



**UiT** Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

**«Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave»**

En kvalitativ studie om hjemmesykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon

Matilde Efskin Sjøset  
Antall ord: 23 338

# Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, lærerikt og krevende!

Jeg vil rette en stor takk til deltagerne i min undersøkelse som har delt sine erfaringer med å arbeide i hjemmesykepleien. Det har vært et en glede å arbeide med et rikt datamateriale! Så vil jeg takke min veileder Ann Karin Helgesen som har vært en fantastisk støttespiller gjennom dette arbeidet. En takk går også til lærere og forelesere ved studieretning aldring og eldreomsorg ved UIT som ved å formidle sine kunnskaper har inspirert meg til å avslutte med mastergrad.

Leirfjord kommune fortjener også en takk som har lagt til rette for at jeg har kunnet ta en fremtidsrettet videreutdanning innen sykepleiefaget.

Spennende og inspirerende samtaler med deg Per Kristian har vært til stor glede underveis i arbeidet. Jeg har fått en dypere innsikt i sykepleiefaget. Det samme har samtaler med min mor som har vært et forbilde for meg i dette arbeidet.

Jeg har hatt en hær med støttespillere rundt meg som har lagt til rette for at det skulle være mulig å ta en mastergrad i tillegg til full jobb. Familie, venner og kollegaer har heiet meg frem til målstreken. Tusen takk for all støtte!

Til slutt vil jeg gi meg selv en klapp på skulderen fordi jeg har stått på for å nå målet mitt!

Matilde Efskin Sjøset

Leirfjord 01. 09. 2020

# Sammendrag

**Bakgrunn:** I denne undersøkelsen søkes det innsikt i erfaringer hjemmesykepleiere har med oppfølging av eldre med depresjon. Flere lovpålagte oppgaver, begrensede ressurser og flere pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester har vært med å legge et press om mer effektivitet i hjemmesykepleien. Eldre utgjør en stor del av pasientgrunnlaget for denne tjenesten. Forskning viser at depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene i denne aldersgruppen. Eldre har risiko for å utvikle komplikasjoner og svekket helse som følge av depresjon. Denne undersøkelsen er viktig fordi det er begrenset kunnskap som belyser sykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon i hjemmet.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere med å følge opp eldre med depresjon?

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie inspirert av hermeneutisk tilnærming. Det er gjort fem intervju av sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Deltagerne har erfaring med å følge opp eldre med depresjon. Intervjuene er analysert med utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Teori:** Det teoretiske grunnlaget omhandler depresjon hos eldre og hjemmesykepleiens rammer og organisering, Kari Martinsens teori om personsentrert profesjonalitet, kompetansetrekanten til Skau, samt Brookers teori om personsentrert omsorg. Relevant forskning er også drøftet opp mot resultatene.

**Resultat:** Resultatene fra undersøkelsen viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieoppgave. Felles mål for oppfølging av eldre med depresjon er mangelfull og det er ikke samarbeid med psykiatritjenesten. Sykepleiere har et sterkt ønske om veiledning. Det er ikke kultur eller rom for faglig refleksjon og et konstant press påvirker sykepleierne. Undersøkelsen viser at sykepleiere gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt og tar grep for å bruke mer tid hos pasientene.

**Konklusjon:** Når oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieroppgave får ikke hjemmesykepleiere anledning til å være «oppmerksomt tilstede» og gjøre tilstrekkelige profesjonelle vurderinger av pasienten. Eldre sine behov for oppfølging i

