



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 163

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7000

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensiell materiale?: Nei

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 7

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Depresjon hjå eldre i sjukeheim

Maria Buvik Nondal

Kandidatnummer: 163

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/sjukepleie Førde

Rettleiar: Toril Midtbø

Innleveringsdato: 07.06.2019

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

«Om jeg vil lykkes med å føre mennesker mot et bestemt mål må jeg først møte det hvor det er og begynne å hjelpe akkurat der. Den som ikke kan det, lurer seg selv når en tror at en kan hjelpe andre. For å hjelpe noen må en forstå mere ennden andre gjør, men først og fremst må en forstå det den andre forstår. Hvis jeg ikke kan det, hjelper det ikke at jeg kan og vet mer selv. Vil jeg likevel vise hvor mye jeg kan, kommer det av at jeg er forfengelig og høymodig og egentlig vil bli beundret av den andre isteden for å hjelpe ham. All ekte hjelpsomhet begynner med ydmykhet overfor den jeg vil hjelpe. Dermed bør jeg forstå at viljen til å hjelpe ikke er en vilje, men en vilje til tjene. Kan jeg ikke dette så kan jeg heller ikke hjelpe noen»

- Søren Kierkegaard -

Samandrag

Tittel: Depresjon hjå eldre i sjukeheim

Bakgrunn for val av tema

Depresjon er den mest vanlege psykiske lidinga i verda, men det har vore lite merksemd rundt eldre og psykisk helse. Sidan talet eldre stadig aukar har eg valt å skrive om korleis brukar opplever å flytte frå eigen heim til institusjon. Flytteprosessen kan spele inn på den psykiske helsa til den eldre. Gjennom praksis og arbeid på institusjon fekk eg erfara at mange eldre er einsame og deprimerte, og eg opplevde at det var ikkje mange som tok tak i problemet. Målet med oppgåva er difor å få fram korleis sjukepleiar kan vere med på å førebyggje depresjon hjå brukar, og ivareta identiteten i møte med ei livsendring.

Problemstilling: «Korleis førebyggja depresjon i møte med livsendring?»

Framgangsmåte

I oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Det vil seia at eg har nytta eksisterande litteratur og forskning om emnet. Eg har brukt pensum som eg tidlegare har nytta under utdanning, og forskingsartiklane er funne gjennom databasar som er anbefalt av Høgskulen på Vestlandet. Teori og forskning er drøfta opp mot problemstilling, samt egne erfaringar frå praksis.

Konklusjon

Eit ledd i førebygging av depresjon er at den eldre skal oppleve ein god overgang til institusjon ved å mestre livsendringa og miljøet. Å skape relasjon mellom sjukepleiar og brukar vil hjelpe med dette. Denne relasjonen vil òg fremje opplevinga av å bli anerkjent som person. Sjukepleiar har ansvar for å sikre psykiske og fysiske miljøfaktorar som kan bidra til å ivareta identiteten til brukar. Det er viktig at sjukepleiaren viser at han eller ho har tid til brukaren, og viser dette med kroppsspråk og haldning.

Nøkkelord: Depresjon, Identitet, Livsendring

Summary

Title: Depression in elderly inhabitants of nursing home

Approach

Depression is the most common psychological disorder in the world, but little attention has been given to the psychological health of the elderly. Since the elderly population is growing, I have decided to write about how the elderly person can experience the transition from their own home to an institution. The moving process can influence the psychological well-being of the elderly person. Throughout practice and my own work in institutions, I have experienced that a lot of elderly people are lonely and depressed. I also experienced that few tried to handle this problem. Therefore, the goal of this thesis is to highlight how the nursing staff can prevent depression in their patients, and preserve their identity during a major life-change.

Thesis question: «How to prevent depression when faced with a life change?»

Method

In the thesis I have used literature study as a method. This entails using existing literature and research on the subject. I have used the curriculum that has been assigned to my course at HVL, and the research papers have been found in HVL-recommended databases. Theory and research is discussed up against the thesis question, and I have also referenced my own experience doing practical work in the field.

Conclusion

To prevent depression it's important that the elderly experience a good transition from their home to an institution, by managing the life-change and their environment. Creating a good relationship between the nurse and the patient will help the patient to feel acknowledged as a person. The nurse has a responsibility to preserve the patient's identity by ensuring psychological and physical environmental factors. It is important that the nurse shows that he or she has time for the patient through body language and attitude.

Keywords: Depression, Identity, Life change

Innhold

1	Innleiing	5
1.1	<i>Bakgrunn for val av tema</i>	5
1.2	<i>Problemstilling med avgrensing</i>	6
1.3	<i>Oppbygging av oppgåva</i>	6
2	Metode	7
2.1	<i>Søkjeord og databasar</i>	7
2.2	<i>Teori som er nytta</i>	8
2.3	<i>Kjeldevurdering</i>	8
3	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	10
3.1	<i>Depresjon hjå eldre</i>	10
3.2	<i>Å kartlegge den eldre brukar</i>	11
3.3	<i>Institusjon og identitet</i>	11
3.4	<i>Sjuepleiaren sine funksjonsområder</i>	12
4	Forsking og funn	15
5	Drøfting	18
5.1	<i>Livsendring</i>	18
5.2	<i>Når identiteten blir truga</i>	19
5.3	<i>Samspelet mellom sjukepleiar og pasient</i>	22
6	Konklusjon	25
	Litteraturliste	26
	Vedlegg 1	28

1 Innleiing

Depresjon er den mest vanlege psykiske lidinga (Helsedirektoratet, 2009). Verdas helseorganisasjon har slege fast at depresjon er ei av dei leiande årsakene til sjukdom i verda. I laupet av livet vil depresjon ramma omlag ein femtedel av befolkninga, der førekomsten av depresjon hjå eldre over 65 år er nesten 20 prosent (Eskeland, 2017, s. 147). Eldre som lir av depresjon vert ofte nedstemt, har manglande motivasjon til å delta i aktivitetar, svekka appetitt og kan oppleve smerter (Hummelvoll, 2012, s. 198). Det blir difor særst viktig med førebyggjande arbeid. I følgje folkehelseinstituttet (2011) har det vore lita merksemd rundt eldre og psykisk helse. Det kan difor vera grunn til å tru at depresjon hjå eldre er underdiagnostisert. Det er lett å diskvalifisera ein depresjon fordi det ofte er mykje trist og vanskeleg i pasienten sin livssituasjon (Eskeland, 2017, s. 148). Depresjon kan òg vera ein reaksjon på tilpassing i samband med livsendring (Engedal, 2008, s. 110). Det å flytta frå eigen heim og over til institusjon kan vera ein faktor som spelar inn på psykisk helse hjå eldre. Sjukepleiar har eit viktig ansvar for å førebyggje depresjon ut frå både yrkesetiske retningslinjer og juridiske føringar. Det er utarbeida nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Dei er utvikla for å sikra at helsetenesta tek ansvar for førebyggjande arbeid i primær- og spesialisthelsetenesta. Retningslinjene seier noko om korleis sjukepleiar kan stilla spørsmål som kjem inn på tristheit, dårlig humør og initiativløyse. Sjukepleiar skal òg vere viss på si rolle og haldning i intervjuet, som inneber å lytta, visa genuin interesse og bruka observerande funksjon til å følgja med på åtferd. Yrkesetikken seier at ein skal ivareta den enkelte brukar sine behov for heilskapleg omsorg, medan pasient- og brukarrettighetsloven slår fast at ein skal skape tillit, sosial tryggleik og respekt mellom brukar og helse- og omsorgstenesta (pasient- og brukarrettighetsloven, 2001, §1-1).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Som sjukepleiar i eldreomsorga vil ein møta mange med psykiske lidingar. Dette har eg sjølv opplevd gjennom mitt arbeid som assistent på sjukeheim dei siste sju åra og gjennom min praksis i studiet. Då eg hadde praksis i heimesjukepleia og jobba på sjukeheim fekk eg erfara at det spesielt er mange som er einsame og deprimerte. Eg fekk ei oppleving av at slik var det å bli gammal, og det var ikkje mange som tok tak i problemet eller baud på hjelp. Eg

