



”Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie?”

Kandidatnummer: 516
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8426
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
Tittel Forebygge depresjon hos eldre	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget er innhentet med hensikt om å belyse oppgavens problemstilling. Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon beskrives, og det sykepleiefaglige perspektivet tar utgangspunkt i Peplaus sykepleieteori. Depresjon og risikofaktorer for målgruppen beskrives, samt relevante faktorer i sykepleierens handlingsrom med hjemmesykepleien som kontekst. Juridiske føringer og etiske rammer er også inkludert.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave, som innebærer at jeg har anvendt allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen drøftes i lys av relevant fag- og forskningslitteratur fra det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Utgangspunktet i drøftingen er hvilket ansvar sykepleieren har for å forebygge, og deretter hvilke relasjonsorienterte tiltak sykepleieren kan sette i verk for å bidra til å forebygge depresjon. Til slutt drøfter jeg utfordringer knyttet til hjemmesykepleierens handlingsrom med hensyn til kontinuitet og tid og organisering av tjenesten.</p> <p><u>Konklusjon</u> Eldre som mottar hjemmesykepleie er utsatt for mange risikofaktorer for utvikling av depresjon, og mange av risikofaktorene er knyttet sammen med ivaretagelsen av den eldre pasientens psykiske og sosiale behov. Hjemmesykepleieren har ansvar for å sikre at pasientens grunnleggende behov ivaretas, og har også et forebyggende ansvar. Relasjonen mellom sykepleier og pasient har stor betydning i forebyggingen av depresjon. Forskning viser at dersom en god relasjon mellom sykepleier og pasient er etablert, er det ofte enkle tiltak som skal til for å forebygge depresjon. For at sykepleier skal ha mulighet til å etablere en god relasjon med pasienten må organisasjonen ta hensyn til utfordringer som manglende kontinuitet og tidspress.</p>	

(Totalt antall ord: 270)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Førforståelse.....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.6	Disposisjon.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Depresjon hos eldre	5
2.2	Risikofaktorer hos den eldre.....	5
2.3	Sykepleierens funksjonsområde	6
2.4	Relasjonsorientert sykepleierteori	7
2.5	Hjemmesykepleien.....	9
2.6	Juridiske føringer og etiske rammer.....	11
3	Metode	12
3.1	Litteratursøk	12
3.2	Tabell 1: oversikt over søkehistorikk.....	13
3.3	Kilder og kildekritikk	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	16
4.1	Tabell 2: oversikt over valgte artikler	16
5	Drøfting	18
5.1	Sykepleierens ansvar for å forebygge	18
5.2	Relasjonsorienterte forebyggende tiltak	19
5.3	Utfordringer knyttet til hjemmesykepleierens handlingsrom	24
6	Konklusjon	27
7	Referanseliste	29

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene blant den eldre befolkningen, med et omfang på 12-19 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Tap av sosialt nettverk, ektefelle, helse og funksjonsevner er vanlig å oppleve etter hvert som man blir eldre, og depresjon kan ses i forbindelse med slike tap. Opplevelsen av slike tap kan utvikle seg til alvorlige depressive tilstander, dersom den medfølgende sorgreaksjonen blir ubearbeidet. Utvikling av depresjon vil påvirke livskvaliteten til den eldre pasienten og kan også være en faktor til forverring av somatiske sykdommer (Kvaal, 2014). Depresjon blant eldre kan også føre til funksjonssvikt, og dermed bli en belastning for både pasienten selv, pårørende og samfunnet (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Innføringen av samhandlingsreformen har som mål å bedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenester, ved å øke fokuset på forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling (Helsedirektoratet, 2018). Samhandlingsreformen er bakgrunnen for valget om å fokusere på den forebyggende funksjonen til sykepleieren i møte med depresjon blant eldre i hjemmesykepleien. Sykepleierens forebyggende funksjon rettes mot både friske, spesielt utsatte og syke personer. Denne funksjonen innebærer å bidra til å fremme de ressursene pasienten allerede har, samt å identifisere tegn og symptomer på et tidlig stadium for å hindre utvikling av potensiell helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dersom sykepleieren fanger opp depressive symptomer hos den eldre på et tidlig stadium, vil det kunne settes i verk forebyggende tiltak for å unngå utvikling av depresjon (Kvaal, 2014). Hensikten med denne oppgaven er derfor å samle relevant fag- og forskningslitteratur for å forsøke å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til å forebygge utvikling av depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie.

1.2 Førforståelse

Etter egen praksisperiode i hjemmesykepleien, har jeg opplevd situasjoner hvor jeg og pasienten ikke har hatt god kjennskap til hverandre, og dermed ble min mulighet til å identifisere tidlige tegn på depressive symptomer hos pasienten begrenset. Jeg har også opplevd situasjoner hvor pasienter har gitt uttrykk for at de ønsker å ha en lengre samtale, men hvor utfordringer som tidspress har stått i veien for at det kunne la seg gjennomføre. Dette har motivert meg til å lære mer om hvilken rolle jeg som sykepleier kan ha i møte med forebygging av depresjon i hjemmesykepleien, og også hvilke utfordringer sykepleieren kan møte ved faktorer som begrenset tid og kontinuitet i hjemmesykepleien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie?”

1.4 Avgrensning

Problemstillingen omhandler sykepleierens forebyggende funksjon i møte med eldre som mottar hjemmesykepleie, og i denne oppgaven vil betegnelsen ”eldre” inkludere personer fra 65 år og oppover. Oppgaven omhandler generelt hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie, og inkluderer ikke eventuelle tilleggsdiagnoser. Pårørende blir ikke inkludert i besvarelsen av denne problemstillingen, til tross for at pårørende i mange situasjoner kan være en viktig ressurs. Det finnes flere kartleggingsverktøy som brukes for å vurdere om pasienten har depresjon, men de blir ikke inkludert i denne besvarelsen.

Litteraturen viser at depresjon ofte er knyttet sammen med angst, men jeg har valgt å kun fokusere på depresjon i besvarelsen av problemstillingen. Mange ulike faktorer kan bidra til å forebygge depresjon, men jeg har valgt å avgrense til relasjonsorienterte faktorer, som bygger på tiltak som kan utføres gjennom relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Jeg kommer heller ikke til å gjøre rede for medikamentelle forebyggende tiltak mot depresjon, da det ikke

er en del av denne oppgavens fokus. Oppgaven fokuserer på pasienter med depressive symptomer, uten en diagnostisert depressiv lidelse (Kvaal, 2014).

1.5 Begrepsavklaring

Nedenfor vil jeg utdype og definere sentrale begreper som benyttes i oppgaven, for å sikre en felles forståelse av innholdet. Begrepene ”forebygging”, ”hjemmesykepleie” og ”depresjon” vil bli avklart i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget.

Eldre: Begrepet ”eldre” defineres av verdens helseorganisasjon som personer mellom 60 og 74 år, og deretter brukes begrepet ”gamle” om personer over 75 år (Engedal, 2019). I denne oppgaven vil jeg bruke ”eldre” om begge aldersgruppene, og betegnelsen vil derfor inkludere personer fra 60 år og oppover. Selv om disse aldersgruppene til sammen utgjør en stor gruppe med ulike forutsetninger og store variasjoner i behov og ønsker, har de til felles at de utgjør en risikogruppe for utvikling av depresjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Pasient: Begrepet ”pasient” defineres som ”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” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). I følge Birkeland & Flovik (2018) underbygger begrepet ”pasient” at mottakeren av hjemmesykepleien trenger vedtak på helsehjelp for å dekke de grunnleggende behovene, som en følge av sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Jeg bruker i denne oppgaven begrepene ”pasienten” og ”den eldre mottakeren av hjemmesykepleie” om hverandre etter som hvilke begrep som faller seg naturlig i teksten.

Sykepleier: Jeg bruker begrepene ”sykepleier” og ”hjemmesykepleier” om hverandre i oppgaven etter hvilken kontekst det er naturlig å bruke dem.