forhold til depresjon kan bli oversett som en følge av at depresjon sjelden er nevnt i enkeltvedtaket til mennesker i denne pasientgruppen. Manglende organisasjon- og informasjonskontinuitet gir svekket personkontinuitet i oppfølgingen. Dette kan gjøre det vanskelig å etablere et tillitsfullt forhold til pasienten og videre samhandling i forhold til oppfølging av pasientene. Mangel på kontinuitet kan sette utøvelsen av faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i fare. Mangel på veiledning og refleksjonsrom svekker muligheten sykepleiere har for å utvikle sin personlige kompetanse i oppfølging av eldre med depresjon. Dette kan også bidra til at etiske spørsmål ikke blir tatt opp. Konstant press med å ikke klare å utføre faglige og etiske handlinger på grunn av krav om effektivitet kan lede til moralsk stress hos sykepleierne. Dette kan påvirke sykepleierne sin helse i form av stress og dårlig søvn. Sykepleierne er opptatt av personsentrert tilnærming slik at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt og for at sykepleierne skal finne ut hva den eldre «bærer på». Når sykepleiere sjonglerer med tiden for å dekke pasientene sine behov kan det være med å skjule at det er behov for mere ressurser for å ivareta pasientene og andre viktige oppgaver som legemiddelhåndtering og dokumentasjon.

**Nøkkel ord:** Hjemmesykepleier, erfaring, eldre, depresjon, kvalitativ studie.

## Abstract

**Background:** The aim of this study is to seek insight into the experiences gained by nurses in a home-care setting following up on elderly patients with depression. An increase in statutory tasks, limited resources, and more patients with a need for health services have added pressure to become more efficient in home-care services. Elderly make up a large part of the patient base for this service. Research show that depression is one of the most common mental illnesses in this age group. Elderly patients are at risk of developing complications and impaired health following a depression. This study is important because there is limited knowledge focusing on nurses` experiences following up elderly patients with depression living at home.

**Thesis:** What kind of experience do nurses in a home-care setting have with following up elderly patients with depression?

**Method:** This is a qualitative study inspired by a hermeneutic approach. Five interviews of nurses working in a home-care setting have been conducted. The participants have experience in following up elderly patients with depression. The interviews are analyzed based on Malteruds systematic text condensing.

**Theory:** The theoretical basis deals with depression amongst the elderly, the framework and organization of home-care services, Kari Martinsen`s theory on person-oriented professionalism, Skau`s triangle of competence and Brooker`s theory on person-centered care. The results are discussed using relevant research.

**Results:** The results of the study show that following up elderly patients with depression is not a task given priority for nurses. Common goals for following up elderly patients with depression are deficient and cooperation with psychiatry services is not occurring. The nurses express a need for guidance. There is no tradition for professional reflection, and being under constant pressure affects the nurses. The study show that nurses do their best, under the circumstances, to make elderly suffering from depression feel taken care of, and also initiate spending more time with these patients.

**Conclusion:** When following up elderly patients with depression is not a task given priority for nurses, then nurses in a home-care setting are not given the opportunity to be «attentively present» and to conduct adequate professional assessments of the patient. The needs of elderly patients in regard to depression may be overlooked as depression is rarely mentioned in the description of the health services people in this patient group receive. A lack of continuity – both within the organization and in information can lead to an impaired continuity when following up the patient. This can make it difficult to establish a trusting relationship with the patient and make further interactions with patients challenging.

The lack of continuity can put professional and caring help at risk. Lack of guidance and professional reflection impairs the possibility nurses have to develop their personal competence in following up elderly patients with depression. This could also mean that ethical questions are not addressed. Being under constant pressure and not meeting professional and ethical acts because of a need to be efficient can lead to moral stress amongst nurses. This could affect nurse's health in ways like stress and poor sleep. The nurses are focused on a person-centered approach so that elderly patients with depression can feel taken care of and to allow nurses to find out what's weighing the patient down. When nurses juggle the time spent in order to cover the patients needs, that can contribute to covering up the fact that there is a need for more resources to maintain the patients and other important tasks such as administrating drugs and documentation.

**Keywords:** Nurses in a home-care setting, experience, elderly, depression, qualitative study.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt.....	9
1.2	Problemstilling.....	11
1.3	Begrepsavklaring.....	12
2	Tidligere forskning.....	12
2.1	Litteratursøk.....	12
2.2	Artikler som er relevant for problemstillingen.....	13
3	Teori.....	16
3.1	Forekomst av depresjon i den eldre delen av befolkningen.....	16
3.2	Diagnosen Depresjon.....	17
3.3	Depresjon hos eldre.....	17
3.4	Hjemmesykepleien.....	20
3.4.1	Organisering etter bestiller-utfører-modellen.....	22
3.4.2	Samhandlingsreformen.....	22
3.5	Kompetansetrekanten.....	23
3.6	Personsentrert profesjonalitet.....	24
3.7	Personsentrert omsorg.....	24
4	Presentasjon av forskningsdesign og metode.....	26
4.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	26
4.1.1	Hermeneutisk tilnærming.....	26
4.2	Forskningsmetode.....	28
4.2.1	Semistrukturert intervju.....	28
4.2.2	Utvalg.....	28
4.3	Den praktiske gjennomføringen.....	29
4.3.1	Rekruttering av deltagere.....	29
4.3.2	Intervjuguiden.....	29
4.3.3	Intervjusituasjonen.....	30
4.3.4	Transkribering.....	31
4.3.5	Analysen.....	31
4.4	Etiske vurderinger.....	34
4.4.1	Informasjon og frivillighet.....	34
4.4.2	Anonymitet.....	34
4.4.3	Sikkerhet rundt oppbevaring av data.....	35

4.4.4	Risiko for ulemper.....	35
4.4.5	Maktforhold i intervjusituasjonen .....	35
4.5	Kvalitetsvurdering .....	36
4.5.1	Refleksivitet .....	36
4.5.2	Validitet.....	37
4.5.3	Pragmatisk validitet.....	39
4.5.4	Undersøkelsens begrensninger .....	40
5	Resultat.....	40
5.1	Det er lite fokus på eldre med depresjon .....	41
5.1.1	Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave.....	41
5.1.2	Felles mål for oppfølging av eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull .....	43
5.2	Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen .....	44
5.2.1	Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt.....	44
5.2.2	Sykepleieren tar grep.....	46
5.3	Sykepleieren føler seg alene. ....	47
5.3.1	Det er ikke kultur for faglig refleksjon.....	47
5.3.2	Konstant press påvirker sykepleieren.....	48
6	Diskusjon.....	50
6.1	Hvilke utfordringer møter sykepleiere med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien? .....	50
6.1.1	Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave.....	51
6.1.2	Depresjon blir sjeldent nevnt.....	54
6.1.3	Mangel på kontinuitet i oppfølging av eldre med depresjon.....	55
6.1.4	Mangel på veiledning og refleksjonsrom .....	58
6.1.5	Konstant press kan påvirke sykepleierne .....	62
6.2	Hvordan håndterer sykepleiere utfordringene med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien? .....	65
6.2.1	Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt.....	65
6.2.2	Sykepleierne tar grep.....	67
7	Avslutning .....	68
7.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	70
	Vedlegg 1 forespørsel til virksomhetsleder.....	72
	Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse i studiet.....	73
	Vedlegg 3 samtykkeerklæring.....	75
	Vedlegg 4 Intervjuguide .....	76



Vedlegg 5 Svar fra NDS.....	78
Referanser.....	80

# 1 Innledning

I denne undersøkelsen søkes det innsikt i hjemmesykepleiere sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon. Sykepleierne som er intervjuet omtales som «deltagere», «sykepleiere» eller «hjemmesykepleiere» i oppgaven. Oppgaven er inndelt i syv kapitler. Det første kapitlet handler om bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt, presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål, samt begrepsavklaringer. Det andre kapitlet belyser tidligere forskning om temaet. Kapittel tre presenterer det teoretiske rammeverket for undersøkelsen. Kapittel fire tar for seg presentasjon av forskningsdesign og metode, samt refleksjon over etiske vurderinger og kvalitetsvurdering. I kapittel fem blir resultatene fra undersøkelsen lagt frem. I kapittel seks blir resultatene diskutert for å besvare problemstillingen med støtte fra relevant litteratur og tidligere forskning. Kapittel syv inneholder oppsummering og konklusjoner samt implikasjoner for praksis og videre forskning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og studiens hensikt

Fra arbeidet i «hukommelsesteamet» i en liten kommune har jeg erfart verdien av å kunne følge eldre med demenssykdom tett gjennom de ulike fasene av sykdommen. Faste oppfølgingsmøter og samtaler med pasient og pårørende gjør det mulig å bli kjent med den enkelte familie og kunne tilby en tilpasset omsorgstjeneste. Ofte har jeg tenkt at eldre med tegn til depresjon har behov for samme skreddersydde tjeneste, der det er fast personal som følger opp og der det er god tid til samtale. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvilke erfaringer hjemmesykepleiere har med oppfølging av eldre med depresjon. Er det mulig med helhetlig omsorg i en travel arbeidshverdag? Når ansatte har valgt å slutte som sykepleiere i hjemmesykepleien har jeg undret meg over om det er noe med arbeidet som er årsaken.

I årene som kommer vil eldre utgjøre en stor del av befolkningen. Aldersgruppen 80 år og eldre fordobler seg nesten i løpet av de neste 20 årene (Statistisk sentralbyrå, 2020). Vi hører om den store eldrebølgen som skal komme til å skylle inn over samfunnet (Christensen, 2018). Det er negative assosiasjoner knyttet til bruk av «eldrebølge» som metafor. Det kan assosieres som om aldring er et problem for samfunnet. At den økende gruppe eldre er en varslet katastrofe som setter velferdsstaten ut av spill når stadig flere eldre trenger hjelp og bistand fra pleie- og omsorgstjenesten.

God folkehelse og bedre velstand er årsaker til at levealderen øker her i landet. Dette kommer i kontrast til trusselbildet som bølgen representerer. Med økt alder stiger andelen eldre som mottar omsorgstjenester i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dersom forekomsten av eldre med psykiske lidelser holder seg stabil i årene fremover er det forventet en økning av antall eldre med depresjon blant brukere av hjemmesykepleien. Ifølge Verdens Helseorganisasjon er depresjon den mest vanlige psykiske lidelsen blant den eldre befolkningen i verden. Omtrent 7 % av eldre over 60 år kan komme under denne kategorien (World Health Organization, 2017).

De siste ti-årene er det innført flere reformer som skal ivareta eldre sine behov for bistand. Velferdsstaten ønsker å satse på eldre sin helse. Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og har som målsetning at befolkningen skal sikres behandling gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I regjeringens strategi for god psykisk helse er målet at flere eldre skal oppleve god psykisk helse gjennom tilrettelagte tjenester (Helse - og Omsorgsdepartementet, 2017). «Leve hele livet» - En kvalitetsreform for eldre skal bidra til et mer aldersvennlig samfunn. Eldre skal føle seg verdsatt og involvert i avgjørelser som angår dem. En viktig målsetning i reformen er at eldre får støtte til å mestre hverdagen slik at det er mulig å leve hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Øydgard (2018) hevder at flere brukere av pleie- og omsorgstjenestene og flere lovpålagte krav til kommunene er med på å sette velferdstjenesten under press for å drive mer effektivt og økonomisk. Spørsmålet om effektiviseringen er målet og ikke midlet til en bedre pleie og omsorgstjeneste kom opp da flere kommuner innførte «Stoppeklokke- omsorg» i hjemmesykepleien. Konsekvenser av å innføre normtider i hjemmesykepleien for å spare penger har vist seg å ha negative konsekvenser (Førland, Fagertun, Hansen & Kverndokk, 2017). Økt slitenhet blant personalet, mindre rom for personsentrerte tjenester og faglig skjønnsutøvelse, samt økt risiko for brudd på forsvarlighetsprinsippet er eksempler på dette. Samtidig er det flere sykepleiere som sier de ønsker å slutte i hjemmesykepleien blant annet som følge av økt krav til effektivitet. Sykepleiere mener at tidspress går utover kvaliteten på tjenesten. Både den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er for stor til at de ønsker å fortsette i arbeidet (Gautun, Øien & Bratt, 2016). Det er forventet relativt stor mangel på sykepleiere i de neste tiårene (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019).

Hastighetskulturen i helsevesenet står i kontrast til hva eldre opplever som viktig i møtet med hjemmesykepleien. Flere studier påpeker at å bli møtt personsentrert av hjemmesykepleiere, der eldre sine behov og ønsker går foran fastlagte rutiner er med på å skape tillit og minske opplevelsen av ensomhet (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014; Kirchhoff, Grøndahl & Andersen, 2015).

For eldre kan depresjon ha alvorlige konsekvenser. Forskning viser at depresjon har sammenheng med redusert livskvalitet og svekket helse (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni & Jeste, 2011; Zhang, Chen & Ma, 2018). Depresjon øker risikoen for selvmord hos eldre (Wærn, 2011). Hjemmesykepleiere som følger eldre tett har en unik mulighet til å se endringer hos eldre med depresjon og følge opp behandlingen (Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons & Gott, 2015).

Med tanke på at depresjon ansees som en av de vanligste psykiske lidelsene hos eldre og at de helsemessige konsekvensene for eldre med depresjon kan være alvorlige trengs det mer kunnskap om hvilken oppfølging disse pasientene får. Det vil bli flere eldre med depresjon som har behov for hjemmesykepleie i fremtiden og kommunene har utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde sykepleiere. Erfaringer hjemmesykepleiere har fra å følge opp eldre med depresjon kan gi kunnskap kommunene kan bruke i arbeidet med å forbedre tilbudet eldre med depresjon tilbys samt beholde og utvikle kompetente sykepleiere i eldreomsorgen.

## 1.2 Problemstilling

I denne undersøkelse ønsker jeg å rette fokus på hvilke erfaringer sykepleiere har med å følge opp eldre med depresjon i hjemmet.

Problemstillingen lyder som følger:

*«Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere med å følge opp eldre med depresjon?»*

For å belyse problemstillingen stiller jeg følgende forskningsspørsmål:

Hvilke utfordringer møter sykepleiere med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?

Hvordan håndterer sykepleiere utfordringene med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?

### **1.3 Begrepsavklaring**

*Hjemmesykepleieren* har et variert og utfordrende arbeid i møte med mange ulike personer i deres hjem (Fjørtoft, 2016). Hjemmesykepleieren skal være tilstede for hver enkelt pasient, samarbeide med pårørende og et bredt tverrfaglig nettverk. Det krever kunnskap, selvstendighet og fleksibilitet å arbeide som sykepleier i hjemmesykepleien.

WHO definerer *eldre* som 60 -74 år og «gamle» som 75 år og eldre (Engedal, 2019). I denne undersøkelsen skilles det ikke mellom eldre og gammel. «Eldre» og «pasient» er betegnelsen på personene deltagerne deler sine erfaringer om.

I undersøkelsen blir *depresjon* brukt som begrep om sinnsstemningen til personene i pasientgruppen som deltagerne følger opp. Depresjon hos eldre kan være vanskelig å diagnostisere på grunn av atypiske symptom (Engedal, 2014). I min undersøkelse er det snakk om symptomer på depresjon hos eldre, med eller uten diagnose.

## **2 Tidligere forskning**

I dette kapitlet beskrives litteratursøk og funn fra tidligere forskning som er relevant for problemstillingen i undersøkelsen. Artikkene som er valgt ut etterspør hjemmesykepleiere sine erfaringer med å ivareta eldre med symptomer på depresjon eller psykiske lidelser.

### **2.1 Litteratursøk**

Databasene Idunn, Pubmed, Svemed og Chinahl er brukt i søk på tidligere forskning. Norske søkeord er eldre, eldre med depresjon, depresjon, symptom på depresjon, hjemmesykepleier, erfaring. Engelske søkeord er elderly, aged, older people, depression, symptoms depression, late life depression, district nurse, public nurse, home nurse, experience. Ordene ble brukt i ulike kombinasjoner i litteratursøkene.

Eksempel på søkestreng 19.03. 2020:

Søkhistorik från SveMed+

-----

Nr	Söksträng	Antal träffar
1	eldre	2071
2	depresjon	1360
3	aged	27901
4	symptoms depression	151
5	late life depression	8
6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	28797
7	District nurse	95
8	hjemmesykepleier	79
9	public nurse	171
10	home nurse	2258
11	#7 OR #8 OR #9 OR #10	2460
12	erfaringer	682
13	experience	2882
14	#12 OR #13	2929
15	#6 AND #11 AND #14	123

Jeg fant mye litteratur som handlet om forekomst av depresjon hos eldre, årsaker og behandling. Artikkene som blir presentert her er de jeg vurderte som mest relevante for problemstillingen i min undersøkelse. Andre artikler som handler om depresjon hos eldre blir trukket inn i teorikapittelet og i diskusjonskapittelet. Artikkene som er brukt i min oppgave er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter.

## 2.2 Artikler som er relevant for problemstillingen

Artikkelen til Halvorsrud et al. (2014) er en kvalitativ studie fra et byområde i Norge. Deltagerne i studien er ti kvinnelige hjemmesykepleiere. De har mellom 1,5 til 16 års arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten som har enkelte depressive

symptomer. Det blir også undersøkt hvilke tiltak som blir utført innenfor hjemmesykepleieres handlingsrom. Studien viser at godt kjennskap til pasientene er nødvendig for at hjemmesykepleiere skal kunne se endringer som kan være tegn til depresjon. Tegnene kan være endringer i pasienten sitt faste mønster i humør, hygiene, ernæring eller i kroppsspråk. Nok tid til samtale ble også trukket frem som viktig for at pasienten skulle få anledning til å fortelle om hvordan de har det. Hjemmesykepleiere setter inn «det lille ekstra tiltak» for at pasienten skal kunne komme ut av nedstemtheten. Disse tiltakene er ikke en del av pasientenes vedtak om hjemmesykepleie. Innenfor tiden som er til rådighet forsøker hjemmesykepleiere å bedre situasjonen til pasienten gjennom samtale for å få innblikk i hva pasienten «bærer på». Samtalen kan handle om dagligdagse ting eller om pasientens livshistorie. Selv om det er knapphet på tid, så tar hjemmesykepleiere seg tid til en samtale. Ved å gi praktisk hjelp utenom det som står i vedtaket forsøker hjemmesykepleiere å gjøre det mer hyggelig for pasientene. Å motivere pasienten til å søke om dagsenterplass eller få innvilget støttesamtale er eksempler på initiativ for å få nye eller utvidete vedtak som kan hjelpe pasienten. Disse «ekstra tiltakene» gjør at hjemmesykepleiere skyver på andre oppgaver på sin arbeidsliste. Mangel på kontinuitet gjør at det er vanskelig å følge opp pasientene og tiltakene over tid. Hjemmesykepleiere kommer i et krysspress mellom hva som forventes av arbeidsgiver og deres egne vurdering om hva som er til det beste for pasienten.

Artikkelen til Janlöv, Johansson og Clausson (2018) er en kvalitativ studie fra rurale og urbane kommuner i sør- Sverige. Innbyggertallet i kommunene varierer mellom 4000 til 64 000 personer. Deltagere i studien er ti kvinnelige hjemmesykepleiere som arbeider på seks ulike helsesentre. De har mellom 8 og 35 års arbeidserfaring som sykepleiere i primærhelsetjenesten. Flere av disse har relevant videreutdanning. Hensikten med studien er å undersøke hjemmesykepleieres erfaring fra å møte, og følge opp voksne pasienter med psykiske lidelser ved helsesentre i Sverige. Depresjon er beskrevet som en av de mest vanlige psykiske lidelsene. I denne studien har deltagerne erfaring fra å treffe pasienter i voksen alder, ikke bare eldre. Studien viser at formell og uformell kompetanse er nødvendig for at hjemmesykepleiere skal føle trygghet i arbeidet med pasienter som har psykiske lidelser. Oppfølging av disse pasientene er tid- og energikrevende. Det er behov for godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre kollegaer innenfor helsetjenesten. Arbeidssituasjonen til hjemmesykepleiere må anerkjennes hos ledelsen slik at det blir aksept for den utfordrende

jobben de står i. Veiledning og støtte kan redusere stress og usikkerhet hjemmesykepleiere føler i møtet med stadig flere pasienter som har psykiske lidelser.

