ønsker å dra nytte av i drøftingskapittelet ved å komme med innspill og eksempler fra egen praksis. Ved bruk av egne praksiserfaringer står jeg ansvarlig for å ivareta pasientenes anonymitet, i henhold til sykepleierens hovedregel som taushetsplikt, som sier: ”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSRISULTATER

I dette kapittelet presenterer jeg de forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven min.

Tittel / Forfatter / Årstall	Tidsskrift	Hensikt / Metode	Funn
<i>Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet</i> Skatvedt & Andvig (2014)	Sykepleien Forskning	Hensikt: Bidra til kunnskapsutvikling om hvordan kommunehelsetjenesten bedre kan tilrettelegge for bedring hos eldre med psykiske helseproblemer Metode: Kvalitativt og eksplorerende design med individuelle semistrukturerte intervjuer med 16 brukere og fire pårørende.	Eldre og deres pårørende ønsker hjelpere som bruker sin faglige autoritet og "tar fatt i" brukerne, og er opptatt av å bli kjent og skape et tillitsfullt forhold til brukerne. Hverdagsprat viser seg å være av stor betydning for å skape en god relasjon og for opplevelsen av bedring i seg selv. Dersom en god relasjon allerede er etablert, kreves det ikke nødvendigvis mye tid for at en samtale oppleves som god.
<i>Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression and Disability</i> Liebel, Powers & Hauenstein (2015)	Research in Gerontological Nursing	Hensikt: Beskrive hjemmesykepleieres (HHC) oppfatninger av depresjon ved å observere og identifisere hvilke terapeutiske strategier sykepleierne anvendte på hjemmebesøk hos disse pasientene. Samt vurdere hvilke terapeutiske ferdigheter som kan bidra til bedring. Metode: Kvalitativt beskrivende design bestående av semistrukturerte intervjuer med 16 hjemmesykepleiere, både individuelt og i grupper, samt observasjoner fra 25 hjemmebesøk.	Relasjonsbygging og kommunikasjon kommer frem som viktige funn. Det kommer også frem i studien at disse strategiene er lite implementert i hjemmesykepleiers praksis, og at det bør økes fokus på sykepleierens bruk av terapeutisk kommunikasjon. Det fremkommer også i studien hvilke barrierer som hindrer at virksomme relasjoner skapes.
<i>Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten</i> Halvorsrud, Pahr & Kvarme (2014)	Sykepleien Forskning	Hensikt: Undersøke hjemmesykepleierens beskrivelse av pasienter med depressive symptomer, samt identifisere hvilke tiltak de iverksetter innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom. Metode: Kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte intervjuer med 10 hjemmesykepleiere.	Hjemmesykepleiere hjelper pasientene til å komme ut av sin nedstemthet ved å utføre tiltak som ikke fremkommer i pasientenes vedtak. Dette beskrives i studien som "det lille ekstra." Å forskyve på andre arbeidsoppgaver og sette av tid til samtale med brukerne, fremkommer som de viktigste tiltakene. Samtidig viser funn at hjemmesykepleierens handlingsrom er begrenset grunnet organisasjonens krav, noe som medfører mangel på kontinuitet og oppfølging av disse pasientene. 14

<p><i>Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie</i></p> <p>Birkeland (2013)</p>	<p>Sykepleien Forskning</p>	<p>Hensikt: Undersøke den sosiale situasjonen som eldre aleneboende befinner seg i</p> <p>Metode: Kvalitativt beskrivende design bestående av semistrukturerte intervjuer med 20 hjemmeboende eldre, både individuelle intervjuer og i fokusgrupper.</p>	<p>Ensomhet og sosial isolasjon er et helseproblem som kan medføre både psykisk og fysisk uhelse. Hjemmesykepleien har et ansvar for å sikre ivaretagelse av sosiale behov, som samvær og felleskap, likevel kan det tyde på at sykepleiere i hjemmesykepleien står i fare for å overse psykososiale behov til fordel for en mer fysisk-somatisk orientering.</p>
<p><i>Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services</i></p> <p>Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark (2013)</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Hensikt: Vurdere og måle graden av personkontinuitet i hjemmesykepleien til mottakere som er avhengig av helsetjenester daglig</p> <p>Metode: Tverrsittsstudie med beskrivende design. Informasjon fra 79 pasienter ble innhentet i løpet av en periode på fire uker.</p>	<p>Personkontinuitet er viktig for utviklingen av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient, for kvaliteten på omsorgen og pasientens psykososiale velvære. Pasienter som daglig har behov for hjemmesykepleie får i gjennomsnitt 51 besøk i løpet av fire uker, av i gjennomsnitt 17 ulike sykepleiere. Studien konkluderer med lav grad av personkontinuitet i hjemmesykepleiepraksis.</p>
<p><i>A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?</i></p> <p>Holm & Angelsen (2014)</p>	<p>BMC Health Services Research</p>	<p>Hensikt: Undersøke hvordan sykepleiere og annet helsepersonell i hjemmesykepleien bruker sin arbeidstid.</p> <p>Metode: Beskrivende retrospektiv studie av hjemmesykepleieres bruk av tid i to norske kommuner.</p>	<p>Antall pasienter per ansatt per vakt varierte fra en til 23, mens gjennomsnittet var på ti pasienter.</p> <p>Omtrent 50 prosent av arbeidstiden til de ansatte i hjemmesykepleien viste seg å gå til direkte pasientkontakt. Resterende tid gikk blant annet til kjøring, dokumentasjon, møter og rapporter.</p> <p>De planlagte kjørerutene tar lite hensyn til tiden det tar å komme seg fra sted til sted, og tar derfor ofte lengre tid en planlagt. Forsinkelser fører til ytterlige redusert tid til annet lovpålagt arbeid, som pasientdokumentasjon. Dette bidrar til å påføre de ansatte frustrasjon og stress.</p>

5 DRØFTING

I denne delen vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget bli anvendt og drøftet opp mot forsknings- og fagkunnskap, samt egne erfaringer fra hjemmesykepleien. Jeg vil gjennom drøftingen synliggjøre hjemmesykepleierens funksjon i arbeidet med hjemmeboende eldre med depresjon, og hvordan de innenfor sitt handlingsrom kan bidra til å redusere depressive symptomer. Fokuset rettes først og fremst mot den gode relasjonen og samtalen.