meiner difor at det er viktig å auka fokuset på dette temaet, og at auka kompetanse hjå sjukepleiarar som jobbar i eldreomsorg er naudsynt for å kunne oppdaga og behandla depresjon.

1.2 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga mi er «Korleis førebyggja depresjon i møte med livsendring?»

Oppgåva omhandlar årsaksbiletet for utvikling av depresjon hjå eldre, og korleis sjukepleiar kan bidra til å førebyggja depresjon. Sjukepleiar sitt ansvar for å oppretthalda identiteten i ei utfordrande livsendring er hovudfokuset i oppgåva. Eg har valt å prioritere samtale og relasjonsbygging som tiltak sjukepleiar kan nytte seg av. Sidan oppgåva omhandlar førebyggjande tiltak mot depresjon, vil ho ikkje ta føre seg medisinske eller kognitive behandlingsformer.

Brukar er i denne oppgåva meint som ein bebuar på sjukeheim over 65 år, uavhengig av kjønn og somatisk sjukdom. I resten av oppgåva blir det meir nøytrale ordet institusjon brukt i staden for sjukeheim.

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva mi er bygd opp med innleiing, framgangsmåte, teoridel, funn, drøfting og konklusjon. I innleiinga blir temaet depresjon og problemstillinga mi presentert i eit samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv. Problemstillinga blir presentert med avgrensing. I metodedelen blir litteraturstudie som metode skildra, og eg forklarar korleis eg har vurdert kjeldene mine etter sjekklister frå Helsebiblioteket. Teoridelen vil gi ein kort presentasjon om kva depresjon hjå eldre er. Vidare blir det gjort greie for sjukepleiaren sitt funksjonsområde. Med fokus på å byggja god relasjon og kva kommunikasjon har å seia for relasjonsbygging, og litt om kartlegging av depressive symptom. Under overskrifta forskning og funn vert forskningsartiklane presentert. I drøftinga svarar eg på problemstillinga ved å sette egne erfaringar frå praksis opp mot teori og forskingsartiklar. Eg skal sjå nærare på faktorar som er relevant for at sjukepleiar skal bidra til å kunne førebyggja depresjon. Drøftingsdelen omhandlar livsendring, identitet, og kva sjukepleiar kan gjere når denne blir truga, og samspelet mellom sjukepleiar og pasient.

2 Metode

Metode er ein måte å gå fram på for å samla inn erfaringar eller data om røyndomen (Dalland, 2017, s. 52). Det fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å skaffa eller etterprøva kunnskap. Når ein skal få fram kunnskap og etterprøva i kva grad påstandar er sanne, gyldige og haldbare treng ein ulike metodar (s. 51). Difor vil metode vera eit hjelpemiddel for korleis undersøkingar skal gjennomførast.

I følgje Dalland (2017, s. 52) skil ein mellom to hovudformer for metodisk tilnærming. Ein kallar desse for kvalitativ og kvantitativ metode. Begge formene har eit felles ynskje om å betra kunnskapen. Hovudskilnaden er at den kvantitative metoden omformar data til tal og mengdestorleikar som legg grunnlag for statistiske analysar. Den kvalitative metode tek sikte på å fanga opp meining og oppleving som ikkje let seg talfesta eller måla.

I oppgåva har eg valt både kvantitativ og kvalitativ forskning, då dette på kvar sin måte bidreg til ei betre forståing av røyndomen, og korleis einskildmenneske og institusjonar handlar.

Sidan oppgåva er avgrensa i tid og omfang har eg valt å nytta litteraturstudium. Eg har dermed brukt litteratur som allereie eksisterer for å svara på problemstillinga. Dette er i tråd med retningslinjer frå Høgskulen på vestlandet.

2.1 Søkjeord og databasar

Eg har nytta ulike databasar til å finna aktuell litteratur til problemstillinga. For å finna database har eg brukt biblioteksidene til Høgskulen på Vestlandet. Der nytta eg Academic Searching Elite, CINAHL og MEDLINE. Desse vart nytta samstundes for å finna fram til både medisinsk og sjukepleiefagleg forskning. Før søkje nytta eg Svemed+ for å finna synonymord og engelske søkjeord. Søkjeorda er nytta åleine eller saman med andre. Det første søkjet vart gjort 10.04.19 i databasane Academic Searching Elite, CINAHL og MEDLINE. Eg valde å bruka søkjeord på engelsk for å få fram internasjonale artiklar (sjå vedlegg 1 for søkjarahistorikk). Eg avgrensa søk med å haka av for artiklar publisert etter år 2010. Fordelen med filtrering i søk er at resultatata blir spesifikke, medan ulempa er at avgrensing kan ekskludera anna relevant kunnskap som kunne vore nytta i oppgåva.

Anna relevant forskning er teken frå Sykepleien forskning. Artiklane er fagfelleverdert, noko som styrkar truverdet.

Søkjeord: *Depression, depresjon, aged, eldre, older people, nursing home, long term condition, nurse-patient interaction, environmental mastery*

2.2 Teori som er nytta

Eg har nytta tidlegare pensumlitteratur frå sjukepleiarstudiet for å finna relevant teori til oppgåva. I metoddelen nytta eg «Metode og oppgåveskriving» (Dalland, 2017) og «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Nordheim, Reinart, & Graverholt, 2012). I teorikapittelet har eg valt å bruka «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2014), «Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter» (Fjørtoft, 2012), «Sosiologi i sykepleie og helsearbeid» (Ingstad, 2013) og «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2012). I desse pensumbøkene fann eg naudsyn teori om både eldreomsorg, sjukeheim, depresjon og sjukepleiaren sitt funksjonsområde. Av bøker utanfor pensumlitteratur har eg nytta «Depresjon hos eldre» (Engedal & Bjørkløf, 2014), «Alderpsykiatri og omsorgsarbeid» (Eskeland, 2017) og «Kommunikasjon i relasjonar» (Eide & Eide, 2017)

For å gjera greie for sjukepleiaren sitt ansvar har eg nytta helsepersonelloven (2001) og pasient- og brukarrettighetsloven (2001). Eg har òg brukt «Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie» (Norsk sykepleierforbund, 2016) og «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av vaksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2009) i innleiing og i drøfting for å svara på oppgåva.

2.3 Kjeldevurdering

Ei kjelde er opphav til kunnskap (Dalland, 2017, s. 149). Kjeldekritikk blir nytta for å vurdere om ei kjelde er relevant og påliteleg, ettersom ikkje alle kjeldene er like haldbare (s. 153). Føremålet er at lesaren skal få ta del i refleksjonane eg har gjort kring relevans og gyldigheit som litteraturen har i høve til problemstillinga mi (s. 158). I følge Dalland (s. 152) er det to sider ved kjeldekritikk. Det første handlar om å finne litteratur som best mogleg forklarar

problemstillinga og den andre dreiar seg om å gjera greie for den litteraturen ein har nytta i oppgåva si.

For å vurdera forskingslitteraturen som eg har nytta i oppgåva, har eg teke i bruk sjekklister frå Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta, som støtter seg på internasjonale verktøy for kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016). Eg har nytta sjekklister for kvalitativ metode, tverrsnittstudie og kvantitativ metode for å sjå om innhaldet og resultatet er truverdige (Nortvedt mfl., 2012, s. 90–108). Oppbygginga av dei fleste vitenskaplege artiklane er etter IMRAD-prinsippet, der artikkelen har introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Eg har kome fram til at eg kan stola på innhaldet og at artiklane er relevante for oppgåva, då det kjem klart fram kva som skal bli analysert og kva som er hovudfunna.

For å sikra at forskinga eg har nytta er oppdatert har eg søkt i databasar som er tilrådd av Høgskulen på Vestlandet. Eg har avgrensa til artiklar frå dei siste ti åra, og ingen av artiklane som er nytta i oppgåva er, i skrivande stund, eldre enn åtte år.

Tre av fem artiklar er internasjonale og er skrivne på engelsk. Dei er frå New Zealand, Australia og Noreg. Eg har oversett desse med hjelp av engelske ordbøker, men det mogeleggjør likevel ein fare for at artiklane kan vera feiltolka eller misforstått.

Eg har nytta to artiklar frå sjukepleien.no. Dei tek utgangspunkt i heimetenesta sine utfordringar i høve til nedstemde brukarar. Dette kan vera ei feilkjelde, ettersom eg skriv om institusjon og ikkje heimesjukepleie. Eg meiner likevel dei er relevante for oppgåva. Artiklane set fokus på å sjå etter endring i pasienten sine vande mønster. Den eine artikkelen tek utgangspunkt i kor viktig det er med samtale og haldning, samt det å byggja tillit. Alt dette er òg kjernemoment på institusjon og difor i oppgåva.

3 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

3.1 Depresjon hjå eldre

Ordet depresjon kjem frå latin og tyder eigentleg «nedtrykking» (Hummelvoll, 2012, s. 193). Omgrepet kan stå for ei sinnstemning, eit syndrom eller ei eiga gruppe sjukdommar.

Depresjon vil gi symptom som tristheit, kognitive symptom med konsentrasjonsvanskar og manglande motivasjon, somatiske symptom som nedsett appetitt, søvnevanskar og smerter, og nedsett aktivitetsnivå (Hummelvoll, 2012, s. 198). Kjenneteikn ved depresjon kan delast inn i tre grupper; generelle kriteria, kjernesymptom og ledsagande symptom.

Kjernesymptoma er nedtryktheit, nedsett lyst eller interesse for omgjevnadane, nedsett energi eller auka trøyttheit. Avhengig av kor mange symptom ein har eller alvorsgrada av dei, kan ein skilje mellom mild, moderat og alvorleg depresjon.

Depresjon og depressive symptom er i auke, og dei aukar med alderen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 46). Lidinga opptre hjå kvar femte person i laupet av livet, og er på fjerdeplass over dei ti lidingane i verda som medfører størst tap av livskvalitet og levekår. Depresjon kan opptre når livet byr på utfordringar.

Å bli deprimert er ei oppleving som er vanskeleg å setja ord på, særst for eldre personar (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 62). Dei som er eldre i dag har vakse opp i ei tid der kunnskap om og fokus på psykisk helse og kjensler var heilt annleis enn det er i dag. I den grad ein opplevde å få depresjon før, var det gjerne beskrive som å få «nerver». Mange eldre i dag som har ein depresjon, kallar tilstanden for noko anna.

Felles for mange med depresjon er at dei beskriv ei oppleving av å mista kontrollen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 65). Dei opplever tap av kontroll over eigen kropp og helse og dei opplever at dei ikkje klarar å utføra daglege gjeremål i sine liv. Dette påverkar måten dei ynskjer å leva på, og kan føra til ei kjensle av sårbarheit, svakheit, tap og sjølvkritikk.

3.2 Å kartleggje den eldre brukar

Det er utfordrande å oppdage dei eldre pasientar som lid av depresjon. Det er òg dokumentert at denne gruppa er underdiagnostisert (Kirkevold mfl., 2014, s. 446). Som sjukepleiar eller anna helsearbeidar er det viktig å tidleg identifisera og kartleggja depresjon. Sjukepleiar må ha kunnskap om kva som skal kartleggast og kva informasjon som er relevant (Fjørtoft, 2012, s. 187). Kartlegging av behov er særleg vesentleg for nye pasientar, men det skal òg vera ein del av den daglege oppfølginga. Det kan vera at behova endrar seg, eller at ein i første vurdering ikkje klarte å fange opp situasjonen.

Det er fleire skalaer som vert brukt til å kartleggja depresjon hjå eldre (Kirkevold mfl., 2014, s. 447). Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er ein slik skala som er mykje brukt i Noreg. Hovudmålet med kartlegging er å sikra at endringar hjå dei gamle blir oppdaga og at dei får hjelp til tilpassing på eit tidlig tidspunkt.

3.3 Institusjon og identitet

Identitet handlar om sjølvbiletet, om korleis ein person eller gruppe oppfattar seg sjølv (Kirkevold mfl., 2014, s. 273). Når eit menneske får eit langtidsopphald i institusjon kan det utfordra og undergrava personens identitet. Det kan vera på grunn av tap av det å flytta frå eigen heim eller på grunn av verknaden fysisk og kognitiv svekking får for sjølvbiletet, eller på grunn av karakteristika ved kollektiv livsform som pregar dei fleste institusjonane.

Ved å bu i eigen heim er ein «herren» over sin arena, der ein har viktige ting som speglar seg og styrkar eigen identitet (Kirkevold mfl., 2014, s. 273). Når ein bur på institusjon og får tildelt eit lite rom er det vanskeleg å oppretthalda dei viktige sidene ved det heimlege. Ikkje alle blir oppmuntra til eller ynskjer å ta med eigne møblar og kjende gjenstandar som er viktige for å styrkja identiteten i alt det nye og ukjende. Det er viktig å skapa ein trygg atmosfære, eit miljø der den eldre kan kjenna seg att. Rom og gjenstandar som skapar gjenkjenning kan hjelpa brukaren til å ta att identiteten. Samstundes er det tradisjon for at bebuarane skal halde seg i daglegstova det meste av dagen (Kirkevold mfl., 2014, s. 273). Det kan ha innverknad på at brukaren ikkje får kvila blikket på viktige private gjenstandar som kan knyta band og minne attende i deira eige livsløp, og redusera moglegheita for ro og

skjerma privatliv. Det er òg slik at personalet på institusjonen tradisjonelt har sett på bebuarane sine rom som offentlege, der det er fri tilgang utan å spørja (Kirkevold mfl., 2014, s. 274). Det gjer det vanskeleg for bebuarane å kontrollera sitt eige privatliv, slik vedkommande tidlegare har kontrollert det i sin eigen bustad.

Omgrepet institusjonalisering vert brukt om prosessen der åtferdsmønster kjem inn i faste former og er prega av standardiserte rutinar (Ingstad, 2013, s. 145). Dette kan til dømes vere at vaktskifte styrer brukar si leggjetid, måltid og moglegheiter for sosiale aktiviteter. Frå å vera saman med menneske som kjenner til livshistoria, må brukar no forholde seg til mange ukjende (Kirkevold mfl., 2014, s. 270). Den eldre må bli kjend med personalet og nye rutinar, anna type mat og måten daglegdagse gjeremål vert utført på.

3.4 Sjukepleiaren sine funksjonsområder

I dei yrkesetiske retningslinjene står det at «grunnlaget for all sjukepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleier skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Vidare står det «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Joyce Travelbee, var psykiatrisk sjukepleiar og i 1966 gav ho ut boka «Mellommenneskelige forhold i sykepleie». Ho formidla ein interaksjon med fokus på utvikling av relasjon mellom sjukepleiar og pasient, der målet var å utvikla eit «menneske-til-menneske-forhold» (Travelbee, 1999, s. 171). For å utvikla dette forholdet må ein gjennom ein fasedelt prosess; den første fasen «det innledende møtet» skal bidra til at sjukepleiar og pasient oppfatar kvarandre som individ, og at sjukepleiar ser mennesket i «pasienten»(s. 186). Andre fase handlar om «fremvekst av identiteter» (s. 188). Når sjukepleiar har evna til å oppfatta andre som eit unikt menneske, etablerar ein tilknytning mellom to individ og dannar dermed grunnlaget for empati. Tredje fase er empatifasen, som handlar om å setja seg inn i den andre, ta del i deira tilstand og få ei oppleving av forståing (s. 193). Fjerde fase omhandlar «sympati og medfølelse»(s. 200). Her kommuniserer sjukepleiar verbalt og non-verbalt for å lindra plage hjå pasient. Ved at sjukepleiar viser sympati og medkjensle, vil motpart kunne

utvikla tillit. Når desse stadia er gjennomført vil den siste fasen, «gjensidig forståelse og kontakt» (s. 211), inntre. Dette stadiet består av kjensler, haldningar og tankar som delast mellom sjukepleiar og pasient.

Kommunikasjon er ei handling og ein prosess (Travelbee, 1999, s. 137). Den allmenne kommunikasjonskompetansen utviklar ein i samhandling med andre menneske (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Som sjukepleiar vert ein stilt ovanfor ein del kommunikasjonsutfordringar og moglegheiter som andre opplever i dagleglivet. For å kunne ivareta desse sidene ved yrkesutøvinga treng ein relasjonskompetanse. Det handlar om å kunna forstå og samhandla med dei menneskja ein møter på ein god og hensiktsmessig måte (s. 10). Ved å byggja relasjon kommuniserer ein på ein måte som gir meining, som ivaretek og som ikkje krenkar den andre part. Det er viktig å ivareta brukaren sine legitime interesser i samhandlinga.

Når ein kommuniserer med andre er det ein prosess der sjukepleiar søker, gir informasjon, motiverer og influerer det sjuke mennesket (Travelbee, 1999, s. 137). Sjukepleiaren sin grunnleggjande intensjon og oppfatning av andre menneske vert alltid kommunisert i sjukepleiesituasjon. Dersom sjukepleiar ikkje er interessert i det sjuke menneske, vil denne interesse mangelen kommuniserast, uavhengig av kva uttrykk ein gir med ord.

Pasientar som lir av depresjon er sårbare, krev lite frå omgjevnadane og dei lever ofte i stillheit (Kirkevold mfl., 2014, s. 447). Dei er likevel sensitive ovanfor haldningar dei møter hjå personar i omgjevnadane. Ein viktig eigenskap hjå sjukepleiar er å forstå pasienten sitt perspektiv, oppleving og kjensler, og å kunne respondera og bekrefte vedkommande ved hjelp av kommunikasjon prega av respekt. Det er slik ein byggjer ei god allianse mellom sjukepleiar og pasient.

Det er viktig å vere forutsigbar, og møte presist til avtalt tid. Ei lita forsinking kan bli tolka som avvising hjå brukar (Kirkevold mfl., 2014, s. 447). Det er viktig å beklaga seg dersom ein kjem for seint og sei noko om grunnen. Kjensler er smittsame, latter kan spreie glede og sinne kan avla sinne. Som sjukepleiar vil ein stå i spenningsfelt mellom desse kjenslene, og ein må prøva å halda eit smil om munnen til eikvar tid for at brukar skal kjenne seg bra nok.

Å etablere ein samarbeidsrelasjon er eit mellommenneskeleg fenomen, det kan vera utfordrande å samarbeide med den deprimerte (Hummelvoll, 2012, s. 207). Sjukepleiarar kan føle seg hjelpelause i samvær med den nedstemte pasient som ikkje ser noko håp for sitt liv. Tilnærming hjå sjukepleiar bør vere prega av ein roleg, varm og akseptierende haldning. Det vil òg vere utfordrande å skape kontaktetablering, noko som då krev tålmod og kunnskap om depresjonens ytringsform og dynamikk.

For å forstå menneske handlar det om kommunikasjon (Fjørtoft, 2012, s. 196). Det dreier seg om å skapa eit godt møte og ein berande relasjon. Kunnskap og ferdigheiter er grunnlaget for sjukepleiaren sin kommunikasjon. Vidare skal det vera styrt av etiske verdiar og verdival. Empati er evna til å lytta, setja seg inn i den andre sin situasjon og få ei forståing av den andre sine kjensler og reaksjonar. Den profesjonelle kommunikasjonen skal vera målretta. Det vil seia at i nokon situasjonar skal det vektast mest på informasjon, medan andre gonger er det viktig å oppnå tryggleik og kontakt. Det å skapa ei heilheitleg tilnærming er viktig for å kunna forstå pasienten (Fjørtoft, 2012, s. 196). Det inneber at sjukepleiar skal sjå heile menneske, ikkje berre sjukdomsprosess eller funksjonssvikt.

Utgangspunktet for arbeid med ein depressiv pasient er å møte vedkommande som person, og hjelpe med å identifisera og arbeida med problema i noverande livssituasjon (Hummelvoll, 2012, s. 206). Det er viktig å dela tid med brukaren, sjølv om vedkommande ikkje seier mykje (s. 207). At sjukepleiaren set seg ned og gir uttrykk for at ein ynskjer å vera her ilag med brukar, visa at ein oppfattar brukar som verdifull person.

4 Forsking og funn

«The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients» (Haugan, Innstrand, & Moksnes, 2013)

Føremål: Studiet går ut på å undersøkje samanhengen mellom sjukepleiar-pasient-interaksjonen, og depresjon og angst hjå eldre bebuarar på sjukeheim. Forskarane skriv at det er viktig å identifisera ulike strategiar som sjukepleiar kan nytte for å førebyggja og redusera førekomsten av depresjon. Samhandlinga mellom sjukepleiar og pasient er ein ressurs for å oppleve trivsel, verdigheit og mening. Metoden dei brukar er eit tverrsnittsstudie, der 202 bebuarar i perioden 2008-2009 på 44 forskjellige sjukeheimar i Noreg blei invitert og valde å delta. Kriteria for å delta var at bebuarane med langtids plass hadde budd på sjukeheimen i seks månader, hadde samtykkekompetanse og var i stand til å bli intervjuet. Intervjua som vart brukt var strukturert ut frå standardisert spørjeskjema.

Funn: Ved hjelp av ein avansert statistisk metode kom forfattarane fram til at samhandling mellom sjukepleiar og pasient direkte påverka pasienten sine symptom på depresjon. God samhandling førte til mindre symptom på depresjon, som indirekte ga mindre angst symptom.

«Environmental mastery and depression in older adults in residential care» (Knight, Davison, McCabe, & Mellor, 2011).

Føremål: Studiet undersøker samanhengen mellom miljø og depresjon hjå eldre i helseinstitusjon. Studiet er eit kvantitativt studie. Kognitiv funksjon, funksjonssvikt i dagleglivet, depresjon og miljømeistring vart kartlagt ved hjelp av forskjellige spørjeskjema og skalaer hjå 96 eldre bebuarar.

Funn: Forskarane fann ut at det var ei kjensle av liten kontroll over miljøet som bidrog til depresjon. Difor må det vere fokus på miljømeistring hjå eldre, for å auke livskvaliteten. Men her trengs det meir forskning på det praktiske og ulike måtar å utføre dette på.

Når ein brukar har låg subjektiv kjensle av psykisk helse og nedsett funksjon gjekk dette utover det å ta i vare grunnleggjande behov og eigenomsorg.

«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme Gravdal, 2014)

Føremål: Dette studiet undersøker korleis sjukepleiar i heimetenesta skildra den nedstemte pasienten som har einskilde depressive symptom, og kva tiltak dei utfører innanfor sjukepleiaren sitt handlingsrom. Studiet nyttar kvalitativ metode med strukturerte intervju der det var åtte opne spørsmål basert på tidlegare forskning og erfaring. Det var ti kvinnelege sjukepleiarar i alder 30-56 år som deltok i studiet. Sjukepleiarane hadde arbeid frå 1,5-16 år i yrket. Kriteria var minimum 50 prosent stilling og meir enn seks månader erfaring som sjukepleiar i heimetenesta.

Funn: Sjukepleiarane identifiserte pasientane sine symptom ved å sjå etter endring i pasienten sine vande mønster. Dei sette så i verk «det lille ekstra»-tiltaket der pasientane var nedstemde. Tiltaket kan vera samtalar om daglegdagse emne eller om bekymringar pasienten har. Tid og kontinuitet spelte ei stor rolle.

«Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten»

(Skatvedt & Andvig, 2014)

Føremål: Medverke til kunnskapsutvikling om korleis tenestetilbodet kan leggje til rette for betring hjå pasientar med psykiske helseproblem og sikra auka livskvalitet.

Utvalet bestod av 16 brukarar med gjennomsnittsalder på 70 år. Elleve kvinner, fem menn og fire pårørande der alle var menn. Pårørandeutvalet var tre ektefeller og eit born. Datainnsamlinga vart utført med hjelp av kvalitative, individuelle intervju i perioden november 2012 til april 2013.

Funn: Samtale eller å nytte tid i stillheit har stor betydning. Det er viktig å smila og nytte kroppsspråk som viser at du har tid. Å byggje tillit viser seg å vere eit viktig aspekt.

«A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low moods and depression in older patients with multiple long-term conditions» (Waterworth, Arroll,

Raphael, Parsons, & Gott, 2015)

Føremål: Studiet undersøker korleis sjukepleiar identifiserar depresjon hjå eldre pasientar. Det er eit kvantitativt studie, der det vart gjennomført telefonintervju med 40 sjukepleiarar som jobbar med å gi omsorg til eldre menneske med variert spekter av erfaring på tvers av helsesystemet.

Funn: Studiet ser på viktigheita av samtale - å kunne bruke utfordrande spørsmål for å avdekkje depresjon. Studiet forklarar òg viktigheita av å ha kjennskap til pasient over ein lengre tidsperiode som er avgjerande for å bestemma åtferda til brukar.

5 Drøfting

I dette kapitlet skal eg drøfta resultat og underbyggja desse med argument og synspunkt frå relevant litteratur og teori, samt eigne erfaringar. Problemstillinga mi er «Korleis førebyggja depresjon i møte med livsendring?», der hovudfokuset i drøftinga er korleis sjukepleiar kan støtta brukar i overgangen frå eiga heim til institusjon, og ivareta identiteten til brukar.

5.1 Livsendring

I tråd med juridiske føringar har sjukepleiar ein viktig funksjon innanfor helsefremming og førebygging (Molven, 2016, s. 131). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal sikre at alle har lik tilgang tenester av god kvalitet. Det skal skapast tillit mellom brukar og helse- og omsorgstenesten, der tryggleik og menneskeverd sikrast. Den enkelte har rett til naudsyn helsehjelp som er førebyggjande og behandlande (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1). Det vil seie at sjukepleiar skal ha ansvar for å hindre at sjukdom, altså depresjon, aukar eller vender tilbake slik at brukar skal bevare sin funksjon og livskvalitet. Som nemnt tidlegare slit mange eldre med depresjon, men av ulike årsaker er det vanskeleg å identifisera (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 47). Å identifisera blir gjort regelmessig for å oppdaga endring hjå dei eldre (Kirkevold mfl., 2014, s. 447). Eit eksempel på dette kan vere så enkelt som når sjukepleiar skal hjelpe brukar med å ta på sokkar. Då har sjukepleiar moglegheit til å observere endring, og kunne identifisere depressive symptom tidleg. Dermed kan sjukepleiar setje inn tiltak tidleg. I studiet til Halvorsrud m.fl. kjem det fram at det er viktig å sjå etter endring hjå brukar (Halvorsrud mfl., 2014). Det kan til dømes vere å sjå etter endring i ernæringsstatus, personleg hygiene og miljøet rundt brukar. Dersom det er dårleg stilt med desse grunnleggjande behova kan det tyde på at brukar ikkje har det bra, og kan skuldast ei depressiv lidning.

Om sjukepleiar har mistanke om at brukar har depressive symptom eller står i fare for å utvikle depresjon, kan ein nytte seg av kartleggingsverktøy (Waterworth mfl., 2015). Å stille konkrete spørsmål om stemningsleie og humør er eit grunnleggjande kartleggingsverktøy. Dette er noko sjukepleiarar bør gjere seg komfortable med. For å hindre at eldre utviklar depresjon, smerter, ubehag, isolasjon og nedsett livskvalitet dette kan medføre, er det viktig

at kartlegging blir prioritert ved overgang til institusjon. For å hindre at psykososiale behov blir oversedd er det viktig å danne ein praksis der depresjon vert sett på som viktig (Waterworth mfl., 2015).

Depresjon kan vere ein reaksjon på tilpassing i høve livsendring (Engedal, 2008, s. 105). Ofte kan det koma når den eldre må flytta til institusjon og ikkje meistrar overgangen og dei endringane det inneber (Hauge & Jacobsen, 2008, s. 102). Ut frå erfaring har eg observert at «velkomsten» til brukar er særskild viktig. Det inneber at ein blir møtt med respekt, verdigheit og god kommunikasjon. Eg ser det som naudsynt at ein må bruke ekstra tid på brukar i startfasen for å byggja ein god relasjon, som igjen skapar tryggleik og trivsel. Ein slik form for interaksjon med brukar er òg ein god arena til å informera om overgangen. Di meir informasjon brukar får, di tryggare vil overgangen bli. På institusjon har dei eldre liten interaksjon med omverda, med tap av friheit, einsemd og isolasjon (Hauge & Jacobsen, 2008, s. 103). Det er ofte dei tilsette på institusjonen som har «makt og mynde», og den eldre kan føle at deira autonomi går tapt.

Ein brukar som utviklar ei depressiv liding kan bli nedstemt og apatisk. Institusjonaliseringa vil bidra til at kvardagen blir prega av rutiner som brukaren då passivt deltar i (Ingstad, 2013, s. 145). Sjukepleiaren si rolle er å motverke dette ved å vere støttande i ei utfordrande livsendring og oppretthalde identiteten til brukaren ved å styrka autonomien og ivareta det fysiske og psykiske miljøet til brukaren.

5.2 Når identiteten blir truga

Tap hjå den eldre brukar kan òg vere ein årsak til depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 46). Eldre som flyttar til institusjon kan oppleve tap av autonomi og identitet. Som sjukepleiarar har me eit ansvar for aktivt å ivareta deira sjølvbestemming, vanar og eigenomsorg. Studiet til Knight m.fl. underbyggjer at reduksjon i å meistre miljøendring kan føre til at beuar kjenner seg «disempowered», ubrukeleg og lite delaktig i avgjerda om eige liv (Knight mfl., 2011).

Korleis kan brukar kjenne seg heime på ein stad dei sjølv ikkje har valt? I praksis har eg opplevd overgangsprosessar på ulike måtar. Eg har lagt merke til at det fysiske miljøet og

private egedelar spelar ei stor rolle for trivsel, noko som òg påverkar psykisk helse. I litteraturen vert det sagt at når ein skal skape institusjon om til ein heim er det viktig å gjera det tydeleg at fellesrom er offentleg rom, samstundes må brukar ha moglegheit til å utvikle eit privat rom til sitt eige (Hauge & Jacobsen, 2008, s. 112). Dette er i tråd med at tryggleik ofte er avhengig av tre faktorar, personen sjølv, mellommenneskeleg relasjon og det fysiske miljøet (Kirkevold mfl., 2014, s. 270). Det eg observerte hjå den eldre brukar var at humøret vart nedstemt, brukar vart meir hjelpetrengande og ein kunne sjå at dei ikkje lenger var «herre» over sin eigen heim. Når brukar ikkje lenger kan bestemme over sitt eige rom og sin eigen kvardag (det Knight mfl. kallar mangel på miljømeistring) kan det føre til at depresjon oppstår hjå brukar (Knight mfl., 2011).

Som sjukepleiar meiner eg at me må betra innsatsen for å finne praktiske og meningsfulle måtar å sikra det fysiske miljøet på. Sjukepleiar skal leggje til rette for og oppmuntre brukar til å ta med eigne møblar, bilete, tv, bøker og andre ting som betyr noko for dei (Kirkevold mfl., 2014, s. 273). Det er eit sjukepleiefagleg ansvar å påpeike dette, for midt i flytteprosessen tenkjer kanskje ikkje familie eller den eldre sjølv over kor viktig slike ting er. Det kan vera utfordrande sidan det er restriksjonar på kor mykje ein kan ta med av eigne gjenstandar, sidan der er små rom, men når dei eldre ikkje får ha med eigne private gjenstandar i flytteprosessen kan det vera grobotn for ei depressiv lidning. Om brukaren ikkje klarar å formidle kva som er kjend og kjær, kan ofte pårørande hjelpe til. Dette meiner eg må skje tidleg i laupet, slik at ein kan skapa tryggleik frå byrjinga. Eit tiltak kan vere at sjukepleiar har samtale med brukar og pårørande den dagen dei kjem, der sjukepleiar påpeikar kor viktig det er å ha med seg private gjenstandar som skaper tryggleik.

I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar (2016) står det om forholdet mellom sjukepleiar og pasient at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å vere medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er difor viktig at sjukepleiar legg til rette for den eldre brukar, så langt det let seg gjere, slik at dei kan bestemme over kvardagen sin og på den måten bevare autonomi og moglegheit til å meistra. I dei situasjonar som dette ikkje let seg gjere, må sjukepleiar likevel ivareta deira integritet og verdighet.

For at den eldre brukar skal oppleva trivsel på institusjon må samspel mellom person og det fysiske miljøet vere på plass (Hauge & Jacobsen, 2008, s. 144). Det fysiske miljøet set ramme for kor stor grad ein kan kjenne seg heime på ein institusjon. Samstundes er institusjonen ein arbeidsplass og dette er med på å gjere det utfordrande for at dei eldre skal få kjensle av at det er ein heim. Eg har erfart at sjukepleiarar ikkje tenkjer over at institusjonen òg er ein bustad. Det er lett å overkøyra brukar, sidan sjukepleiar har makt (Kirkevold mfl., 2014, s. 274). Retten til medbestemming til brukar kan ofte kome i skuggen av rutine på institusjonen. Medbestemming kan handla om at sjukepleiar etterspør brukarens ynskje, og å vera fleksibel. Når sjukepleiar legg til rette for at brukar kan bestemma over viktige detaljar i dagleglivet, opprettheld det kontrollen og myndigheita over eige liv, som igjen fører til trivsel og tryggleik.

På den andre sida søker mange eldre tryggleik og gjerne eit sosialt fellesskap i institusjonen (Hauge & Jacobsen, 2008, s. 104). Brukarar erfarar gjerne at heimen ikkje lenger kan gi dette. Røyndomen for sjuke og behandlingstrengande er nyansert, samansett og kompleks. Sjølv om det er eit einsidig positivt bilete å bu i eigen heim og eit einsidig negativt bilete å bu på institusjon, passer ikkje dette nødvendigvis med røyndomen dei eldre lever i.

Det er ikkje alltid klart og eintydig korleis pasientane skal medverke til sitt eige pasientforløp (Ingstad, 2013, s. 145). Spesielt pasientar som flyttar til institusjon, kan oppleva å bli teke ifrå moglegheita til å styra eige liv. Dei eldre har lite å seia med omsyn til eigen situasjon grunna retningslinjer og rammer institusjonane har. Faste rutinar, lite privatliv, tap av personlege kjenneteikn og stor avstand mellom personale og bebuar bidreg til at bebuar kan kjenna seg umyndiggjort. Forskinga viser til at det å bli «tvungen» til å flytte på institusjon grunna helsemessig reduksjon eller familietrykk, kan opplevast som tap av evne til å påverke sitt miljø (Haugan mfl., 2013). Dette tapet kan kjennast som om dei har lite kontroll over daglege avgjerder og at val vert gjort for dei. Eg meiner difor at det er viktig som sjukepleiar å styrka brukaren sin «empowerment», til dømes gjennom å involvera brukar via dialog, medverking og ressursmobilisering. Empowerment er å styrka den makta den enkelte måtte inneha for å endre og påverke uhensiktmessige førehald. Dette vil seie at brukarar meir effektivt kan styra sine liv mot mål og behov. Som sjukepleiar skal ein styrka pasienten sine ressursar og

trua på seg sjølv (Kristoffersen m.fl., 2016, s. 351). Sjukepleiar skal sjå seg sjølv som ein «fasilitator», som vil seie ein som set i gang og utløyser prosessar hjå den andre, men at ansvaret for å gjennomføra og vedlikehalda endring i eige liv ligg hjå brukaren sjølv. Det å ha kjensla av kontroll ser ut til å auka den eldre sine positive utsikter og gir betre mental helse, som igjen kan resultera i auka sjølvbilete, kunnskap og ferdigheiter og styrka empowerment hjå den eldre brukar (Haugan mfl., 2013).

Institusjonen har som mål å fremja rolla som frisk, men i praksis kan det motsette henda (Ingstad, 2013, s. 145). Det er ofte den sjuke rolla som vert stimulert. Dersom bebuar flytter til institusjon og til dømes ikkje lenger får knappe skjorta sjølv, smøre eiga brødskeve eller delta i vasking og brette klede, blir sjølvstende svekka. Noko som kan gi resultat i hjelpelausheit og passivitet. Ofte viser den eldre lite interesse for det som skjer rundt han eller ho, derfor er det viktig at sjukepleiar prøver å oppmuntra til at den eldre er meir delaktig og kan bevare sin autonomi (Hummelvoll, 2012, s. 299).

Som sjukepleiar er det viktig å ivareta pasientrelaterte områder for å auke livskvalitet og trivsel (Kirkevold mfl., 2014, s. 269). Sjukepleiar skal hjelpa pasienten med å meistra overgangen, betre helsa og helsetenesta, oppretthalda identitet til brukar, å medverka i avgjersler og skapa eit felleskap.

5.3 Samspelet mellom sjukepleiar og pasient

I følgje Travelbee er mål og hensikt for sjukepleie å hjelpa enkeltindivid til å førebyggja eller meistra sjukdom. Dette oppnår ein gjennom etablering av eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 172). Forholdet er gjensidig ved at sjukepleiar og brukar har behov som vert oppfylt gjennom erfaring. Som nemd tidlegare i teoridelen er dette forholdet ein prosess som består av fasar, der det er fokus på utvikling av relasjon.

Nærleik er ein føresetnad for å danna gode relasjonar, både fysiske og psykiske (Hummelvoll, 2012, s. 395). Å byggja relasjonar krev nokon tiltak som å visa interesse, vera høfleg og aktivt lytta til brukar. Å sjå den andre ved å møte blikket, samt visa at ein er her ved hjelp av kroppsspråk er eit godt utgangspunkt for relasjonsbygging. I studiet til Skatvedt og Andvig gav brukarane utrykk for at det å bli sett og høyrte, har ei stor betydning (Skatvedt &

Andvig, 2014). Det å ha empatisk evne til å setta seg inn i andre sin situasjon og forstå korleis den andre tenkjer og føler er òg ein føresetnad for å byggja ein berande relasjon (Hummelvoll, 2012, s. 396). Travelbee meinte at opplevinga av det å forstå er viktig, og at det dannar grunnlaget for felles kontakt (Travelbee, 1999, s. 193).

Å ha tid til samvær er grunnleggjande for å byggja relasjon (Skatvedt & Andvig, 2014). Det handlar om å bli kjent og snakke saman, som òg baserar seg på å skapa tryggleik og tillit hjå brukar (Hummelvoll, 2012). Elementa som tillit og tryggleik er viktige kjelder for å danna relasjon og for å skapa eit trygt miljø for brukaren på institusjon. For brukaren er samtale eit godt utgangspunkt for å kunne opna seg og fortelja det ein tenkjer på, difor er det viktig at sjukepleiar og brukar har etablert tillit og tryggleik (Skatvedt & Andvig, 2014). Men ofte tek den gode samtalen tid, og kan vera ein styrande faktor for at sjukepleiar ikkje møte kjem brukaren sine behov. I studiet blir det skildra frå ein pasient at vedkommande ynskte at sjukepleiar kunne hatt litt betre tid, slik at dei kunne byggja opp eit tillitsfullt forhold. «Jeg får tablettene mine, så fyker de avgårde igjen....jeg får ikke til å meddele meg...man trenger tid for å bli kjent og stole på.» Brukaren fortalte òg at det ikkje skulle så mykje til. Det å berre ha ein å snakka med eller berre vera stille ilag med. Ved at sjukepleiar smiler og nyttar eit positivt kroppsspråk, samt det å visa at ein har tid, sjølv om ein eigentleg ikkje har det, kan brukaren sine behov oppnåast.

Profesjonell sjukepleie handlar om å bruka sin kunnskap, haldning, oppførsel og kommunikasjonsferdigheiter for at den eldre brukar blir teken vare på (Haugan mfl., 2013). I praksis har eg opplevd å sjå at sjukepleiar ikkje viser merksemd til brukar. Der dei er stressa, ser på klokka, har eit kroppsspråk som vert opplevd av brukar som uinteressert. Sjukepleiar må visa merksemd til brukar ved å vera fullstendig tilstades. Sjukepleie-pasient forholdet skal fremja oppleving av å bli respektert og anerkjent som ein person. Ein skal lytta og ta brukar seriøst. Dette støttar studiet opp under med om sjukepleiar lyttar og tek brukar seriøst blir det lågare depresjonspoeng (Haugan mfl., 2013). Dette kan bli gjort når sjukepleiar legg til rette for at pasienten sine kjensler blir teke på alvor og brukar kan få ei kjensle av verdigheit som igjen kan vera med på å førebyggja og redusera depresjon. Det å bruka tid har vist seg igjen å vera ein viktig del av det førebyggjande arbeidet.

Arbeid med minner er ein mykje brukt metode i arbeid med eldre, og private gjenstandar er ei kjelde til kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 383). Dette inneber å snakka om deira livshistoriar, som tidlegare aktivitetar, hendingar, erfaringar, ofte med utgangspunkt i til dømes fotografi, musikk eller kjende gjenstandar. Eldre kan ha stor glede av dette. I kommunikasjon med eldre kan ein nytta seg av ulike metodar, og gjerne ein kombinasjon, men mykje tyder på at sjukepleiaren si interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det viktigaste for å få god kontakt og kunne kommunisere godt.

Det er utarbeidd nasjonale retningslinjer for diagnose og behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Dei er utvikla for å sikra at helsetenesta tek ansvar for å førebyggja arbeid i primærhelsetenesta. Sjukepleiar skal ha kunnskap om kva ein skal observera hjå den eldre brukar, og dermed kan sjukepleiar sikra at brukar får den oppfølginga som ein har krav på for å ivareta verdigheita, det er særskild viktig hjå nye brukarar på institusjon (Fjørtoft, 2012, s. 187). For å bestemma og observera endring hjå brukar er det avgjerande å kjenna pasienten over ein tidsperiode (Waterworth mfl., 2015). Eg har sjølv jobba i helsetenesta i over sju år, og kan relatera meg til dette. Det er lett å sjå kva som er normal oppførsel og kva som ikkje er det om ein har hatt kjennskap til brukar over lengre tid.

6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg funne faktorar som spelar inn på korleis den eldre brukar skal kunne tilpasse overgangen frå heim til institusjon. Tidleg identifisering er særst viktig. Institusjonen må ha eit godt system og gode rutinar for kartlegging av psykisk helse.

Eg har prioritert fysiske og psykiske miljøfaktorar som kan skape tryggleik for brukar i startfasen og førebyggje depresjon. Det kjem tydeleg fram at kommunikasjon er sentralt i det forebyggjande arbeidet. Ved å skape tillitsfull relasjon kan brukar kjenna seg trygg til å opne seg opp om vanskelege kjensler.

Av dei fysiske miljøfaktorane er det særleg personlege gjenstandar eg har trekt fram i oppgåva. Kjende og kjære gjenstandar som brukaren kan feste blikket på, føle seg «heime» ved og skape trykkleik på ein ukjend plass. Desse kan òg vere kommunikasjonsfremjande fordi brukaren får moglegheit til å snakke om eigne minner og livshistorie. Det fysiske miljøet kan òg vere utfordrande for både brukar og for sjukepleiar. Institusjonen er ikkje berre ein bustad, men òg ein arbeidsplass, og dette er noko brukar må tilpasse seg med hjelp frå sjukepleiarar under eit stort tidspress.

Ved å sjå på Travelbee sin teori har eg påpeika kor viktig det er at sjukepleiar har rett innstilling, haldning og kommunikasjonsferdigheiter til brukar. Brukarens haldning spelar òg ei stor rolle for at den eldre skal kunne oppleve trivsel og tryggleik i overgangen til institusjon. Her må sjukepleiar oppmuntre brukar til å akseptere sin livssituasjon.

Det som er viktig for at brukar skal kunne oppleve ein god overgang til institusjon er at dei meistrar livsendringa og miljøet. Å skape relasjon mellom sjukepleiar og brukar kan vere ein hjelp i seg sjølv. Relasjonen er òg viktig i arbeidet med å fremje opplevingar av å bli respektert og anerkjent som ein person, der ein blir lytta til og tatt seriøst. Sjukepleiaren må her vere bevisst på å vere fullstendig til stades. Sjølv når ein jobbar under tidspress er det viktig at sjukepleiaren viser at han eller ho har tid til brukaren, og viser dette med kroppsspråk og haldning. Alt dette kan vere med på å førebyggje depresjon.

Litteraturliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis lærebok (2. utg.)*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K., & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre: psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Henta frå <https://www.fhi.no/publ/2011/eldre-i-norge-forekomst-av-psykiske/>
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme Gravdal, L. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133>
- Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2192–2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Hauge, S., & Jacobsen, F. F. (2008). *Hjem - eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). Depresjon - Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/depresjon-nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt (7. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Bind 3 Grunnleggende sykepleie* (3. utg., ss. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knight, T., Davison, T. E., McCabe, M. P., & Mellor, D. (2011). Environmental mastery and depression in older adults in residential care. *Ageing and Society; Cambridge*, 31(5), 870–884. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X1000142X>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64–70. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0034>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2562–2570. <https://doi.org/10.1111/jocn.12863>

Vedlegg 1

Søk	Database	Søkjeord	Tal treff	Funn
1	Academic Search Elite inkludert Medline og Chinal	Depression	791292	
2		Long term conditions	17270	
3		Older people	180590	
4		1 AND 2 AND 3 Avgrensa til år 2011	22 17	Artikkel 3. «A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low moods and depression in older patients with multiple long-term conditions»
5	Academic Search Elite inkludert Medline og Chinal	Depression	791292	
6		Nurse-patient interaction	2120	
7		Nursing home	135338	
8		5 AND 6 AND 7	9	Artikkel 1. «The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients»
9	Academic Search Elite inkludert Medline og Chinal	Depression	977426	
10		Aged	6472873	
11		Environmental mastery	437	

12		9 AND 10 AND 11	44	Artikkel 1. «Environmental mastery and depression in older adults in residential care.»
13	Sykepleien Forskning	Depresjon, eldre	36	Artikkel 20. «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» Artikkel 21. «Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten»