



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

**Depresjon, ei psykisk liding og ei fysisk
hindring**

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling for Helsefag

02.06.17

Tal ord: 7000

Kandidatnummer: 30

Karoline Klubben

Rettleiar: Ole Tormod Kleiven

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.*



Høgskulen
på Vestlandet

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen på Vestlandet sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen på Vestlandet løyve til å publisere oppgåva *Depresjon, ei psykisk lidning og ei fysisk hindring* i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 30, Karoline Klubben

JA X

NEI__

Samandrag

Tittel

Depresjon, ei psykisk lidning og ei fysisk hindring.

Bakgrunn for val av tema

Depresjon er anteken for å være den mest utbreitte psykiske lidinga hjå den eldre befolkninga. Mi erfaring frå praksis i heimetenesta er at det er fleire pasientar som har diagnosen depresjon, og som er medisinerert for dette. Det eg la merke til var at det ikkje er sett i verk andre tiltak for pasientane med denne diagnosen som kan sørge for at pasienten meistra sjukdommen og dagleglivet.

Pasientane er på ein måte overlatne til seg sjølve der dei må nytte eigne ressursar for å betre eigen situasjon. Det er ikkje alltid like lett å være klar over eigne resursar og korleis dei kan nyttast, og for personar med depresjon kan det ofte være vanskeleg å finne motivasjon til å nytte eigne ressursar for å betre livssituasjonen. Ofte treng dei hjelp til å sjå og nytte desse ressursane, og i dette arbeidet spelar sjukepleiar ei viktig rolle ved å fremje håp og meistring.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe den eldre pasienten med depresjon å meistre kvardagen?

Framgangsmåte

Eg har valt å utføre eit litteraturstudie der eg søkar i ulike databasar for å finne forskning på mi problemstilling, som eg diskuterer i drøftingsdelen i oppgåva. Eit litteraturstudie byggjer på allereie eksisterande litteratur, og eg har nytta pensumlitteratur, men også faglitteratur eg har funne etter søk i databasar og i bibliotek.

Oppsummering

Forsking syner eit behov for forbetring av handtering av depresjon i heimetenesta. Sjukepleiarar uttrykkjer mangel på kunnskap, og eit ynskje om undervisning og tips til tiltak i handtering av depresjon. I følgje forskning og litteratur kjem det fram viktigheita av å byggje relasjon, og at å formidle håp og meining hjå dei eldre med depresjon er viktig for at dei skal kunne meistre kvardagen.

Nøkkelord

Eldre, depresjon, meistring, relasjon

Innholdsliste

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innleiing | 1 |
| 1.1 | <i>Samfunns- og sjukepleiarperspektiv</i> | 1 |
| 1.2 | <i>Bakgrunn for val av tema</i> | 1 |
| 1.3 | <i>Problemstilling</i> | 1 |
| 1.4 | <i>Avgrensing av problemstilling</i> | 2 |
| 1.5 | <i>Definisjonar</i> | 2 |
| 1.6 | <i>Oppbygging av oppgåva</i> | 2 |
| 2 | Metode | 2 |
| 2.1 | <i>Litteraturstudie</i> | 3 |
| 2.2 | <i>Val av litteratur</i> | 3 |
| 2.3 | <i>Søk etter forskning</i> | 3 |
| 2.4 | <i>Kjeldekritikk</i> | 4 |
| 3 | Teori knytt til temaet | 5 |
| 3.1 | <i>Joyce Travelbee</i> | 5 |
| 3.1.1 | <i>Håp</i> | 5 |
| 3.1.2 | <i>Meining</i> | 6 |
| 3.2 | <i>Meistring</i> | 6 |
| 3.3 | <i>Kompetanse i handling, relasjon og kommunikasjon</i> | 6 |
| 3.4 | <i>Depresjon</i> | 7 |
| 3.5 | <i>Etiske og juridiske rammer</i> | 7 |
| 3.6 | <i>Presentasjon av forskning</i> | 8 |
| 4 | Drøfting | 10 |
| 4.1 | <i>Relasjonsbygging</i> | 10 |
| 4.2 | <i>Formidling av håp og mening</i> | 12 |
| 4.3 | <i>Forventning og meistring</i> | 13 |
| 4.4 | <i>Kunnskap og erfaringar hjå sjukepleiar</i> | 14 |
| 5 | Konklusjon | 15 |
| 6 | Litteraturliste | 17 |

1 Innleiing

1.1 Samfunns- og sjukepleiarperspektiv

Depresjon er ei psykisk lidning som blir antatt for å være den mest utbreitte blant befolkninga i verda (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 45). I følgje Verdens Helseorganisasjon, rammar den psykiske lidninga 7% av den eldre befolkninga i verden (World Health Organization, 2016). I aldersklassen over 65 år er det blitt estimert at omtrent 12-19 prosent slit med depressive symptom, og at det er rundt 2-4 prosent i denne aldersgruppa som har alvorleg depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 45). For heimebuande eldre er det estimert at opp til 23% har mild depresjon, medan ca. 5% slit med alvorleg depresjon (Kvaal, 2014, s. 443).

Forsking tydar på at sjukepleiarar tykkjer det er utfordrande å handtere depresjon hjå eldre (Liebel & Powers, 2013). Mykje grunna mangel på kunnskap om sjukdommen, og eit lite tilfredsstillande opplegg for behandling av sjukdommen i heimetenesta (Bao et al., 2015). Sjukepleiarteoretikaren Joyce Travelbee var opptatt av at mennesket er eit unikt individ, og ho uttrykkjer korleis sjukepleie er eit middel til å hjelpe andre (Travelbee, 1999). I teorien legg ho vekt på håp, mening og kommunikasjon, og ser på sjukdom som ei naturleg erfaring i livet (Travelbee, 1999, s. 37).

Det fins fleire både psykologiske og fysiologiske faktorar som spelar inn på utvikling av depresjon. Til dømes tap av nære pårørande, somatisk sjukdom som anten kan ha ført til nedsett funksjonsevne eller tap av autonomi, anna alvorleg sjukdom, eller arv kan spele inn, og saman med ei spesiell hending kan dette resultere i ein depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 82). Sjukepleiarar har ansvar for å ivareta både dei fysiske og psykiske behova til desse pasientane (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Mi erfaring frå praksis i heimetenesta er at det er fleire pasientar som har diagnosen depresjon, og som er medisinerert for dette. Eg la merke til at det ikkje er sett i verk andre tiltak for pasientane med denne diagnosen, som kan sørgje for at pasienten meistra sjukdommen og dagleglivet. Pasientane er på ein måte overlaten til seg sjølve der dei må nytte egne ressursar for å betre eigen situasjon. Det er ikkje alltid like lett å være klar over egne ressursar og korleis dei kan nyttast, og for personar med depresjon kan det ofte være vanskeleg å finne motivasjon til å nytte egne ressursar for å betre livssituasjonen. Ofte treng dei hjelp til å sjå og nytte desse ressursane, og i dette arbeidet spelar sjukepleiar ei viktig rolle ved å fremje håp og meistring.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe den eldre pasienten med depresjon å meistre kvardagen?

1.4 Avgrensing av problemstilling

I oppgåva mi vil eg sjå nærmare på sjukepleiar sine møte med den eldre pasienten med depresjon. Eg vil finne ut korleis sjukepleiar kan formidle håp, og fremje meistring hjå denne pasientgruppa, slik at dei kan meistre sjukdommen og kvardagen på best mogleg måte. Eg vel å fokusere på dei eldre i aldersgruppa over 60 år som mottar tenester frå heimetenesta, og tek med mi erfaring i møte med desse.

1.5 Definisjonar

Daglegdagse aktivitetar: Aktivitetar som er nødvendig å kunne utføre i kvardagen. Det å kle på seg, lage mat, og ta avgjerdsler i kvardagen som til dømes innkjøp av mat (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 113).

Antidepressiva: Ei gruppe medikament som regulerer opptaket av serotonin og noradrenalin og motverkar depresjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 240)

1.6 Oppbygging av oppgåva

Først vil eg presentere kva studie eg har valt og kva som er karakteristisk for denne typen studie. Her kjem det også ei detaljert beskriving av korleis eg har gått fram for å finne relevant litteratur og forskning til problemstillinga. Deretter legg eg fram teori som vil være viktig for å belyse temaet. I teoridelen har eg også med innhald i forskingsartiklane eg har funne fram til, samt introdusering av ein sjukepleiarteoretikar der eg nyttar teoretikaren sin teori og synspunkt opp mot mitt valte tema. Oppgåva vil også bestå av ein drøftingsdel der teori som blir presentert i teoridelen vil bli drøfta og diskutert opp mot problemstillinga saman med eigne erfaringar frå praksis. Desse erfaringane vil eg anonymisere for å verne om pasientane og eventuelt andre involverte. Til slutt vil det være ein konklusjon som vil innehalde eit lite samandrag av oppgåva og kva eg er komen fram til i oppgåva.

2 Metode

Metode er ein framgangsmåte og vårt reiskap som skal hjelpe oss å systematisk undersøke eit tema eller spørsmål. Den fortel oss korleis vi bør gå fram for å tileigne eller etterprøve kunnskap, og skal kunne gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, s.111). I forskning blir det nytta to ulike metodedesign. Den eine er kvalitativ metode som undersøka mennesket si subjektive erfaring gjennom intervju og/eller observasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 71). Det andre forskingsdesignet blir kalla kvantitativ metode som undersøkar førekomst og fordeling i ein utvalt populasjon, og inneheld ofte fleire informantar som deltar i ei spørjeundersøking (Nortvedt et al., 2012, ss. 95, 97).

2.1 Litteraturstudie

Eg har valt å utføre eit litteraturstudie der eg søkar i ulike databasar for å finne forskning på mi problemstilling, og som eg skal diskutere i drøftingsdelen i oppgåva. Eit litteraturstudie bygger på allereie eksisterande litteratur, anten som teori i fagbøker, eller i form av forskning etter søk i databasar og/eller på internett. I studien skal det gjerast greie for kva som er blitt funne av litteratur, og korleis data som er blitt brukt i oppgåva er blitt valt ut (Dalland, 2012, s. 228).

2.2 Val av litteratur

Eg starta med å kartleggje kva pensumlitteratur eg hadde som kunne være aktuell for mitt tema. I pensumboka «*Psykiatriboken. Sinn – Kropp – Samfunn*» (Skårderud, et al., 2015) fann eg teori om depresjon. I boka «*Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*» (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014) fann eg eit kapittel skriven av Kari Kvaal om angst og depresjon som kunne opplyse meg nærmare om pleie til den eldre med depresjon. Ved å utføre søk i databasen ORIA fann eg anna litteratur som ikkje var pensum, men som likevel kunne være aktuell for mi problemstilling. Eg brukte søkeorda «depresjon» og «depresjon hos eldre» og fann boka «*Depresjon hos eldre*» (Engeland & Bjørkløft, 2014) som handlar om depresjon med heilt fokus på dei eldre. Etter å ha lese i pensumlitteratur tidlegare i studiet og hatt undervisning om ulike teoretikarar i sjukepleiefaget valte eg meg ut Joyce Travelbee som ville være aktuell for å belyse mitt tema. Eg søkte dermed opp namnet hennar i ORIA for å finne tittelen på boka ho har gitt ut og fann boka «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*» (Travelbee, 1999).

Boka «*Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*» (Røkenes & Hanssen, 2012) nytta eg til å finne teori om kommunikasjon og relasjon. Eg har også nytta Lovdata for å finne aktuelle lovar knytt til temaet. Ved å utføre eit usystematisk søk på Google med søkeorda «yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» fann eg nettsida til Norsk Sykepleierforbund der det var ein artikkel der desse retningslinjene var skrivne opp, og som var revidert av leiinga i forbundet våren 2016 (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

2.3 Søk etter forskning

For å finne fram til relevant forskning er det ein fordel å forsøke å plassere problemområdet under eit hovudemne (Dalland, 2012, s.68). Forskingsartiklar er som regel bygd opp etter IMRaD-strukturen (Introduksjon, Metode, Resultat og (and) Diskusjon). Dette gjer det raskare og enklare å lese ein slik artikkel (Dalland, 2012, s. 79). Eg nytta denne strukturen i søkeprosessen for å vurdere om artikkelen var ein fullkommen forskning som eg kunne nytte i oppgåva. Som regel var strukturen oppført allereie i abstraktet til artikkelen. Når eg søkte las eg over tittelen og abstraktet først. Dersom artikkelen var

relevant gjekk eg vidare og las den i PDF-format. Artiklane eg valte ut har eg lest nøye og kritisk igjennom for å vurdere om dei er relevante for mi oppgåve.

For å finne aktuell forskning til problemstillinga har eg utført systematiske søk i databasane Cinahl, Medline, og Svemed+. Eg starta søkeprosessen 03.04.17 i databasene Cinahl og Medline. Søkeorda eg nytta var «elderly» or «old people», 272 206 treff, «depression» or «depressive», 458 324 treff, «home care» or «home health» or «home nursing», 152 827 treff, og til slutt søkeordet «nurse», 525 572, treff. Ved å kombinere desse søkeorda med *and*, og avgrense søket ved at artiklane skulle være utgjeven mellom årstalla 2006-2017 fekk eg 179 treff. Eg såg igjennom titlane, og på dei titlane som stod fram som relevante gjekk eg inn og las abstraktet. Ettersom eg ikkje var heilt bestemt på problemstillinga på dette tidspunktet fann eg fram fleire ulike forskingsartiklar eg tenkte kunne være relevante. Eg såg heilt lett igjennom desse artiklane for å få eit overblikk over kva dei handla om, og starta å sile ut etterkvart som eg begynte å forme meg ei problemstilling. Ved dette søket valte eg ut artiklane to artiklar. Ved å fjerne søkeordet «nurse», og legge til søkeorda «depression care management», 838 treff, og «communication», 408 330 treff, og med søkefunksjonen *and* fekk eg opp tre artiklar, og valte ut ein artikkel som eg fann i PDF-format i ORIA.

04.05.17 gjorde eg søk i databasen Academic Search Elite, og la til Medline og Cinahl. Eg starta med søkeorda «elderly» or «old people» og fekk 427 161 treff. Deretter søkte eg på «depression» or «depressive», 695 598 treff. Siste søkeorda eg nytta var «self-efficacy» or «self management», 99 336 treff. Til slutt kombinerte eg desse søkeorda med *and*, og avgrensa søket ved at artiklane skulle være utgitt mellom 2006-2017. Her fekk eg 366 treff som eg såg igjennom, og valte ut to artiklar.

Frå dette søket endte eg opp med seks forskingsartiklar eg kunne nytte for å belyse temaet. Ein av artiklane kunne eg finne i PDF-format gjennom Cinahl og Medline, medan fem av artiklane fann eg i PDF-format i Google Scholar.

2.4 Kjeldekritikk

Ei kjelde nyttast som grunnlag for kunnskap, men ikkje alt er like truverdig. Derfor må kjeldene gjennomgå ein prosess slik at vi kan vurdere om dei kan nyttast i vår tileigning av kunnskap (Dalland, 2012, s. 63). Kjeldekritikk er ein metode som blir nytta for å fastslå om ei kjelde er sann (Dalland, 2012, s. 67). Eg bestemte meg for at eg i hovudsak ikkje ville nytte litteratur som var eldre enn 10 år. Eg gjorde eit unntak med boka til Joyce Travelbee som vart utgitt i 1999, då dette var den nyaste utgova av boka, men innhaldet er like relevant i sjukepleieutdanninga i dag som då den vart utgjeven. Mesteparten av forskinga eg har funne fram til har tatt stad i utlandet, noko som kan gjere det mindre relevant og ikkje like samaliknbar med det norske systemet. Dette kan dermed være ei svakheit i forskinga mi, men det er samtidig noko eg har tatt omsyn til ved studering av desse

artiklane, og forsøkt å sett opp mot det norske systemet. Eg fann likevel ein studie som var utført i Noreg.

Andre feilkjelder kan være at eg ikkje har funne fram og nytta riktig søkeord til søk i databasar då mykje av søket føregår på engelsk. Dette er ofte skriftspråket i forskingsartiklane også, noko som kan gjere det utfordrande å lese og forstå innhaldet. Det kan ofte være ord som blir nytta i teksten som ikkje blir brukt i daglegtalet, og som kan være vanskelege å forstå. Slike ord kan ofte være utfordrande å søke opp i ordbok også då dei kan ha ei anna meining på norsk. Dette kan lett føre til misforståing av innhald i artiklane. Det kan også oppstå at ein avgrensar søket feil, eller at ein avgrensar for mykje slik at ein lukar ut potensielle artiklar. Dersom søket har mange resultat, kan det også være lett å oversjå titlar.

3 Teori knytt til temaet

No vil eg presentere aktuell faglitteratur og forskning som eg har funne i søkeprosessen, og som kan knyttast til temaet eg har valt, meistring av depresjon hjå eldre.

3.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee vart fødd i USA i 1926, og døydde i 1973, berre 47 år gamal. Ho jobba som psykiatrisk sjukepleiar, og var lærar og leiar for ei av sjukepleiarutdanningane. I 1966 gav ho ut boka «*Interpersonal Aspects in Nursing*» (Norsk: «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*») der ho presenterte sin eigen teori med fokus på utvikling av relasjonar mellom pasient og sjukepleiar, eit menneske-til-menneske forhold. I teorien var ho opptatt av at mennesket er eit unikt individ, og sjukepleietekninga hennar har blitt viktig og fått stor innverknad på sjukepleiarutdanninga i Noreg (Travelbee, 1999, s. 1).

3.1.1 Håp

Håp er eit ynskje og forventning om å oppnå eit mål som er oppnåeleg. Den som ikkje har håp har liten moglegheit for forandring eller forbetring i livet, og den ser ingen løysningar eller vegar ut av problema (Travelbee, 1999, s. 117). I boka til Travelbee kjem det også fram at impulsen håp kan få eit menneske til å meistre vonde og vanskelege situasjonar, og kan gje det krefter og styrke til å komme over hinderet og utføre vanskeleg oppgåver som kan oppstå i livet. Håp kan styrke evna eit menneske har til å overkomme vonde kjensler som følgje av tap, tragediar, nederlag, kjeisomheit, einsomheit og lidning. Det spring ut frå kunnskapen om at det finst hjelp å få utanfrå, og tilliten til at andre vil hjelpe når det er nødvendig (Travelbee, 1999, ss. 117-118). Personar kan også oppleve håplausheit som vil seie at det finst lite tru i personen om at situasjonen kan betre seg, og det finst mangel på forsøk på å løyse problem eller meistre situasjonen (Travelbee, 1999, s. 122).

3.1.2 Meining

Travelbee definerer sjukdom ikkje berre som ein uønskeleg tilstand som må helbredast eller lindrast, men også som ein naturleg erfaring i livet. Ho uttrykkjer sjukepleiar sitt ansvar til å hjelpe den sjuke å bli frisk, og samtidig finne meining i sjukdommen. Det handlar om å få ei djup innsikt i den sjuke sin livssituasjon. Då kan sjukepleiar med kunnskap og eit syn på sjukdom, ha moglegheit til å gi den sjuke meiningsfull hjelp og hjelpe den til å få innsikt i eigen sjukdom (Travelbee, 1999, ss. 37-39).

3.2 Meistring

Når ein person sine egne ressursar blir sett på prøve, ligg det grunnlag for at meistring kan oppstå. Meistring er ulike typar åtferd og psykiske prosessar ein person nyttar for å handtere ytre og indre krav og konflikter som oppstår i ulike situasjonar (Kristoffersen, 2011, s. 144). Håp og sosial støtte har også betydning for meistring (Renolen, 2008, s. 145).

3.3 Kompetanse i handling, relasjon og kommunikasjon

Handlings- og relasjonskompetanse dannar til saman ein yrkeskompetanse, og hos ein dyktig fagperson er desse to fletta saman til ei heilhet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 12).

Relasjonskompetanse blir nytta for å kunne møte kommunikasjonsutfordringar og moglegheit i yrkessamanheng. Det handlar om å kunne samhandle på ein god og hensiktsmessig måte med menneska vi møter, og som ikkje krenka den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 9-10). Fagpersonen skal forhalde seg til brukaren sitt behov, og ikkje forsøke å dekke egne behov. Ein fagpersonen må være i stand til å skape ein relasjon, til å stå i relasjonen over lenger tid, og å avslutte den på ein god måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10). Relasjonskompetanse handlar om å kjenne seg sjølv, å forstå den andre part si oppleving og forstå kva som skjer i samspelet. Det er viktig å møte den andre som eit sjølvstendig, handlande individ, eit subjekt, som blir møtt med respekt for den sin integritet og rett til sjølvbestemming (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11). Utan relasjonskompetanse er det vanskeleg å nytte handlingskompetanse som består av det å kunne *handle* og *samhandle* med menneske. Det dreiar seg om å ha kunnskap og ferdigheit til å kunne gjere noko *med* eller *for* den andre parten. For å kunne gjere ein god jobb må sjukepleiar ha kunnskap om korleis den skal forhalde seg til den andre parten, noko som blir uttrykt i relasjonskompetansen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 11).

Kommunikasjon er eit grunnleggjande behov for alle menneske, og det handlar om å forstå og gjere seg forstått av andre menneske. Ved å kommunisere delar vi meiningar og opplevingar med kvarandre, og gjer det mogleg å forstå korleis den andre parten opplev ting, og kva den tenkar og følar (Røkenes & Hanssen, 2014, ss. 41-42).

3.4 Depresjon

Alle menneske kan oppleve negative kjensler som tristheit, skuffelse eller sinne når ein møta motgang i livet. Det er ulikt korleis ein reagerer på negative hendingar som det å bli avvist i livet, miste nære pårørande eller oppleve sjukdom ved seg sjølv eller i nære relasjonar. Dei fleste som opplev dette finn ressursar i seg sjølv til å finne tilbake til livsmotet og finn noko å leve for. Hjø nokon oppstår ikkje denne naturlege prosessen, dei har problem med å finne ressursane i seg sjølv og går dermed inn i ein djupare og meir langvarig periode med negative kjensler, dette beskrivast som ein depresjon (Skårderud et al., 2015, s. 334).

Depresjon visa seg i form av nedstemthet, mangel på interesse og glede, og lite energi. Personar med denne lidinga har ofte nedsett sjølvkjensle der dei kjenner seg verdilause, nedsett konsentrasjonsevne, og utan håp for framtida. Psykomotoriske hemmingar synar seg ved at pasienten kan bli initiativlaus, mimikklaus, bevega seg sakte og kraftlaust (Skårderud et al., 2015, s. 338).

Med alderdom kjem biologiske forandringar, samt kjemiske forandringar i hjernen. Serotonin og noradrenalin som er signalsubstansar relatert til humør. Desse substansane reduserast i produksjon ved aldring, og ein kan dermed anta at eldre teoretisk sett er meir utsett for å utvikle depresjon enn dei yngre (Engeland & Bjørkløft, 2014, s. 22).

I tillegg til medikamentell behandling finst det også psykoterapi, i form av kognitiv atferdsterapi, stressmeistring, interpersonleg terapi og minnearbeid (Kvaal, 2014, ss. 444-445).

3.5 Ethiske og juridiske rammer

Dei yrkesetiske retningslinjene dannar grunnlaget for sjukepleie som fag, og skal sikre god praksis i møte med pasient, pårørande, medarbeidarar, arbeidsplassen og samfunnet. Dei byggjer på prinsippa i INC (Intergovernmental Negotiating Committee) sine etiske reglar og FN (Forente Nasjoner) si menneskerettserklæring, der sjukepleie skal baserast på barmhjertighet, omsorg og respekt for desse menneskerettane (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05). I kapittel to i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar blir forholdet mellom sjukepleiar og pasient uttrykt. Her kjem det fram at sjukepleiarar har ansvar for å fremje håp, meistring og livsmot hjå pasienten. I eit anna punkt står det at sjukepleiarar har ansvar for å utøve heilhetleg sjukpleie til pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05). Med dette kan ein forstå at sjukepleiarar skal dekkje både dei fysiske og psykiske behova til pasienten. Forholdet mellom sjukepleiar og pasient, og den informasjonen som blir utveksla mellom dei er beskytta av helsepersonellova §21 som omhandlar taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Denne er viktig for å sikre konfidensialitet av den personlege informasjonen som blir delt.

3.6 Presentasjon av forskning

Forskingsartikkel nr. 1

Bao, Y., Eggman, A. A., Richardson, J. E., Sheeran, T. F., & Bruce, M. L. (2015). Practices of Depression Care in Home Health Care: Home Health Clinician Perspectives. *Psychiatric Services*.

Ein kvalitativ studie som undersøkar forskjellen mellom teoretisk best praksis i handtering av depresjon, og faktisk praksis i heimetenesta, og kva som skal til for å redusere dette forskjellen. Administratorar og sjukepleiarar frå fem ulike heimetenester i fem ulike stater i Nordaust, Sør og Midtvest i USA vart intervjuet. Dei hadde alle nyleg deltatt i eit prosjekt kalla Depression "CAREPATH" (Care for Patients At Home) som var eit randomisert forsøk med tiltak for eldre med depresjon i heimetenesta. Studien kom fram til at mangel på kunnskap og meistring av depresjon hjå brukarane, stigma knytt til depresjon, lite fokus på førebygging av depresjon, og dårleg kommunikasjon mellom heimetenesta og spesialisthelsetenesta var problem som dukka opp.

Forskingsartikkel nr. 2

Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S., & Mahrer-Imhof, R. (2013). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: an integrative review. *Journal Of Clinical Nursing*.

Ein litteraturisk overblikk av 14 studie og anmeldingar i perioden 2000-2010. 14 utvalde artiklar om pleie til eldre over 65 år med depresjon vart analysert i denne studien. I forskinga blir det undersøkt ulike tverrfaglege samarbeidsprogram for heimebuande eldre med depresjon med ulik tilbod frå helsetenesta, og for å beskrive sjukepleiarar si rolle og tiltak tilhøyrande desse pleiemodellane. Tre tverrfaglege samarbeidsprogram vart identifisert. Dei var komplekse med mange tiltak utgått av fleire profesjonelle helsepersonell, men programma var ulike og beskrev sjukepleiarar si rolle ulikt med stor variasjon.

Forskingsartikkel nr. 3

Holm, A. L., Lyberg, A., Lassenius, E., & Severinsson, E. (2013). Older Persons' Lived Experiences of Depression and Self-Management. *Issues in Mental Health Nursing*.

Ein studie frå Noreg der dei ynskja å få ei forståing av eldre personar si oppleving av depresjon og meistring. 29 eldre personar over 60 år med depresjon, busett i Vest, og Sør-Aust delar av Noreg, og som hadde fått helsetenester frå kommunen dei siste seks månadane vart intervjuet. Studien avdekket at å ha eit godt forhold anten med familie, vennar, partner eller helsepersonell, såg ut til å verke positivt på den mentale helsa og meistring. Det vart også presisert eit behov for eit velfungerande

system med tverrfagleg team som kan lage ein behandlingsplan som fremjer meistring og som kan ivareta dei eldre med depresjon.

Forskingsartikkel nr. 4

Liebel, D. V., & Powers, B. A. (2013). Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. *The Gerontologist*.

Dette er ein kvalitativ studie der intervju av 16 sjukepleiarar som var 100% tilsett i heimetenesta med minst 1 års erfaring i arbeid med eldre pasientar over 60 år med kronisk sjukdom, redusert funksjon og depresjon, er blitt utført. Forskaren D. V. Liebel var også med som observatør på fem heimebesøk. Det er dokumentert at antidepressive medisinar og psykososiale tiltak effektivt kan behandle moderat depresjon hjå eldre, men erfaring er at eldre i heimetenesta ikkje får dette tilbodet. Undersøkinga gjer eit innblikk i korleis sjukepleiarar i heimetenesta kan oppdage, vurdere og handtere ein brukar med depresjon. Perspektiva deira på depresjon og handtering av sjukdommen i kvardagen var variert, men eit viktig moment som forskarane kom fram til var effekten av det terapeutiske sjukepleiar-pasient forholdet. Dette forholdet gjer det mogleg for sjukepleiarar å undervise, rådgje, følgje pasienten sitt sjukdomsbilete, og gjev ein meir effektiv pleie til pasientar med depresjon.

Forskingsartikkel 5:

Liebel, D. V., Powers, B. A., & Hauenstein, E. J. (2014). Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression And Disability. *Research in Gerontological Nursing*.

Dette er ein kvalitativ studie som undersøka strategiar sjukepleiarar nyttar i heimetenesta for å bygge eit terapeutisk sjukepleiar-pasient forhold til pasientar over 60 år med depresjon. Undersøkinga består av to delar: intervju av sjukepleiarar og korleis dei opplev handtering av depresjon i heimetenesta, og observasjonar den eine forskaren har gjort seg om interaksjonen mellom sjukepleiar og pasient ved heimebesøka. Dei fant at sjukepleiarar har evna til å skape relasjon og tillit hjå pasientane, men mange moglegheiter til å skape ein produktiv interaksjon gjekk tapt, og i artikkelen blir det presentert fire tips til å forbetre det terapeutiske sjukepleiar-pasient forholdet.

Forskingsartikkel 6:

Paukert, A. L., Pettit, J. W., Kunik, M. E., Wilson, N., Novy, D. M., Rhoades, H. M., Greisinger, A. J., Wehmanen, O. A., & Stanley, M. A. (2010). The Roles of Social Support and Self-Efficiency in Physical Health's Impact on Depressive and Anxiety Symptoms in Older Adults. *J Clin Psychol Med Settings*.

Dette er ein randomisert klinisk undersøking av eldre personar over 60 år med depresjon eller/og angst, for å forstå om sosial støtte og eigenmeistring kan redusere konsekvensane depresjon og angst har på den fysiske helsa. I studien kom det fram at når eigenmeistring var redusert, vart depresjonen forverra. Studien avdekkja også at når eigenmeistring var høg, var den fysiske helsa dårleg, men depresjonen vart betra.

4 Drøfting

Korleis kan sjukepleiar hjelpe eldre pasientar med depresjon i å meistre kvardagen? Ettersom depresjon ramma ein såpass stor del av befolkninga, heile 7% av den eldre befolkninga på verdbasis (World Health Organization, 2016), vil sjukepleiarar over heile verda garantert komme utfor ein pasientsituasjon der depresjon vil være ein sentral faktor. Det blir derfor naturleg å ta opp dette spørsmålet, og få eit innblikk i kva sjukepleiar kan gjere for å handtere slike situasjonar på best mogleg måte, slik at pasienten kjenner seg ivaretatt.

Heimetenesta som ein arena der personar kan motta pleie, har i dei seinare åra blitt eit mykje større område og fagfelt då det blir fleire og fleire eldre, og fleire vil bu heime så lenge som mogleg. Det er dermed sjukepleiarane i heimetenesta sitt ansvar å kartleggje og sette i verk tiltak som kan gjere dette mogleg (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05). Eg har derfor valt ut forskingsartiklar som går ut på sjukepleiarar i heimetenesta sitt møte med den eldre pasienten med depresjon. Fagstoff eg har valt ut vil eg setje i perspektiv av pleie i heimetenesta.

4.1 Relasjonsbygging

På den eine sida er det viktig at den sjuke delar informasjon til sin sjukepleiar slik at sjukepleiar kan kartleggje behov. I følgje Kvaal (2014) krev pasientar med depresjon som oftast ikkje så mykje av omgjevnadane, fordi dei ikkje vil være til bry for dei rundt seg, og av den grunn lid dei derfor ofte i stillheit. I den samanheng kan ein nytte Travelbee sin teori som legg vekt på ansvaret sjukepleiaren har i å tilby og å gi hjelp (Travelbee, 1999, s. 124), og sørge for at dei får den pleia dei har behov for (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05). Pasientar med depresjon er likevel sensitive ovanfor haldningane til personane rundt seg, og kan fort kjenne seg avvist. Det er derfor viktig at sjukepleiar er merksam på korleis dei opptre rundt desse pasientane, og opptre med sanseskarpheit, sensitivitet og empati, og skapar ei forutsigbarheit. Sjukepleiar må syne forståing for pasienten sitt perspektiv, oppleving og kjensler, og respondere med varme og respekt (Kvaal, 2014, ss. 447-448).

På den andre sida er det ikkje alle pasientar som vil dele såpass personleg informasjon med tilfeldig helsepersonell. Mange pasientar må ha tid på seg til å opparbeide tillit før dei fortel om sine psykiske plager (Kvaal, 2014, s. 446). Dette underbyggjer forskinga til Bao et al. (2015) der sjukepleiarane som

vart intervju fortalte at det tok ofte fleire veker/besøk før pasientane følte seg komfortabel nok til å snakke om depresjon og eigne problem. Ein viktig faktor blir då å få kontinuitet i besøka. Ved å plukke opp att tråden frå førre besøk, til dømes dersom pasientane tek opp meir private samtaleemne, kan dette føre til effektivitet i sjukepleiar si henting av informasjon og utføring av pleie. Likevel såg dette ut, i følgje forskning, til å være utfordrande å utføre, mykje grunna lite tid og prioritering av andre meir akutte behov. Dermed fall forholdet litt tilbake og sjukepleiar og pasient måtte "restarte" forholdet deira ved kvart besøk (Liebel et al., 2014). I tillegg kom det fram i forskinga til Liebel & Powers (2013) at det var begrensa antal heimebesøk hjå pasientane, og hyppig skift av personell. Dette er noko eg også erfarte frå praksis, då det var fleire ulike helsepersonell innom ein pasient kvar dag, og det vart vanskeleg å skape kontinuitet i relasjonsbygginga. Eg kunne ikkje vite når eg kunne møte pasienten att, ville det bli i morgon, eller ville det bli om to veker? Dette skapte ein lite effektiv interaksjon og relasjonsbygging mellom meg og pasienten.

Men for å fremje relasjonsbygginga så godt som mogleg på desse få besøka, blir Travelbee sitt menneske-til-menneske forhold ein sentral del. Her blir oppleving og erfaringar delt mellom sjukepleiar og den som er sjuk (Travelbee, 1999, s. 41). Når sjukepleiar og pasient har fått opparbeida seg eit slikt forhold, kan det bli enklare for pasienten å fortelje om sine plager, og sjukepleiar kan lettare sjå området for tiltak som kan fremje meistring hjå pasienten. Forholdet som Travelbee beskriv her, kan samanliknast med det terapeutiske sjukepleiar-pasient forholdet som Liebel & Powers (2013) og Liebel et al. (2014) presentera i artiklane sine. Her viser det seg at når sjukepleiarar delar personlege opplevingar, kan sjukepleiar og pasient utveksle desse opplevingane. Dette føra til at pasientane stolar meir på sjukepleiar, og blir meir villig til å diskutere rundt sjukdommen (Liebel & Powers, 2013; Liebel et al., 2014). Dette kan bli sett på som ein god relasjon som kan leggje grunnlag for meiningsfull informasjonsutveksling. Det kan gjere til at råd som sjukepleiar gjev den sjuke når det kjem til det å meistre daglegdagse gjeremål som det å komme seg på butikken og handle, kan bli lettare motteken og forstått av den sjuke grunna den personlege betydninga sjukepleiaren har for den sjuke. Ein god relasjon er noko som utvikla seg gradvis, og som legg til rette for samtale, sterk tillit, og ikkje-dømmende framturen. Forsking syner likevel at det kan være utfordrande og oppretthalde dette forholdet dersom depresjonen forverra seg (Liebel & Powers, 2013).

Relasjonsbygging i heimetenesta er derimot truga av tidspress. Sjukepleiarar i studien til Liebel et al. (2014) uttrykte frustrasjon over ringverknadane dersom dei brukte for lang tid hjå ein pasient på å lytte dersom ein pasient hadde behov for å snakke ut om ting. Dette fekk då konsekvensar for tidsbruken hjå andre pasientar. Dei opplevde det som vanskeleg å balansere tida mellom å byggje og styrke eit forhold til pasienten, og samtidig gjere heimebesøka så effektive som mogleg. Dette er underbygga av studien til Liebel & Powers (2013), då det kom fram at handtering av depresjon kom i

andre rekke då det var andre fysiske behov som måtte prioriterast. Mi erfaring frå praksis i heimetenesta er at det er eit stort antal pasientar. Det er ca. 10 fulle arbeidslister med oppdrag hjå dei ulike pasientane, og desse arbeidslistene rullerar på helsepersonell som er på arbeid. Dette betyr at ein ofte får ei anna arbeidsliste enn den ein hadde dagen før, og det er gjerne ikkje kvar veke ein har kontakt med den same pasienten. Det er dermed uforutsigbart å vite kor mykje tid ein vil ha med pasienten i den næraste framtid, noko som gjer det utfordrande å skape relasjon og kontinuitet i besøka.

4.2 Formidling av håp og meining

Håp gjev den sjuke meining til å hente fram ytre og indre ressursar for å meistre situasjonen (Renolen, 2008, s. 153). Hummelvoll (2014, s. 23) skriv at det å møte håp og forventning frå andre om at ting vil bli betre, kan gje pasienten styrke til å kjempe for å oppnå ein betre situasjon. På det grunnlaget er det utdjupa i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar, ansvaret sjukepleiarar har i å formidle håp til den sjuke (Norsk Sykepleierforbund, 2016, 23.05). Når det finst håp, finst det også evne til å løyse problem og meistre vanskelege situasjonar. Det kan derfor tenkast at dersom pasienten har håp om å kunne meistre daglegdagse gjeremål, vil den kunne finne ressursane for å få det til. Personar som opplever håplausheit derimot, har spesielt behov for støtte og motivasjon frå sjukepleiarar. Studien til Holm et al. (2013) syner at støtte frå andre er ein svært viktig faktor som førebygger utvikling av depresjon. For å kunne formidle dette, er det viktig som sjukepleiar å gjere seg tilgjengelig og villig til å lytte og snakke om sjukdommen når pasienten ynskjer dette (Travelbee, 1999, s. 123). Derimot ser dette ut til å være utfordrande å gjennomføre i praksis, då det kjem fram i forskingsartikkelen av Bao et al. (2015) at grunna mangel på kunnskap var det fleire sjukepleiarar som rapporterte at dei unngikk samtalemnet om depresjon fordi dei ikkje visste kva dei kunne gjere med problemet. Når ein ikkje veit kva problemet er, eller ikkje vågar å setje seg inn i det, kan det bli vanskeleg som sjukepleiar å formidle håp.

Likevel har sjukepleiar ansvar for å sjå dei fysiske og psykiske behova, og hjelpe med det den kan. Ved å være umerksam på pasientens sitt behov, kan det faktisk ta håpet frå den sjuke, og den kan oppleve håplausheit (Travelbee, 1999, s. 124). Den sjuke kan bli avhengig av at sjukepleiar held ansvaret sitt der, då den sjuke kan ha vanskar for å be om hjelp og støtte, anten fordi den vil klare ting sjølv, eller fordi den ikkje vil være til bry for sjukepleiaren. Forsking viser at mange har høg terskel for å spørje etter hjelp, grunna redsel for det å være avhengig av nokon, og at ein då mista verdigheit og respekt (Liebel & Powers, 2013). Dette kan deprimerte pasientar være utsett for då dei ofte slit med nedverdiggande tankar om seg sjølv, og kjenner seg lite verdt (Skårderud et al., 2015, s. 338). Studien til Holm et al. (2013) viser at sjukepleiar spelar ei viktig rolle i å lytte, forstå, og bekrefte pasienten si verd, for å styrke sjølvbilete, og for å finne motivasjon og håp til å betre situasjonen.

Saman med det å ha håp, blir også det å finne meining viktig for at pasienten skal bli motivert til å betre situasjonen. Travelbee såg på sjukdom som ein erfaring i livet, og la vekt på sjukepleiaren sitt ansvar i å hjelpe pasienten finne meining i desse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 37). Forsking syner at ved å ha trua på at ein kan vekse som person endå i høg alder, kan det styrkje personen sitt potensial og optimisme i situasjonen (Holm et al., 2013). Sjukepleiar kan dermed motivere pasienten og hjelpe finne meining ved å trekkje fram positive moment som elles ikkje hadde oppstått dersom den ikkje hadde fått depresjon. Som til dømes trekke fram det gode forholdet som har oppstått mellom sjukepleiar og pasient, eller korleis pasienten har gjort framsteg og utvikling sidan den fekk diagnosen.

4.3 Forventning og meistring

Pasientar med depresjon stiller ofte høge krav til seg sjølve og forventar å kunne meistre det dei har gjort tidlegare. Då gjeld det for sjukepleiar å hjelpe pasienten med å redusere desse krava og forklare at det er heilt normalt at gjeremål verte tyngre ved depresjon (Kvaal, 2014, s. 448-449). Studien til Liebel & Powers (2013) underbyggjer dette ved å vise til at dersom ein redusera pasienten sine personlege forventningar vil det føre til auka meistring av sjukdommen heime. Ein måte å gjere dette på er at sjukepleiar saman med pasienten kan finne ut kva mål og forventningar som er realistiske, og finne alternative måtar å meistre situasjonen på (Holm et al., 2013).

Samtidig blir ein person si evne til meistring utfordra når den møter sjukdom og lidning i livet (Kristoffersen, Breivne & Nortvedt, 2011, s. 250). Dei eldre som bur heime er ofte meir overlatne til seg sjølve når det kjem til å utføre daglegdagse aktivitetar, også når det kjem til meistring av sjukdom, og sjukepleiarar har mindre kontroll og påverknad på handtering av sjukdom (Liebel & Powers, 2013). Dette byr på utfordringar då forskning visar at personar med moderat og alvorleg depresjon ofte har store vanskar med å gjennomføre daglegdagse aktivitetar (Dreizler et al., 2013). I følgje Engedal og Bjørkløf (2014) verte eldre med depresjon initiativlause, og mange ser på det som eit ork til dømes å kle seg i skikkelege klede eller å lage mat.

Dersom sjukepleiar derimot kan legge til rette for det, kan den eldre oppleve meistring av dei daglegdagse gjeremål. I følgje studien til Paukert et al. (2010) viste det seg at høg meistringevne reduserte depressive symptom. Ein metode i å fremje meistring hjå pasienten er å kartleggje ressursane og områder som pasienten kan meistre, setje mål om å gjennomføre enkle oppgåver, og prioritere desse. Dette kan i følgje Kvaal (2014) føre til at pasienten opplever områder den meistrer. I studien til Bao et al. (2015) kom det også fram at undervisning om depresjon og behandling, motivere til sosiale og aktivitetar som foretrekkast, samt hjelpe pasientane til å setje personlege mål var ein viktig del av behandlinga av depresjon.

I tillegg kan ein kartleggje faktorar i personen og miljøet rundt for å styrke pasienten si meistringsevne (Kristoffersen, 2011, s. 155). Tidligare hendingar i livet til pasienten er med på å forme personen, og har bidratt til å utvikle meistringsevne og meistringsmønster, det kan derfor være viktig å kartleggje livshistoria til pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 152). I følgje forskning vil også vanskelege hendingar tidligare i livet påverke sjukdom, og meistring kan variere då den blir forma av personen sine personlege verdiar gjennom livet (Holm et al., 2013). Ved at sjukepleiar kartlegg livshistoria og dei personlege verdiane til pasienten, kan det skape gode rammer for meistring hjå pasienten.

For å kunne kartleggje desse faktorane er det viktig med god kommunikasjon. Det oppstår når begge partane forstår informasjonen som er blitt utveksla (Røkenes & Hanssen, 2014, s. 241), og det spela ei viktig rolle i forholdet mellom sjukepleiar og pasient. Det å kunne gjere seg forstått, og det å forstå er heilt nødvendig når sjukepleiar og pasient skal møtast i arbeidet om å fremje pasienten si meistring. Forsking syner døme der det var mangel på ferdigheta i kommunikasjon hjå sjukepleiarar, og at det var sjukepleiarar som gjekk fram med forklarande og visande framtrede. Dette oppfatta pasientane som pressande, upassande og mangel på omsorg, og det gjorde til at dei trakk seg tilbake og responderte med sinne og avsky (Liebel & Powers; 2013, Liebel et al., 2014). Dette er ikkje god kommunikasjon eller samhandling mellom sjukepleiar og pasient. I Røkenes & Hanssen (2014) sin forklaring av relasjonskompetanse legg dei vekt på at sjukepleiar må ha forståing for kva som skjer i samspelet, møte pasienten med respekt, og skjønne korleis den skal forhalde seg til pasienten.

4.4 Kunnskap og erfaringar hjå sjukepleiar

I samsvar med helsepersonellova §4 er helsepersonell plikta til å utføre sitt arbeid med krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Dette stillar krav om at sjukepleiarar nyttar sin kunnskap og tar sjølv ansvar for å halde seg fagleg oppdatert. Forsking avdekkar derimot mangel på kunnskap hjå helsepersonell, og eit behov for undervisning og opplæring i handtering av depresjon i heimetenesta (Bao et al., 2015; Dreizler et al., 2013; Holm et al., 2013; Liebel & Powers, 2013). Mangel på kunnskap gjev inadequate behandling av depresjon hjå den eldre befolkninga, som allereie er ei sårbar pasientgruppe. Det hjelper då ikkje på at nokre informantar i studien til Liebel & Powers (2013) meinte det ikkje var deira oppgåve å handtere depresjon. I tillegg var det informantar i studien til Bao et al. (2015) som fortalde at dei såg på depresjon som ein naturleg del av aldringa, og valte derfor å ikkje setje i verk tiltak. Denne haldninga kan bli ei utfordring når den eldre har vanskar med å meistre kvardagen, dersom ingen tek ansvar for å endre situasjonen.

Likevel var det fleire sjukepleiarar som var bevisste på sitt ansvar i handtere depresjon, men dei valte å unngå samtaleemnet fordi det gjorde dei ukomfortable å spørje for mange spørsmål. Dei prøvde istadenfor å være positive og bruke humor for å unngå å snakke om det (Bao et al., 2015). Dette kunne studien til Liebel et al. (2014) støtte opp under då sjukepleiarar kjente seg ukomfortable å respondere på desse intense kjenslene til pasienten, og dei nytta humor fordi dei trudde det ville få pasienten til å føle seg betre. Når pasient derimot opnar seg opp og delar sensitiv informasjon om personlege forhold til sjukepleiar, er denne informasjonen beskytta av sjukepleiarar taustheitsplikt etter helsepersonellova §21, og informasjonen skal kun delast med anna helsepersonell som deltar i pleia til denne pasienten, etter §25 (Helsepersonelloven, 1999). Det er viktig at pasienten får informasjon og veit at det er trygt å dele informasjonen for å skape konfidensialitet.

Sjukepleiarar er derimot gode til å nytte kartleggingsverktøy og kartlegge depressive symptom, syner forskning. Det dei likevel sakna er undervisning og tips til handtering av depresjon (Liebel & Powers, 2013). Dette ser ut til å være nødvendig då erfaringar frå forskning om at mangel på kunnskap og meistring i å handtere depresjon hjå helsepersonell i heimetenesta, førte til passivitet og inaktivitet i behandlinga, og en tendens til å deligere ansvaret for eldre personar med depresjon vidare til andre samarbeidspartnarar (Bao et al., 2015). Av den grunn kan det blir nødvendig med eit tverrfagleg samarbeidsprogram. Studien til Dreizler et al. (2013) undersøkte forskjellige samarbeidsprogram i handtering av depresjon hjå eldre, og beskreib tiltak og sjukepleiarar si rolle i desse programma. Studien avdekkar eit behov for behandlingsprogram for eldre med depresjon i heimetenesta. I samsvar med studien til Bao et al. (2015) avdekkar dette eit behov for tiltak som kan auke sjukepleiarar si meistring, og bruk av verktøy slik at dei får ei meir aktiv rolle i behandling av depresjon.

5 Konklusjon

Dei eldre er ei sårbar pasientgruppe der det er høg førekomst av depresjon. Dei er spesielt utsett då dei verte eldre, dei fysiske funksjonane blir redusert, og ofte har dei mista personar i nære relasjonar. Det er ikkje lett i godta at ein ikkje klarar det ein har klart tidlegare, gje slepp på dei hobbyane som gjorde livet betre, men som no blir fysisk utfordrande å gjennomføre. Antidepressive medikament er viktige i behandlinga av depresjon, men like viktig er det å styrke pasienten sitt indre slik at den kan meistre kvardagen når sjukdom gjer til at sjølv dei minste aktivitetane, om til eit ork. Forsking og teori har i denne oppgåva avdekkar viktigheita av at sjukepleiarar skapar ein god relasjon med den eldre pasienten. Dette for å få informasjon om pasienten sine opplevingar og kjensler, slik at sjukepleiarar kan sette i verk tiltak slik at pasienten kan meistre daglegdagse gjeremål. Det såkalla terapeutiske sjukepleiar-pasient-forholdet blir viktig for å skape ein god relasjon og ei meningsfull

informasjonsutveksling som gjer det mogleg for sjukepleiar å gje råd og saman med pasient komme fram til realistiske mål som kan bli oppnådd. Det å fremje håp og hjelpe pasienten finne meining i tilstanden blir viktig for å motivere pasienten til å betre situasjonen, og unngå å bli værande i depresjonen. Forsking avdekka likevel mangel på kunnskap hjå helsepersonell i heimetenesta, i handtering av depresjon, og eit behov og ynskje for undervisning om dette. Dette vil kunne føre til at sjukepleiarar kan spele ei aktiv rolle i behandling av depresjon i heimetenesta.

6 Litteraturliste

- Bao, Y., Eggman, A. A., Richardson, J. E., Sheeran, T. F., & Bruce, M. L. (2015). Practices of Depression Care in Home Health Care: Home Health Clinician Perspectives. *Psychiatric Services*, 66(12), 165-168. doi: 10.1176/appi.ps.201400481
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S., & Mahrer-Imhof, R. (2013). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: an integrative review. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(7-8), 911-926. doi: 10.1111/jocn.12237
- Engedal, K., & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre* (1. utg.). Stavanger: Hertervig Forlag
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, A. L., Lyberg, A., Lassenius, E., & Severinsson, E. (2013). Older Persons' Lived Experiences of Depression and Self-Management. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(10), 757-764. doi: 10.3109/01612840.2013.809829
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., (2011). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.), *Bind 3. Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 134-191). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.), *Bind 3. Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 246-289). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., ss. 438-449). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Liebel, D. V., & Powers, B. A. (2013). Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. *The Gerontologist*, 55(3), 448-461. doi: 10.1093/geront/gnt125

Liebel, D. V., Powers, B. A., & Hauenstein, E. J. (2014). Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression And Disability. *Research in Gerontological Nursing*, 8(3), 130-139. doi: 10.3928/19404921-20150105-01

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graveholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert. En Arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

Paukert, A. L., Pettit, J. W., Kunik, M. E., Wilson, N., Novy, D. M., Rhoades, H. M., Greisinger, A. J., Wehmanen, O. A., & Stanley, M. A. (2010). The Roles of Social Support and Self-Efficacy in Physical Health's Impact on Depressive and Anxiety Symptoms in Older Adults. *J Clin Psychol Med Settings*, 17(4), 387-400. doi: 10.1007/s10880-010-9211-6

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Røkenes, O. H., & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og realisjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Oslo: Fagbokforlaget

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – Samfunn* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Norsk Sykepleierforbund (2016, 23.05). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

World Health Organization (2016, April). *Mental health and older adults*. Henta frå:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>