Risikoen for sykdom og helseproblemer øker med alderen (Ranhoff, 2015). For mange medfører dette belastninger og vanskeligheter i hverdagslivet, som bidrar til å øke behovet for omsorg og pleie. Mange opplever hverdagen som slitsom, med begrenset valgfrihet. Dessuten preges mange av sosiale tap, som for eksempel tap av ektefelle eller venner. Dette er faktorer som utgjør en økende risiko for utvikling av depresjon hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Blant eldre er depresjon den psykiske lidelsen som rammer flest (Eskeland, 2017). Å ha en depresjon oppleves for mange eldre som et ork, eller som vondt og smertefullt. Mange opplever å miste kontrollen, og evnen til å gjennomføre daglige gjøremål og fungere i hverdagen kan bli redusert. Dessverre blir mange pasienter med mild grad av depresjon oversett, i følge Kvaal (2015, s. 442). Hjemmesykepleieren har en unik mulighet, og en viktig rolle når det kommer til å identifisere depressive symptomer hos hjemmeboende eldre (Fjørtoft, 2016; Halvorsrud et al., 2014). Det er viktig at hjemmesykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppdage denne pasientgruppen. Uoppdaget eller ubehandlet kan en depresjon utvikle seg til å bli svært alvorlig. Blant eldre er depresjon den hyppigste årsaken til selvmord- og selvmordsatferd (Engedal & Bjørkløf, 2014).

5.1 Hjemmesykepleieren i møte med eldre med depresjon

Som nevnt i teorikapittelet kan depresjon hos eldre ofte ha andre uttrykksformer enn hos yngre. Dessuten kan symptomene forveksles med symptomer på somatiske lidelser og demens (Engedal & Bjørkløf, 2014). For at hjemmesykepleieren skal kunne oppdage og identifisere depresjon hos den hjemmeboende eldre, er det vesentlig å vite hva man skal se etter når man er på hjemmebesøk.

Halvorsrud et al (2014) har undersøkt hvordan hjemmesykepleiere identifiserer pasienter med depressive symptomer. Med bakgrunn i informantenes utsagn ble det å observere endringer i

pasientenes vante mønster formulert som ett viktig funn. Slike endringer kunne for eksempel vise seg ved at huset var mer rotete enn tidligere, eller at pasientens ernæring og personlige hygiene var blitt dårligere over tid. I tillegg kunne pasientens væremåte og kroppsspråk være endret, og behovet for å snakke økt (Halvorsrud et al., 2014). Disse eksemplene kan jeg relatere meg til fra egen praksiserfaring. Jeg har også opplevd det motsatte vedrørende pasientenes økende behov for å prate – avvisende pasienter som ikke har vist interesse for å prate. Videre har jeg erfart oppvask som ikke er tatt, matrester stående på kjøkkenbenken, tomme kjøleskap og luktende søppel som ikke er kastet. Halvorsrud et al (2014) påpeker imidlertid at godt kjennskap til pasienten er nødvendig for å kunne se disse endringene. I følge Birkeland (2013) kan det synes som om økt fysisk hjelpebehov og krav om tilstedeværelse indirekte kan signalisere at pasientene har behov for psykisk støtte. ”Jeg føler meg som om alt går langsommere” og ”jeg bryr meg ikke om hvordan jeg ser ut” er også eksempler på utsagn som Kvaal (2015, s. 447) mener sykepleieren bør være oppmerksom på, fordi det kan tyde på depresjon.

Videre peker studien til Halvorsrud et al (2014) på den knappe tiden som hjemmesykepleierne har til rådighet. Informantene beskriver ”tidspress” som en utfordring og begrensning i møte med disse pasientene. Mange pasienter sitter inne med sterke og tunge historier som de har behov for å meddele, eksempelvis en familiekonflikt, som informantene i liten eller ingen grad har mulighet til å møte. En sykepleier forteller om en situasjon der hun intuitivt merket at pasienten ”bar på noe”, men at hun ikke valgte å si noe og fortsatte å utføre oppgaven hun egentlig var der for (Halvorsrud et al., 2014). Det er kjent at å arbeide med andres lidelse kan vekke negative følelser hos oss selv. Ved å fjerne kilden til ubehaget kan vi redusere egne negative følelser (Håkonsen, 2014). Situasjonen sykepleieren i studien til Halvorsrud et al (2014) befant seg i, kan være et eksempel på at sykepleieren forsøkte å unngå følelsesmessig ubehag. Liebel, Power & Hauenstein (2015) bekrefter i sin studie at slik følelsesmessig ubehag, eller situasjoner som fordrer sykepleieren til å ta tak i og snakke om vanskelige temaer, medfører at sykepleiere i mange tilfeller velger å ignorere pasientenes utrykte følelser eller forsøker å endre samtaleemne. Et eksempel fra deres studie var fra et hjemmebesøk hos en pasient. Like før sykepleieren måtte forlate rommet for å ta en telefon, hadde pasienten gitt tydelig uttrykk for bekymringer og negative følelser. Når sykepleieren kom tilbake til pasienten, brydde hun seg ikke om eller prøvde å utforske pasientens sterke uttrykk for depresjon, isolasjon og bekymring. Slik atferd er i følge forfatterne uhensiktsmessig, og bidrar til å redusere sykepleierens sjans til å etablere virksomme relasjoner. Atferden synes

imidlertid å være tilknyttet sykepleiernes mangel på kunnskap og usikkerhet rundt sin egen rolle i forhold til ivaretagelse av deprimerte pasienter (Liebel et al., 2015). I følge Yrkesetiske retningslinjer har sykepleierne plikt til å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2011). Kommunen har i tillegg lovpålagt plikt å tilby ”Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering” (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Det er grunn til å tro at hjemmesykepleiere i liten grad følger opp sin plikt ovenfor disse pasientene. Skatvedt & Andvig (2014) stiller spørsmål i sin studie om sykepleiere betrakter symptomer på depresjon som aldersbetinget, og derfor ikke anerkjenner symptomene hos eldre på lik linje som hos yngre.

Mange eldre utvikler en depresjon i tillegg til en somatisk, kanskje kronisk sykdom (Kvaal, 2015). I mange tilfeller er det ikke alltid så lett å få gjort noe med sykdomstilstanden, derfor vil mye av behandlingen til deprimerte handle om å ivareta livskvalitet, og dermed forebygge videre negativ utvikling (Eskeland, 2017). Det er lett å tenke at god livskvalitet er vanskelig å oppnå i alderdommen. Slik tankegang bidrar til å opprettholde en pessimistisk behandlingstilnærming til de eldre, og er lite hensiktsmessig. Slik tilnærming og holdning kan hindre nødvendig omsorg og pleie til disse pasientene (Eskeland, 2017). Pasientene har rett på god kvalitet og lik tilgang på tjenester. De har også rett til å bli møtt med respekt. Dette er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) og gjelder uansett sykdomstilstand og alder.

5.2 Den gode relasjonen

Å etablere gode relasjoner kommer frem i fag- og forskningslitteraturen som det viktigste og mest grunnleggende i psykiatrisk behandling – men kanskje enda viktigere – det mest betydningsfulle for pasientene (Eskeland, 2017; Fjørtoft, 2016; Hummelvoll, 2014).

Å hjelpe enkeltindividet til å mestre sykdom og lidelse defineres av Joyce Travelbee (1999) som deler av sykepleierens hensikt og mål. En forutsetning for å oppnå dette, er at det målbevisst blir etablert et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold kjennetegnes av sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk. Dersom den syke opplever forandring og får sine plager lindret, har sykepleieren oppnådd ens hensikt og mål. Å bruke seg selv terapeutisk krever i følge Travelbee (1999) selvinnsikt. I den forbindelse tydeliggjør

Travelbee (1999) verdien av å studere hvordan egen atferd virker på andre. Hun hevder at slik selvinnsikt gjør en i stand til å etablere virksomme og gode relasjoner til andre.

Grunntanken bak teorien om menneske-til-menneske-forholdet, i motsetning til teorien om sykepleier-pasient-forhold, er å hindre at termene ”sykepleier” og ”pasient” opprettholder stereotyper og skaper avstand i interaksjonen. Travelbee (1999, s. 62-72) hevder at ingen er pasienter, men enkeltmennesker som har behov for hjelp fra andre mennesker. På lik linje som alle sykepleiere er mennesker, men har spesialiserte kunnskaper med sikte på å hjelpe andre. Sett i lys av dette skiller relasjonen mellom sykepleier og pasient seg i liten grad fra enhver annen relasjon. Håkonsen (2014, s. 401) bruker begrepet relasjonell behandling om den helbredende kraften som en slik relasjon kan ha.

Å tilfredsstille sosiale behov, som for eksempel opplevelsen av tilhørighet, felleskap og menneskelige relasjoner, fremmer i følge Ekseland (2017) en bedringsprosess og gir økt livskvalitet, samtidig som det hindrer at sykdomstilstanden forverres. For enkelte er hjemmesykepleien pasientenes eneste ”menneskelige relasjon”. Å hjelpe folk ut av isolasjon og ensomhet er det viktigste tiltaket. For sykepleiere innebærer dette å bidra til at gode møteplasser blir etablert (Eskeland, 2017). I hjemmesykepleien blir pasientens hjem et viktig møtested. Sykepleierne bør bevisst arbeide for å skape bærende relasjoner, slik at besøket fra hjemmesykepleien oppleves positivt. Dette er uavhengig av om pasienten har behov for tjenesten over tid, eller kun over en kort periode. Samhandlingen i seg selv har stor betydning for opplevelsen av kvalitet på tjenesten, og er dermed svært viktig (Fjørtoft, 2016).

For at en relasjon skal ha terapeutisk effekt, kreves det et gjensidig tillitsforhold mellom partene. Den gjensidige tilliten innebærer at pasienten føler seg trygg på å kunne fortelle om sitt tankemessig og følelsmessige kaos. På den andre siden må sykepleieren tørre å ta tak i og arbeide med det pasienten har å fortelle (Håkonsen, 2014). Ekseland (2017) gjør oss imidlertid oppmerksom på sykepleierens taushetsplikt, og viktigheten av å formidle til pasienten at en er til å stole på. Dersom pasienten føler seg snakket om bak sin rygg, kan tilliten og relasjonen svekkes. Travelbee (1999, s 124) hevder at sykepleieren må gjøre seg fortjent til slik tillitt. Pasientens opplevelse av å bli sett og at sykepleieren bryr seg, er også viktig i et tillitsforhold. Sykepleieren kan vise dette ved å merke seg viktige begivenheter rundt pasienten og bruke pasientens navn ved tiltale (Eskeland, 2017). Eksempelvis ”Du har

time på sykehuset i morgen, Kari, er du spent?” ”Hvordan var det i bursdagsselskap hos datteren din i helgen, Sverre?”

Mennesker som lider av en psykisk lidelse har ofte en oppfattelse av at situasjonen de befinner seg i aldri vil bli bedre, og er ofte av den oppfatning at de står alene i situasjonen. I den forbindelse er det viktig at pasienten opplever nærhet og støtte. Sykepleieren kan formidle dette ved å løfte opp problemer og samtale om disse (Håkonsen, 2014). Et stryk over ryggen, et klapp på kinnet eller en klem kan formidle medmenneskelighet, samtidig skape trygghet. Behovet for kroppskontakt kan være stort hos eldre som er alene eller ensomme. Det er imidlertid viktig med en bevisst og profesjonell holdning til dette da det kan feiltolkes, og oppleves upassende og unaturlig (Eskeland, 2017). Behovet for støtte og nærhet er også sterkt knyttet til behovet for positiv bekreftelse. Sykepleieren bør rose pasienten og løfte opp det som er bra (Eskeland, 2017). Sykepleieren kan gjøre dette ved å legge til positive bemerkelser ved ellers vanlige spørsmål, som for eksempel ”i dag ser du mye kvikkere ut, har du sovet godt?” eller ”i dag var du fin, har du noen spesielle planer for dagen?”, istedenfor ”har du sovet godt?” eller ”hva skal du i dag?”. Eskeland (2017) mener at vi bidrar til å bevare pasientens selvrespekt og selvtillit ved å gi slik positiv bekreftelse. Det motsatte, selvforakt og lav selvfølelse, opprettholdes dersom vi forholder oss kritisk til pasienten, tilbyr lite hjelp, påpeker eventuell funksjonssvikt, overser og avviser pasienten, eller utsetter ham for krenkende handlinger (Eskeland, 2017).

Det siste punktet som er sentralt i oppbyggelsen av en terapeutisk relasjon er å fremme mestring (Håkonsen, 2014). Som nevnt tidligere, opplever mange deprimerte en følelse av manglende kontroll, hjelpeløshet og verdiløshet (Engedal & Bjørkløf, 2014). Dersom de opplever å mestre noe, vil det ha positiv effekt på pasientens selvfølelse og livskvalitet. Sykepleieren bør motivere og tilrettelegge for dette (Eskeland, 2017). Travelbee (1999) anbefaler den deprimerte å skaffe seg en hobby. Eksempelvis hekling, strikking, kryssordsløsning eller matlaging. Enkle hverdagslige aktiviteter som å dusje, ta oppvasken, steke vafler eller tørke støv er også eksempler. Aktiviteter som gir pasienten en opplevelse av å fortsatt ha ressurser, vil virke positivt inn på livskvaliteten og være gjenstand for mestring (Eskeland, 2017). Sykepleieren kan også hjelpe pasienten med å utforme realistiske, lystbetonte og konkrete mål. Eksempel på mål kan være å besøke en venn, lage en god middag eller å gå en søndagstur. Ofte har disse pasientene høye krav til seg selv, og må derfor hjelpes til å senke sine krav (Kvaal, 2015).

5.2.1 Sosialt nettverk

For å kunne bidra til å redusere depressive symptomer er det vesentlig å redusere de faktorene som gir næring til depresjonen, som isolasjon og ensomhet. Å kartlegge det sosiale nettverket er derfor en svært viktig del av utredningen (Engedal & Bjørkløf, 2014). Aldringsprosessen medfører en rekke endringer, ofte uønskede, som for eksempel tap av ektefelle og venner. Dette kan føre til et følelsesmessig og sosialt tomrom. Noen har behov for å fylle dette tomrommet, mens andre trives godt alene (Engedal & Bjørkløf, 2014). Birkeland (2013) understreker tvetydigheten av ensomhet i sin studie. Ensomhet kan sjelden observeres og vurderes objektivt. Eldre kan være enslige og alene, men det betyr ikke nødvendigvis at de opplever å være ensomme. Slik det fremkommer i studien synes det å være en tendens til at sykepleier opplever og kategoriserer pasientene som ensomme. Som sykepleier bør man være forsiktig med å tolke signaler på ensomhet, uten at temaet har vært snakket om med pasienten. Sykepleierne i studien til Birkeland (2013, s. 119) sier at de sjelden spør direkte om pasientene er ensomme, men at de bruker andre uttrykk som ”om det er lange dager”. En annen måte er å spørre pasienten om det hender at han eller hun føler seg ensom. Dersom pasienten svarer ja, kan sykepleieren følge opp med å spørre om pasienten kan beskrive den følelsen (Kvaal, 2015).

Som det fremgår i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 3-1) har kommunen ansvar for personer med psykisk sykdom og sosiale problemer. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003, § 3) supplerer med å sikre ivaretagelse av pasientenes behov for samvær, fellesskap og sosial kontakt. Sykepleierne i kommunen har dermed ansvar for at brukerne får oppfylt sine sosiale behov. Det er kjent at sosiale relasjoner fremmer pasientens mulighet for endring (Håkonsen, 2014). Et tiltak kan være å hjelpe pasienten med å komme i kontakt med en besøkstjeneste (Engedal & Bjørkløf, 2014). Eskeland (2017, s. 71) peker videre på tilbud om eldresenter, dagsenter, turvirksomhet, transporttjeneste, kulturarrangementer og menighetsarbeid. Dette kan for øvrig være utfordrende ettersom mange kan vegre seg for å gå på dagsenter eller lignende aktiviteter. Noen kan oppleve seg selv som en plage for andre, mens andre opplever ikke glede eller lyst ved tanken (Eskeland, 2017). Det er imidlertid viktig å ikke bagatellisere pasientens opplevelse av depresjonen, men av erfaring er det også viktig å ikke gi opp for tidlig, for mest sannsynlig trenger pasienten å motiveres, kanskje over tid. Et tiltak kan være å tilby seg å

følge pasienten de første gangene. Tiltak som fordrer sosial deltakelse er et effektivt tiltak som raskt bedrer depresjonen (Eskeland, 2017).

”Jeg ville ikke leve, og jeg ville ikke ha noe. Men de dro meg med på alt” (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 67). Skatvedt & Andvig (2014) beskriver ”vennlighetsinnsett pågåenhet” som et viktig funn i sin studie. Der kommer det frem at brukerne ønsker å bli ”greetet fatt i” fordi de ofte føler seg overlatt til seg selv. Brukerne ga uttrykk for at de savnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten, med hjelpere som inviterer med, stiller krav og presser dem – en slags form for mild paternalisme. Slik pågåenhet ble oppfattet som omsorg, og ble foretrukket fremfor stakkarsliggjøring og ”dulling”. Forfatterne drøfter videre om ansatte i kommunehelsetjenesten er for opptatt av pasientenes autonomi til at de tørr å utøve slik tøff omsorg, som de mener i mange tilfeller er nødvendig for at den eldre skal oppleve bedring (Skatvedt & Andvig, 2014). Når det gjelder slik pågåenhet, er det imidlertid viktig å overholde kravet om at tjenesten som tilbys og ytes skal være forsvarlig. Kravet om forsvarlighet er blant annet forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 4-1), og skal blant annet sikre at ”den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud”. Dette fordrer at sykepleieren er bevisst på forholdet mellom mild paternalisme, i form av pågåenhet, og maktmisbruk. Den etiske balansen mellom pasientens autonomi og velgjørenhet er stadig en utfordring i hjemmesykepleien. Skatvedt & Andvig (2014) avslutter med å påstå at velgjørenhet noen ganger krever pågåenhet. Jeg har et godt eksempel med en eldre eneboende mann som satt i stuen hele dagen og røykte sigaretter, med gardinene trukket for. Jeg hadde lenge hintet om at det sikkert hadde vært deilig å få inn litt dagslys, men han ga tydelig uttrykk for at han ikke ønsket det. En dag kom jeg på tilsyn mens han fortsatt lå i sengen, så jeg tok meg friheten til å trekke fra gardinene før han stod opp. Dette viste seg senere å gi pasienten mye glede, for da kunne han følge med på det som skjedde utenfor.

5.3 Samtalen som verktøy

Sykepleierens evne til å etablere kontakt synes i følge Travelbee (1999) å være avhengig av hvordan sykepleieren kommuniserer og tilnærmer seg pasienten. Den mellommenneskelige nærheten i sykepleiesituasjoner er altså avhengig av kommunikasjonen, et av sykepleierens viktigste redskap og virkemiddel for å oppnå forandring, i følge Travelbee (1999). Dette støttes av Heap (2012, s. 15), som hevder at evnen til å samtale på hensiktsmessige måter er

en grunnleggende forutsetning for at sosial- og helsearbeids med eldre skal føre frem. Men ikke alle sykepleiere er bevisst på hva de kommuniserer og hvordan de kan bruke kommunikasjonsprosessen målrettet (Travelbee, 1999).

I følge Kvaal (2015) er samtale blant de viktigste hjelpemidlene i behandlingen av depresjon. Han skiller forøvrig mellom den alminnelige, den lindrende og den bekreftende samtalen. Den lindrende samtalen har som hensikt å redusere lidelsestrykket. Den bekreftende samtalen innebærer at pasienten gjennom samtale får bekreftelse på sin situasjon og sin opplevelse, mens den alminnelige samtalen omhandler det dagligdagse (Kvaal, 2015). Viktigheten av tid til prat om hverdagslige ting viser seg å være gjennomgående i flere av studiene (Skatvedt & Andvig, 2014; Halvorsrud et.al, 2014). Å snakke om været, nyhetssaker, ting som skjer i lokalmiljøet eller hva man skal spise til middag, er eksempler på hverdagslige temaer som kan sette en samtale i gang. Sykepleiere som går inn for og søker å bli kjent med pasienten, ved å for eksempel spørre om pasientens familie, fremfor å prate om sykdom, viser seg i studien til Liebel et al (2015) å styrke pasientenes relasjon til sykepleieren. En informant i studien til Skatvedt & Andvig (2014, s. 67) utrykte at det av og til ikke skulle mer til enn et smil eller noen å være stille med. Det kommer også frem i studien at det ikke er så viktig om den man samtaler med er profesjonell, så lenge pasientene ikke blir sett på ”ovenfra og ned.” En informant påpekte at det ikke alltid var nok å prate med mannen sin (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 67). Så bare det å ha noen andre å prate med enn sine nærmeste kan lette på trykket. En prat kan altså bidra til bedring i seg selv, og ikke minst – skape en inngang til relasjonsutvikling (Skatvedt & Andvig, 2014).

Eldre som er rammet av depresjon bruker ofte mye tid på bekymring og grubling, og kan oppleve å føle seg fanget av tanker som retter oppmerksomheten mot mangler ved livet og mot egen utilstrekkelighet. Dessverre er disse tankene vanskelig å styre unna for den det gjelder. Det er nemlig slik at tanker og følelser er sterkt forbundet. Det betyr at negative tanker forsterker negative følelser (Håkonsen, 2014). Det er derfor viktig å signalisere optimisme. Sykepleieren kan gjøre dette ved å formidle håp og tro (Eskeland, 2017). I arbeid med pasienter som opplever håpløshet, er det i følge Travelbee (1999, s. 123) den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å opprettholde og gjenvinne håp. Videre peker hun på viktige sykepleieintervensjoner som å gjøre seg tilgjengelig og villig til å lytte (Travelbee, 1999). Å være fysisk tilgjengelig kan til enhver tid være utfordrende som

ansatt i hjemmesykepleien. Det sykepleieren kan gjøre, som jeg selv har god erfaring med, er å betrygge pasientene med å si ”Dersom du skulle ha noe på hjertet, er det bare å ringe meg på telefonen, den har jeg med meg gjennom hele dagen” eller lignende. Da viser du at du bryr deg, samtidig som du gjør deg tilgjengelig. Det andre Travelbee (1999) peker på, er å lytte. Eskeland (2017, s. 89) tydeliggjør imidlertid forskjellen på å lytte og å høre. Når man lytter prøver man å forstå. Dersom det som blir formidlet av pasienten er uklart, er det viktig at sykepleieren ikke later som han eller hun forstår. Dersom pasienten oppfatter at sykepleieren mangler interesse, kjeder seg eller er opptatt av noe annet, vil pasienten oppleve at sykepleieren ikke bryr seg (Travelbee, 1999, s. 160-161). Som nevnt i forrige kapittel, vil dette bidra til å forsterke pasientens lave selvbilde. I stedet kan man si ”Du har et ønske om å gjenvinne kontakt med sønnen din, forstår jeg deg riktig?” eller ”Jeg er ikke sikker på om jeg forstår hva du mener. Vil du prøve igjen?” Da viser du respekt og at du tar pasienten på alvor (Eskeland, 2017). Når sykepleieren formidler håp er det imidlertid svært viktig å ikke bagatellisere pasientens opplevelse av at det er tungt, men gi bekreftelse på følelsene som blir uttrykt. Sykepleieren må ikke gi pasienten følelsen av at han må ”ta seg sammen”. Dersom pasienten føler seg hørt og forstått, er sjansen for at han underrapporterer sine opplevelser og problemer mindre (Kvaal, 2015).

Det er hjemmesykepleiens overordnede mål å bidra til selvstendighet og sikre at brukerne opplever en meningsfylt tilværelse (Fjørtoft, 2016). I den forbindelse er det viktig at hjelpen som gis ivaretar brukerens selvaktelse. Dette kan gjøres gjennom samtale, men det forutsetter en samtale som uttrykker respekt og likeverd. Måten vi snakker på kan bidra til å få frem pasientens ressurser og bidra til en opplevelse av å være verdt noe. Slike samtaler er ofte givende for begge parter (Eskeland, 2017). Et eksempel er å vise interesse for pasientens tidligere liv. Som hjemmesykepleier har man en ypperlig sjanse til å bruke pasientenes omgivelser som inngang, for eksempel ved å vise til bilder som henger på veggen eller bøker som står i bokhylla. Min erfaring er at pasientene har stor glede av å fortelle om hvordan det var å leve før i tiden, og er stolte av å kunne vise frem bilder av barn og barnebarn, kanskje til og med oldebarn. Travelbee (1999) gjør oss imidlertid oppmerksom på hvordan kroppsspråket vårt alltid ledsager det verbale som kommuniseres. Pasienten vil kunne feiltolke sykepleierens grunnleggende intensjoner og vurdere sykepleierens oppriktighet dersom tilstedeværelse i samtalen ikke kommuniseres non-verbalt (Travelbee, 1999). Jeg har et godt eksempel fra egen praksis i forbindelse med slik non-verbal svikt. Jeg var på mitt siste tilsyn før lunsj; jeg begynte å kjenne på tidspresset, og klarte ikke la være å kikke ned på klokken midt i

samtalen. Da jeg så at klokken allerede var passert lunsjtid begynte jeg å tenke ut måter å runde av samtalen på. Jeg ble avbrutt i tankene mine da pasienten på andre siden av kjøkkenbordet sier ”Nå ser jeg du sitter og tripper for å komme deg videre”. Jeg ble avslørt av ett kroppsspråk som signaliserte dårlig tid og manglende tilstedeværelse. Dette er et godt eksempel på det Travelbee (1999, s. 158) definerer som kommunikasjonssammenbrudd. Slik kommunikasjon kan hindre pasienten i å uttrykke seg, fordi sykepleieren uttrykker manglende interesse (Travelbee, 1999). Dersom sykepleieren av ulike årsaker ikke er tilstede den dagen, eller ikke har tid til å høre på det pasienten har på hjertet, kan man avslutte samtalen med å si: ”Jeg håper vi kan fortsette samtalen en annen dag, for dette vil jeg gjerne høre mer om” (Eskeland, 2017).

I tillegg til å gi bekreftelse og signalisere optimisme, er styrking av pasientens selvilde sentralt. Dette kan også gjøres gjennom samtale. Den deprimerte pasienten har en tendens til å prate nedsettende om seg selv og være overopptatt av å snakke om sine feil (Kvaal, 2015). Dette er ikke hensiktsmessig, og sykepleieren bør gjøre pasienten oppmerksom på hvordan han eller hun snakker om seg selv. Slik nedsettende omtale kan hindre kontakt og kommunikasjon med andre mennesker (Kvaal, 2015). Men det er viktig å ikke kritisere pasienten. Istedenfor å si ”Du må ikke tenke sånn om deg selv, det er bare dumt”, kan du for eksempel spørre: ”Hva tenker du når andre snakker sånn om deg selv?” (Eskeland, 2017). Sykepleieren bør rette fokuset mot det pasienten klarer og hva pasienten har oppnådd i livet (Kvaal, 2015).

5.4 Hjemmesykepleiernes handlingsrom

Sett i lys av det som har blitt drøftet til nå, er betydningen av å bygge gode relasjoner og tid til samtale særlig viktig for at den eldre med depresjon skal oppleve bedring. Likevel har jeg erfart at hjemmesykepleiens organiseringen i stor grad hindrer muligheten til nettopp dette.

5.4.1 Kontinuitet

For å kunne utøve god sykepleie basert på pasientenes særegne behov, er godt kjennskap til pasientene en forutsetning (Travelbee, 1999). For at sykepleierne i hjemmesykepleien skal bli godt kjent med pasientene, kreves det en viss kontinuitet i besøkene. Personalsituasjonen i hjemmesykepleien bidrar imidlertid til at brukerne til stadighet må forholde seg til ukjente og nye hjelpere. Dette oppleves for mange slitsomt og ustabil, og har betydning for opplevelsen

av trygghet. Ustabilitet og utrygghet kan være overveldende og det kan bli en tilleggsbelastning for brukeren (Eskeland, 2017). En norsk studie fant at pasienter som var avhengig av hjemmesykepleie daglig, i gjennomsnitt hadde besøk av 17 forskjellige sykepleiere i løpet av en periode på fire uker. I løpet av disse ukene fikk pasientene besøk av den samme sykepleieren i gjennomsnitt tre ganger (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2013). Kontinuitet med hensyn til personalet har stor innvirkning på utviklingen av gode relasjoner og kjennskap til pasientene, i tillegg har det stor betydning for kvaliteten på pleien og pasientens følelse av psykososialt velvære (Gjevjon et al., 2013). I følge Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003, § 3) skal brukerne ”oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet” og det skal gis et ”helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten”. Sett i lys av studien til Gjevjon et al (2013), kan det se ut som tjenesten i liten grad klarer å oppfylle dette i praksis.

Turnusarbeid, sykemeldinger og mange ansatte i deltidstillinger syntes å være viktige faktorer til den lave personkontinuiteten. Likevel viser studien at pasientene ikke fikk besøk av den samme hjelperen selv om han eller hun var på jobb (Gjevjon et al., 2013). Jeg har selv erfart at pasienter som har hatt behov for hjemmesykepleie to ganger i løpet av en vakt, har stått på to forskjellige arbeidslister; en liste før lunsj og en annen liste etter lunsj. Det er grunn til å tro at slik organisering bidrar til å redusere personkontinuiteten, og følgende reduserer sykepleierens mulighet til å utvikle gode og terapeutiske relasjoner.

Eldre med psykiske lidelser er ofte følelsesmessig sårbare (Eskeland, 2017). De har gjerne større behov for forutsigbarhet og kontroll over situasjoner, og har vanskeligere for å akseptere den fleksibiliteten som hjemmesykepleien ofte opererer med. For å unngå angst og utrygghet hos pasienten, bør organiseringen sørge for at disse pasienten får ivare tatt sitt behov for forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet (Eskeland, 2017). Omsorgen bør organiseres slik at pasientene i størst mulig grad har kontakt med et begrenset antall av personalet. Å ikke vite hvem som kommer fra dag til dag, kombinert med korte besøk, gjør at mange pasienter ikke tar i mot den hjelpen som tilbys. Lav kontinuitet med hensyn til personalet reduserer også sjansen for at de psykiske helseproblemene kommer frem i lyset, fordi pasientene ikke føler seg trygge nok til å meddele det de har på hjertet (Skatvedt & Andvig, 2014). Økt sårbarhet kan føre til at den eldre trekker seg unna, har en negativ innstilling til hjelperne eller tåler kritikk dårlig. Hvor sårbar pasient er, kan være av betydning for hvordan hjemmesykepleien bør tilnærme seg pasienten (Eskeland, 2017). Grad av sårbarhet kan ofte avdekkes ved å

observere pasientens reaksjon på stress. Dersom pasienten blir oppskaket hvis hjemmesykepleieren kommer sent til en avtale, kan dette i følge Eskeland (2017) tyde på høy sårbarhet hos pasienten. For å hindre tillitsbrudd mellom hjemmesykepleieren og pasienten, bør det tilstrebes å inngå avtaler som kan holdes, Eskeland (2017, s. 44) eksemplifiserer ”jeg kommer mellom kl. 10 og 10:30” og ”jeg lover å ringe dersom jeg blir forsinket”. At hjemmesykepleierne kommer til faste tider og holder avtaler kommer frem i rapporten til Eide et al (2017) som viktig for brukerne.

Å gi alle pasientene en primærkontakt, som fungerer som en kontaktperson for både pasienten og de pårørende, er et tiltak som kan bidra til mer kontinuitet i hjemmesykepleien. Primærkontakten vil ha det overordnede ansvaret for å følge opp pasienten og sikre at informasjon om pasientens aktuelle behov og ressurser er oppdatert samt at den videreformidles innad i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016).

En annen måte å øke stabiliteten og forutsigbarheten rundt disse pasientene på, er å organisere tjenesten etter Tillittsmodellen, slik at pasientene får et eget team rundt seg. Siden 2016 har dette blitt forsøkt som et prøveprosjekt i fire av Oslos kommuner. Tillittsmodellen utfordrer den eksisterende organiseringen etter bestiller-utførermodellen med sitt klare mål om å gi brukerne bedre mulighet for medvirkning og dermed større eierskap til eget liv (Eide et al., 2017). Bestiller-utførermodellens strenge stoppeklokke- og kontrollregime gir de ansatte lite rom for fleksibilitet innenfor sine rammer. Mindre kontroll og mer tillitt, fleksibilitet og brukermedvirkning er stikkord som beskriver organiseringen etter Tillittsmodellen. Eide et al (2017) har undersøkt erfaringene etter at tillittsmodellen ble implementert. Til tross for at kommunene fortsatt er i en omorganiseringsfase, viser rapporten at organiseringen har økt brukernes tilfredshet med tjenesten. Brukerne synes i større grad enn tidligere å være trygg på at de får den hjelpen de trenger. Dessverre viser rapporten også at brukerne fortsatt ønsker faste og færre personer som kommer (Eide et al, 2017).

5.4.2 Tid

En annen faktor som er av stor betydning for hjemmesykepleierens arbeid, er tiden. Økonomiske utfordringer, mangel på spesialkompetanse, lav bemanning, høyt arbeidstempo og stadig flere arbeidsoppgaver preger tjenesten og utøver et betydelig tidspress på de ansatte (Gjevjon & Fjørtoft, 2016). Studien til Holm & Angelsen (2014) viser at kun om lag

halvparten av arbeidsdagen til de ansatte i hjemmesykepleien består av direkte pasientkontakt. Rapporter, møter, matpause, kjøring og annet lovpålagt arbeid, som pasientdokumentasjon, ble den resterende tiden brukt til (Holm & Angelsen, 2014). De ansatte hadde i gjennomsnitt ti pasienter på sin besøksliste per vakt, men antallet varierte fra en til 23 pasienter. En tredjedel av arbeidslistene viste seg å ha for mange pasientbesøk, noe som fordret de ansatte til å forta prioriteringer. Pasientdokumentasjon synes å være nedprioritert i de fleste tilfellene (Holm & Angelsen, 2014). Å føre journal er en lovpålagt plikt som sykepleieren har (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Dersom denne plikten nedprioriteres, kan mangelen på tilgjengelig og nødvendig informasjon gå utover helsehjelpen som ytes til pasientene. Informasjonsutveksling er grunnlaget for god og forsvarlig sykepleie (Fjørtoft, 2016; Fermann & Næss, 2015).

Skatvedt & Andvig (2014) beskriver travelhet som en ødeleggende kraft. Dette understrekes av Håkonsen (2014, s. 211), som påstår at vi som omsorgsarbeidere er mer hjelpsomme dersom vi har tid nok til disposisjon. Videre hevder han at vi er mer hjelpsomme dersom vi selv har det bra. Studien til Holm & Angelsen (2014) viser at det høye arbeidstempoet i hjemmesykepleien påfører de ansatte stress og frustrasjon. Slik jeg ser det, er dårlig tid og stress to faktorer som bidrar til å opprettholde et krevende arbeidsmiljø for de ansatte, som til slutt kan gå utover omsorgsutøvelsen til pasientene. Men på tross av travle arbeidsdager, viser studie til Halvorsrud et al (2014) at hjemmesykepleiere strekker seg langt for å tilfredsstille sine pasienter. De yter hjelp utover det som er definert i vedtaket. I studien blir dette omtalt som ”det lille ekstra.” En informant beskriver betydningen av og bare gi pasientene fem minutter ekstra (Halvorsrud et al., 2014).

Det kan synes som hjemmesykepleiernes handlingsrom blir begrenset av tjenestens rammebetingelser, særlig tid og kontinuitet. Hjemmesykepleierne blir stående i et krysspress mellom pasientenes ønsker og behov, og tjenestens organisering (Halvorsrud et al., 2014). Ønsket om mer fleksibilitet og tid ser ut til å gjelde både for pasientene og de ansatte (Eide et al., 2017). For det er en sannhet at man ikke alltid har god tid hos hver bruker. I den forbindelse er det viktig å spørre seg hva som er viktig for brukerne. Å få besøk av hjemmesykepleien skal for pasientene oppleves positivt (Fjørtoft, 2016). Jeg husker godt da jeg skulle bistå en dame, som jeg hadde blitt godt kjent med, i dusjsituasjon. Da jeg kom inn døren sa hun: ”Vi skal ikke bare plystre i denne vasken og heller prate? Jeg er ikke skitten... jeg badet jo på tirsdag.” For denne pasienten var samtalen viktigere enn å få seg en dusj. Det

er viktig å ha fokus på å skape gode hverdager for pasientene, men det kan være utfordrende men så begrenset tid. Derfor mener jeg at hjemmesykepleieren bør ha større fokus på å skape gode øyeblikk, som pasienten kan ”leve på”. Jeg mener derfor at spørsmålet ikke bør handle om hvorvidt vi har tid, men heller hvordan vi bruker den tiden som allerede er gitt. Forskning viser at dersom en god relasjon allerede er etablert, kreves det ikke nødvendigvis så god tid for at en samtale skal oppleves som god (Skatvedt & Andvig, 2014).

6 AVSLUTNING

Mange eldre bor hjemme og har behov for bistand fra hjemmesykepleien. Vi ser at tapsopplevelser, sykdom og avhengighet av hjelp gjør den eldre pasienten ekstra utsatt for å utvikle en depresjon. Dessverre blir denne pasientgruppen ofte oversett til fordel for en fysisk-somatisk orientert hjemmesykepleiekultur. For å oppdage denne pasientgruppen kreves det at sykepleierne har den kunnskapen og kompetansen brukerne har behov for. Hensikten med oppgaven har vært å øke handlingskompetansen til sykepleiere i møte med den eldre hjemmeboende med depresjon.

Betydningen av gode relasjoner og tid til samtale synes å være av stor betydning for bedringsprosessen, og er sterkt knyttet til hverandre. Samtale er inngangsporten til etablering av gode relasjoner basert på tillitt, respekt, støtte og mestring. Sykepleieren må tørre å utforske pasientenes følelser og vise pågåenhet. Sykepleieren bør legge til rette for aktiviteter som fordrer sosial deltakelse, slike tiltak viser seg å ha rask effekt på den eldres depresjon. For at sykepleieren skal evne å bruke seg selv terapeutisk må hun kommunisere bevisst og målrettet. Gjennom samtale kan pasienten få hjelp til å redusere sitt lidelsestrykk ved å bli forstått og få bekreftelse på sin situasjon og opplevelse, samt få sin egenverd styrket ved at sykepleieren er oppmerksom, gir positiv bekreftelse og er tilstede i omsorgsutøvelsen. For at pasientene skal meddele de problemene de måtte ha, er godt kjennskap grunnleggende. Dette forutsetter imidlertid at tjenesten organiseres med hensyn til kontinuitet i pleien som gis. Jo færre ansatte pasientene har å forholde seg til, desto mer forutsigbarhet og stabilitet opplever pasienten. For at hjemmesykepleien skal kunne møte fremtidens utfordringer, ser det ut til at organiseringen har potensial for forbedring. Det er fortsatt et ønske fra brukerne om faste og færre personer som kommer, bedre tid og mer forutsigbarhet.

Selv om fokuset for denne oppgaven har vært på hjemmesykepleien, vil jeg tørre å påstå at kunnskapen som formidles er vel så anvendelig i andre deler av kommunehelsetjenesten, samt spesialisthelsetjenesten. Som sykepleier vil du møte mennesker med depresjon i mange ulike situasjoner.

REFERANSELISTE

- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 116-122. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- 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*. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2446638/2017_13_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=1
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos elder – psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. (1. Utg.). Stavanger: Hertervig Forlag
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. (1. Utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Fermann, T. & Næss, G. (2015). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til deg gamle pasienten* (2. Utg., s. 238-261). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A-K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten : helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Bergen: Fagbokforlaget

- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. DOI: 10.1111/jan.12214
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 242-248. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0133
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen : kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. (4. Utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Helsedirektoratet. (2016). *Psykisk helsevern for eldre*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-eldre>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (Meld. St. 25 2005-2006). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 7 februar 1999 nr. 64. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75
- Holm, S. G., & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time

- consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, 14(1), 439-448. DOI: 10.1186/1472-6963-14-439
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkvis og delt*. (7. Utg.). Oslo: Gyldendal
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvaal, K. (2015). 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. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Liebel, D. V., Powers, B. A. & Hauenstein, E. J. (2015). Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression and Disability. *Research in Gerontological Nursing*, 8(3), 130-139. DOI: 10.3928/19404921-20150105-01
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient og- brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og- brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2015). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2015). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 184-195). Oslo: Gyldendal Akademisk

Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64-70. DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0034

Statistisk sentralbyrå. (2017). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-ogpublikasjoner/_attachment/318105?_ts=15dcac9dff0

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk