



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Førebygging av depresjon hos
heimebuande eldre

Hege Anita Vereide

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/ Sjukepleie Førde
Rettleiar: Aud Berit Fossøy
Innleveringsdato: 30.11.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel: Førebygging av depresjon hos heimebuande eldre

Bakgrunn for val av tema: Psykiske lidingar kostar samfunnet årleg 60 til 70 milliardar kroner. Blant den eldre befolkinga er depresjon den vanlegaste psykiske lidinga med 12-17 prosent. I praksis har eg møtt mange eldre som uttrykkjer at dei er deprimerte. Eg brenner for å gjere kvardagen til eldre som framleis bur heime litt betre, og vil med denne studien prøve å finne tiltak som kan vere med på å førebygge depresjon hos heimebuande eldre.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebygge depresjon hos heimebuande eldre?

Metode: Metoden brukt i denne oppgåva er litteraturstudie. Eg har nytta litteratur frå ulike forskingsartiklar, pensum- og fagbøker, samt mine egne erfaringar frå 3 års studie og praksis.

Resultat og konklusjon: Depressive symptom hos eldre blir ofte oversett eller blir tolka som ein naturleg del av aldringsprosessen med kognitive, fysiske og sosiale endringar. Det er viktig at sjukepleiar har både kompetanse men også tid nok til å kunne observere og kartlegge pasienten for å finne ut om pasienten er deprimert. Ved å bidra til å dekke pasienten sine sosiale og psykiske behov, kan ein bidra til å førebygge ein eventuell depresjon. Det å delta i sosial samhandling, vere fysisk aktiv, føle seg anerkjend, å ha gode relasjonar til andre mennesker er med på å betre livskvaliteten til pasienten. Som sjukepleiar kan ein bistå pasienten ved å samtale, danne relasjon, opprette kontakt mellom pasient og nettverk, motivere til sosial og fysisk aktivitet, skape tryggleik og forutsigbarheit og tilrettelegge for sosial samhandling.

Nøkkelord: heimesjukepleie, depresjon, eldre, førebygge

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling	1
1.3	Avgrensingar	1
1.4	Omgrepsavklaring	2
1.4.1	Depresjon	2
1.4.2	Førebygging	2
1.5	Oppbygging av oppgåva	2
2	Metode	3
2.1	Litteraturstudie	3
2.2	Søkeprosessen	3
2.2.1	Forsking	3
2.2.2	Annan teori	4
2.3	Kjeldekritikk	4
3	Teori	5
3.1	Depresjon hos eldre	5
3.1.1	Nasjonale retningslinjer og reformer	5
3.1.2	Observasjon av mental helse	6
3.2	Sosial aldring	6
3.2.1	Einsemd og sosial isolasjon	6
3.2.2	Familie/ næraste pårørnde	7
3.2.3	Fysisk aktivitet	7
3.3	Kommunikasjon og gode relasjonar	8
3.3.1	Relasjonskompetanse	8
4	Presentasjon av funn	9
4.1	Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	9
4.2	Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie	9
4.3	Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre	10
4.4	An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	10

4.5	Exploring the quality of life of depressed and nondepressed, home-dwelling, Norwegian adults	11
5	Drøfting	12
5.1	Eliminasjon av sosiale risikofatorar	12
5.1.1	Einsemd og sosial isolasjon	12
5.1.2	Kontakt med pårørande	13
5.2	Eliminasjon av psykiske risikofaktorar	14
5.2.1	Observasjon og kartlegging	14
5.2.2	Kontinuitet	15
5.2.3	Kommunikasjon	16
6	Konklusjon	18
	Litteraturliste	19
	Vedlegg 1	
	Vedlegg 2	

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Depresjon vil truleg ramme heile ein av fem i løpet av livet. I løpet av ein 12 månaders periode er det heile ein av ti som blir ramma. (Folkehelseinstituttet, 2018) Psykiske lidningar kostar samfunnet 60 til 70 milliardar kroner kvart år, berre i Noreg (Røsjø, 2014). Blant den eldre befolkninga er depresjon den vanlegast psykiske lidinga med 12-17 prosent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 34). Helsedirektoratet kom i 2009 med ei ny retningslinje for diagnostisering og behandling av vaksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetenesta. Denne skal bidra til god kvalitet i helsetenestene for pasientar med depresjon. Målet er blant anna å få betre kunnskap, og på denne måten kunne fange opp depresjon tidleg, få auka vektlegging på blant anna sosiale og yrkesretta tiltak i behandling og rett bruk av medikamentell behandling. (Helsedirektoratet, 2009)

I denne oppgåva har eg valt å skrive om førebygging av depresjon blant eldre som framleis bur i eigen heim. Eg valte dette temaet er fordi at både i praksis, og seinare i arbeid erfarer eg at det er svært mange eldre som uttrykkjer at dei er deprimerte. Erfaringane mine er basert både på egne observasjonar og på samtale med pasientane. Eg brenner for å kunne gjere kvardagen til eldre som framleis bur heime litt betre. For å få meir kunnskap om emnet, har eg valt å gjennomføre ein litteraturstudie der eg prøver å finne tiltak som er med på å førebygge depresjon hos heimebuande eldre.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebygge depresjon hos heimebuande eldre?

1.3 Avgrensingar

Eg har valt å avgrense oppgåva mi til å omhandle korleis sjukepleiar kan eliminere fysiske, psykiske og sosiale risikofaktorar, og på denne måten førebygge depresjon. Hovudfokuset mitt vil vere på sosiale og psykiske risikofaktorar. Problemstillinga i oppgåva er avgrensa til eldre over 80 år som framleis bur i eigen bustad, og som mottok hjelp frå heimesjukepleien. Det blir ikkje teke omsyn til kjønn i oppgåva. Eg vel å ikkje avgrense om pasientane bur sentralt eller langt unna andre menneske. Pasientar som bur i sentrale strøk har fleire moglegheiter når det kjem til det sosiale, men kan likevel ha tilstandar som vanskeleggjer til dømes sosial omgang. Eg har valt å utelate medikasjon som eit tiltak fordi det er lækjar som står for rekvisisjon av medikament.

1.4 Omgrepsavklaring

1.4.1 Depresjon

Depresjon er ei psykisk lidning som bli kjenneteikna av symptom som nedtryktheit, tristheit, tomheitskjensle, redusert initiativ og interesse for andre og tidlegare gledesfylte aktivitetar, søvnforstyrningar, rastlausheit m.m. Depresjon kan skyldast somatiske sjukdommar, eller forekome som ledd i psykiske lidingar (Malt, 2018).

1.4.2 Førebygging

Førebygging handlar om å forhindre uønska og negative fenomen. For å førebygge sjukdommar og helseproblem må ein eliminere risikofaktorar (Garsjø, 2018, ss. 25-26).

1.5 Oppbygging av oppgåva

Vidare i oppgåva kjem ei beskriving av metoden eg har nytta i litteraturstudien, samt grunngjeving for val av forskning og teori. Deretter presenterer eg teorigrunnet i oppgåva. Eg tek føre meg depresjon, sosial aldring og kommunikasjon, før eg presenterer dei ulike artikkelane eg har nytta i oppgåva. Vidare har eg drøfta ulike sjukepleietiltak innanfor eliminering av risikofaktorar, etterfylgt av ein konklusjon. Til slutt i oppgåva er ei litteraturliste over alle kjeldene eg har brukt, samt to vedlegg.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva blir gjennomført som ein litteraturstudie. I ein litteraturstudie hentar ein data frå allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori. Det kan vere relevant å bruke opplevingar frå praksis som grunnlag for tema og problemstilling, og ut frå den valde problemstillinga kan ein byrje å leite etter data. (Dalland, 2017, s. 223)

2.2 Søkeprosessen

2.2.1 Forsking

Det første eg gjorde i denne litteraturstudien var å gjennomføre eit litteratursøk for å finne relevant kjeldemateriell. Swemed + er ein database som er blant anna eit hjelpemiddel for å finne synonymord i artiklar. Eg valte å byrje med denne databasen for å finne søkeord, MeSH-ord, som eg kunne bruke vidare i prosessen og som kunne vere med på å gjere søkeprosessen enklare. Først søkte eg opp ordet *hjemmesykepleie*. Eg kom då fram til fleire engelske synonymord som eg tok meg med vidare til neste database.

Deretter gikk eg inn på Academic Search Elite. Der kryssa eg av for å søke i databasane CINAHL og MEDLINE også. Eg søkte på ulike ord som eg hadde kome fram til var relevante, sjå vedlegg 1. Alle desse hadde over 100 000 treff. Difor valde eg å kombinere alle saman, samt avgrense til 2010-2018 og "academic journals". På denne måten visste eg at eg kom til å finne forskning av nyare dato. Dette gjorde til at eg kom fram til 5 treff. Av desse treffa har eg valt meg ut ein artikkel som eg vil ta med meg vidare i prosessen (Halvorsrud & Kalfoss, 2016).

For å finne meir materiale valte eg å gjennomføre eit nytt søk, der eg ekskluderte *Lonely OR loneliness OR alone, Home OR house* og *Norway OR norwegian*, samt eg la til orda *psychosocial interventions* og *prevention OR prevent*. Sjå vedlegg 2. Dette gav to treff. Den eine artikkelen var ein førebels artikkel om eit prosjekt som framleis gjekk føre seg då den var skriven. Difor søkte eg opp alle forfatarane i Google Scholar. Der fekk eg fram både den mellombelse artikkelen, men også den ferdig skrivne artikkelen, og valte å bruke denne vidare i oppgåva (Markle-Reid, et al., 2014).

I tillegg gjennomførte eg eit søk på tidsskriftet Sykepleien sine heimesider. Der søkte eg på "hjemmesykepleie depresjon" og avgrensa til "forskning". Då kom eg fram til 5 treff, og valde ut to av desse som eg følte var relevante for oppgåva mi; *Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten* (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014) og *Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie* (Birkeland,

2013). Tidlegare i studieforløpet har eg brukt ein forskingsrapport skriven av Pettersen og Laake (Pettersen & Laake, 2003). Eg valte å ha med denne artikkelen i oppgåva mi, då eg meiner den er relevant i forhold til problemstillinga eg forsøker å belyse.

2.2.2 Annan teori

Eg har nytta bøker frå pensumlistene til dei ulike emna frå sjukepleiestudiet på Høgskulen på Vestlandet. Eg vel å bruke desse då eg tenkjer at dei er kvalitetssikra av lærarar på studiet, og er difor godt kjeldemateriell til oppgåva. Eg har fått tips med lærar om å bruke stortingsmeldinga *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Eg vart også tipsa om at forfattar Knut Engedal har mykje relevant materiell for oppgåva mi. Eg har difor valt å inkludere eine boka hans (Engedal, 2008). Samstundes har eg nytta høgskulebiblioteket for å finne litteratur som er relevant for problemstillinga mi.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk skal vise at ein klarer å sjå på det kjeldemateriellet ein bruker i oppgåva med kritiske auger. Ein vurderer og karakteriserer den litteraturen som er nytta i oppgåva. Hensikta med kjeldekritikken er at lesaren skal få ta del i dei refleksjonane ein gjer seg om kva relevans og gyldigheit litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s. 72). Når eg har valt ut kva bøker og artiklar eg skal ha med i oppgåva mi, har eg stilt meg sjølv nokre spørsmål: *Kva relevans har kjelda? Kor truverdig er kjelda? Kva slags tekst er det?* Relevans, gyldigheit og haldbarheit er heilt seintralt når ein skal velje ut kjeldemateriell (Dalland, 2017, ss. 72-73) Ved å ha desse spørsmåla med meg når eg har valt ut kjeldemateriell har det gjort det enklare for meg å velje bøker og forskning som er med på å belyse problemstillinga mi, er truverdige og av nyare dato, og som er fag- og forskingsbasert. På denne måten veit eg at kjeldene mine er av god kvalitet. Likevel kan det vere at eg i søkeprosessen min har oversett enkelte bøker eller artiklar. Eg har valt å nytte fleire engelske forskingsartiklar. Ein må difor ta høgde for at det er ein risiko for at delar av teksten kan ha blitt feiltolka undervegs i prosessen.

3 Teori

3.1 Depresjon hos eldre

Depresjon er den psykiske lidinga som førekjem hyppigast hos eldre (Eskeland, 2017, s. 147).

Risikoen for depresjon aukar med alderen. Moglege årsaker kan vere somatiske sjukdommar som til dømes hjerneslag og demens, hjartesvikt eller kreftsjukdom. Tapsopplevingar kan også vere ei utløysande årsak, og kan føre til tristhet og sorg, einsemd og understimulering (Laake, 2003, s. 217).

Ved depresjon er det viktig med lang tids oppfølging og førebyggjande arbeid i form av å bryte sosial isolasjon, tilstrekkeleg heimehjelp og heimesjukepleie, dagsenter, vedlikehaldsmedikasjon og liknande (Eskeland, 2017, s. 149).

3.1.1 Nasjonale retningslinjer og reformer

Helsedirektoratet publiserte i 2014 *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetenesta*. Den er meint som eit hjelpemiddel for å bidra til god kvalitet i helsetenestene for pasientar med depresjon. (Helsedirektoratet, 2009). Ved mistanke om depresjon er det viktig å gjennomføre ei systemisk kartlegging gjennom intervju og samtale, gjerne kombinert med bruk av kartleggingsskjema. I møte med deprimerede pasientar er det viktig å ha evne til å vise omsorg, medkjensle, nysgjerrighet, håp, tolmod og fleire andre positive kvalifikasjonar (Helsedirektoratet, 2009, ss. 23-24).

Leve heile livet er ei kvalitetsreform som skal bidra til å gi eldre moglegheita til å leve godt heile livet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 57) Folkehelse rapporten 2015 dreg fram fire faktorar som er særskild viktige for god aldring; høg kognitiv aktivitet, høg fysisk aktivitet, eit aktivt sosialt liv og eit godt kosthald (Helsedirektoratet, 2015). Desse fire faktorane dannar grunnlaget for reforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samanheng er eit viktig tema i reforma, og målet er å skape eit meir samanhengande tenestetilbod til eldre og deira pårørande, med auka tryggleikskjensle og forutsigbarheit. Mange eldre opplever at tenestene dei mottek manglar heilheit og kontinuitet, noko som fører til utryggleik og bekymringar. For å møte desse utfordringane blir det presentert forslag om tiltak innan blant anna den enkelte sitt behov, avlastning og støtte til pårørande, færre å forhalde seg til og auka kontinuitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 145). Ulike tiltak som blir føreslått i reforma er blant anna primærkontakt, digitale tenester og alternative turnusordningar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 27).

3.1.2 Observasjon av mental helse

Det er hevda at depresjon er underdiagnostisert og underbehandla hos eldre. Dette blir forklart med at helsepersonell ikkje er flinke nok til å kjenne att symptom hos denne pasientgruppa, og at det kan vere vanskeleg å skilje depresjon frå ein naturleg sorgreaksjon og einsemdskjensle (Engedal, 2008, s. 99). For å lære pasienten å kjenne, må ein føreta ein grundig samtale der ein avklarar mellom anna tankar og symptom. Eit hjelpemiddel for å måle mengda symptom eller alvorlegheitsgrad er Geriatrisk Depresjonsskala (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 456). Heimesjukepleiarane har ein unik moglegheit til å oppdage ein byrjande depresjon. Likevel blir ikkje dette gjort, då ein har tidspress, lite kunnskap og dårleg organisering for å kunne gjennomføre dette fordi heimesjukepleiar sitt oppdrag stort sett er praktisk bistand (Birkeland & Flovik, 2014, s. 73). Det må leggjast større vekt på systematisk kartlegging. På denne måten kan heimesjukepleiarane lettare oppdage faresignal for depresjon (Forskning.no, 2015).

3.2 Sosial aldring

Vi er kopla til samfunnet og til andre menneske gjennom sosiale nettverk og roller. Når ein vert eldre skjer det gjerne ei rolleending i tillegg til tap av rolle. Dette kan vere tap av yrkesrolle ved pensjonering, tap av ektefelle eller vener, eller det å miste ein del av seg sjølv ved helsesvikt eller skrøpelegheit. I desse tilfella blir ein også påført ei ny rolle, til dømes pensjonist, einsleg eller pasient. Slike rolleovergangar kan vere ei påkjenning som krevjer meistring og ny tilpassing, særskild dersom det dreier seg om ei uønska hending. (Daatland & Solem, 2011, ss. 127-128).

Mennesket er oppteken av personleg vekst og utvikling, og ønskjer å realisere sine evner og anlegg. Abraham Maslow utvikla ein motivasjonsteori som la vekt på mennesket sin personlege vekst, og danna ut i frå denne eit behovshierarki som består av sju behov. Dei fire nedste behova handlar om mangelbehov. Dersom ein ikkje får dekkja desse behova klarer ein ikkje å fungere tilstrekkeleg. Desse behova er fysiologiske behov, behov for tryggleik, behov for tilhørsele og kjærleik og behov for anerkjenning (Renolen, 2008, s. 46). Familie, venner, anna nettverk og helsepersonell kan bidra til å oppfylle desse behova ved å skape tryggleik, regelmessighet, stabilitet, fellesskap og ved å anerkjenne pasienten.

3.2.1 Einsemd og sosial isolasjon

Livskvalitet blir påverka av helsetilstanden, likevel opplever mange eldre at psykososiale forhold er viktigare enn sjukdom og funksjon. Sosial isolasjon og einsemd er knytt til auka risiko for alvorlege sjukdommar og tidleg død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 125). Fleire studiar viser at den sosiale aktiviteten blir redusert med alderen (Normann, 2011). Dette skuldast først og fremst

svekka ressursar, men kan også ha samanheng med endra behov, normer og forventningar utanfrå. (Daatland & Solem, 2011, s. 223).

Mange eldre opplever å kjenne seg einsame. Einsemd kan bidra til å forsterke helseproblem eller vere ein risikofaktor for å utvikle helseproblem. Langvarig einsemd hos eldre er forbunde med svekka funksjonsnivå, både fysisk og mentalt, og redusert livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83). Undersøkingar viser at omtrent 30 prosent av menn og omtrent 50 prosent av kvinner over 80 år har vore litt eller mykje plaga av einsemd dei siste dagane, medan 7-12 prosent av menn og kvinner er sosialt isolerte. Einsemd og sosial isolasjon er ein trussel mot livskvaliteten, og sjukepleiarar erfarer at det er behov for meir tid til å ta i vare dei sosiale og kjenslemessige behova til einsame pasientar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 448).

3.2.2 Familie/ næraste pårørande

Dei fleste pasientar i heimesjukepleien har minst ein pårørande. Desse er ein ressurs for pasienten både i forhold til emosjonell støtte, praktisk hjelp og nærvær og forståing. Pårørande er i mange tilfeller heilt avgjerande for at pasienten skal kunne bu heime (Birkeland & Flovik, 2014, s. 140). Helse- og omsorgstenesta skal ha system og rutinar som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørande. Helsepersonell skal be pasienten om samtykke før dei gir pårørande opplysningar om pasienten sin helsetilstand, helsehjelp og andre personlege opplysningar. Det er tilfeller der pasienten ikkje ønskjer å involvere pårørande. Her bør helsepersonell med jamne mellomrom snakke med pasienten om å del e informasjon. Di meir alvorleg situasjonen er for pasienten, di meir bør han motiverast til å vere open ovanfor pårørande (Helsedirektoratet, 2017, s. 23).

3.2.3 Fysisk aktivitet

Fysisk, kulturell og sosial aktivitet og deltaking er særleg viktig i alderdommen når både helsa og det sosiale nettverket ofte er i endring. Fysisk aktivitet beskyttar mot ei rekke helseplager og reduserer dødelegheit, og kan gi energi, påverke humøret og redusere stress (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 82). Regelmessig fysisk aktivitet, god ernæring, riktig medisinbruk og førebygging av einsemd bidreg til betre funksjon, fysisk, psykisk og sosialt. Enkelte eldre kan kome i ein sårbar tilstand med låg fysisk og psykisk reservekapasitet. Dette kan medføre at små hendingar som til dømes ein infeksjon kan gjere store utslag på den generelle helsetilstanden. Denne type sårbarheit er nært assosiert med mellom anna depresjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 124)

3.3 Kommunikasjon og gode relasjonar

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar seier blant anna at sjukepleiaren skal understøtte håp, meistring og livsmot hos pasienten, ta i vare den enkelte pasient sine behov for heilheitleg omsorg, og fremje pasienten sine moglegheiter til å ta sjølvstendige avgjersler. Sistnemnde ved å gi tilstrekkeleg og tilpassa informasjon samt å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2011). For å kunne oppnå dette på ein tilfredsstillande måte, må ein nytte seg av kommunikasjon. Kommunikasjon kan setje ein i stand til å forstå pasienten, det kan også gjere det mogleg for pasienten å forstå ein sjølv (Eskeland, 2017, s. 86). God kommunikasjon er å oppnå effektiv informasjonsformidling samstundes som ein tek i vare verdiar i samhandlinga, som tryggleik, openheit og tillit (Røkenes, 2006, ss. 241-242). For å kunne ivareta kommunikasjon mellom pasient og yrkesutøvar er det viktig at ein innehar relasjonskompetanse. Dette er for å kunne forstå og samhandle med pasientane på ein best mogleg måte (Røkenes, 2006, s. 7).

Det er viktig å ha kunnskap om pasienten sine personlege erfaringar og subjektive opplevingar av det å vere sjuk og ha helsesvikt, i tillegg til å evne å forstå "kva det er å vere sjuk", ei forståing av pasienten sine eigne opplevde erfaringar med sin sjukdomstilstand. Denne evna kallast empati, og er svært sentral i Florence Nightingale sine *Notater om sykepleie* (Nordtvedt, 2012, s. 110). Empati medfører ofte eit ønskje om å hjelpe eit anna menneske eller å redusere ein annan person sitt ubehag eller lidning (Nordtvedt, 2012, ss. 110-111). For å klare å forstå opplevingane til pasienten nyttar ei fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi er læra om den menneskelege opplevinga og erfaringa (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 54). Ein nyttar også ei hermeneutisk tilnærming, ved at ein fortolker det som blir formidla og på denne måten forstår ein den andre si oppleving empatisk (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 58).

3.3.1 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse handlar om å forstå og samhandle med menneske vi møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte. Ein relasjonskompetent fagperson kommuniserer på ein måte som gir mening, som tek i vare den overordna hensikta med samhandlinga, og som ikkje krenkjer den andre parten (Røkenes, 2006, s. 7). Relasjonskompetanse er ein viktig del av den faglege kompetansen. Studiar viser at dårleg kommunikasjon mellom lækjar og pasient, og manglande vektleggjing av relasjonelle faktorar frå lækjaren si side, er det største hinderet for behandling av alvorleg depresjon (Røkenes, 2006, s. 8)

4 Presentasjon av funn

4.1 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Dette er ein studie gjennomført ved bruk av kvalitativ metode (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014). Det blei gjennomført ti intervju med heimesjukepleiarar i eit byområde, før det blei gjort ein beskrivande tematisk tekstanalyse av materialet. Hensikta med studien var å undersøkje korleis heimesjukepleiarar beskriver den nedstemte pasienten som har enkelte depressive symptom, samt kva tiltak dei utfører innanfor ein heimesjukepleiar sitt handlingsrom. Målet med studien er å bidra til auka kunnskap om korleis heimesjukepleiarar beskriver pasientar med mild depresjon, og kva tiltak som blir tilbode (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014).

Resultatet som kjem fram av studien er at sjukepleiarar identifiserar depressive symptom ved å sjå etter endringar i pasienten sitt vande mønster. Dei set i verk tiltak som å samtale om daglegdagse emne eller om pasienten sine bekymringar. Desse tiltaka kjem i tillegg til vedtaket pasienten har. På grunn av mangel på kontinuitet i arbeidet har heimesjukepleiaren begrensa moglegheit til å følgje opp tiltaka. Sjukepleiarar kjem i eit krysspress mellom pasienten og organisasjonens krav ved å bruke ekstra tid, og dermed dytte på dei resterande oppgåvene på dagens arbeidsliste (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014).

4.2 Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie

Denne studien blei gjennomført ved å nytte individuelle kvalitative forskingsintervju som metode ovanfor pasientane. Ovanfor sjukepleiarane blei det brukt fokusgruppeintervju. Bakgrunnen for studien er at ein stadig større del av befolkninga mottok heimesjukepleie, og mange av desse bur aleine, og er difor utsett for sosial isolasjon og einsemd. Hensikta er å få auka kunnskap og forståing for den sosiale situasjonen desse pasientane befinner seg i. Studien bestod av individuelle intervju med 20 pasientar, og fokusgruppeintervju med seks sjukepleiarar (Birkeland, 2013).

Resultatet frå studien er at einsemd ikkje blei sett på som eit omfattande problem, verken av pasientane eller sjukepleiarane. Det kom likevel fram at den sosiale situasjonen til pasientane er prega av ein kombinasjon av fysiske, psykiske og sosiale forhold, inkludert sosiale tap og alvorleg sjukdom. Konklusjonen er at pasientane sin psykososiale situasjon og behov må få kome til uttrykk. Ved å få større medvit og kunnskap om dette, i tillegg til bruk av enkle testar, kan ein få til tiltak som kan betre den sosiale situasjonen for pasientar som står i fare for å oppleve einsemd og/ eller sosial isolasjon (Birkeland, 2013).

4.3 Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre

Materialet i denne forskingsrapporten er henta frå tre datasett innsamla ved intervju, eigenutfylt postalt spørjeskjema og bandopptak av diskusjonar mellom brukarar av eldresenter i sokalla fokusgrupper. Studien viser at angst og depresjon er svært vanleg blant eldre, og dersom ubehandla kan dette føre til tap av livskvalitet, svekka funksjonsevne, sosial tilbaketrekning og auka dødelegheit. Hovudformålet med studien var å undersøkje om det er grunnlag for å satse meir aktivt på eldresenter som ledd i kommunen sitt tilbod til eldre som har symptom på hukommelsesreduksjon, angst eller nedstemtheit (Pettersen & Laake, 2003, s. 7).

I denne studien kjem det fram at det er ein betydeleg førekomst av lettare og meir alvorlege symptom på kognitiv svikt, angst og depresjon hos heimebuande eldre. Mange av desse er aktuelle for nærare diagnostisering. Resultatet viser at eldresenteret er eit veileigna tilbod til personar med hukommelsesvanskar, angst- og depresjonssymptom. Eldresenter tilbyr både mat, mosjon, mentalstimulerande aktivitetar og sosialt nettverk. Dette er gunstig både som førebyggjande og støttande tiltak. I følgje deltakarane i studien vil ein på eit eldresenter finne eit solidarisk miljø der ein kan støtte seg til ein felles hukommelse og hente motkraft mot engstelse, nedstemtheit og sosial isolasjon (Pettersen & Laake, 2003, ss. 63-64).

4.4 An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms

Bakgrunnen for denne studien er at depressive symptom hos eldre som får heimesjukepleie ofte blir oversett, ikkje oppdaga og difor ubehandla. Dette kan føre til negative helsemessige konsekvensar, tidlegare behov for sjukeheims plass og auka kostnadar for samfunnet. 142 eldre deltok i studien som gjekk ut på å undersøkje gjennomførbarheita og aksepten til å utforske effekten av ein sjukepleiarstyrt intervensjon for å fremje mental helse, og sjå om intervensjonen klarte å redusere depressive symptom (Markle-Reid, et al., 2014). Kvar deltakar fekk tilbod om eit heimebesøk i månaden i seks månader, i tillegg til sine vanlege vedtak. Hovudføremålet med besøket var å sjå etter depressive symptom og risikofaktorar for depresjon hos pasienten ved å nytte ulike verktøy. I tillegg vart pasient og pårørande vart informert om depresjon, pasienten sine ressursar og svakheiter vart vurderte og pasienten vart motivert til å delta i fysisk aktivitet (Markle-Reid, et al., 2014).

Resultatet viser at intervensjonen var effektiv ved at den reduserte depressive symptom og forbetra livskvaliteten etter seks månader. Intervensjonen var gjennomførbar og vart godt motteke av

pasientane. Ein såg også reduksjon i sjukehusinnlegging, bruk av ambulanse og legevakt (Markle-Reid, et al., 2014).

4.5 Exploring the quality of life of depressed and nondepressed, home-dwelling, Norwegian adults

I denne studien blir det sikta på å utforske korleis intimitet, fysisk og psykisk helse, einsemd og haldningar ovanfor det å verte eldre påverker livskvaliteten hos ikkje-deprimerte og deprimerte eldre. Det vart valt ut ei randomisert, stratifisert samling av deltakarar, der 430 av 802 valte å bli med på studien (Halvorsrud & Kalfoss, 2016).

Det kjem fram av studien at eldre som har opplevd tap, er einsame eller er sjuke, er meir utsett for å bli deprimerte, som igjen påverker livskvaliteten deira negativt. Depressive symptom blant dei eldre blir ofte oversett og blir av denne grunn ikkje behandla då symptoma ofte blir forveksla med symptom på andre lidingar eller generell aldring. Det er viktig at sjukepleiar klarer å identifisere depresjon blant eldre for å kunne gi dei ein betre livskvalitet. Det kjem også fram at det er fysisk helse som i hovudsak påverker livskvaliteten til dei ikkje-deprimerte. Psykisk helse, tap og intimitet har også innverknad. Når det kjem til dei deprimerte er først og fremst intimitet som påverker livskvaliteten, men også psykisk helse. For deprimerte er intimitet, i form av meiningsfylte forhold som t.d familie og venner, svært viktig. Viktigheita rundt det å kunne vise og motta kjærleik bør bli teken med i vurderinga når ein planlegger terapeutiske intervensjonar for denne pasientgruppa (Halvorsrud & Kalfoss, 2016)

5 Drøfting

5.1 Eliminering av sosiale risikofaktorar

5.1.1 Einsemd og sosial isolasjon

Mange eldre kjenner seg einsame. Einsemd og sosial isolasjon er risikofaktorar for å utvikle helseproblem i form av svekka funksjonsnivå, både psykisk og mentalt, samt redusert livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 83). Fleire studiar viser at den sosiale aktiviteten blir redusert med alderen, mykje på grunn av svekka ressursar (Normann, 2011). Det kan verke som at det blir ein vond sirkel ved at ein kan bli einsam av å ha svekka ressursar, og ein kan få svekka ressursar av å vere einsam. Ein kan difor tenkje seg at ein bør ha ei målsetjing om å eliminere risikofaktorar som kan føre til einsemd, og samstundes styrke ressursane til pasienten. Samstundes er det relevant å ha med seg i bakhovudet at studiar viser at einsemd ikkje blir sett på som eit omfattande problem verken av pasientar eller sjukepleiarar i heimesjukepleien (Birkeland, 2013). Likevel er det viktig å gripe tak i dei som opplever einsemd og sosial isolasjon, då dette er ein stor risikofaktor for å utvikle depresjon. I tillegg ser ein at sjukepleiarar erfarer at det er behov for meir tid til å ta vare på dei sosiale og kjenslemessige behova til einsame pasientar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 448). Ein kan difor tenkje seg at det er behov for utvida tenester i form av å setje av litt tid til å samtale med pasienten, ikkje berre praktisk bistand. Eg erfarer at mange pasientar uttrykkjer stor glede dei gongene eg har tid til å setje meg ned og prate litt med dei. Ein pasient seier ofte "De er dei einaste eg ser i løpet av dagen. Kan ikkje du setje deg ned litt?". I dette tilfellet er heimesjukepleiaren gjerne den einaste forma for sosial kontakt pasienten har i løpet av heile dagen. Dersom sjukepleiar har teke med seg dagens avis frå postkassa, gir dette pasienten moglegheit til å halde seg sosialt oppdatert på kva som skjer i lokalsamfunnet. På denne måten kan ein leggje til rette for samtale med pasienten, som kan gjere relasjonsbygging og kommunikasjon lettare. Ein kan også tilby pasienten å skru på nyheitene, dagsrevyen eller liknande på radio eller tv slik at pasienten får med seg nyheiter nasjonalt og internasjonalt også. Samstundes veit eg av erfaring, at TV og radio kan gjere at ein kjenner seg litt mindre einsam ved at ein høyrer andre som pratar i eit elles stille hus, så eit nyttig tiltak kan vere noko så enkelt som å tilby pasienten å skru på fjernsynet.

Den sosiale situasjonen til pasientane er prega av både fysiske, psykiske og sosiale forhold, deriblant tap og alvorleg sjukdom. Tapsopplevingar kan føre til tristhet og sorg, einsemd og understimulering (Laake, 2003, s. 217). Det å oppleve tap er uunngåeleg, anten det er i form av rolle, ektemake eller venner. Korleis kan ein møte pasientar som har opplevd ulike formar for tap på ein god måte? Eg erfarer at mange pasientar synes det er godt å få samtale om ting som har vore, og få glede seg over det ein har hatt og har fått oppleve. Samstundes kan denne samtalen vere med på å byggje ein god

relasjon mellom pasient og sjukepleiar, noko som mogleges i seg sjølv kan vere med på å førebyggje einsemd.

Eldresenter er eit velegna tilbod til personar med blant anna depresjon. Dei tilbyr både mat, mosjon, mentalstimulerande aktivitetar og sosialt nettverk, noko som er gunstig både som førebyggjande og støttande tiltak (Pettersen & Laake, 2003, ss. 63-64). Ein ser at deprimerte eldre opplever glede når dei kjem seg ut og treffer nye menneske. Også når dei et saman med nokon og deltek på aktivitetar. Eldresenter og dagsenter spelar truleg ei stor rolle som eit profylaktisk tiltak mot depresjonar hos eldre og gamle (Engedal, 2008, s. 129). Dørstokkmila kan ofte vere lang, men gleda og nytta ein har av å kome seg ut blant andre kan vere stor. Frå tidlegare praksis- og arbeidserfaring ser eg at mange i institusjon nyttar seg av og har stor glede av dette tilbodet. Eg har tidlegare samtala med ein deprimert pasient som hadde hatt stort utbytte av å besøke eit eldresenter. Diverre ønskja han ikkje å nytte seg av dette tilbodet. Korleis kan ein i slike tilfeller motivere heimebuande pasientar til å delta på ulike sosiale aktivitetar? Eg tenkjer at kommunikasjon og tilrettelegging er nøkkelement. Dersom ein klarer å motivere pasienten til å ville delta i ein eller anna form for sosial aktivitet, kan pasienten oppleve betring av depresjonen (Eskeland, 2017). For å gjere det lettare for heimebuande å komme seg til og frå aktivitetar, kan ein som sjukepleiar hjelpe han å søke om drosjekort. Dersom eldresenter ikkje er aktuelt for vedkommande, kan det vere eit nyttig tiltak å informere pasienten om dei ulike tilboda kommunen har, og vise korleis ein skal gå fram for å kome i kontakt med dei som tilbyr aktivitetar som til dømes eldrekor, gruppeaktivitetar, symjing og liknande. Det er også relevant å informere pasienten om tilbod som støttekontakt, kvardagsrehabilitering, frisklivssentral og liknande.

5.1.2 Kontakt med pårørande

Meiningsfylte forhold er svært viktig for deprimerte, og bør bli teken med i vurderinga når ein planlegger terapeutiske intervensjonar for denne pasientgruppa (Halvorsrud & Kalfoss, 2016). Kontakt med pårørande bør difor vere eit sjølv sagt tiltak i førebyggingsarbeidet. Sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer seier at sjukepleiar skal bidra til at pårørande sin rett til informasjon blir teken i vare (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det å skulle trekke inn pasienten sin familie kan ha stor betydning både for pasient og pårørande. I enkelte tilfelle opplever ein at pårørande ikkje er klar over pasienten sin situasjon, og pasienten på si side som ikkje ønskjer å skulle tyngje dei pårørande med sine utfordringar. Dette kan vere uheldig både for pasienten og pårørande. Samstundes kan det også vere uheldig for sjukepleiar som kan oppleve eit dilemma med tanke på å skulle overhalde teieplikta si, men samstundes ville det beste for pasienten. Eit vanleg symptom på depresjon er redusert initiativ og interesse for ting som tidlegare gav pasienten glede (Malt, 2018). Difor er det

viktig å tenkje over at det kan vere sjølvdepresjonen som er årsaka til at pasienten ikkje ønskjer kontakt med pårørande. Helse- og omsorgstenesta skal ha rutinar som legg til rette for dialog med pårørande. Likevel må ein be pasienten om samtykke før ein gir pårørande opplysningar (Helsedirektoratet, 2017, s. 23). For å klare opprette og oppretthalde kontakt mellom pasient og pårørande, og for at begge sider skal kjenne seg godt ivaretekne er det relevant å motivere pasienten til kontakt. For å kunne oppnå dette er det viktig med tillit og tryggleik mellom pasient og sjukepleiar. Kanskje kan ein på denne måten motivere pasienten til å sjølv ta kontakt med pårørande. Eventuelt kan pasienten gi samtykke til å sjukepleiar kan ta kontakt med pårørande. Dette kan bidra til å betre den sosiale situasjonen for pasienten. Ein må likevel vurdere om det kan liggje noko anna til grunn for at pasienten ikkje ønskjer å involvere pårørande. Ein kan då forsøke å samtale med pasienten om andre i nettverket, som til dømes fjernare slektningar eller vener. For å opprette eller oppretthalde kontakt med nettverket til pasienten kan det vere nyttig å tilby pasienten lett opplæring i sosiale media, som til dømes Snapchat eller Facebook.

5.2 Eliminering av psykiske risikofaktorar

5.2.1 Observasjon og kartlegging

Depresjon blant eldre blir i mange tilfelle ikkje oppdaga. Dette kjem av at helsepersonell er for dårlege til å sjå etter og kjenne att symptom på depresjon (Engedal, 2008). Dette ser ein også i studien gjennomført av Markle-Reid med fleire (Markle-Reid, et al., 2014). I mine praksisperioder erfarer eg at mange pasientar gir uttrykk for å vere deprimerte. Både verbalt, men også non-verbalt i kroppsspråket sitt. Samstundes er det pasientar som ikkje gir uttrykk for depresjon, men som likevel kan ha mange symptom. For å kunne fange opp ein byrjande depresjon må ein først og fremst kunne observere den mentale helsetilstanden til pasienten tilstrekkeleg. Spørsmålet er om sjukepleiar i heimesjukepleien innehar nok kompetanse og kunnskap til å klare å kjenne att symptoma, og om tenesta har nok ressursar til at ei slik kartlegging er mogleg å få til. Deprimerte pasientar kan ha atypiske symptom, og det kan av denne grunn vere vanskeleg å fange det opp. I mange situasjonar tenkjer ein at det er til dømes naturlege sorgreaksjonar eller kjensle av einsemd som følgje av tap av vener, familie, funksjonsevne osv (Engedal, 2008). For å kunne ivareta desse pasientane er det viktig å gjennomføre ei systematisk kartlegging ved bruk av intervju, samtale og kartleggingsskjema som til dømes Geriatrisk depresjonsskala. Ein bør kartleggje ulike vanskar, behov og problem som pasienten opplever (Helsedirektoratet, 2009). Ved å gjere dette kan ein få eit betre innblikk i den mentale helsetilstanden til pasienten, og ein kan sjå om det er behov for å setje i verk ulike tiltak.

I studien til Pettersen og Laake kjem det fram at det er ein betydeleg førekomst av lettare og meir alvorlege symptom på kognitiv svikt, angst og depresjon (Pettersen & Laake, 2003). Ein ser også at

depressive symptom hos eldre som får heimesjukepleie ofte blir oversett, ikkje blir oppdaga og ikkje blir behandla (Markle-Reid, et al., 2014). Dette viser viktigheita ved å observere den mentale helsetilstanden hos pasientane ein besøker. Ved å oppdage, og kunne førebygge ein depresjon tidleg kan ein både bidra til at pasienten opplever betre livskvalitet, og samstundes bidra til å redusere antal sjukehusinnleggingar, bruk av ambulanse og legevakt (Markle-Reid, et al., 2014). På denne måten kan ein spare pasienten for sjukdom og ubehag, samstundes som ein sparer samfunnet for store kostnader.

Sjukepleiarar i heimesjukepleien opplever gjerne eit dilemma i arbeidskvardagen sin (Birkeland, 2013). På den eine sida har du pasienten som kanskje ikkje har sett andre menneske heile dagen, og gjerne ønskjer at sjukepleiarane skal setje seg ned og slå av ein prat. På den andre sida har du sjukepleiaren som har eit tidsskjema dei må følgje, i tillegg til faste oppgåver som skal utførast hos kvar enkelt pasient. Samstundes veit eg av erfaring at mange av sjukepleiarane i denne situasjonen kjenner på behovet for å kunne bruke litt meir tid hos den enkelte pasient, gjerne for å samtale med og observere pasienten. For å kunne kartleggje tilstrekkeleg er det naudsynt å observere pasienten over tid (Engedal, 2008, s. 117). På denne måten kan ein danne seg eit mest mogleg heilheitleg bilete. For å kunne bidra til å førebygge depresjon treng ein difor kanskje meir tilrettelegging i tenesta, anten i form av å auke antal personale på jobb, innføre langvakter eller fatte eit nytt vedtak med auka bistand for pasienten. Desse alternativa kan vere vanskelege å få til i praksis. Leiinga har begrensa ressursar, og prøver å fordele desse på best mogleg måte. Samstundes er det svært mange pasientar som treng bistand. Psykisk bistand kjem stort sett ikkje under oppgåvene til heimesjukepleien. Kartlegging av den mentale helsetilstanden til pasientane kan difor verte nedprioritert dersom vedtaket for bistand er fysisk eller somatisk retta.

5.2.2 Kontinuitet

Sjukepleiar i heimesjukepleien identifiserer depressive symptom ved å sjå etter endringar i det vande mønsteret hos pasienten (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014). For å kunne sjå etter slike endringar er det vesentleg å kjenne pasienten. Ein kan difor tenkje seg at eit naturleg tiltak å setje i verk vil vere å få meir kontinuitet i kva sjukepleiar som besøker kva pasient. Dette er vanskeleg å gjennomføre i praksis, og ein kan stille spørsmål ved om det er ein reell moglegheit for å gjennomføre det. Frå tidlegare arbeid har eg erfart at kvar pasient har ein kontaktsjukepleiar eller ein primærsjukepleiar. Kvar gong denne sjukepleiaren er på jobb, har han eit særskild ansvar for akkurat denne pasienten. Dersom ein kan klare å få til ei liknande ordning i heimesjukepleien, kan både pasient og sjukepleiar oppleve meir kontinuitet i arbeidet. Det er ikkje lett å skulle vurdere den mentale helsetilstanden til

ein pasient ein er innom ein sjeldan gong, så dersom ein klarer å få til ei rutine med primærsjukepleiar kan ein som sjukepleiar få moglegheita til å følgje opp pasienten over tid og kan oppdage symptom på depresjon på eit tidleg tidspunkt. På denne måten kan ein gripe fatt i problemet, og jobbe for å førebyggje og behandle depresjonen. Ein får også moglegheita til å sjå anten betring eller forverring. I følgje Maslows behovshierarki treng ein å få dekkja fysiologiske behov, tryggleik, tilhørsle, kjærleik og anerkjenning for å kunne fungere tilstrekkeleg (Renolen, 2008, s. 46). Ein kan tenkje seg at ved å ha ein primærsjukepleiar, kan pasienten oppleve å få fleire av desse behova dekkja på bakgrunn av kontinuitet i tenesta og kontakt med sjukepleiar.

5.2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan setje deg i stand til å forstå pasienten, det kan også gjer det mogleg for pasienten å forstå deg (Eskeland, 2017, s. 86). På denne måten får sjukepleiar ein moglegheit til å forstå korleis pasienten eigentleg har det, og samstundes skape ein trygg og god relasjon til pasienten. Empati er viktig og nyttig i møte med pasientar (Nordtvedt, 2012, s. 110). Ikkje berre viser ein pasienten at ein bryr seg, men ved å klare å forstå opplevingane og erfaringane til pasienten, kan ein oppleve auka motivasjon til å hjelpe. Ved å nytte både fenomenologi og hermeneutikk kan ein klare å tolke det som blir fortalt og samstundes oppnå ei forståing for opplevingane til pasienten. Dette kan føre til ein god dialog mellom sjukepleiar og pasient, og gjere det lettare å forstå kvarandre.

Dersom ein klarer å skape nok tryggleik og tillit hos pasienten ved å kommunisere på ein slik måte at ein blir møtt med gjensidig forståing kan ein oppnå gode relasjonar, og på denne måten verte betre rusta til å oppdage eventuelle depressive teikn. Terapeutisk kommunikasjon kan vere til hjelp med å bearbeide påkjenningar ved at ein snakkar om det som er vanskeleg og gir en bekrefting på at pasienten har ein verdi (Eskeland, 2017, ss. 86, 89). Samstundes kan ein tenkje seg at det kan vere eit viktig tiltak å snakke om ting som kan vere med på å byggje opp pasienten. Til dømes oppvekst, familie og venner, musikk, litteratur og liknande. På den eine sida kan denne type kommunikasjon vere eit nyttig tiltak å setje i verk for å bidra til å førebygge depresjon. På den andre sida er denne type tiltak meir retta mot andre helsetenester som til dømes psykisk helseteneste. Ein kan difor tenkje seg at det er eit urealistisk tiltak å setje i verk i ein kvardag der ein allereie opplever tidspress for å rekke å utføre alle prosedyrane hos alle pasientane ein skal innom den dagen.

For å få til ein god kommunikasjon er det viktig med gode relasjonar, og for å oppnå dette treng ein relasjonskompetanse. Ein relasjonskompetent fagperson kommuniserer på ein måte som gir mening, som tek i vare den overordna hensikta med samhandlinga, og som ikkje krenkjer den andre

parten (Røkenes, 2006, s. 7). Dersom ein klarer å byggje opp ein god relasjon med pasienten ved å nytte sin eigen relasjonskompetanse kan ein oppleve god kommunikasjon med pasienten. Studiar viser at dårleg kommunikasjon mellom lækjar og pasient er det største hinderet for behandling av alvorleg depresjon (Røkenes, 2006, s. 8). Ein kan difor tenkje seg at dårleg kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient kan vere eit hinder i det å oppdage og førebygge depresjon.

Ved å danne gode relasjonar til pasientane ein er innom, kan ein oppnå tillit hos pasienten. Denne tillita er svært viktig i førebyggingsarbeidet når det kjem til depresjon. Eg erfarer sjølv at dersom eg har tillit til ein person, vil eg også lytte til det han har å fortelje. Dersom ein klarer å oppnå ein relasjon bygd på tillit, kan ein bruke denne tillita til å samtale med pasienten om ting som er vanskeleg. Ein kan også bruke denne for å motivere pasienten til å delta i sosial samhandling med andre.

6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiar kan bidra til å førebygge depresjon hos heimebuande eldre. Eg har valt å drøfte korleis ein kan eliminere sosiale og psykiske risikofaktorar hos pasienten. Dette har eg drøfta opp mot teori, forskning og egne erfaringar.

Observasjon og kartlegging er eit viktig tiltak i arbeidet med å førebygge depresjon. Det kan likevel vere vanskeleg å få til i praksis, på grunn av avgrensa midlar. I mine auger er kommunikasjon og kontinuitet eit nøkkelement for ivaretaking av pasientar som står i fare for eller er i startfasen av ein depresjon. Klarer ein å oppnå gode relasjonar ved å bruke kommunikasjon på ein god måte kan ein, ikkje berre klare å oppdage depresjonen, men ein kan også møte pasienten som eit medmenneske og på denne måten førebygge vidare utvikling av depresjonen. Samstundes kan kontinuitet i arbeidet vere med på å danne relasjon og tryggleik mellom pasient og sjukepleiar. Mennesket er eit sosialt vesen, så det å bruke nettverket til pasienten for å førebygge og betre ein depresjonstilstand er svært relevant. Likevel kan det vere behov for å motivere pasienten til å ville delta i sosiale aktivitetar, noko som igjen peiker på viktigheita med kommunikasjon og relasjon med pasienten.

Med litt tilrettelegging frå leiinga, gode relasjonar og kommunikasjon er det mogleg å bidra til å førebygge depresjon blant heimebuande eldre ved å setje i verk enkle tiltak som kan utgjere ein stor forskjell for pasienten. Dette vere seg observasjon, primærkontakt, drosjekort, sosiale media og liknande.

Litteraturliste

- Birkeland, A. (2013, mai 09). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien*.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daatland, S., & Solem, P. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo: Cappelen Damm AS .
- Folkehelseinstituttet . (2018). *Psykisk helse i Norge*. Område for Psykisk og fysisk helse. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Forskning.no. (2015, januar 08). *Har ikke tid til å oppdage deprimerte eldre*. Henta frå Forskning.no: <https://forskning.no/aldring-depresjon/2015/01/oppdager-ikke-deprimerte-pasienter-i-tide>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2016, april). Exploring the quality of life of depressed and nondepressed, home-dwelling, Norwegian adults. *British Journal of Community Nursing*.
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. (2014, oktober 07). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet*. (Meld. St. nr. 15 2017-2018) Henta oktober 15, 2018 frå Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Hesedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandlinga av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Avdeling psykisk helse. Oslo: Hesedirektoratet.
- Hesedirektoratet. (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015*. Levekår og helse. Oslo: Hesedirektoratet.
- Hesedirektoratet. (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Hesedirektoratet.
- Laake, K. (2003). *Geriatri i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. (2018, februar 20). *Depresjon*. Henta frå Store Norske Medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/depresjon>
- 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. *BMC Geriatrics*.
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Normann, T. M. (2011, Februar 15). Sosial kontakt og organisasjonsaktivitet. *Seniorer i Norge 2010*. (E. Mørk, Red.) Oslo: Statistisk sentralbyrå. Henta frå SSB.no:
<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap10.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå Norsk sykepleierforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pettersen, A., & Laake, K. (2003). *Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Røkenes, O. (2006). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I P.-H. Hanssen, & O. Røkenes, *Bære eller briste kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Røsjø, B. (2014, mai 03). *Forskning.no*. (Norges forskningsråd) Henta frå *Forskning.no*:
<https://forskning.no/psykiske-lidelser-eu-okonomi/2014/04/angst-og-depresjon-koster-mest>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

Mandag, 08. oktober 2018

#	Søkeord	Antall treff
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	6
S7	Norway OR norwegian	288 183
S6	Nurse OR nursing	1 883 303
S5	Home OR house	1 456 167
S4	Lonely OR loneliness OR alone	806 113
S3	Older adults OR elderly OR geriatrics	751 324
S2	Home care services OR home health OR domiciliary care	105 944
S1	Depression OR depressive OR mental health	1 349 329

Vedlegg 2

Onsdag 10. oktober 2018

#	Søkeord	Antall treff
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	2
S6	Psychosocial interventions	9 186
S5	Nurse OR nursing	1 884 060
S4	Older adults OR elderly	588 227
S3	Home care services OR home health	105 415
S2	Depression OR depressive OR mental health	1 350 182
S1	Prevention OR prevent	3 298 461