



Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer?

Kandidatnummer: 805
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 9410
Dato: 16.04.2018



| | |
|--|--|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018 |
| Tittel: Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer? | |
| <p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Fagkunnskap om depressive symptomer hos eldre og dokumentasjonens hensikt blir lagt frem. Deretter presenteres sykepleieteori med hovedfokus på Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. Kommunikasjonens rolle i relasjonsbygging, sykepleierens aktuelle funksjoner og etiske-, juridiske- og helsepolitiske føringer blir beskrevet.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie som er basert på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Faglitteraturen er i hovedsak hentet fra pensum eller funnet på høgskolens bibliotek og forskningslitteraturen er funnet i anerkjente databaser for sykepleieforskning.</p> <p><u>Drøfting</u> Fag- og forskningslitteratur samt Travelbees teori og praksiserfaringer blir brukt til å drøfte hvorvidt sykepleier-beboer-relasjonen kan bidra til å lindre depressive symptomer. Drøftingen tar for seg hvordan sykepleieren kan etablere en lindrende relasjon ved å bryte ned rollene som «sykepleier» og «beboer», å betrakte beboeren som et verdig og unikt individ, å bruke tid til samvær og utøve pågående omsorg. Videre belyses kommunikasjonens rolle i relasjonsbyggingen. Sentrale etiske og juridiske aspekter trekkes frem for å drøfte hvorvidt sykepleieren skal vektlegge etablering av lindrende relasjoner i en arbeidshverdag med begrenset tid. Viktigheten av å ivareta autonomi og å sikre tilstrekkelig dokumentasjon blir også løftet frem.</p> <p><u>Konklusjon</u> Funn i oppgaven tilsier at sykepleier-beboer-relasjonen kan bidra i lindringen av depressive symptomer. Å etablere en lindrende relasjon krever et målrettet og komplekst arbeid der en mellommenneskelig relasjon må etableres, det unike i beboeren må bli sett, stereotype oppfatninger må brytes ned, man må spandere tid til samvær og bruke profesjonelle kommunikasjonsferdigheter.</p> | |

(Totalt antall ord: 257)

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling | 2 |
| 1.3 Presisering av problemstilling | 2 |
| 1.4 Avgrensninger | 2 |
| 1.5 Begrepsavklaring | 4 |
| 1.6 Oppgavens disposisjon | 4 |
| 2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag | 5 |
| 2.1 Depressive symptomer hos eldre | 5 |
| 2.2 Dokumentasjon av depressive symptomer | 6 |
| 2.3 Menneske-til-menneske-forholdet | 6 |
| 2.4 Kommunikasjon for å skape relasjon | 7 |
| 2.4.1 Profesjonell kommunikasjon | 8 |
| 2.5 Sykepleierens funksjoner | 9 |
| 2.5.1 Sykepleierens lindrende funksjon | 9 |
| 2.5.2 Sykepleieren som faglig leder | 9 |
| 2.6 Sykepleierens rammefaktorer | 9 |
| 2.6.1 Yrkesetiske føringer | 9 |
| 2.6.2 Juridiske rammer..... | 11 |
| 2.6.3 Helsepolitiske rammer..... | 11 |
| 3. Metode for oppgaven | 13 |
| 3.1 Fremgangsmåte | 13 |
| 3.2 Kildekritikk | 14 |
| 3.2.1 Relevant litteratur og teori..... | 14 |
| 3.2.2 Forskningsartikler | 15 |
| 3.3 Etske vurderinger | 17 |
| 4. Presentasjon av forskningsresultater | 18 |
| 5. Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer? | 21 |
| 5.1 Etablering av en lindrende relasjon | 21 |
| 5.1.1 Relasjon – en lindrende funksjon? | 21 |
| 5.1.2 Å bryte ned rollene som «sykepleier» og «beboer» | 22 |
| 5.1.3 Å betrakte beboeren som et unikt og verdig individ | 22 |
| 5.1.4 Viktigheten av å kjenne beboeren | 23 |
| 5.1.5 Tid til samvær og pågående omsorg | 24 |
| 5.2 Kommunikasjonens funksjon i relasjonsbyggingen | 25 |
| 5.3 Etske og juridiske aspekter | 27 |
| 5.3.1 Å danne relasjoner – en forpliktelse?..... | 27 |
| 5.3.2 Ivaretagelse av beboerens autonomi | 27 |
| 5.3.3 Å prioritere psykisk helse i en arbeidshverdag med begrenset tid..... | 28 |
| 5.3.4 Prioritering av sykepleieoppgaver – et etisk dilemma | 29 |
| 5.3.5 Dokumentasjon og iverksetting av tiltak..... | 30 |
| 6. Avslutning | 32 |
| Referanseliste | 33 |

1. Innledning

I den ene praksisperioden på sykehjem la jeg merke til damen som alltid var så stille og helst ville være for seg selv på rommet. Som regel satt hun i lenestolen og tittet ut av vinduet med et trist blikk. Sjeldent dukket det opp besøk. En dag bestemte jeg meg for å bli kjent med denne damen. Jeg tok med to kaffekopper og satte meg ned ved siden av henne. Sammen tittet vi ut av vinduet og vekslet noen ord der det falt seg naturlig. Stillheten var ikke så farlig, for klemmen jeg fikk i etterkant sa mer enn tusen ord.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En studie gjort i Norge viser at 18% av sykehjemsbeboere med intakt kognisjon har diagnostisert depresjon og at hele 32% opplever depressive symptomer (Drageset, Eide & Ranhoff, 2013). I en artikkelgjennomgang av 464 sammendrag og 42 artikler som tar for seg eldres liv og helse i Norden, er det kun tre av disse artiklene som fokuserer spesifikt på psykisk helse (Imingen, 2010). Jeg tenker at det er særskilt viktig og relevant å skrive en bacheloroppgave om temaet i lys av en såpass høy forekomst av depresjon og lite fokus på eldres psykiske helse.

Temaet er valgt i bakgrunn av praksiserfaring og arbeidserfaring fra sykehjem der jeg har observert depressive symptomer hos mange eldre. Det har ofte virket som at dette har vært et oversett problem og at det er større fokus på fysiologiske plager. Jeg tenker at det er interessant og nyttig å fokusere på hvordan sykepleieren i sitt daglige arbeid og i den gitte konteksten kan lindre depressive symptomer ved hjelp av relasjonens potensiale. Videre tenkes det at det vil være interessant å utforske hvorvidt sykepleiers etiske holdning kan medvirke til økt vektlegging av psykisk helse i en arbeidshverdag med begrenset tid.

Oppgavens formål er å innhente faglig kunnskap som kan bidra til økt kompetanse og fokus på hvordan sykepleiere kan lindre depressive symptomer ved hjelp av relasjonens potensiale. Hensikten er at oppgaven kan bidra til å forbedre både egen og andres yrkesutøvelse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer?

1.3 Presisering av problemstilling

Fokuset på sykepleier-beboer-relasjonen er valgt fordi jeg er oppriktig interessert i mellommenneskelige relasjoner og hvordan disse kan påvirke sykepleien til det bedre. Dessuten ble det i løpet av søkeprosessen oppdaget interessante funn på hvorvidt relasjon og interaksjon kan lindre depressive symptomer, dermed ble det tenkt at det ville være interessant og nyttig å skrive bacheloroppgave om dette. Videre er det tenkt at det å anvende relasjonen er kostnadsfritt og vil være mulig å gjennomføre for enhver sykepleier.

Fokuset på sykepleierens lindrende funksjon er valgt fordi såpass mange sykehjemsbeboere allerede har depressive symptomer (Drageset et al., 2013), dermed er det hensiktsmessig å hjelpe disse beboerne ved å forsøke å redusere omfanget av plagene, noe som inngår i sykepleierens lindrende funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2016; Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Videre tenkes det at reduksjon av plagene kan gi en forebyggende effekt i form av å unngå ytterligere depressive symptomer.

Depressive symptomer er valgt fremfor diagnostisert depresjon fordi de som opplever depressive symptomer er en større gruppe enn de som har diagnostisert depresjon (Drageset et al., 2013). Sykepleieren kan dermed lindre depressive symptomer hos fler ved å fokusere på alle som opplever depressive symptomer fremfor å bare fokusere på de som har diagnostisert depresjon.

1.4 Avgrensninger

Konteksten er avgrenset til langtidsavdelinger for multisyke gamle på sykehjem fordi sykepleiere har en unik mulighet til å anvende relasjonens lindrende potensiale når han eller hun har mulighet til å bli kjent med beboeren over en lengre tidsperiode.

Målgruppen er eldre sykehjemsbeboere over 67 år, aldersgruppene er valgt fordi disse er majoriteten i sykehjemsavdelinger (Hauge, 2014) og fordi mye av fag- og forskningslitteraturen baserer seg på nettopp denne aldersgruppen. Oppgaven er ikke avgrenset til ett kjønn fordi det begrenser sykepleierens målgruppe, det er tenkt at oppgaven vil presentere kunnskap som vil være aktuell for alle kjønn.

Målgruppen er avgrenset til eldre uten demenssykdom. Dette er fordi mye av faglitteraturen har fokus på sykehjemsbeboere med demenssykdom, det er derfor interessant å finne ut mer om helsesituasjonen til sykehjemsbeboere uten demenssykdom. Det kan tenkes at beboere i avdelingene uten betydelig svekket kognisjon blir mindre synlige sammenliknet med demensrammede, særlig med tanke på at depressivitet kan vises som isolasjon og nedsatt interesse for andre og omgivelsene (Kvaal, 2014) og fordi demensrammede ofte kan ha en fremtredende atferd. Forskningsartiklene bruker begreper som «eldre med intakt kognisjon», «eldre uten kognitiv svekkelse» eller «mentalt klare», i denne oppgaven har jeg valgt å overføre disse begrepene til å gjelde eldre uten demenssykdom.