1.6 Disposisjon

Oppgaven er inndelt i kapitler og underkapitler. Først presenteres det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for besvarelsen av problemstillingen i kapittel 2. Videre kommer

kapittel 3 med en metodedel som beskriver valg av metode, fremgangsmåte for litteratursøk og valg av fag- og forskningslitteratur, og deretter kildekritikk av den valgte litteraturen. Kapittel 4 presenterer forskningsresultatene fra de valgte forskningsartiklene. I kapittel 5 drøftes problemstillingen i lys av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og forskningsresultatene, og i kapittel 6 avsluttes oppgaven med en konklusjon.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som er nødvendig i besvarelsen av problemstillingen min vil bli presentert i dette kapittelet.

2.1 Depresjon hos eldre

Begrepet ”depresjon” bygger på det latinske ordet for nedtrykking, og kan stå for et syndrom, en sinnstemning eller en gruppe sykdommer. Opplevelsen av depresjon vil ofte være preget av symptomer som tristhet, håpløshet, kraftløshet og lav selvaktelse. Depressive symptomer kan også opptre som somatiske symptomer, i form av blant annet nedsatt appetitt, smerter og ubehag, forstoppelse og søvnforstyrrelser (Hummelvoll, 2014). Eldre har i mange tilfeller de samme depressive symptomene som yngre, men det er viktig å vite at de også kan ha en annen uttrykksform. Depressive symptomer hos eldre kan blant annet ligne på andre psykiske lidelser, demens eller somatiske sykdommer (Engedal & Bjørkløf, 2014). Det er en stor forekomst av eldre med depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014). Eldre som mottar hjemmesykepleie er i ulik grad avhengig av hjelp fra andre for å kunne fungere optimalt i hverdagen, og utvikling av depresjon er nært knyttet til dette (Kvaal, 2015). I følge Statistisk sentralbyrå er det ca 154 000 mottakere av hjemmesykepleie i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018). Dette viser at omfanget av risikogruppen for depresjon er stor i hjemmesykepleien. Den største risikofaktoren for utvikling av depresjon blant eldre er somatiske sykdommer og tap av fysisk helse (Ranhoff, 2014). Depresjon har stor innvirkning på pasientens livskvalitet, og kan også være en faktor som forverrer somatiske sykdommer. Dette viser at den eldre pasientens fysiske og psykiske helse er svært sammensatt (Kvaal, 2014). Depresjon utløses også i mange tilfeller av spesielle hendelser, som ved tap av en nær relasjon ved dødsfall (Hummelvoll, 2014).

2.2 Risikofaktorer hos den eldre

For å utvikle depresjon må både psykologiske og biologiske faktorer være tilstede, etterfulgt av en hendelse som vil være den utløsende faktoren til depresjonen (Engedal & Bjørkløf, 2014). Hvilke faktorer som utløser depresjon vil være ulikt for den enkelte pasienten.

Negative livshendelser som dødsfall, sykdom og sosial isolasjon kan føre til tap av nære relasjoner, fysiske funksjoner og fellesskap. Slike tap er utbredt blant eldre som mottar hjemmesykepleie, og depressive symptomer er ofte knyttet til dette (Birkeland & Flovik, 2018). Forskjellige tapsopplevelser kan føre til at pasienten får en reaksjon som kan defineres som sorg. Selv om sorg regnes som en følelsesmessig reaksjon, kan den likevel også føre til fysiske reaksjoner. Flere studier viser at sorgen i mange tilfeller gir en økning i depressive symptomer. Sorgen kan gi følelsesmessige reaksjoner som håpløshet, redusert livskvalitet og meningsløshet (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Ensomhet kan være en risikofaktor for utvikling av depresjon. Dersom pasienten har større ønsker og forventninger til sin sosiale situasjon enn det som oppleves, vil en følelse av ensomhet opptre. Ensomhet knyttes i hovedsak til pasientens opplevelse av sin sosiale situasjon, mer enn til selve situasjonen. Det er i hovedsak to faktorer som forårsaker ensomhet – tap av nære relasjoner og helsesvikt (Birkeland & Flovik, 2018). Tap av relasjoner trenger ikke å være et resultat av dødsfall. Etter hvert som pasientene blir eldre, vil de ofte oppleve mindre overskudd til å sosialisere seg, og ta kontakt med det nettverket de har. Ensomhet og sosial isolasjon er ofte knyttet sammen, men ensomhet kan oppleves selv om pasienten er sammen med andre mennesker, og begrepene skiller seg derfor også noe fra hverandre. Sosial isolasjon innebærer at pasienten er ensom som en følge av mangel på kontakt med verden rundt seg. Det kan være ulike grunner til sosial isolasjon, som blant annet tap av fysiske funksjoner som gjør det utfordrende å ta kontakt med andre, eller en geografisk betinget isolasjon, dersom pasienten bor langt fra andre folk å ta kontakt med (Birkeland & Flovik, 2018).

Pasientens opplevelse av sin egen livssituasjon måles som livskvalitet. Livskvaliteten påvirkes av faktorer som fysisk og psykisk helse, funksjonsnivå og sosiale forhold. Livskvalitet og depresjon er ofte forbundet med hverandre, fordi opplevelsen av hvordan man har det i livet sitt henger tett sammen med hvilken sinnsstemning man har (Engedal & Bjørkløf, 2014).

2.3 Sykepleierens funksjonsområde

Ut ifra den valgte problemstillingen vil sykepleierens funksjonsområde være forebyggede og helsefremmende. Mæland forklarer forebyggende helsearbeid som å hindre sykdom, skade og tidlig død, samt å fremme folks helse til å bli en positiv ressurs i hverdagen. I denne definisjonen omhandler altså forebyggende helsearbeid både det å forebygge helse og fremme helse (Mæland, 2014). Forebyggende helsearbeid deles inn i primær-, sekundær-, og tertiær forebygging. Sykepleierens forebyggende funksjon vil ut ifra den valgte problemstillingen være både primærforebyggende og sekundærforebyggende. Primærforebygging rettes mot å fremme god helse og forebygge sykdom og skader. Forebygging av ensomhet, isolasjon og psykiske problemer er blant tiltakene som inkluderes i primærforebygging (Ranhoff, 2014). Sekundærforebygging er ofte rettet mot den enkelte pasienten, og fokuserer blant annet på å hjelpe pasienten med grunnleggende behov og forebygging. De fleste eldre personene som mottar hjemmesykepleie har langvarige lidelser, og sykepleierens forebyggende funksjon vil derfor også rette seg mot å hindre forverring av sykdom og funksjonssvikt som allerede er tilstede (Birkeland & Flovik, 2018).

2.4 Relasjonsorientert sykepleierteori

Hildegard Peplaus beskrivelse av sykepleiefaget er bygget opp rundt sykepleierens roller i relasjon med pasienten. Rammen om forståelsen av denne tenkningen er psykoanalytisk, hvor sykepleie blir sett på som en terapeutisk og mellommenneskelig prosess. Den terapeutiske og mellommenneskelige prosessen består av handlinger som krever deltakelse mellom to eller flere personer, som i denne konteksten vil være mellom sykepleieren og pasienten (Peplau, 1991). Peplau skiller i sin teori mellom fire overlappende faser i relasjonen mellom sykepleier og pasient – orienteringsfasen, identifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen. Orienteringsfasen omfatter det første møtet mellom sykepleier og pasient. Identifiseringsfasen består av en gjensidig klargjøring av hvilke forventninger som ligger til grunn og det utarbeides en plan for sykepleien med fokus på å møte pasientens behov. I utforskningsfasen er det fokus på at sykepleieren hjelper pasienten til å utforske den opprinnelige årsaken til at pasienten valgte å søke hjelp. Den siste fasen er løsningsfasen, som er en løsrivelsesprosess som er avhengig av at de foregående fasene er håndtert på en tilstrekkelig måte. I løsningsfasen har sykepleieren hjulpet og veiledet pasienten gjennom de foregående fasene slik at pasientens styrke til å stå alene tiltar (Peplau, 1991; Eide & Eide, 2017).

Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å ha en forbindelse med noen, gjøre noe i fellesskap eller delaktiggjøre en annen. Målet med kommunikasjon er å formidle noe, og dermed skape en kontakt mellom personene som kommuniserer. Det er først når kontakten er opprettet at selve budskapet kommer (Eide & Eide, 2017). Det skiller mellom kommunikasjon og profesjonell kommunikasjon. Når sykepleieren i sin jobb kommuniserer med personer som trenger, søker eller er henvist til å få hjelp, samt kolleger og i samarbeid med andre profesjonsutøvere, brukes profesjonell kommunikasjon. Sykepleieren har som funksjon å forebygge sykdom og fremme helse, og den profesjonelle kommunikasjonen bør derfor til enhver tid understøtte denne funksjonen. Dersom sykepleieren får en god relasjon med pasienten, vil det legge grunnlag for tillit og trygghet (Eide & Eide, 2017).

”Relasjon” er et begrep som brukes om en kontakt eller forbindelse mellom mennesker. I denne sammenhengen brukes begrepet om sykepleierens forbindelse til pasienten. Det er viktig at sykepleieren skaper en god relasjon med pasienten, og relasjonen kan være avgjørende for behandlingen (Eide & Eide, 2017). Det er svært viktig å se og anerkjenne pasienten som en individuell person, med sine helhetlige behov. Hvilke forventninger og ønsker den enkelte pasient har til relasjonen med hjemmesykepleieren vil kunne variere i stor grad. Det er likevel viktig at sykepleieren prioriterer og gir rom for å bruke tid til å skape en relasjon med pasienten, da pasienten kan oppleve vedtakene fra hjemmesykepleien som invaderende dersom sykepleieren er fremmed (Birkeland & Flovik, 2018).

Personsentrert og individualisert sykepleie innebærer at sykepleieren møter den enkelte pasienten med sine individuelle behov, ønsker og mål (Kirkevold, 2014). Dersom sykepleieren kartlegger pasientens egendefinerte behov og inkluderer pasienten i beslutninger om hvilken helsehjelp som skal gis, kan dette øke livskvaliteten til pasienten (Fermann & Næss, 2014). Det er et stadig økt fokus på kvalitet i helsevesenet, som krever at sykepleieren utfører sykepleie som er basert på faglig og forskningsbasert kunnskap. Dette fokuset har som hensikt å sikre at den enkelte pasient får best mulig hjelp uavhengig av hvilken sykepleier som er på vakt, og at helsehjelpen er basert på den best tilgjengelige kunnskapen. Selv om dette fokuset er svært viktig, kan det også føre til at sykepleien som utøves blir rutinepreget dersom sykepleieren mangler nødvendig kompetanse til å kunne individualisere helsehjelpen til den enkelte pasient. Det finnes ikke kartleggingsverktøy til bruk for å få frem pasientens

ønsker og behov i sykepleiefaget (Kirkevold, 2014). Det er viktig å ha kunnskap om at oppfattelsen av situasjon og behov er individuell for den enkelte pasient. Ut ifra pasientens situasjon vil det være ulike måter å tilfredsstille behovene på, selv om de grunnleggende behovene er felles. For at sykepleier skal kunne tilpasse utøvelsen av helsehjelp til den enkelte pasientens behov, er det avgjørende med kunnskap om faktorer som påvirker behovene i ulike situasjoner. For eksempel vil noen behov være betinget av sykdom eller skade, tap av relasjoner, eller sosial isolasjon (Birkeland & Flovik, 2018).

2.5 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien hører til kommunehelsetjenesten som tilbyr pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende personer, og utgjør en viktig del av eldreomsorgen (Braut, 2017). Som et overordnet mål skal hjemmesykepleien bidra til at pasienten skal få bli boende og mestre hverdagen i sitt eget hjem, dersom det er ønskelig og forsvarlig. For at personer skal oppleve god livskvalitet, har de behov for å få dekket sine grunnleggende behov. Hjemmesykepleien bistår personer som ikke selv klarer å ivareta sine behov. De grunnleggende behovene deles ofte inn i fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/kulturelle behov (Birkeland & Flovik, 2018). Pasientens grunnleggende behov og opplevelse av sin situasjon skal danne utgangspunktet for sykepleien som utøves. Pasienten skal møtes med omsorg og et helhetlig menneskesyn, og sykepleieren skal ha fokus på pasientens helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Sykepleieren skal ha kompetanse til å ivareta pasientens grunnleggende behov, samt pasientens opplevelser og reaksjoner i sin situasjon. Etter innføringen av samhandlingsreformen har det blitt et økt behov for kompetanse i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2014). Flere pasientgrupper får en større del av helsetilbudet sitt utenfor spesialisthelsetjenesten, deriblant pasienter med psykiske lidelser (Birkeland & Flovik, 2018). Organiseringen og fordelingen av ansvar i hjemmesykepleien er viktige faktorer i møte med behovet for kompetanse og også for å sikre kontinuitet i hjemmesykepleiens besøk. Sykepleieren har ansvar for flere ulike pasienter i løpet av en arbeidsdag, i tillegg til ledelsesansvar og pasientansvarlig sykepleier. Det innebærer at sykepleieren over tid har det overordnede ansvaret for en gruppe pasienter, selv om det kan variere hvilke pasienter sykepleier har ansvar for i løpet av en arbeidsdag. Denne ordningen skal også sikre at pasienten har en ansvarlig sykepleier å forholde seg til, selv om det vil være ulike ansatte som utfører de daglige vedtakene (Fermann & Næss, 2018).

Betegnelsen tilsyn omfatter hovedsakelig besøk fra hjemmesykepleien som i utgangspunktet ikke inneholder noen konkrete tiltak som skal gjennomføres. Tilsyn regnes som en del av hjemmesykepleiens helsehjelp, og har derfor også som mål og hensikt at pasienten skal ha det best mulig i hjemmet sitt. Dersom pasienten er sosialt isolerte og ensomme, vil tilsyn med hensikt om bidrag til sosial kontakt og omsorg kunne være aktuelt (Birkeland & Flovik, 2018).

Leve hele livet er en kvalitetsreform som er utarbeidet av regjeringen, og består av 25 konkrete og utprøvde løsninger innen områder som har behov for forbedring i tilbudene til eldre. Reformen skal sikre at eldre får mulighet til å leve et godt og trygt liv der de bor, selv ved sykdom og funksjonstap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Hjemmesykepleien vil være en viktig del av gjennomføringen av reformen, blant annet når det gjelder kvaliteten på sykepleien som ytes i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018). Reformen vil danne et grunnlag for at eldre skal få dekket sine behov i hele alderdommen, ved å fokusere på mennesker, og ikke bare systemer. *Leve hele livet* har også kompetansekrav for å kunne møte utfordringer som kommer frem i tilbakemeldinger og undersøkelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Mange kommuner organiserer helse- og omsorgstjenestene etter bestiller-utfører-modellen. Denne modellen innebærer et at et bestillerkontor behandler søknader om hjemmesykepleie fra innbyggere, og deretter oppretter nødvendige vedtak ut ifra den enkelte søkerens behov og rettigheter. Deretter vil de opprettede vedtakene videreføres til utøverne av tjenestene som skal tilbys, og så til pasienten (Birkeland & Flovik, 2018). På hjemmesykepleierens arbeidslister vil vedtakene formuleres som arbeidsoppgaver. Blant de vanligste arbeidsoppgavene er hjelp til opprettholdelse av personlig hygiene, hjelp til legemiddelhåndtering og hjelp til måltidssituasjoner (Fermann & Næss, 2014). Tillitsmodellen har i løpet av de siste årene vokst frem som en motpart til bestiller-utfører-modellen. Målet med tillitsmodellen er at pasientens egne meninger om hva som er viktig i mottakelsen av helsehjelp, i større grad skal inkluderes. Dette målet skal nåes med blant annet å organisere tjenestene i mindre team, slik at pasientene har færre ansatte å forholde seg til (Eide, Gullslett, Nilsen, Dugstad & Eide, 2018).

2.6 Juridiske føringer og etiske rammer

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene er utarbeidet for å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen skal få dekket sine grunnleggende behov, som også inkluderer behovet for samvær, fellesskap, aktivitet og sosial kontakt (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Helsepersonelloven § 4 omhandler hvilke krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i sykepleierens utførelse av arbeid, ut ifra kvalifikasjoner og den aktuelle situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det betyr at arbeidet sykepleieren utfører skal ha sitt fundament i aktuelt lovverk og fagkunnskap, og at sykepleieren selv har ansvar for å tilegne seg den nødvendige kompetansen til utførelsen (Norsk sykepleierforbund, 2018). Helse- og omsorgstjenesteloven omhandler kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, herunder ansvar for å tilrettelegge for at sykepleieren har mulighet til å overholde sine lovpålagte plikter, samt at tilstrekkelig kompetanse sikres i tjenestene som utføres i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre pasientens rett på helsehjelp, og at utførelsen skal være av god kvalitet. Dette innebærer at loven skal bidra til å fremme og ivareta den enkelte pasientens integritet, menneskeverd og sosiale trygghet, samt at forholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten skal bygge på tillit (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som beskriver hvilke profesjonsetiske forpliktelser sykepleieren har i utførelsen av god sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2016). Kapittel 2 omhandler sykepleieren og pasienten og beskriver sykepleierens ansvar for å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Punktene i dette kapitlet som i særlig grad er relevant for min oppgave er:

- Punkt 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremme helse og forebygger sykdom (NSF, 2016, s.8).
- Punkt 2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2016, s.8).
- Punkt 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016, s.8).

3 Metode

I følge Dalland (2017) er metode en prosess som viser oss hvordan vi kan finne kunnskap og etterprøve den. Begrunnelsen for valg av metode er at den skal være et godt redskap i innsamlingen av relevant kunnskap på en god måte, samt belyse problemstillingen på en interessant og faglig måte. Denne oppgaven er en litterær oppgave, som vil si at metoden som brukes innebærer at jeg systematisk har innhentet og anvendt allerede eksisterende data. Bruken av denne metoden innebærer en kritisk gjennomgang av den valgte litteraturen, samt en sammenfatning av resultatene. Hensikten er å presentere oppdatert kunnskap som belyser problemstillingen, og beskrive fremgangsmåten til innhenting av denne kunnskapen (Dalland, 2017).

3.1 Litteratursøk

Jeg brukte databasen SveMed+ og søkte på relevante ord for problemstillingen. Jeg startet med et søk hvor jeg kombinerte søkeordene ”nurse”, ”depression” og ”aged” og fikk da et treff på 53 artikler. Jeg leste først gjennom titlene på disse, og leste sammendraget til de artiklene som hadde en relevant tittel for min oppgave. Ut ifra disse valgte jeg til slutt artikkelen ”Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten”.

Jeg gjorde også søk i tidsskriftet Sykepleien forskning, som er et vitenskapelig og heldigitalt tidsskrift. Der brukte jeg søkeordene ”depresjon” og ”eldre”, og fikk da et treff på 147 artikler. Deretter avgrenset jeg søket til artikler som er publisert fra 2009, og fikk et treff på 139 artikler. Videre avgrenset jeg søket til kun forskningsartikler og endte da opp med et treff på 36 forskningsartikler som jeg leste overskriftene på. Ut ifra overskriftene valgte jeg ut de mest relevante artiklene og leste sammendraget på 6 artikler, og endte til slutt opp med 2 relevante forskningsartikler ut ifra dette søket: ”Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten” og ”Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie”.

Deretter gjorde jeg et nytt søk i Sykepleien forskning. Da brukte jeg søkeordene ”faglig forsvarlighet” og ”hjemmesykepleie” og fikk da et treff på 18 artikler. Jeg avgrenset søket til artikler publisert fra 2009 og kun forskningsartikler. Det ga meg et treff på 4

forskningsartikler. Jeg leste både overskrift og sammendraget på samtlige av disse artiklene, men endte til slutt opp med artikkelen ”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?”.

En av artiklene fant jeg i referanselisten til en annen publisert artikkel, og ønsket å anvende den i min oppgave. Da jeg ikke fant denne igjen i databaser ved hjelp av relevante søkeord, gjorde jeg et manuelt søk i søkebasen Oria på Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek på artikkelen ”An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms”. Artikkelen er innhentet fra tidsskriftet ”BioMed Central”, som inneholder fagfellevurderte artikler med en høy standard.

3.2 Tabell 1: oversikt over søkehistorikk

Databaser	Søkeord	Kombinasjon av søket	Inklusjon/eksklusjonskriterier	Antall treff	Artikkel
SveMed +	”Nurse”, ”depression”, ”aged”	Kombinerer søkeordene i ett søk		53	”Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten”
Sykepleien forskning	”Faglig forsvarlighet”, ”hjemmesykepleie”	Kombinerer søkeordene i ett søk	Siste 10 år (2009-2019) Forskningsartikler	4	”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?”
Sykepleien forskning	”Depresjon”, ”eldre”	Kombinerer søkeordene i ett søk	Siste 10 år (2009-2019) Forskningsartikler	36	”Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie” ” Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten”

3.3 Kilder og kildekritikk

Jeg har valgt å inkludere flere norske artikler i denne oppgaven, som presenterer studier som er gjennomført i Norge. Dette er en styrke da problemstillingen min omhandler

hjemmesykepleien, og studier og undersøkelser som er utført i Norge vil være mer presise inn mot kultur, aktuelt lovverk og rammer, og dermed svært overførbare til oppgavens kontekst og besvarelsen av problemstillingen. Studien i artikkelen av Markle-Reid et al. (2014) er utført i Canada, og det må derfor tas hensyn til at konteksten for hjemmesykepleie kan være noe annerledes. Jeg har likevel valgt å anvende den i besvarelsen, da at resultatene i artikkelen er overførbare til denne oppgaven. Jeg tar også forbehold om mulig feiloversetting av innholdet i denne artikkelen, da den er skrevet på engelsk og språkferdighetene mine kan ha begrenset forståelsen av teksten. Samtlige av forskningsartiklene jeg har valgt er fagfelleurdert, som gjør dem troverdige og kvalitetssikret.

En svakhet med artikkelen til Skatvedt & Andvig (2014) er at den inkluderer erfaringer fra pårørende, som jeg har valgt bort i denne oppgaven, av hensyn til omfanget. En styrke er at pasientenes egne erfaringer har fått større plass i studiet enn fra pårørende. Pasientenes egne erfaringer er viktig og relevant i min besvarelse av problemstillingen. Artikkelen "Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie" fokuserer ikke på forebygging av depresjon, men er relevant for besvarelsen av problemstillingen fordi ensomhet i følge Kvaal (2014) er assosiert med depresjon. Artikkelen tar også for seg utfordringer med hjemmesykepleiens fokus på pasientens fysiske behov, og at de psykiske og sosiale behovene ofte ikke kommer til uttrykk.

En svakhet med flere av forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven er at de omhandler pleiepersonell, og ikke spesifikt sykepleiere. De er likevel relevante i denne oppgavens kontekst, da pleiepersonellet i forskningsartiklene og sykepleieren arbeider med mange av de samme arbeidsoppgavene. Jeg har valgt å oversette de ulike begrepene artiklene bruker for pleiepersonell, som "ansatt" og "hjelper" til "hjemmesykepleier" og "sykepleier" i denne oppgaven.

Fagbøkene som er anvendt i denne oppgaven har jeg valgt med bakgrunn av relevant pensumlitteratur fra tidligere emner i sykepleierstudiet, samt relevant litteratur fra søkebasen Oria på Lovisenbergs Diakonale Høgskoles bibliotek. Jeg har valgt å inkludere boken *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* av Peplau (1991), fordi jeg ønsket å anvende primærkilder. Denne kilden er engelsk, og av hensyn til at min tolkning og forståelse av den opprinnelige teksten kan ha preget den oversatte teksten, har jeg også valgt å inkludere Eide & Eide (2017) som en sekundærkilde for å få bedre forståelse og oversikt over Peplaus relasjonsorienterte teori. Jeg har også benyttet

meg av anerkjente nettsider som Lovdata, Norsk sykepleierforbund, Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå for å innhente relevant tillegglitteratur.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet vil de valgte forskningsartiklene til besvarelsen av problemstillingen presenteres i en artikkelmatrise.

4.1 Tabell 2: oversikt over valgte artikler

Dato for søk	Forfatter/år stall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Desi gn/ meto de	Funn
11. 12. 18	Markle-Reid M., McAiney C., Forbes D., Thabane L., Gibson M., Browne G., ... Busing B. (2014).	An interprofesjonal nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	Bio Med Central	Undersøke hvilke muligheter en sykepleierledet intervensjon med fokus på helsefremmende tiltak har, og hvilken effekt den har på reduksjon av depressive symptomer hos eldre mottakere av hjemmesykepleie.	Kvantitativ metode.	Hjemmesykepleieren kan ha en sentral helsefremmende og forebyggende rolle i møte med depressive symptomer. De helsefremmende tiltakene kan redusere depressive symptomer og blant annet forbedre livskvaliteten til eldre pasienter.
04. 01. 19	Skatvedt A., Andvig E. (2014)	Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten	Sykepleien forskning	Bidra til økt kunnskap om psykiske helseproblemer, herunder depresjon, for å oppnå bedring. Baserer seg på eldre personer med psykiske helseproblemer sine erfaringer med kommunehelsetjenesten.	Kvalitativ metode.	Hovedfunnene består av betydningen av tid til samvær for å utvikle en god relasjon mellom pasient og sykepleier, og betydningen av vennligsinnet pågåenhet for å bidra til bedring i hverdagslivet
10. 01. 19	Tønnesen S., Nortvedt P. (2018)	Hva er faglig forsvarlig	Sykepleien	Få en god forståelse for hva begrepet	Kvantitativ	For at sykepleien som utføres skal være faglig forsvarlig, må

		hjemmesykepleie?	forskning	”faglig forsvarlig hjemmesykepleie” inneholder.	metode.	den være i tråd med sykepleiefagets grunnlag og utførelsens hensikt. Sykepleieren har selv et eget ansvar for å utføre sykepleien på en måte som samsvarer med dette.
04.01.19	Birkeland A. (2018)	Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie	Sykepleien forskning	Økt forståelse og kunnskap om den sosiale situasjonen til eldre som mottar hjemmesykepleie.	Kvalitativ metode.	Sykepleierne og pasientene i undersøkelsen anså ikke ensomhet som et betydelig problem. Likevel er pasientenes sosiale situasjon preget av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, herunder opplevelsen av tap og sykdom.
16.12.18	Halvorsrud L., Pahr I., Kvarme L. G. (2016)	Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	Sykepleien forskning	Undersøke hjemmesykepleieres beskrivelse av eldre nedstemte personer med depressive symptomer, og hvilke tiltak som lar seg gjennomføre innen hjemmesykepleiens handlingsrom.	Kvalitativ metode.	Viktigheten av at sykepleieren har god kjennskap til den enkelte pasient i møte med identifisering av depressive symptomer, samt hvilke tiltak hjemmesykepleiere iverksetter i møte med nedstemte pasienter. utfordringer med kontinuitet og tid blir også belyst.

5 Drøfting

I dette kapittelet er formålet å drøfte problemstillingen i lys av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og de valgte forskningsartiklene som er presentert i oppgavens tidligere kapitler. Jeg har også benyttet egne erfaringer og eksempler fra hjemmesykepleiepraksis der det er aktuelt.

5.1 Sykepleierens ansvar for å forebygge

Mange eldre har i ulik grad behov for hjelp for å klare seg i hverdagen, og er derfor avhengig av vedtak fra hjemmesykepleien for å få dekket disse behovene (Kvaal, 2015). Eldre som mottar hjemmesykepleie er som nevnt tidligere i oppgaven utsatt for flere ulike risikofaktorer for å utvikle depresjon. Innføringen av samhandlingsreformen har økt kompetansebehovet i hjemmesykepleien, ved at kommunehelsetjenesten har fått et økt ansvar for flere pasientgrupper, herunder eldre pasienter med psykiske lidelser (Fermann & Næss, 2014). Det er viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om depresjon, da manglende kunnskap kan være en medvirkende faktor til at depressive symptomer ikke får oppmerksomhet og blir oppdaget, og dermed øke sannsynligheten for utvikling av depresjon (Fermann & Næss, 2014). Dersom risikofaktorene for utvikling av depresjon får oppmerksomhet, vil de også kunne forebygges og dermed redusere forekomsten av depresjon (Markle-Reid et al., 2014). Sykepleierens forebyggende funksjon i møte med eldre som mottar hjemmesykepleie inkluderer både helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot den enkelte pasienten, og sykepleierens ansvar for å hjelpe pasienten med å få dekket sine grunnleggende behov er sentralt (Birkeland & Flovik, 2018).

Den eldre pasientens grunnleggende behov inkluderer både fysiske, psykiske og sosiale behov, og skal sammen med pasientens opplevelse av sin situasjon danne utgangspunktet for sykepleierens utøvelse (Kristoffersen et al., 2016). Hjemmesykepleien skal utføres på en faglig forsvarlig måte, og pasienten har rett på at helsehjelpen er av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §1-1). Faglig forsvarlighet i hjemmesykepleien innebærer at pasienten får dekket sine grunnleggende behov gjennom mottakelse av tjenester som imøtekommer behovene, og at gjennomføringen av disse tjenestene skjer innen rammer som verner om både pasient og sykepleier (Fermann & Næss, 2014). Kvalitetsforskrift for pleie-

og omsorgstjenestene skal sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). I følge Tønnesen & Nortvedt (2012) blir ikke de grunnleggende behovene til pasienter som mottar hjemmesykepleie tilstrekkelig dekket. Dersom en pasient for eksempel har vedtak på hjelp til opprettholdelse av personlig hygiene, tilrettelegge måltidsituasjon og utdeling av nødvendige medisiner, er dette oppdraget formelt sett utført når sykepleier har gjennomført de nevnte tiltakene. Likevel kan det vurderes om den faglige forsvarligheten er ivaretatt i dette eksempelet, dersom sykepleier ikke vurderer og ivaretar pasientens helhetlige behov, herunder de psykiske og sosiale behovene. For eksempel dersom den nevnte pasienten nylig har opplevd å miste sin ektefelle, vil en viktig del av ivaretagelsen av de helhetlige behovene i denne situasjonen være å observere eventuelle endringer hos pasienten, og samtale med pasienten om hvordan han har det. Hvis ikke de grunnleggende behovene dekkes og sorgreaksjoner blir oppdaget, kan det føre til utvikling av depresjon. Å sikre faglig forsvarlig hjemmesykepleie vil derfor være en viktig og sentral del av forebyggingen av depresjon.

5.2 Relasjonsorienterte forebyggende tiltak

Pasientens behov for samvær, fellesskap, aktivitet og sosial kontakt vil preges av ulike tapsopplevelser, og sykepleier har en viktig forebyggende rolle i møte med tiltak som kan settes i verk for å hindre at opplevelsen av slike tap utvikler seg til depresjon. I følge Skatvedt & Andvig (2014) er det ofte enkle tiltak som skal til for at eldre med psykiske helseproblemer, herunder depressive symptomer, skal oppleve bedring. Et av de viktigste punktene i Peplaus teori er det terapeutiske utbyttet relasjonen mellom sykepleier og pasient legger grunnlag for. Peplau beskriver relasjonen gjennom ulike faser. Det første møtet mellom sykepleieren og pasienten skjer i orienteringsfasen, og vil være preget av at de ikke kjenner hverandre (Peplau, 1991). Pasienten kan oppleve sykepleieren som en fremmed som kommer på besøk i hjemmet sitt, og det kan skape utrygghet (Birkeland & Flovik, 2018). At sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med pasienten skaper derfor et viktig grunnlag for den videre relasjonen mellom dem. Dersom pasienten og sykepleieren får en god relasjon, vil det kunne formidles kunnskap, håp om forandring, alternative livsmuligheter, trøst og forsoning i denne kontakten. Dermed vil relasjonen mellom pasienten og sykepleieren også ha en viktig innvirkning på kvaliteten av hjemmesykepleien (Hummelvoll, 2012). Den enkelte pasients

behov skal være utgangspunktet for sykepleien som skal utføres, og det må klargjøres hvilke forventninger og ønsker som ligger til grunn. Sykepleieren må sørge for jevnlig samtaler med pasienten, slik at ønskene og behovene inkluderes i det videre forløpet. For at dette skal kunne gjennomføres kreves det god kommunikasjon og etablering av en god relasjon. For å etablere en god relasjon med pasienten bør sykepleieren ha fokus på sin egen evne til å uttrykke empati, tillit, respekt, forståelse og tilstedeværelse. Sykepleieren bør også være høflig og vise verdighet mot pasienten, og være klar over at pasienten kan oppleve hjemmesykepleieren som en besøkende gjest i sitt eget hjem. En annen viktig egenskap sykepleieren bør ha i etableringen av en god relasjon er å være oppriktig og ekte. Selv om sykepleieren til en hver tid skal opptre profesjonelt og ikke behandle pasienten ut ifra en egen førforståelse, vil det være av betydning for tilliten mellom sykepleieren og pasienten at det er en gjensidig respekt for hverandres holdninger, meninger og oppfatninger (Birkeland & Flovik, 2018). Utviklingen som skjer i relasjonen foregår i identifiseringsfasen (Eide & Eide, 2017). Det må også tas høyde for at ikke alle pasienter ønsker å ta del i en relasjon med sykepleieren, og kun har behov og ønske om å få hjelp til det som ligger i vedtaket for hjemmesykepleie (Peplau, 1991). Det vil likevel være av stor betydning at sykepleieren møter alle pasienter med åpenhet og respekt.

Sykepleieren skal kommunisere på en profesjonell og hjelpende måte som til en hver tid understøtter det forebyggende og helsefremmende ansvaret (Eide & Eide, 2017; NSF, 2016). Sykepleieren bør arbeide med sin egen evne til å kommunisere godt, lytte til og forstå pasienten i sin situasjon. Sykepleieren må ta hensyn til at kommunikasjonsevnen til den eldre pasienten kan være påvirket av alderdom. Dermed vil sykepleierens evne til å lytte aktivt og være tilstede i samtalen være viktig for å sikre at kommunikasjonen blir god. Den profesjonelle kommunikasjonen skal være pasientrettet og begrunnet i de etiske verdiene om respekt for den enkelte pasientens rett på selvbestemmelse, hensyn til pasientens beste og likeverd (Eide & Eide, 2017). Å samtale med pasienten er blant de viktigste hjelpemidlene sykepleieren kan ta i bruk i forebyggingen av depresjon (Kvaal, 2014). Samtale er også en sentral faktor for å bli kjent med pasienten og skape en god relasjon. Kvaal (2015) snakker om den alminnelige samtalen, som omhandler det hverdagslige. Både studien til Skatvedt & Andvig (2014) og Halvorsrud, Pahr & Kvarme (2014) får frem viktigheten av tid til prat som omhandler hverdagslige ting som for eksempel middagsplaner, nyhetssaker eller været. Dersom sykepleieren leder samtalen inn mot å bli enda bedre kjent med pasienten og styrke relasjonen mellom dem, kan spørsmål om eksempelvis pasientens tidligere yrkesliv, familie

eller barndom være aktuelle. Slike spørsmål kan åpne opp for at pasienten kan dele sine tanker, følelser og behov. Sykepleieren og pasienten skal i utforskningsfasen av relasjonsbyggingen, sammen finne årsakene til at pasienten har behov for hjemmesykepleie (Eide & Eide, 2017). En utfordring som kan hindre sykepleieren fra å åpne opp for samtale er at det ofte i liten grad er mulighet til å møte behovene som kommer frem i samtale med pasienten, på grunn av utfordringer i hjemmesykepleiens handlingsrom (Halvorsrud et al., 2014). Dermed vil sykepleieren kunne oppleve det vanskelig å åpne opp for samtale som ikke kan følges tilstrekkelig opp, samt at pasienten kan ha vanskelig for å åpne seg opp dersom det som blir delt ikke møtes tilstrekkelig. Samtalen og tilstedeværelse som et bidrag til bedring i seg selv vil likevel være et viktig tiltak, samtidig som det også vil være en inngang for utvikling av relasjonen (Skatvedt & Andvig, 2014).

Å hjelpe pasienter med å opprettholde personlig hygiene gjennom stell, er en sentral arbeidsoppgave for sykepleiere i hjemmesykepleien. Stellet kan også være en arena for sykepleieren til å samtale med pasienten og dermed skape tillit mellom sykepleier og pasient. Fordi mangel på tid kan være en begrensende faktor i utviklingen av en god relasjon, kan samtale være et viktig tiltak som kan utføres samtidig som allerede eksisterende vedtak utføres, uten å sette i verk nye vedtak. Noen tiltak krever imidlertid mer tid enn den som allerede er tilgjengelig i et vedtak, og vil derfor være avhengig av forlengelse av allerede eksisterende vedtak eller opprettelse av nye vedtak for å kunne gjennomføres. Vedtaket skal sikre den enkelte pasients rettigheter, og pasientens situasjon må derfor vurderes av sykepleieren. En viktig del av sykepleierens ansvar er å kartlegge og identifisere hvilke behov pasienten har, og er også pliktig til å dokumentere eventuelle endringer i pasientens situasjon. Bestiller-utfører-modellen gjør det utfordrende å vurdere hvorvidt vedtakene må reguleres. Dersom sykepleieren kartlegger at et vedtak trenger revurdering for å sikre pasientens rettigheter, skal derfor også vedtaksansvarlige saksbehandlere kontaktes slik at det blir klargjort at tidligere vurderinger som er gjort ikke lenger samstemmer med pasientens behov (Birkeland & Flovik, 2018).

I studien til Halvorsrud et al. (2014) kommer også betydningen av at sykepleieren har kjennskap til pasienten frem. Dersom sykepleier skal kunne gjenkjenne depressive symptomer hos pasienten, må hun kunne være i stand til å skille disse symptomene fra symptomer på andre lidelser eller aldring. Sykepleieren må kjenne til pasientens helhetlige situasjon, og på den måten kunne se symptomer og forandringer i sammenheng med for eksempel sykdom,

sorg og tapsopplevelser. Dersom sykepleieren ikke kjenner til pasientens personlighet, rutiner og hverdag, vil det heller ikke være et tilstrekkelig grunnlag tilstede for å kunne gjenkjenne endringer, slik som for eksempel tristhet, endret søvnrytme eller økt behov for samtale (Halvorsrud et al., 2014). Sykepleieren har i følge de yrkesetiske retningslinjene et ansvar for ivaretagelsen av pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016).

Ulike tapsopplevelser er blant risikofaktorene for utvikling av depresjon hos eldre, og de depressive symptomene som eldre opplever, kan i mange tilfeller forstås som en reaksjon på at tapssituasjoner mestres på en utilstrekkelig måte (Birkeland & Flovik, 2018; Halvorsrud et al., 2016). Tap av nære relasjoner, som for eksempel tap av ektefelle, vil også bety tap av samvær for pasienten som opplever det. Ofte vil pasienten kompensere for tapene, ved å søke kontakt og samvær med andre personer (Engedal & Bjørkløf, 2014). For eldre som mottar hjemmesykepleie vil sykepleieren kunne være en naturlig person å søke kontakt med. Det er derfor viktig at sykepleieren er tilstede og uttrykker at hun lytter til pasienten. Noen eldre opplever et lavere sosialt behov etter hvert som de blir eldre, men dette gjelder ikke alle, og sykepleieren må derfor møte hver enkelt pasient individuelt (Engedal & Bjørkløf, 2014). Sykepleieren må kunne skille mellom de pasientene som opplever en frivillig reduksjon av de sosiale behovene, fra de som opplever en ufrivillig reduksjon. For at det skal kunne la seg gjøre, må sykepleieren ha fokus på personsentrert og individualisert sykepleie, slik at den enkelte pasientens behov, ønsker og mål ivaretas (Kirkevold, 2014). Dersom reduksjonen av de sosiale behovene er ufrivillig, vil det være behov for å sette i verk tiltak for å dekke pasientens sosiale behov. Dersom reduksjonen av pasientens sosiale behov derimot oppleves frivillig, for eksempel dersom en pasient trives godt i eget selskap, og ønsker å tilbringe hverdagen alene med sine egne interesser og aktiviteter, er det viktig at sykepleieren har kjennskap til pasienten og gjennom samtaler kan kartlegge hvilke tiltak som kan settes i verk for å tilrettelegge for at denne pasienten får fortsette å fungere i sin hverdag og dermed ha en god livskvalitet (Engedal & Bjørkløf, 2014). Ved aldring kan en viss sosial tilbaketrekning også oppleves naturlig, fordi pasienten blir eldre og befinner seg i en avsluttende fase av et langt liv. En slik sosial tilbaketrekning kan føre til at pasientens motivasjon for å oppsøke samvær og fellesskap minsker, og behovet for refleksjon og innadvendthet øker (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Den sosiale tilbaketrekningen blant eldre kan også forstås som et resultat av en avvisning fra sosiale arenaer, ved at yngre personer har fordommer mot eldre og dermed skaper en

distansering i det sosiale fellesskapet (Engedal & Bjørkløf, 2014). Kvalitetsreformen *Leve hele livet* har fokus på at eldre skal inkluderes i sosiale arenaer og delta i fellesskap, ved å skape et mer aldersvennlig samfunn. Tiltakene som presenteres i reformen bygger på innspill og erfaringer fra hele landet, samt ny forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Kvalitetsreformen ønsker også med sine løsninger å bidra til at blant annet eldre mottakere av hjemmesykepleie skal få bedre livskvalitet. Et av tiltakene reformen belyser er at alle eldre bør ha mulighet til minst en time hver dag med aktiviteter som bygger på den enkeltes interesser, behov og ønsker. Tilbakemeldinger fra eldre tyder på at helse- og omsorgstjenestene, som hjemmesykepleien er en del av, kan bli bedre på å tilpasse tilbud om fysisk, sosial og kulturell aktivitet til den enkelte pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I møte med denne utfordringen foreslår reformen tiltak med mål om å bidra til personsentrert og individualiserte aktivitetstilbud og fellesskap. For at dette skal kunne gjennomføres i hjemmesykepleien, må sykepleier tilegne seg kjennskap til den enkelte pasientens egendefinerte behov og inkludere pasienten i valg av hvilke aktiviteter som vil fremme livskvalitet (Fermann & Næss, 2014). Fysisk aktivitet kan forebygge depresjon, og i tillegg til å bedre pasientens fysiske form, kan det også blant annet øke opplevelsen av glede og mestring, og bedre søvn. Fellesaktiviteter sammen med andre personer er verdifulle ved at de også kan gi pasienten en arena for sosial kontakt og samvær (Hummelvoll, 2012).

I følge studien til Birkeland (2013) fremstilles ikke ensomhet som et omfattende problem blant eldre som mottar hjemmesykepleie. Likevel kommer det frem i intervjuer med pasienter og sykepleiere at flere av pasientene opplever sosial isolasjon, og har et ønske om økt samvær og fellesskap. Tilsyn kan være et aktuelt tiltak for å kompensere for sosial isolasjon og tap av sosial kontakt. Pasienten har da vedtak på besøk fra hjemmesykepleieren uten at noen konkrete tiltak skal gjennomføres, med et mål om at pasienten skal ha det best mulig i sitt eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018). Helsefremmende tiltak utgjør en del av sykepleierens forebyggende funksjon, og å styrke og fremme pasientens sosiale situasjon vil derfor være et viktig forebyggende tiltak selv om pasienten ikke opplever ensomhet.

Flere sykepleiere i studien til Birkeland (2013) uttrykte at hjemmesykepleien er preget av praktisk funksjon og fysiske behov, og at de psykososiale behovene dermed ikke får nok fokus og prioritet. Hjemmesykepleien har ansvar for å sikre ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov, som inkluderer sosiale behov som samvær, sosial kontakt og fellesskap, i følge den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (Kvalitetsforskrift for pleie- og

omsorgstjenestene, 2003). De grunnleggende behovene til pasienten og opplevelsen av livskvalitet er knyttet tett sammen (Birkeland & Flovik, 2018). Pasientene som har vedtak på hjemmesykepleie trenger hjelp til å ivareta sine behov, og sykepleieren som utfører hjemmesykepleie har dermed innvirkning på pasientens livskvalitet. Også en studie utført av Markle-Reid et al. (2014) peker på at hjemmesykepleieren har mulighet til å spille en sentral rolle i forebygging av depresjon ved å blant annet fokusere på økt livskvalitet. Sykepleiere erfarer at pasientene ønsker mer hjelp i form av tilstedeværelse, men at dette ikke står i forhold til pasientenes fysiske hjelpebehov. Dette kan føre til at pasienter ønsker mer fysisk hjelp for å få dekket sine sosiale behov (Birkeland, 2013).

En av fasene Peplau beskriver i sin teori er løsrivningsfasen (Eide & Eide, 2017). For at pasienten ikke skal være avhengig av sykepleierens hjelp, må sykepleieren legge til rette for at pasienten vil klare seg selv. Når sykepleier har tilegnet seg kunnskap om pasientens ønsker og interesser, kan aktuelle tilbud om aktiviteter kontaktes og sykepleier kan spille en viktig motiverende rolle i prosessen. Det finnes flere ulike tilbud i kommunene som sykepleier kan foreslå og kontakte i samarbeid med pasienten. For eksempel kan et dagsenter på et sykehjem være et aktuelt tilbud. Dagsenter regnes som et aktivitetstilbud og kommunen er derfor ikke lovpålagt å tilby dagsenter (Birkeland & Flovik, 2018). Derfor kan sykepleier gjennom samtale følge opp søkeprosessen sammen med pasienten, og finne aktuelle alternativ dersom et ønsket aktivitetstilbud ikke blir tilbudt. I studien til Halvorsrud et al. (2014) fortalte en sykepleier om hvordan en pasient trengte motivasjon til å søke vedtak om dagsenter, og at det krevde flere gode samtaler og dermed også kontinuitet i besøkene til pasienten for å kunne motivere. Et av punktene i de yrkesetiske retningslinjene er at sykepleieren i sitt arbeid skal understøtte pasientens mestring, håp og livsmot (NSF, 2016). Ved å motivere pasienten til å søke vedtak om dagsenter vil dette skape en arena for pasienten til å komme seg ut av hjemmet sitt, og oppsøke et fellesskap som kan bidra til nettopp mestring, håp og livsmot.

5.3 utfordringer knyttet til hjemmesykepleierens handlingsrom

Organiseringen av hjemmesykepleien og mangel på kunnskap om hvilke behov de eldre har, vil ha innvirkning på ivaretagelsen av den eldre pasientens grunnleggende behov og faglig forsvarlig hjemmesykepleie (Fermann & Næss, 2014). De tiltakene som iverksettes for å

forebygge depresjon, må kunne gjennomføres innenfor hjemmesykepleierens handlingsrom. Studien til Halvorsrud et al. (2014) viser at enkelte arbeidsoppgaver må skyves på dersom tiltak rettet mot eldre med depressive symptomer skal kunne gjennomføres. Sykepleierens handlingsrom i hjemmesykepleien byr på utfordringer som indirekte kan føre til at pasienten ikke får forsvarlig hjelp. Slike utfordringer kan blant annet være at sykepleier stadig kommer til pasienten til skiftende tider, samt hyppig utskiftning av hvilke pasienter sykepleier har oppdrag hos i løpet av en vakt. Sykepleieren må da forholde seg til mange ulike pasienter, som kan føre til tidspress og mangel på kontinuitet (Fermann & Næss, 2014).

Utfordringer med mangel på kontinuitet vil også ha konsekvenser for pasienten, ved at de må forholde seg til mange ulike sykepleiere, og kan oppleve usikkerhet ved å ikke vite hvem de kan forvente besøk av i løpet av en dag. Det er heller ikke sikkert at pasienten vet hvem som er dens pasientansvarlige sykepleier, da det ikke nødvendigvis er den ansvarlige sykepleieren som utfører helsehjelpen. Dette kan hindre pasienten fra å ta kontakt ved behov. Kontinuitet er en relasjonell karakter, og for at sykepleieren og pasienten skal ha muligheten til å bli kjent og utvikle en tillitsfull relasjon, må det være en viss kontinuitet i besøkene (Fermann & Næss, 2014).

Min kliniske erfaring fra praksis i hjemmesykepleien er at jeg ofte hadde nye pasienter på arbeidslisten min, og at det kunne gå flere vakter mellom hver gang jeg var hos enkelte pasienter. Dette førte til at jeg hadde liten kjennskap til noen av pasientene, og kunne dermed skape begrensninger i min mulighet til å identifisere eventuelle endringer i pasientens tilstand, derunder depressive symptomer. For eksempel dersom jeg i hjemmesykepleiepraksisen min skulle utføre et sårstell hos en pasient, og det var beregnet 20 minutter til dette tiltaket på arbeidslisten min. Dersom jeg hadde vært hos denne pasienten flere ganger tidligere, og opplevde at vi hadde en god relasjon hvor jeg og pasienten hadde tillit til hverandre og kommuniserte godt i løpet av besøkene, ville jeg ha et grunnlag for å oppdage endringer og depressive symptomer gjennom hverdagslig samtale under sårstellet. Dersom jeg derimot aldri hadde møtt pasienten før, ville det vært utfordrende og omfattende å skulle bruke den avsatte tiden til både å bli kjent med pasienten, utføre sårstellet og skille eventuelle endringer og symptomer fra pasientens normale tilstand.

Jeg har også opplevd situasjoner i hjemmesykepleien hvor mangel på tid har gått ut over muligheten til å ha samtale med pasienten, til tross for at pasienten har gitt uttrykk for et

ønske om sosial kontakt. Det krever tid for at sykepleieren kan stille spørsmål og være tilstede, og det krever tid for at pasientene skal ha mulighet til å fortelle hvordan de har det. På den andre siden viser forskning at det ikke nødvendigvis kreves så mye tid for at en samtale skal oppleves som god, dersom en trygg og god relasjon allerede er etablert (Skatvedt & Andvig, 2014). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren etablerer en god relasjon med pasienten i orienteringsfasen. For sykepleieren kan tidspresset og kontinuiteten variere fra arbeidsdag til arbeidsdag, på bakgrunn av faktorer som antall pasienter på arbeidslisten og hvilken kjennskap sykepleieren har til pasientene på arbeidslisten. For pasienten derimot, er det ikke snakk om arbeidsdager, men hverdager og livskvalitet. Skatvedt og Andvig (2014) har utført en studie som tar for seg eldre hjemmeboende sine egne erfaringer i møte med sykepleiere og andre ansatte i kommunehelsetjenesten. Deltakerne i studien savnet at de ansatte hadde bedre tid til samtale og å bli kjent, slik at man dermed også kunne bygge en tillitsfull relasjon. Deltakerne klandret ikke de ansatte for tidspresset, men mente det skyldtes et problem i organiseringen. Det kom også frem at flere av deltakerne opplevde det vanskelig å formidle hva de trengte hjelp til, når det stadig kom forskjellige ansatte som alle ga uttrykk for at de hadde tidspress. Slike utfordringer kan føre til at behov som pasientene har, og som kan søkes vedtak om å få hjelp til, ikke blir registrert og dermed utgjør en risikofaktor for utvikling av depresjon.

Tidspresset kan føre til at sykepleieren ikke klarer å være tilstede under besøket og i samtale med den eldre. Sykepleieren kan oppleve arbeidslisten stressende og omfattende, og alt som skal gjøres i løpet av vekten kan da ta oppmerksomheten fra møtet med den enkelte pasienten. Fordi hjemmesykepleien som organisasjon har krav om at vedtakene pasienten har skal gjennomføres, og pasienten på sin side har sine ønsker og behov, vil sykepleieren befinne seg i et krysspress mellom disse (Halvorsrud et al., 2014). Dersom de forebyggende tiltakene skal kunne gjennomføres, må tjenestene organiseres slik at sykepleier har mulighet til å gjøre dette arbeidet. Noen kommuner har allerede satt i verk tiltak for å bidra til økt kontinuitet og forutsigbarhet i hjemmesykepleien gjennom nye arbeids- og organisasjonsmodeller. Tillitsmodellen er et tiltak med mål om å gi en bedre hverdag for både pasienten og sykepleieren, ved å øke kontinuiteten i arbeidet og ha økt fokus på personsentrert sykepleie (Eide et al., 2018). Sykepleieren vil da være en del av et tverrfaglig team med ansvar for hjemmetjenester innen et avgrenset område.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å sette fokus på forebyggende tiltak som sykepleier kan sette i verk i møte med eldre personer i hjemmesykepleien med depressive symptomer, med fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasienten. Jeg har derfor forsøkt å besvare problemstillingen: ”Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon blant eldre som mottar hjemmesykepleie?”. Mange hjemmeboende eldre har behov for hjelp fra hjemmesykepleien for å få dekket sine grunnleggende behov i hverdagen. Eldre mottakere av hjemmesykepleie er utsatt for mange risikofaktorer for utvikling av depresjon, som tapsopplevelser, sosial isolasjon, ensomhet og lav livskvalitet. Forskning viser at hjemmesykepleien i stor grad fokuserer på pasientens fysiske behov og at de psykiske og sosiale behovene kan bli glemt eller nedprioritert. Det stilles krav til sykepleiers kunnskap om den eldre pasienten og risikofaktorer de er utsatt for. Dette er for å sikre faglig forsvarlig sykepleie, slik at pasienten får ivaretatt sine behov for helhetlig sykepleie, inkludert de psykiske og sosiale behovene.

Peplaus sykepleieteori fokuserer på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Jeg har brukt relevant fag- og forskningslitteratur med et mål om å belyse viktige faktorer som kan bidra til å forebygge depresjon hos eldre, hvor relasjonen mellom hjemmesykepleier og den eldre pasienten er en svært sentral faktor. Forskning viser at etablering av gode relasjoner, tid til samtale og kjennskap til den enkelte pasient er av stor betydning for forebygging av depresjon blant eldre. Dersom en god relasjon mellom sykepleier og pasient er etablert, er det ofte enkle tiltak som hverdagslige samtaler og tilstedeværelse som skal til for å forebygge depresjon. Forskning som inkluderer pasienters erfaringer sier at det er et ønske om færre sykepleiere å forholde seg til, mer forutsigbarhet og bedre tid til samtale med sykepleieren. Mange eldre opplever likevel at de får god helsehjelp i hjemmet. Det kan derfor virke som at det er ivaretagelsen av den helhetlige situasjonen til pasienten, og inkluderingen av alle de ulike behovene til pasienten som er bekymringsfullt.

Hjemmesykepleien som kontekst i problemstillingen skaper utfordringer i sykepleierens handlingsrom. Tidspress og mangel på kontinuitet vil kunne begrense muligheten til å skape en god relasjon. Utførelsen av de relasjonsorienterte forebyggende tiltakene forutsetter dermed at tjenesten organiseres med hensyn til disse utfordringene, og legger til rette for at

sykepleieren kan utøve faglig forsvarlig hjemmesykepleie og skape en god relasjon til pasienten. Samhandlingsreformen legger vekt på at antall personer med psykisk sykdom vil øke i kommunene i årene fremover. Dermed kan det også antas en økning i forventninger til helse- og omsorgstjenesten, og at organiseringen har forbedringspotensialer.

7 Referanseliste

- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning, 2013* 8(2)(116-122). DOI: 10.4220/sykepleief.2013.0049
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (Red.) (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Braut, G. S. (2017). Hjemmesykepleie. Hentet fra <https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 174-183). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., Gullslett, M., Nilsen, E., Dugstad, J. & Eide, H. (2018). *Tillitsmodellen – hovedpiloting i Oslo kommune 2017-18*. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2566981/2018_4_Eide_Tillitsmodellen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Engedal, K. (2019). Alderdom. Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Fermann, T., & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 238-264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning, 9*(3), 242-248. DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0133
- Helsedirektoratet. (2018, 03.08). Samhandlingsreformen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 106-121). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., s. 15-27). 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., 438-451). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., ... Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BioMed Central*, *årgang(heftenr)*, *sidespenn*. <https://doi.org/<doinummer>>
- Mæland, J. G. (2014). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelse i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23.05). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet. Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighet shefte-april_2018..pdf](https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighet%20shefte-april_2018..pdf)

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 162-173). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning, 2014* 9(1)(64-70). DOI: 10.4220/sykepleief.2014.0034
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Omsorgstjenester. Hentet fra <https://www.ssb.no/pleie>
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig sykepleie?. *Sykepleien forskning, 2012* 7(3). DOI: 10.4220/sykepleief.2012.0134