Begrepene «beboer» og «pasient» vil bli brukt om hverandre. Dette er fordi både lovverket og annen litteratur refererer til målgruppen som pasienter og det blir dermed mer overførbart å bruke dette begrepet i disse tilfellene. Samtidig oppfatter jeg «beboer» som et mindre belastet begrep uten like mange stereotyper som er forbundet med begrepet «pasient». Jeg velger derfor i hovedsak å bruke begrepet «beboer».

Grunnet oppgavens begrensede omfang og et ønske om å fordype meg i den mellommenneskelige relasjonen har jeg valgt å bare fokusere på relasjonen mellom sykepleieren og beboeren. Relasjonen til andre og samhandling med pårørende blir dermed ikke belyst i oppgaven. Av hensyn til oppgavens omfang beskrives heller ikke identifiseringen av depressive symptomer. Problemstillingen tar for seg den lindrende funksjonen og det tas derfor utgangspunkt i at sykepleieren allerede har identifisert de depressive symptomene.

1.5 Begrepsavklaring

Ordet *relasjon* betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Innenfor sykepleie brukes begrepet om forhold, forbindelse eller kontakt mellom sykepleier og andre aktuelle personer, i denne oppgaven vil det dreie seg om relasjonen mellom sykepleier og beboer (Eide & Eide, 2017). *Beboer* refererer til mennesker med ulik grad av bistandsbehov som bor på institusjon, i dette tilfellet sykehjem (Hauge, 2014). *Pasient* refererer til en person som får eller tilbys helsehjelp av helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelp defineres blant annet som behandlende og helsebevarende helsehjelp utført av helsepersonell. Helse- og omsorgstjenesten inkluderer den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder sykehjem (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3).

1.6 Oppgavens disposisjon

I det neste kapittelet vil det bli lagt frem et teoretisk kunnskapsgrunnlag som belyser problemstillingen. Her legges det frem fagkunnskap om depresjon, depressive symptomer hos eldre og dokumentasjonens hensikt. Deretter presenteres sykepleieteori med hovedfokus på Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. Kommunikasjonens rolle i relasjonsbygging, sykepleierens aktuelle funksjoner og etiske-, juridiske- og helsepolitiske føringer blir lagt frem.

I metodekapittelet blir fremgangsmåten som er brukt for å finne frem til kunnskapsgrunnlaget beskrevet. Den valgte forskningen og faglitteraturen blir deretter vurdert kritisk og etiske vurderinger blir lagt frem. I det neste kapittelet blir forskningsresultatene presentert i korthet.

I det femte kapittelet blir problemstillingen drøftet. Her besvares problemstillingen ved å underbygge argumenter og synspunkter med gjeldende faglitteratur, teorier, praksiserfaringer og forskning. Problemstillingen besvares ved å drøfte hvordan sykepleieren kan etablere en lindrende relasjon, hvordan man kan anvende kommunikasjon i relasjonsbyggingen og ved å trekke frem viktige etiske og juridiske aspekter. Helt avslutningsvis i oppgaven presenteres en avslutning der de mest sentrale momentene i oppgaven blir lagt frem.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget presenteres fagkunnskap og teori som belyser problemstillingen. Teorien baserer seg i stor grad på Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet og kommunikasjon. Sykepleierens aktuelle funksjonsområder og føringer innenfor yrkesetikk, juss og helsepolitikk blir lagt frem.

2.1 Depressive symptomer hos eldre

Ikke uvanlig endres helse- og livssituasjonen seg når man blir eldre, noe som kan føre til økt behov for bistand og flytting til institusjon. Det å bo i institusjon kan representere tap av privatliv og selvbestemmelse. Slike omveltninger kan oppleves som kriser og gi økt sårbarhet for depressive symptomer. Depresjon kan gi negative følger som dårligere livskvalitet, fysiske plager, sykdommer og tidligere død (Eriksson, 2012; Drageset, Eide & Ranhoff, 2011). Forskning har vist at Eldres fysiologiske behov blir prioritert over psykososiale behov i norske sykehjem (Slettebø et al, 2010).

Ordet «depresjon» stammer fra latin og betyr nedtrykthet. De mest fremtredende symptomene er tristhet, lav selvaktelse og pessimisme. Videre har individet redusert psykisk og fysisk energi til å utføre daglige gjøremål (Hummelvoll, 2012). Depresjon kan forekomme som en diagnostisert lidelse med bestemte diagnostiske kriterier og kan deles inn i tre grader; mild depresjon, moderat depresjon, alvorlig depresjon og alvorlig depresjon med psykotiske symptomer. Depresjon kan også vise seg som depressive symptomer som er fokuset i denne oppgaven (Kvaal, 2014).

Pasienten kan oppleve ett eller fler symptomer samtidig. Typiske symptomer er isolasjon, redusert interesse for omgivelser og andre sammenliknet med tidligere, nedstemthet, tretthet og mangel på energi og glede. Pasienten kan dessuten oppfattes som mimikkfattig og initiativløs og bruke lengre tid på å svare og reagere på hendelser. Videre kan pasienten oppleve nedsatt selvtillit eller selvfølelse, selvbebreidelse og konsentrasjonsvansker. Eldre kan oppleve maskerte symptomer som ikke er karakterisert av det typiske nedstemte stemningsleie. Disse atypiske symptomene er gjerne somatiske i form av endret appetitt og vekt, søvnløshet, obstipasjon, smerter, ubehag og uro og angst som kan utarte seg i aggresjon. Videre kan demenslignende symptomer som redusert hukommelse, redusert interesse for

omgivelser og konsentrasjonsvansker forekomme hos eldre (Kvaal, 2014; Hummelvoll, 2012).

2.2 Dokumentasjon av depressive symptomer

Dokumentasjon av observasjoner og tiltak som iverksettes er sentralt for å sikre kvalitet, informasjonskontinuitet og koordinering og forbedring av tiltak. Hensikten er at pasienten blir sikret helsehjelp i alle faser og på alle områder som omhandler helse og sykdom (Hellesø, 2015). Alle som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt og er pliktig til å dokumentere alt av relevante og nødvendige opplysninger (Helsepersonelloven, 1999, §39-§40).

Behandlingsplaner opprettes for å dokumentere sykepleierens vurderinger av hvilke behov pasienten har og hva vedkommende trenger hjelp til. Planen inneholder beskrivelse av pasientens problem, pasientens ressurser, sykepleiemål og tiltak som skal iverksettes. Videre skal det være mulig å dokumentere en evaluering av de iverksatte tiltakene i behandlingsplanen (Hellesø, 2015).

2.3 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee var en pioner innenfor sykepleie, hun har hatt og har fremdeles stor innflytelse på sykepleieutdanningen i Norge (Kirkevold, 1998). I boken «Interpersonal Aspects of Nursing», oversatt til norsk: «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» presenterer hun sykepleie som en interaksjonsprosess der den mellommenneskelige relasjonen står i sentrum (Travelbee, 1999).

Om det skal oppstå et menneske-til-menneskeforhold mellom sykepleieren og den syke må begge parter betrakter hverandre som unike menneskelige individer, ikke bare som «sykepleier» og «pasient». Reell kontakt og et mellommenneskelig forhold oppnås først når begge parter forholder seg til hverandre som mennesker. Et hvert menneske er unikt, har unike erfaringer og egne reaksjonsmønstre. Ulike mennesker kan inneha de samme erfaringene, men de vil likevel reagere på sin egen unike måte. Et mellommenneskelig forhold krever at fasadene som sykepleier og pasient brytes ned og at sykepleieren ikke betrakter den syke som en jobb som skal gjøres (Travelbee, 1999).

Et menneske-til-menneske-forhold er erfaringer som finner sted mellom sykepleieren og pasienten. Forholdet er et virkemiddel som kan bidra til å nå sykepleierens hensikt og mål, som er forebygging og mestring av sykdom og lidelse eller å hjelpe den syke til å finne mening i erfaringene. Et menneske-til-menneske-forhold skiller seg fra en sykepleier-pasient-relasjon fordi det tenkes at en sykepleier og pasient ikke kan nå helt inn til hverandre. Et menneske-til-menneskeforhold *er* godt, konstruktivt og den sykes behov blir ivaretatt, en sykepleier-pasient-relasjon kan derimot være enten god eller dårlig. Menneske-til-menneske-forholdet kan betraktes som et synonym til «gjensidig forståelse og kontakt» (Travelbee, 1999).

Det er den profesjonelle sykepleieren som har ansvar for å etablere og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet, men etableringen er en gjensidig prosess der både den syke og sykepleieren har behov som må ivaretas. Sykepleieren er et menneske på samme måte som pasienten og vil dermed ha menneskelige behov. Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold skjer i alt av samspill mellom sykepleier og den syke. Etableringen av forholdet styrkes om sykepleieren bevisst går inn for å lære den syke å kjenne og utforsker vedkommendes behov og ivaretar disse. Forholdet bygges i ulikt tempo og kan stoppe opp, flates ut eller reverseres til et tidligere stadium. Sykepleierens oppgave blir å utforske årsakene til at dette skjer og igangsette prosessen igjen (Travelbee, 1999).

Etableringen og opprettholdelsen av menneske-til-menneske-forholdet krever at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke sin egen personlighet og kunnskaper målbevisst i etableringen av forholdet. Målet er å bedre den syke. Sykepleieren kan opparbeide evnen til å bruke seg selv terapeutisk ved å studere virkningen av egen atferd på andre. En slik type øvelse gjør sykepleieren i stand til å gi slipp på automatiske og stereotype reaksjonsmønstre og gjør sykepleieren rustet til å etablere nye og bedre relasjoner til andre (Travelbee, 1999).

2.4 Kommunikasjon for å skape relasjon

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller delaktiggjøre en annen. Kommunikasjon i relasjoner innebærer utveksling av signaler og tegn mellom to eller fler personer, disse utvekslingene kan være verbale eller nonverbale. Det verbale betegner det

en sier og det nonverbale befatter kroppsspråk, ansiktsuttrykk, holdninger, øyekontakt og bruk av stillhet (Eide & Eide, 2017).

Kommunikasjon er essensielt for at sykepleieren skal være i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten og oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjon foregår i alt samspill, begge parter kommuniserer noe med sitt utseende, ansiktsuttrykk, holdning og atferd. Kommunikasjon kan være et virkemiddel for å oppnå endringer og har en sterk kraft i form av at den kan styre graden av mellommenneskelig nærhet.

Kommunikasjonen kan brukes til å trekke beboeren nærmere, støtte beboeren bort eller hjelpe beboeren. Videre er det gjennom kommunikasjon at den andres verdi som et unikt menneske kommer til syne eller tilsløres. Enhver interaksjon med et menneske er forskjellig, og kommunikasjon blir dermed en kreativ prosess uten faste regler. Kommunikasjonen kan ha et stort potensial om sykepleieren anvender sin dyktighet, kunnskap og kreativitet i kommunikasjonen med pasienten (Travelbee, 1999).

2.4.1 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon vil si en faglig velbegrunnet kommunikasjon som er til hjelp for den andre. Ved å anvende profesjonell kommunikasjon kan sykepleieren bidra til at beboeren føler anerkjennelse, trygghet og tillit. Profesjonell kommunikasjon er personsentrert, noe som krever at man lytter aktivt og ser den andre som en unik person. En bør utforske hva som er viktig for den andre, noe som kan vise seg å være andre ting enn det man forventet (Eide & Eide, 2017). Hovedelementene i profesjonell kommunikasjon er aktiv lytting og å strukturere samtalen. Å strukturere samtalen vil si at sykepleieren har en målrettet samtale med en innledende del, en hoveddel og en avslutning. Aktiv lytting krever at en er åpen og lyttende og bruker kommunikasjonsteknikker for å vise forståelse, hjelpe beboeren til å dele tanker og etablere en god relasjon. Aktiv lytting innebærer bruk av både verbal og nonverbal kommunikasjon. Sentrale elementer i aktiv lytting er å vise at man har oppmerksomheten rettet mot den andre og at man stiller spørsmål som gir den andre rom for å dele. Videre lytter en aktivt om man anvender stillheten ved å ta pauser og på den måten gir rom for refleksjon, ettertanke og ytterligere deling av tanker og følelser. Aktiv lytting er nyttig for å utforske hva man kan bidra med som sykepleier (Eide & Eide, 2017).

2.5 Sykepleierens funksjoner

Sykepleieren i sykehjem har fler ulike og komplekse funksjoner (Nordtvedt & Grønseth, 2016), for å belyse problemstillingen blir det aktuelt å presentere sykepleierens lindrende funksjon og sykepleieren som faglig leder.

2.5.1 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon innebærer å begrense eller redusere omfanget av pasientens psykiske, fysiske, åndelige og sosiale plager. Sykepleieren må rette oppmerksomheten mot hvordan pasienten opplever og erfarer sykdommen eller lidelsen og ha fokus på å opprettholde best mulig livskvalitet. Det er sentralt å begrense de symptomene som pasienten selv opplever som ubehagelige (Nordtvedt & Grønseth, 2016; Kristoffersen et al., 2016).

2.5.2 Sykepleieren som faglig leder

Alle offentlig godkjente sykepleiere i klinisk arbeid er faglige sykepleieleidere. Den faglige lederens hovedoppgave er å arbeide etter og følge opp sykepleieprosessen. Videre har sykepleieren et ansvar for å følge opp medarbeidere i form av veiledning, oppfølging og kontrollering av at tiltak er gjennomført. Den faglige lederen har ansvar for å kvalitetssikre sykepleietjenesten, delegere oppgaver og står ansvarlig for riktig og tilstrekkelig dokumentasjon (Pfeiffer, 2002).

2.6 Sykepleierens rammefaktorer

Nedenfor beskrives yrkesetiske føringer og juridiske- og helsepolitiske rammer som er aktuelle for å belyse problemstillingen. Rammene bidrar til å sikre kvalitet og forsvarlig, verdig og omsorgsfull sykepleie (Slettebø, 2014).

2.6.1 Yrkesetiske føringer

Etikk omtales som moralens teori og omhandler kritisk refleksjoner over handlinger og hvorvidt disse oppleves som gode eller vonde for den andre. Etisk teori legger føringer for hvordan god sykepleiepraksis bør være (Nordtvedt, 2016).

Sykepleiere bør ivareta pasientens integritet ved å utøve holistisk omsorg. Holistisk sykepleie handler om å se alle delene av et menneske. Hver del av mennesket utgjør en bestanddel av

helheten og alle deler henger gjensidig sammen. Holistisk lære forholder seg til fire dimensjoner i mennesket; den fysiske dimensjonen, den psykiske dimensjonen, den sosiale dimensjonen og den åndelige dimensjonen (Odland, 2016). Yrkesetiske retningslinjer understøtter plikten til holistisk omsorg i punkt 2.3: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Videre legger den mellommenneskelige relasjonen grunnlaget for nærhetsetikken. Nærhetsetikken baserer seg på jeg-du-forholdet i møte med mennesker og forkaster jeg-det-forholdet. Sykepleieren må være oppmerksom og se det spesielle i møtet med et menneske og betrakte møtet som en moralsk situasjon. De etiske handlingsvalgene baseres på situasjonsforståelse, følelser og intuisjoner, ikke normer og regler. Nærhetsetikk er relasjonsetikk fordi sykepleierens holdninger og væremåte overfor pasienten avgjør om situasjonen oppleves som god. Møtet mellom sykepleier og den hjelpetrengende er i stor grad preget av makt, pasienten er i en posisjon der vedkommende er avhengig av sykepleierens hjelp og at sykepleieren handler til det beste for en. Sykepleierens evne til varhet, kommunikasjon og dialog har enorm betydning for at den hjelpetrengende skal oppleve tillit og dernest våge å utlevere seg (Brinchmann, 2016b).

Som sykepleier arbeider man tett på menneskers liv og sårbarhet, noe som gjør at man stadig støter på små og større etiske dilemmaer. Etiske dilemmaer kan beskrives som et valg mellom to eller fler verdier der begge utfall er uønsket (Slettebø, 2016). Pliktetikk kan bidra til å løse etiske dilemmaer. Pliktetikk betyr å handle i overensstemmelse med plikter uavhengig av konsekvensene. Det er fokus på plikten og handlingen uavhengig av konsekvensene. Enkelte plikter kan komme i konflikt med hverandre og løses ved at noen plikter står sterkere enn andre eller ved å ta hensyn til et overordnet prinsipp. Pliktetikk kan deles i indre plikter som er skapt av menneskelig fornuft og ytre plikter som er nedfelt i regler, lover, retningslinjer og religion (Brinchmann 2016c). Etiske dilemmaer kan videre løses ved hjelp av konsekvensetikk som handler om å komme frem til beslutninger der utfallet har overvekt av positive konsekvenser og at flest mulig blir tilfredse. Innenfor konsekvensetikk er det aktuelt å velge regler som gir størst utfall av positive konsekvenser (Sneltvedt, 2016).

Videre kan de fire prinsippers etikk bidra til å løse etiske dilemmaer. De fire prinsippers etikk omfatter prinsippene om velgjørenhet, ikke-skade, rettferdighet og autonomi. Velgjørenhet handler om å handle til det beste for den andre. Ikke-skade-prinsippet omfatter plikten til å

aldri skade andre og rettferdighetsplikten skal sikre at alle blir behandlet likt og at ressurser blir fordelt på rettferdig vis. Autonomi omfatter plikten til å respektere den andres selvbestemmelsesrett og rett til informasjon (Brinchmann, 2016a). Pasienters rett til autonomi er også nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer i punkt 2.4 (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Kari Martinsen mener derimot at det å handle etter pasientens ønske er umoralsk når man vet at pasientens ønske ikke er til det beste for vedkommende, dette kan betegnes som en unnlåtelsessynd (1989).

2.6.2 Juridiske rammer

Sykepleiere som arbeider på sykehjem er pliktig til å regulere seg etter gitte lover og forskrifter. Lover og forskrifter er like gjeldende og gir samme rettslige virkninger (Molven, 2016). Det finnes ingen eksplisitte juridiske føringer for hvordan sykepleiere skal prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utover at alle pasienter har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Tønnesen, 2016). Faglig forsvarlig helsehjelp defineres ytterligere i lovverket, herunder at helsepersonell skal handle innenfor sitt kvalifikasjonsområde og innhente bistand og samarbeide med andre kvalifiserte aktører om det blir nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Kravet til omsorgsfull hjelp defineres ikke, men kan tolkes som hjelp preget av respekt, omtanke, vennlighet, innlevelse, verdighet og trygghet (Molven, 2016). Videre har alle pasienter rett til et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1 a.).

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven skal fremme tillitsforholdet mellom pasienten og omsorgstjenesten. Lovens formål er å sikre god kvalitet på tjenestene (1999, §1-1). Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at sosiale behov som mulighet for sosial kontakt, samvær, fellesskap og aktivitet blir ivaretatt (2003, §3). Videre har alle pasienter rett til å få sin autonomi ivaretatt ved at helsepersonell ikke handler uten deres samtykke. Samtykket kan gis verbalt eller det må vurderes ut fra beboerens væremåte og omstendighetene for øvrig at helsehjelpen godtas. Annet rettslig grunnlag kan gi unntak fra regelen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1-§4-2).

2.6.3 Helsepolitiske rammer

Langtidsavdelinger i sykehjem er ment for personer med så omfattende behov for døgnkontinuerlig sykepleie- og omsorgstjenester at de ikke kan dekkes i eget hjem eller i

omsorgsbolig (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 og har hatt betydning for organiseringen og kvaliteten i sykehjemsavdelingene. Målet var at oppgaver skulle bli flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for å sikre et bærekraftig helsetilbud med god kvalitet nærmere pasientenes hjem (Befring, 2015). I en rapport utført på oppdrag av Norsk sykepleierforbund kommer det frem at samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde for sykepleiere i sykehjemmene. Sykepleierne påpeker økt arbeidsmengde grunnet fler og sykere pasienter uten at bemanningen er trappet opp tilsvarende. Dessuten har sykepleierne fått mer krevende og komplekse arbeidsoppgaver. De som kommer dårligst ut etter samhandlingsreformen er blant annet eldre med moderate psykiske problemer og de som har behov for sosial kontakt (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

3. Metode for oppgaven

Metode kan beskrives som fremgangsmåten man bruker for å fremskaffe data og kunnskap for å besvare en problemstilling. Metodekapitlet skal vise hvordan kunnskapen til oppgaven er innhentet (Dalland, 2017). Kapitlet vil presentere fremgangsmåten som er brukt, kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Fremgangsmåte

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som anvender eksisterende forskning, teori og faglitteratur (Dalland, 2017). Det er anvendt fler metoder for å finne frem til kunnskapsgrunnlaget. Relevant faglitteratur og teori ble i hovedsak funnet i pensumbøker og på biblioteket til Lovisenberg diakonale høyskole. Aktuell faglitteratur ble funnet ved å gjennomgå pensumlistene og pensumbøkene i utdanningen og ved å søke i Oria som er bibliotekets søkemotor for å finne frem til aktuelle bøker, tidsskrifter og artikler.

Sykepleieteorien til Travelbee ble valgt ut etter å ha lest i Kirkevolds bok om sykepleieteorier (1998). Videre ble det brukt anerkjente nettsider for å innhente relevant fagkunnskap, herunder sidene til Lovdata og Norsk sykepleierforbund.

Forskningsartiklene er funnet ved å gjøre omfattende søk i fler databaser. Databasene som ble brukt var CINAHL, SweMed+ og Sykepleien Forskning. I tillegg ble Google Scholar brukt for å få fullteksttilgang til enkelte artikler. Til å begynne med var søkene ganske avgrensede med mange søkeord og avgrensninger, dette ga få treff, derfor ble det gjort noe mer utvidede søk som ga fler relevante treff. I CINAHL ble følgende søkekombinasjonen brukt:

«Depression» AND «Nursing Home Patients» AND «Nurse-Patient Relations» i tillegg til å avgrense tidsperioden til «01.01.2012-2018» og krysse av for «Research Article». Denne søkekombinasjonen ga tre treff og en aktuell artikkel ble funnet. Videre ble det funnet ytterligere en artikkel ved å søke i CINAHL med følgende søkeord: «Depression» AND «Nursing Home Patients» AND «Norway», tidsavgrenset til «01.01.2012-2018». Søket ga 15 treff.

På Sykepleien sine nettsider ble det søkt på følgende i søkefeltet: «Personlige relasjoner og psykisk helse». I tillegg ble det krysset av for «forskning» og tidsavgrenset til «2008-2018». Søket ga 25 treff, to av artiklene ble utvalgt som relevante for problemstillingen. Ytterligere

en artikkel ble funnet i SweMed+ med søkeordene «relasjoner» AND «sykehjem» AND «depresjon», tidsavgrenset til «2008-2018». Søket ga 2 treff. En siste artikkel ble funnet i referanselisten til Haugan, Innerstrand og Moksnes sin forskningsartikkel som ble utgitt i 2013.

Utvalget av artiklene ble gjort på bakgrunn av visse inklusjonskriterier. For å sikre oppdatert kunnskap ekskluderte jeg alle artikler som er eldre enn ti år. Videre inkluderte jeg kun artikler som omhandlet eldre over 65 år. For å sikre kulturell og strukturell relevans ekskluderte jeg artikler fra Asia og Afrika. Det var kun forskningsartikler skrevet på norsk eller engelsk som ble inkludert. I utgangspunktet ønsket jeg kun å inkludere studier gjort på sykehjem, men fant likevel en artikkel fra hjemmetjenesten som var relevant for problemstillingen.

Det er i hovedsak brukt seks forskningsartikler i oppgaven. Det er referert til fler artikler utover disse fordi de er primærkildene til enkelte utsagn, men disse er kun referert til i korte trekk og er dermed ikke presentert ytterligere enn det som fremgår i teori- og drøftingskapittelet.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å bedømme hvorvidt innhentede kilder er sanne og hvorvidt de er relevante for problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017). Kildenes styrker og svakheter vurderes her, dette har blitt gjort ved å ta utgangspunkt i kildenes troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet (Pettersen, 2017).

3.2.1 Relevant litteratur og teori

Faglitteraturen som er brukt er for det meste sekundærkilder som er hentet fra pensumbøker eller anerkjente nettsider. En sekundærkilde vil si en fortolket utgave av det originale budskapet (Dalland & Trygstad, 2017). Likevel har jeg anstrengt meg med å finne primærkildene der sentrale teorier og forskning kommer frem. Svakheten ved å anvende slik faglitteratur er at primærbudskapet kan endres når det fortolkes av en annen forfatter.

Pensumlitteraturens styrker er at litteraturen er spesielt egnet for studenter og dermed av høy brukervennlighet til en studentskrevet oppgave. Forlagene er anerkjente utgivere av akademiske bøker og forfatterne har høy faglig kompetanse, som oftest i form av å være

professorer eller høskolelektorer innenfor sykepleie. Videre er de brukte bøkene og nettsidene objektive og ikke skrevet for å selge noe. Bøkene og nettsidene viser at de bygger på relevant forskning i sine referanser, noe som styrker troverdigheten. Jeg har etterstrebet å anvende oppdatert faglitteratur innenfor de seks siste årene ved å bruke de nyeste utgavene av bøkene, likevel har jeg ved unntak anvendt Pfeiffer sin bok fra 2002 da denne fortsatt står på vår pensumliste og fortsatt er relevant for klinisk praksis.

Mye av den sykepleiefaglige referanserammen baserer seg på Joyce Travelbees teori som er beskrevet i boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie», oversatt fra den originale boken «Interpersonal Aspects of Nursing». Den engelske boken er den opprinnelige utgaven og dermed en primærkilde, den oversatte utgaven kan regnes som en sekundærkilde da ord og uttrykk kan ha bli endret, noe som svekker kilden (Dalland & Trygstad, 2017). Likevel er boken valgt fordi den er lettere forståelig og mer tilgjengelig på norsk og fordi Travelbees teori om mellommenneskelige relasjoner er svært relevant for min problemstilling. Den siste utgaven av «Interpersonal Aspects of Nursing» ble utgitt i 1971, men Travelbees teori er fremdeles anerkjent og brukes fortsatt innenfor den norske sykepleieutdanningen (Kirkevold, 1998).

3.2.2 Forskningsartikler

De valgte forskningsartiklene er primærstudier der forskningen presenteres for første gang og bidrar med ny kunnskap om emnet (Dalland & Trygstad, 2017). Alle artiklene er gitt ut av anerkjente utgivere av sykepleietidsskrifter og alle er fagfellevurdert. Artiklene er skrevet for å bidra med ny kunnskap uten kommersielle hensikter. Informasjonen som kommer frem i artiklene er oppdatert, ingen av forskningsartiklene er eldre enn ni år gamle, og alle med unntak av en er under fem år gamle. Svakheten med å utelukke eldre artikler blir at man ekskluderer forskning som kan være overførbar til samtiden. Alle artiklene er beregnet for sykepleiere som arbeider med eldre, og er dermed av høy aktualitet for en bacheloroppgave i sykepleie. Det har vært vanskelig å finne mange gode artikler som svarer direkte på problemstillingen og har direkte overførbarhet til målgruppe, kontekst og avgrensninger. Derfor ble også forskningsartikler som kan bidra til å besvare deler av oppgaven inkludert.

Alle studiene med unntak av én er utført i Norge. Styrken er at dette sikrer overførbarhet til gjeldende praksis og kultur, men svakheten blir at relevant forskning fra utlandet kan ha

uteblitt. Videre er alle studiene med unntak av én utført ved sykehjem, dette sikrer direkte overførbarhet til problemstilling og målgruppe. Likevel er en artikkel som er utført i hjemmetjenesten inkludert. Artikkelen hadde mange relevante funn som kunne overføres til min problemstilling til tross for annen kontekst. Svakheten blir at forholdene og strukturen er annerledes i hjemmetjenesten, likevel tenkes det at hovedfunnene kan være overførbare til en sykehjemsavdeling.

Det har blitt etterstrebet å anvende både kvalitativ og kvantitativ forskning fordi kvantitativ forskning gir et bredere bilde av hvordan en større gruppe opplever et fenomen, altså er informasjonen overførbar til mange, kvalitativ forskning går derimot i dybden og gir mer forståelse av et smalere utvalg (Dalland, 2017). Ved å kombinere disse får man både data som kan være overførbar til flest mulig, samtidig som man får data som går mer i dybden av problemstillingen.

To av de kvantitative forskningsartiklene baserer seg på den samme studien der 202 sykehjemsbeboere i Midt-Norge deltok. Svakheten ved å bruke to artikler som baserer seg på den samme studien er at man får et smalere utvalg av deltakere enn om studiene hadde basert seg på to ulike grupper med deltakere. Likevel er disse artiklene av svært høy relevans fordi de svarer såpass direkte på problemstillingen. Dessuten inkluderer begge studiene kun eldre med intakt kognisjon, noe som passer godt til avgrensningene.

Halvparten av forskningsartiklene inkluderer kun eldre uten kognitiv svekkelse, dette er et bevisst valg for å overholde avgrensningene. Likevel var det vanskelig å finne mange gode artikler som både besvarer problemstillingen og som kun inkluderer eldre uten demenssykdom. Derfor er artikler som baserer seg på den generelle sykehjemspopulasjonen også valgt. Artiklene beskriver likevel at deltakerne må være i stand til å gjennomføre et intervju eller besvare et spørreskjema, noe som tilsvarer at de må ha tilstrekkelig kognitiv kapasitet. Til tross for dette kan en ikke ta utgangspunkt i at deltakerne ikke har demenssykdom og forskningsresultatene blir dermed ikke fullstendig overførbare til den avgrensede målgruppen.

3.3 Etiske vurderinger

Jeg har lest regler for oppgaveskriving nøye og vært tro mot disse i mitt arbeid. Jeg har vært nøye i krediteringen av andres arbeid ved å referere tydelig og etterrettelig. Det som har vært trukket inn av praksiserfaringer er fullstendig anonymisert og omtalen av personer er fremstilt på en verdig og respektfull måte.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Data fra forskningsartikler er brukt for å belyse problemstillingen ved hjelp av nyere kunnskap innenfor temaet. I tabellen nedenfor legges det frem en kort presentasjon av forskningsartiklene.

Tabell 1: Artikkelmatrise

| | |
|-------------------|---|
| Nr. 1 | Tittel: «The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients». |
| Forfattere | Gørill Haugan, Siw T. Innerstrand og Unni K. Moksnes (2013). |
| Tidsskrift | Journal of clinical Nursing. |
| Hensikt | Utforske sykepleier-pasient-interaksjonens effekt på angst og depresjon hos eldre sykehjemspasienter med intakt kognisjon. |
| Metode | Kvantitativ metode: ansikt-til-ansikt-intervju der intervjueren leser opp og krysser av på spørreskjema. 202 norske sykehjemsbeboere i Midt-Norge deltok. Dataene ble testet med en strukturligningsmodell. |
| Funn | Signifikante funn på at en god sykepleier-pasient-interaksjon reduserer depresjon. |
| Nr. 2 | Tittel: «Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment». |
| Forfattere | Jorunn Drageset, Geir Egil Eide og Anette Hysten Ranhoff (2013). |
| Tidsskrift | Scandinavian Journal of Caring Sciences. |
| Hensikt | Undersøke forekomsten av depresjon og depressive symptomer hos eldre med intakt kognisjon. Studere hvordan tilknytning, følelse av verdighet og sosial integrering påvirker depresjon. |
| Metode | Kvantitativ metode: ansikt-til-ansikt-intervju der intervjueren leser opp og krysser av på spørreskjema. 227 norske sykehjemsbeboere deltok. |
| Funn | 18% av beboerne hadde diagnostisert depresjon, 32% hadde depressive symptomer. Sosial støtte, følelse av verdighet og sosial integrering var assosiert med lavere nivå av depresjon. |
| Nr. 3 | Tittel: «Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten». |
| Forfattere | Astrid Skatvedt og Ellen Andvig (2014). |
| Tidsskrift | Sykepleien Forskning. |

| | |
|-------------------|--|
| Hensikt | Undersøke hvordan kommunehelsetjenesten kan legge til rette for bedring hos eldre med psykiske helseproblemer. |
| Metode | Kvalitativ metode: individuelle og semistrukturerte intervjuer med brukere og pårørende. 16 brukere og 4 pårørende ble rekruttert via Team for psykisk helse og hjemmetjenesten i Norge. |
| Funn | Hovedfunnene var at deltakerne ønsket mer tid til samvær, herunder samtale, utvikle tillit og bli kjent. De ønsket en å prate med eller bare være stille med. Deltakerne ønsket mer vennligsinnet pågåenhet, de ønsker at pleierne stiller krav, utøver press, inviterer med og møter opp. |
| Nr. 4 | Tittel: «Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem». |
| Forfattere | Jörg W. Kirchhoff, Camilla Gjellebæk og Merete Tangen (2014). |
| Tidsskrift | Sykepleien Forskning. |
| Hensikt | Undersøke hvilken betydning personlige relasjoner har for tilfredsheten med oppholdet på sykehjem. |
| Metode | Kvantitativ metode med bruk av spørreskjema. Tverrsnittsdesign. 114 sykehjemsbeboere i Norge deltok. |
| Funn | Tilfredsheten med oppholdet var tydelig forbundet med beboernes opplevelse av relasjon til de ansatte. 68% var fornøyd med muligheten til å være med personalet og 40% var fornøyd med tiden personalet brukte sammen med den enkelte beboer. Beboernes opplevelse av relasjon til ansatte ga økning i totaltilfredsheten. |
| Nr. 5 | Tittel: «Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff». |
| Forfattere | Christine Brown Wilson og Sue Davies (2009). |
| Tidsskrift | Journal of Clinical Nursing. |
| Hensikt | Undersøke hvorvidt relasjoner i sykehjemmet påvirker beboernes opplevelse av oppholdet. Undersøke hvordan relasjoner etableres og pleiepersonellens bidrag i denne prosessen. |
| Metode | Kvalitativ metode. Bruk av semistrukturerte intervjuer, fokusgrupper og observasjon av deltakerne. Beboere, pårørende og personale deltok. Utført ved 3 sykehjem i England. |

| | |
|-------------------|--|
| Funn | Personalet hadde tre tilnæringsmåter for å utøve omsorg, disse måtene hadde innflytelse på etablering av relasjoner mellom beboere og ansatte. Tilnæringsmåtene var beskrevet som (1) individualisert og oppgavesentrert omsorg, (2) beboersentrert omsorg og (3) relasjonsentrert omsorg. Bruken av de to sistnevnte tilnæringsmåtene ga flest positive opplevelser for beboerne og pleiepersonellet. |
| Nr. 6 | Tittel: «Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspatienters psykiske helse». |
| Forfattere | Gørill Haugan (2014). |
| Tidsskrift | Geriatrisk sykepleie. |
| Hensikt | Undersøke sammenhengene mellom pleier-pasient-interaksjon, depresjon, intra-personlig self-transcedence og mening. |
| Metode | Kvantitativ metode: ansikt-til-ansikt-intervju der intervjueren leser opp og krysser av på spørreskjema. 202 norske sykehjemsbeboere i Midt-Norge deltok. Dataene ble testet med en strukturligningsmodell. |
| Funn | Pleier-pasient-interaksjon bidrar til betydelig mindre depresjon om bestemte kvaliteter er tilstede. Disse kvalitetene var å bli lyttet til, respektert, bekreftet som et unikt individ, anerkjent, bli tatt seriøst og bli forstått. |

5. Hvordan kan sykepleier-beboer-relasjonen bidra til å lindre depressive symptomer?

Å drøfte vil si å gå i dybden av en problemstilling ved å analysere, tolke og vurdere funnene som er gjort (Dalland, 2017). Drøftingen er basert på fagkunnskap, teori, forskning og praksiserfaringer. Problemstillingen blir besvart ved å drøfte hvordan man kan danne en lindrende relasjon, hvordan kommunikasjonen bidrar i relasjonsbyggingen og ved å gå i dybden i viktige etiske og juridiske aspekter.

5.1 Etablering av en lindrende relasjon

Etablering av relasjon er essensielt for at sykepleieren skal kunne lindre depressive symptomer. Bare det å inneha rollene som «sykepleier» og «beboer» skaper et forhold og en forbindelse mellom to parter som kan defineres som en relasjon (Eide & Eide, 2017). Ingen av partene velger hverandre og de befinner seg i en relasjon som i stor grad kan være preget av makt. Sykepleierens tilnæringsmåte vil påvirke hvorvidt relasjonen har potensiale for lindring og oppleves som god (Brinchmann, 2016b). Etablering av en lindrende relasjon er avhengig av sykepleierens etiske holdning og evne til å forakte «jeg-det-forholdet» og bestrebe et «jeg-du-forhold» til sykehjemsbeboeren (Brinchmann, 2016b). Relasjonen etableres og opprettholdes i alt av samspill mellom sykepleieren og den syke (Travelbee, 1999).

5.1.1 Relasjon – en lindrende funksjon?

Etablering av relasjon kan vise seg å bidra i lindringen av depressive symptomer fordi forskning har vist en signifikant og direkte sammenheng mellom sykepleier-pasient-interaksjon og lavere nivåer av depresjon, slik interaksjon har vist seg å lindre depresjon (Haugan et al., 2013; Haugan, 2014). Interaksjon kan på sett og vis forstås synonymt med relasjon fordi relasjon kan betegnes som kontakten og erfaringene mellom partene (Eide & Eide, 2017; Travelbee, 1999). Det er ikke slik at enhver relasjon oppfattes som god og har potensiale for lindring, relasjonen må ha bestemte kvaliteter som at beboeren opplever å bli lyttet til, respektert, anerkjent, bekreftet, forstått og tatt på alvor. Dette kan føre til tillit og tilknytning til personalet og betydelig mindre depresjon (Haugan, 2014). Annen forskning underbygger videre at det er hensiktsmessig å bruke relasjon for å lindre depressive symptomer. Sosial støtte, opplevelse av verdighet og sosial integrering var nemlig assosiert

med mindre depresjon (Drageset et al., 2013). Om sykepleieren tilstreber å etablere en god og tillitsfull relasjon kan det tenkes at beboeren føler høyere grad av sosial støtte, verdighet og sosial integrering og at dette bidrar til å lindre beboerens depressive symptomer.

5.1.2 Å bryte ned rollene som «sykepleier» og «beboer»

Travelbee påpeker at en god og mellommenneskelig relasjon først oppnås når både sykepleieren og beboeren anser hverandre som unike menneskelige individer uten å tillegge hverandre de stereotype oppfatningene som tillegges å være «beboer» og «sykepleier» (1999). På den andre siden virker det umulig at disse rollene kan viskes fullstendig ut. Realiteten er at partene befinner seg i roller som har generaliserte egenskaper og ansvar. Sykepleieren *skal* utføre sykepleie og beboeren *er* avhengig av denne hjelpen, dermed oppstår det et naturlig maktforhold. Sykepleieren bør være særskilt bevisst på denne makten og tilnærme seg på en slik måte at beboeren opplever god sykepleie og minst mulig avmakt (Brinchmann, 2016b). En slik tilnærming vil kreve at man betrakter hverandre som unike og likeverdige mennesker uten generaliserte behov for at partene skal betrakte hverandre som noe mer enn de definerte rollene og dermed nå inn til hverandre (Travelbee, 1999).

For at et mellommenneskelig forhold skal etableres må også beboeren bidra i relasjonen ved å se sykepleieren som et unikt menneskelig individ med unik personlighet og behov, fremfor en sykepleier lik alle andre sykepleiere. Partene må bevege seg inn i fasen der de unike identitetene kan vokse frem (Travelbee, 1999). En kan undres om det er holdbart å tillegge den depressive beboeren et slikt ansvar når sykepleieren skal være den profesjonelle. Det er sannsynlig at beboeren ikke makter å utforske sykepleierens behov og personlighet fordi depressive symptomer kan utarte seg i form av nedsatt energi, initiativløshet og fravikende atferd (Kvaal, 2014; Hummelvoll, 2012). Sykepleieren må derfor godta at beboeren ikke har krefter til å anse han eller hun som noe mer enn en sykepleier og at beboeren ikke makter å delta i relasjonsbyggingen. Travelbee presiserer at det er sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet (1999).

5.1.3 Å betrakte beboeren som et unikt og verdig individ

Travelbee påpeker viktigheten av å bevisst gå inn for å lære beboeren å kjenne som et unikt individ. Man må bruke seg selv terapeutisk ved å målrettet gi av seg selv og sin personlighet og legge bort typiske reaksjonsmønstre for å bli i bedre stand til å etablere

mellommenneskelige relasjoner der det unike i mennesket blir sett og stereotype oppfatninger brytes ned. Sykepleieren bør utforske beboerens behov og personlighet (Travelbee, 1999). Studien til Wilson og Davies underbygger dette. De eldre opplevde en styrket relasjon til de ansatte om de ansatte var oppriktig interessert i å utforske hva som er viktig for beboeren og viktige hendelser i deres liv og adopterte denne kunnskapen til beboernes daglige rutiner. Slik tilnærming ga følelse av verdighet og utgjorde en positiv forskjell for beboerne (2009). Om sykepleieren derimot betrakter samhandlingen med beboeren som en «jobb» som må gjøres og fokuset er rettet mot praktiske oppgaver, vil dette svekke relasjonen til beboeren (Wilson & Davies, 2009).

Videre kan vi se at det å etablere en relasjon ikke nødvendigvis må være en komplisert affære. I en norsk studie kommer det frem at alminnelig samvær der pleierne ser brukerne som gjensidige individer bedrer selvopplevelsen til mange med psykiske helseproblemer. «Innholdsløs meningsfull prat» hadde stor betydning og bidro til at man fremstod som et verdig individ (Skatvedt & Andvig, 2014). Med andre ord behøver ikke praten å være full av overveide ord når vi vet at den alminnelige praten om det hverdagslige har lindrende potensial. Det er heller ikke slik at man er nødt til å sette seg ned i et stille rom alene med beboeren, forskning har vist at det å delta i aktiviteter sammen også kan være et handlingsrom der gode relasjoner kan dannes (Kirchhoff, Gjellebæk & Tangen, 2014). Selv om det å prate hverdagslig og delta i aktiviteter sammen kan virke enkelt, kan det tenkes at denne samhandlingen bør være preget av at man betrakter hverandre som mellommenneskelige og likeverdige individer for at samhandlingen skal oppleves som god.

5.1.4 Viktigheten av å kjenne beboeren

Sykepleiere i langtidsavdelinger har en unik mulighet til å danne gode relasjoner og bli kjent med den enkelte beboer over tid. Om sykepleieren vektlegger å bruke tid med beboerne kan dette resultere i opplevelse av tillit og tilknytning mellom sykepleier og beboer (Haugan, 2014). Å ha opparbeidet en slik relasjon er helt klart en fordel fordi man kjenner beboerens behov og uttrykk og kan anvende denne kunnskapen i lindringen av depressive symptomer. Lindring dreier seg nemlig om å begrense de symptomene som beboeren selv opplever som ubehagelige (Nordtvedt & Grønseth, 2016; Kristoffersen et al., 2016). Ved å bygge en relasjon og bli kjent med beboeren kan man få tilgang til betydningsfull informasjon om hva beboeren selv anser som sine behov og plager og har et bedre utgangspunkt til å lindre

depressive symptomer. Når man har blitt kjent med beboeren og vedkommendes uttrykk kan det bli enklere å basere handlingsvalgene på følelser, intuisjoner og situasjonsforståelse fremfor gitte normer og regler som ikke lar seg overføre til enhver situasjon (Brinchmann, 2016b). Et eksempel på dette kan være at sykepleieren sanser at beboeren har behov for en samtale fremfor et praktisk gjøremål som skulle vært utført i henhold til behandlingsplanen. På den måten behandler man beboeren som et unikt menneskelig individ uten generaliserte behov, noe som styrker den mellommenneskelige relasjonen (Travelbee, 1999) og kan virke lindrende på depressive symptomer (Haugan, 2014).

5.1.5 Tid til samvær og pågående omsorg

Både eldre med psykiske helseproblemer og sykehjemsbeboere har uttrykket at deres relasjon til de ansatte er knyttet til opplevelsen av at de ansatte bruker tiden sin på beboerne og er tilgjengelige for en prat (Skatvedt & Andvig, 2014; Kirchhoff et al., 2014). Eldre med psykiske helseproblemer beskriver det som verdifullt at sykepleiere tar seg tid til prat i hverdagslivet, dette kan bidra til at relasjonen blir robust og trygg (Skatvedt & Andvig, 2014). Dessuten kan det å konsekvent ta seg tid til å lytte til beboeren bidra til å redusere depressive symptomer (Haugan et al., 2013). En studie som ble utført i norske sykehjem viser at kun 40% av beboerne var fornøyde med tiden de ansatte brukte på den enkelte, dette kan si noe om at sykepleiere bør bruke mer tid sammen med beboerne, spesielt fordi relasjonen til ansatte var beskrevet som svært betydningsfull for beboernes tilfredshet (Kirchhoff et al., 2014).

Det å prioritere tid til samvær med beboere kan handle om å skape et skifte fra en arbeidskultur der man arbeider etter et sett med oppgaver som skal gjennomføres. Slik sykepleie kan oppleves tilfredsstillende for sykepleieren fordi man kan «krysse av» arbeidsoppgaver og innsatsen blir dermed mer synlig og målbar både for en selv og medarbeidere. På den andre siden viser det seg at slik rutinepreget sykepleie kan svekke personlige relasjoner og beboeres tilfredshet (Wilson & Davies, 2009). Det å samhandle med depressive beboere bør bli ansett som verdifull sykepleie til tross for at dette ikke er en like synlig sykepleieoppgave. Erfaringsmessig kan det å sette seg ned med beboere skape en frykt for at medarbeidere tenker at man forsøker å unngå arbeidsoppgaver. Samhandlingen mellom sykepleier og beboer bør anses som svært viktig og verdifull når vi vet at slik interaksjon har

vist seg å lindre depressive symptomer og er av stor betydning for sykehjemsbeboere (Haugan et al., 2013; Kirchhoff et al., 2014).

Om sykepleieren har spandert tid til samvær med beboeren kan dette åpne for en tillitsfull relasjon der sykepleieren gis anledning til å være pågående for å lindre psykiske plager. Eldre med psykiske helseproblemer presiserer nemlig at det er betydningsfullt at pleierne er vennligsinnet pågående, at sykepleierne bruker sin faglige autoritet og omsorg selv når de eldre tilsynelatende avviser hjelp, slik pågåenhet kunne bidra til bedring (Skatvedt & Andvig, 2014). Vennligsinnet pågåenhet er spesielt aktuelt for den valgte pasientgruppen da de depressive symptomene kan utarte seg i form av redusert sosial interesse, isolasjon og initiativløshet (Kvaal, 2014; Hummelvoll, 2012), trolig har ikke beboeren kapasitet til å oppnå bedring på egenhånd. En dame forteller i Skatvedt og Andvig sin studie at det å bli stilt krav til opplevdes som forferdelig, men at dette var avgjørende for hennes bedring (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 68), dermed kan det tenkes at depressive sykehjemsbeboere også kan oppleve bedring om noen stiller krav til at de skal utføre handlinger som kan virke lindrende. Eksempler på krav kan være å komme seg ut i miljøet, delta på aktiviteter eller snakke om vanskelige tanker. Det er viktig å understreke at sykepleiere aldri må handle uten beboerens samtykke, mer om dette blir gjort rede for under de etiske og juridiske aspektene.

5.2 Kommunikasjonens funksjon i relasjonsbyggingen

Det er umulig å ikke kommunisere i møtet med et menneske. Vi kommuniserer noe med alt vi foretar oss; det vi sier, øyekontakt, holdning og ved å være taus (Eide & Eide, 2017). Det er gjennom kommunikasjonen at man kan synliggjøre den andres verdi som menneske.

Kommunikasjon kan bidra til å trekke beboeren nærmere og bidra i etableringen av en relasjon som baserer seg på anerkjennelse, trygghet og tillit (Travelbee, 1999; Eide & Eide, 2017). Som sykepleier gjelder det å anvende kommunikasjon på en bevisst og målrettet måte for å oppnå en mellommenneskelig relasjon der man har anledning til å lindre depressive symptomer. En relasjon vil kunne oppstå uten profesjonell og målrettet bruk av kommunikasjon, men en god og mellommenneskelig relasjon der en blir kjent med beboeren vil kreve bruk av profesjonelle kommunikasjonsferdigheter og bevisste tilnæringsmåter (Travelbee, 1999).

Profesjonell kommunikasjon krever at sykepleieren er fokusert på beboeren, strukturerer samtalen underveis og er bevisst sin verbale og nonverbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2017). Dessuten må beboeren bli sett som et unikt individ, kommunikasjonsprosessen bør derfor være en kreativ prosess der man justerer seg etter beboerens uttrykk og er åpen for at samtalen utarter seg annerledes enn forventet (Travelbee, 1999; Eide & Eide, 2017). Om man i forkant av samtalen har forespeilet seg utfallet av samtalen vil man både ha tillegget beboeren generaliseringer fordi man antar at vedkommende vil kommunisere «det typiske» og trolig vil man ikke være like åpen for beboerens uttrykk. Om man derimot lytter aktivt og stiller åpne spørsmål vil man åpne for at beboeren står friere til å dele det vedkommende selv har på hjertet (Eide & Eide, 2017).

Anvendelse av aktiv lytting er særlig sentralt for pasientgruppen fordi de depressive symptomene kan opptre i form av redusert interesse for andre, redusert energinivå, isolasjon og tregere kommunikasjon (Kvaal, 2014; Hummelvoll, 2012), noe som kan gjøre det vanskeligere å igangsette og føre en samtale. Det tenkes at man bør forvente at det er usikkert at den depressive beboeren makter å føre en samtale overhodet, at man kan bli møtt med avvisning og at samtalen krever tålmodighet og terapeutisk bruk av seg selv. Sykepleieren må være fullstendig tilstede og pågående. Det kan oppfattes som ubehagelig og krevende å være i en interaksjon der den andre kan oppfattes som uinteressert. Likevel viser det seg at det er viktig at sykepleiere ikke gir seg ved minste motgang, pågåenhet kan bidra til bedring hos eldre med psykiske helseproblemer (Skatvedt & Andvig, 2014). Videre er det viktig å understreke at sykepleieren ikke bør la seg avskrekke av stillhet i samtalen selv om det kan oppleves ubehagelig. Det å våge å være stille med beboeren kan bidra til bedring, vise at man oppfatter beboeren som en det er verdt å bruke tid på og åpne for at beboeren fritt kan dele tanker (Skatvedt & Andvig, 2014; Hummelvoll, 2012; Eide & Eide, 2017). Ofte er det slik at det betydningsfulle for depressive beboere er å være sammen med noen som viser tilstedeværelse; det som blir sagt er nødvendigvis ikke det viktigste (Hummelvoll, 2012).

På den andre siden må sykepleieren være bevisst på at det han eller hun kommuniserer har en enorm betydning for hvordan beboeren opplever situasjonen (Brinchmann, 2016b). Om sykepleieren viser med hele sitt kroppsspråk at han eller hun er travel vil dette ødelegge for samværet og relasjonen (Skatvedt & Andvig, 2014). Om sykepleieren derimot er bevisst sin nonverbale kommunikasjon, viser at man er tilstede for den andre, er var og kommuniserer godt oppnås tillit som fører til at beboeren våger å utlevere seg selv (Brinchmann, 2016b).

Utlevering av tanker og følelser kan bidra til en nærere relasjon og gi et bilde av hva man som sykepleier kan bidra med (Eide & Eide, 2017). Om sykepleieren anvender sin dyktighet, kunnskap og kreativitet i kommunikasjonsprosessen kan det tenkes at kommunikasjon i stor grad kan bidra i lindringen av depressive symptomer (Travelbee, 1999).

5.3 Etiske og juridiske aspekter

Som sykepleier har man et personlig ansvar for å arbeide innenfor etiske og juridiske rammer for å sikre en faglig god praksis som ivaretar menneskets verdighet og rettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.3.1 Å danne relasjoner – en forpliktelse?

Lovverket og yrkesetiske retningslinjer stiller ikke direkte krav til at sykepleiere er pliktig til å danne tillitsfulle relasjoner til beboere. Likevel skal Pasient- og brukerrettighetsloven fremme tillitsforholdet mellom pasienten og omsorgstjenesten (1999, §1-1), Helsepersonelloven skal sikre pasienters rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (1999, §4) og Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene skal sikre sosial kontakt, samvær og fellesskap (2003, §3). Disse juridiske kravene kan likevel bli oppfylt om en tillitsfull relasjon bygges; det fremmer et tillitsforhold, omsorgsfull hjelp, sosial kontakt, samvær og fellesskap. Til tross for at lovverket ikke stiller eksplisitte krav til å danne gode relasjoner kan sykepleiere med fordel vektlegge relasjonsbygging når vi vet at gode relasjoner er betydningsfulle for beboere og lindrer depressive symptomer (Wilson & Davies, 2009; Kirchhoff et al., 2014; Haugan et al., 2013).

5.3.2 Ivaretagelse av beboerens autonomi

Som sykepleiere er vi juridisk og etisk forpliktet til å ivareta beboerens autonomi. Vi må aldri handle uten beboerens samtykke, det må vurderes ut fra beboerens væremåte og omstendighetene for øvrig at helsehjelpen godtas (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1-§4-2). Yrkesetiske retningslinjer understøtter også plikten til å ivareta beboerens medbestemmelsesrett i punkt 2.4 (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Det å få ta del i avgjørelser som omhandler en selv er viktig for å ivareta beboerens integritet (Brinchmann, 2016a). Dermed er det viktig at sykepleieren ikke utfører samhandling og lindrende tiltak som beboeren motsetter seg, spesielt når den depressive beboeren allerede er i en sårbar situasjon.

Integriteten kan være utsatt fordi beboerne befinner seg i en institusjon der de er avhengige av hjelp, der privatlivet trues og de i mindre grad kan bestemme over egen hverdag (Drageset et al., 2011).

På den andre siden har det vist seg at pågåenhet kan bedre Eldres psykiske helse (Skatvedt & Andvig, 2014). Dette er en tilnæringsmåte som krever møysommelighet for at beboerens autonomi og integritet skal ivaretas. Sykepleieren bør ha opparbeidet seg tillit og en god relasjon til beboeren, på den måten kan sykepleieren enklere tolke beboerens signaler på å grenser overskrides eller at beboeren tilsynelatende aksepterer pågåenheten. Det handler om å ikke gi opp ved minste motvilje og å forsøke å handle etter det man mener er til det beste for beboeren, altså unngå unnlattelsessynder (Martinsen, 1989). Om man kjenner beboeren godt kan det dessuten tenkes at man har erfart at spesifikke tilnæringsmåter kan gjøre beboeren mer villig. Erfaringsmessig kan det hjelpe å tilnærme seg på en rolig måte, ta en ting av gangen, tilpasse seg etter beboerens dagsform og skape felles avtaler.

5.3.3 Å prioritere psykisk helse i en arbeidshverdag med begrenset tid

I dagens sykehjem med begrenset tid er sykepleiere fullstendig nødt til å prioritere. Samhandlingsreformen har ført til at de som får plass på sykehjem er sykere enn tidligere, noe som har bidratt til mer komplekse sykepleieoppgaver og økt arbeidsmengde for sykepleiere (Haukelien et al., 2015). Dette er rammer som sykepleieren per i dag må forholde seg til, sykepleierens prioriteringer blir dermed utslagsgivende for å sikre en best mulig omsorg. Det finnes ingen prioriteringskriterier som sykepleieren i sykehjemmet plikter å følge utover at alle beboere har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Tønnesen, 2016; Helsepersonelloven, 1999, §4). Vi kan se at sykepleiere i høy grad kan avgjøre hvilke oppgaver som skal prioriteres i arbeidshverdagen.

Viktigheten av å prioritere lindring av depressive symptomer i sykehjem blir sterkt underbygget av at vi vet at mange sykehjemsbeboere uten demenssykdom opplever depressive symptomer og at depresjon er den andre mest forekomne diagnosen i sykehjem (Drageset et al., 2013). Dessuten vet vi at depresjon er assosiert med tidligere død og kan ledsages av helseplager og sykdommer (Drageset et al., 2011). Vi vet også at det var eldre med psykiske helseproblemer som kom dårligst ut etter samhandlingsreformen (Haukelien et al., 2015) og at psykososiale behov ofte blir nedprioritert til fordel for fysiologiske behov i

sykehjem (Slettebø et al., 2010). Dessuten har eldre sykehjemsbeboere økt sårbarhet for depressive symptomer grunnet store omveltninger i livet (Drageset et al., 2011).

Man kan enkelt argumentere for at lindring av depressive symptomer bør vektlegges, likevel er det nødvendigvis ikke slik at sykepleierne bare kan «kaste alt man har i hendene» for å hjelpe disse beboerne. Realiteten er at sykepleiere har mange oppgaver de er nødt til å rekke over hver dag og som krever sykepleiefaglig kompetanse (Haukelien et al., 2015).

Sykepleieren bør være sin faglige lederrolle bevisst og veilede medarbeidere i hvordan man kan bruke relasjon til å lindre depressive symptomer samt viktigheten av det. Slik veiledning gjør at sykepleieren senere kan delegere slike oppgaver til medarbeiderne og i større grad sikre at menneskets psykiske dimensjon blir ivaretatt (Pfeiffer, 2002). Om det blir slik at sykehjemsavdelingen ikke har tilstrekkelige ressurser og kompetanse til å ivareta beboernes psykiske helse må sykepleieren etablere et samarbeid med andre kvalifiserte aktører for å sikre faglig forsvarlighet og et helhetlig og koordinert helsetilbud (Helsepersonelloven, 1999, §4; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1 a.).

5.3.4 Prioritering av sykepleieoppgaver – et etisk dilemma

Hvorvidt lindring av depressive symptomer skal prioriteres over andre viktige sykepleieoppgaver er et etisk dilemma; uansett hva man velger så oppstår det negative konsekvenser (Slettebø, 2016). På den ene siden kan man handle i henhold til plikter uavhengig av konsekvensene (Brinchmann, 2016c). Her kan man ta handlingsvalg i henhold til indre plikter som baserer seg på menneskelig fornuft (Brinchmann, 2016c), eksempelvis at man observerer at en beboer er svært trist og dermed prioriterer å bruke tid hos denne beboeren til tross for at det kan gå utover andre beboere. Videre kan man handle etter ytre plikter som lover og retningslinjer (Brinchmann, 2016c). Som illustrasjon kan dette være å ivareta beboerens psykiske helse så vel som den fysiske helsen og begrunne dette i at man utøver helhetlig sykepleie i samsvar med punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1 a.). I enkelte tilfeller kan noen plikter veie tyngre enn andre, da bør det tas hensyn til en overordnet plikt, slik som lovverk.

På den andre siden kan man handle i henhold til konsekvensetikken. Her forsøker man å ta handlingsvalg og skape regler som har overvekt av positive konsekvenser og som gjør flest

mulig tilfredse; man handler altså på en måte som skaper mest mulig velgjørenhet, minst mulig skade og mest mulig rettferdighet (Sneltvedt, 2016; Brinchmann, 2016a). Her handler det om å fordele tid og ressurser slik at alle får dekket kravet til omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Til tross for dette skal man som faglig leder prioritere de mest hjelpetrengende (Pfeiffer, 2002), og det blir dermed naturlig at sykepleiernes tidsbruk og ressurser ikke blir fordelt helt likt. Det kan tenkes at sykepleieren i større grad bør anse depressive eldre som en hjelpetrengende gruppe når man vet at depressive symptomer gir dårligere livskvalitet og kan føre til uheldige konsekvenser og tidligere død (Drageset et al., 2011), det å ikke ta fatt i depressive symptomer strider dermed med ikke-skade-prinsippet.

Videre kan man i en hektisk arbeidshverdag være nødt til å prioritere hvilke sykepleieoppgaver som er viktigst inne hos den enkelte beboer (Tønnesen, 2016). Her bør man handle på en måte som skaper mest mulig velgjørenhet og unngå skade (Brinchmann, 2016a). Den lindrende funksjonen baserer seg på å redusere de symptomene som beboeren selv opplever som ubehagelige og plagsomme (Nordtvedt & Grønseth, 2016; Kristoffersen et al., 2016). En vil trolig oppnå mest mulig velgjørenhet om man prioriterer de sykepleieoppgavene som beboeren selv uttrykker at vedkommende har mest behov for. Om beboeren uttrykker at vedkommende er ensom kan det å prioritere en prat over en kaffekopp være til større hjelp enn dusjen som egentlig var planlagt. Likevel bør en handle etter prinsippet om å ikke skade, å utsette en dusj er nødvendigvis ikke skadelig, men å utsette å stelle et infisert sår kan skape skade. Paradoksalt kan det å unngå å ta tak i depressive symptomer gi skadelige følger (Drageset et al., 2011).

5.3.5 Dokumentasjon og iverksetting av tiltak

Alle sykepleiere som yter helsehjelp har en dokumentasjonsplikt og er pliktig til å dokumentere alt av relevante og nødvendige opplysninger (Helsepersonelloven, 1999, §39-§40). Dokumentasjon er viktig i lindringen av depressive symptomer fordi symptomene synliggjøres, det blir enklere å observere endringer over tid og det skapes informasjonskontinuitet. Dokumentasjon bidrar til informasjonskontinuitet fordi alle holdes oppdatert på den gjeldende situasjonen (Hellesø, 2015) og beboeren slipper dermed belastningen med å forklare den aktuelle situasjonen og sine behov gjentakende ganger. Dokumentasjonen som er gjort er et viktig hjelpemiddel for den pasientansvarlige

sykepleieren i evalueringen av sykepleien og gir et grunnlag for forbedring av tiltak og fagutvikling (Hellesø, 2015), om det eksempelvis har vært dokumentert gjentatte ganger at en beboer er nedstemt kan dette være et viktig grunnlag for å forbedre tiltakene. Videre har sykepleiere som faglige ledere ansvar for å kvalitetssikre dokumentasjonen, og får dermed en naturlig sykepleieoppgave i å veilede medarbeidere og kontrollere dokumentasjonen slik at den blir relevant og tilstrekkelig (Pfeiffer, 2002).

Videre kan vi se at nedfelte tiltak i behandlingsplanen er viktig for å skape kontinuitet. Behandlingsplanen skal nemlig sikre at alle arbeider på lik måte og unngå at det handles ut fra ulike vurderinger (Hellesø, 2015). Dessuten kan sykepleieren være en rollemodell ved at man synliggjør at lindrende tiltak som baserer seg på relasjon er viktige og nødvendige for å bedre eldres psykiske helse og livskvalitet (Haugan et al., 2013; Kirchhoff et al., 2014). Et slikt lindrende tiltak kan være å avsette en bestemt tid til samvær med beboeren for at beboeren skal oppleve sosial støtte som har vist seg å lindre depressive symptomer (Drageset et al., 2013). Erfaringsmessig er det få av slike tiltak i sykehjem, men med viten om relasjonen og samværrets lindrende potensiale er det evidens for å påstå at slike tiltak med hell kan iverksettes i sykehjem.

6. Avslutning

Forskning har vist tydelige funn på at relasjonen og interaksjonen mellom sykepleier og beboer bidrar til å lindre depressive symptomer (Haugan et al., 2013; Haugan, 2014). Det er likevel ikke slik at enhver sykepleier-beboer-relasjon er god og har potensiale for lindring (Travelbee, 1999). Det å etablere en lindrende relasjon krever et målrettet og komplekst arbeid der en mellommenneskelig og tillitsfull relasjon må etableres, det unike i beboeren må bli sett, stereotype oppfatninger må brytes ned og man må spandere tid til samvær. Bevisst og målrettet bruk av profesjonell kommunikasjon har vist seg å være viktig for å skape en mellommenneskelig relasjon og synliggjøre beboerens verdi (Travelbee 1999; Eide & Eide, 2017). Om sykepleieren har lyktes i å etablere en tillitsfull relasjon kan det å være vennligsinnet pågående bidra til bedring (Skatvedt & Andvig, 2014).

Vi har sett at sykepleiere bør prioritere å lindre depressive symptomer fordi forekomsten er høy hos sykehjemsbeboere og fordi symptomene kan gi negative følger og redusert livskvalitet (Drageset et al., 2013; Drageset et al., 2011). Å prioritere lindring av depressive symptomer kan gå på bekostning av andre viktige arbeidsoppgaver og må dermed betraktes som et etisk dilemma. Det er vesentlig at sykepleieren er etisk bevisst og handler etter sentrale etiske prinsipper og verdier for at lindring av depressive symptomer skal bli prioritert i en hektisk arbeidshverdag.

Referanseliste

- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg, s. 80-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg, s. 114-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016c). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg, s. 55-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2011). Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(21/22), 3111-3118. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03663.x
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(4), 872-881. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, B. G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I J. K. Hummelvoll, *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 377-400). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugan, G. (2014). Pleier-pasient-interaksjonens betydning for klare sykehjemspasienters psykiske helse. *Geriatrisk sykepleie*, 6(1), 22-33. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/14gsl_pleier_pasient_interaksjonen_2929.pdf
- Haugan, G., Innstrand, S. T. & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15/16), 2192-2205. doi:10.1111/jocn.12072

- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (362). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 209-243). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. Juni 2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Imingen, I. (2010). *Eldres liv og helse: En review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132520/Imingen%20-%20Eldres%20liv%20og%20helse.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kirchhoff, J. W., Gjellebæk, C. & Tangen, M. (2014). Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 226-233. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0130>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 16-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 438-451). 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 tjeneste m.v. av 27. Juni 2003 nr. 792. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano.

- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, 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. 17-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 24-42). Oslo: Gyldendal Akademisk
- 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>
- Pettersen, F. S. (2017). *Oppgaveskriving*. Hentet fra <https://www.ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder: Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64-70. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0034>
- Slettebø, Å (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s. 212-224). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Etiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg, s. 43-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(3), 533-540. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x
- Sneltvedt, T. (2016). Konsekvensetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg, s. 67-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tønnesen, S. (2016). Prioriteringer i sykepleie. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 187-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilson, C. B. & Davies, S. (2009). Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(12), 1746-1755.
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02748.x