Artikkelen til Waterworth et al. (2015) er en kvalitativ studie fra ulike områder i New Zealand. Deltagere er sykepleiere med arbeid i primærhelsetjenesten, hjemmesykepleiere og kardiologiske sykepleiere. Til sammen er 40 sykepleiere intervjuet. 30 av disse har over 21 års praksiserfaring. Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleiere gjenkjenner depresjon hos eldre med langvarig hjelpebehov og hvilke strategier sykepleiere bruker for å hjelpe dem. Studien viser at det er viktig for sykepleierne å kjenne pasienten over tid for å kunne se endringer i humør og vurdere risiko for å utvikle depresjon. Noen sykepleiere svarte at de kunne gi råd som hjalp pasienten, men ikke alle sykepleiere hadde samtale vedrørende depresjon med de eldre. Dette var enten fordi sykepleierne følte de ikke kunne ha en slik samtale, mens andre mente det ikke var deres ansvar. Interessen og kunnskap hos sykepleierne om dette tema var av betydning for om pasienten fikk individuell oppfølging i forhold til sin depresjon. Sykepleierne mente det var god lindring for pasienten når de hadde tid til å lytte og hadde samtalen som fokus. Kompleksiteten med å arbeide med eldre med sammensatte behov er belyst i studien. Det kom frem i studien at sykepleiere hadde nytte av å diskutere problemstillinger med fagpersonell i psykiatri for råd og veiledning. Kollegaer ble også brukt til dette. Sykepleiere som følger denne pasientgruppen tett har mulighet for å vurdere endringer hos eldre med symptom på depresjon.

Artikkelen til Liebel og Powers (2015) er en kvalitativ studie fra byen Rochester i staten New York. Deltagere er hjemmesykepleiere som arbeider med eldre som lider av depresjon og som samtidig har kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Til sammen deltar seksten sykepleiere i studien. De fleste har lang arbeidserfaring og relevant videreutdanning. Studien er todelt. Først er det gjort 2 fokusgruppe intervju og semistrukturerte intervju med hver av informantene. Så er det gjort observasjon av til sammen 25 hjemmebesøk til geriatriske pasienter med depresjon og funksjonsnedsettelser. Bakgrunnen for studien er kunnskap om at hjemmeboende eldre med funksjonssvikt og depresjon ofte har manglende oppfølging for sin psykiske lidelse. I studien blir det undersøkt hva hjemmesykepleiere erfarer med å følge opp eldre med nedsatt funksjonsnivå og depresjon. Studien viser at hjemmesykepleierne føler seg mest trygge i arbeidet med å følge opp funksjonssvikt og akutte hjelpebehov hos eldre og mindre trygge i å følge opp tiltak rettet mot depresjon. Et tillitsfullt forhold mellom sykepleier



og pasient er viktig for å kunne hjelpe eldre til å håndtere sin funksjonssvikt og depresjon. Hyppig bytte av personell som gir lite kontinuitet setter dette tillitsforholdet i fare. Noen sykepleiere fortalte at de var engstelige for å gjøre noe som forverret situasjonen for pasienten. Lite kunnskap om depresjon og manglende opplæring i å kommunisere med eldre med depresjon er hovedårsaken til at sykepleierne føler seg usikre

### **3 Teori**

I dette kapittelet blir teori om depresjon hos eldre presentert. Sykepleie som profesjon utøves i kontekst av hjemmesykepleien i min undersøkelse. Hjemmesykepleiens rammer, organisering og samhandlingsreformen, samt Kari Martinsens teori om personsentrert profesjonalitet, kompetansetrekanten til Skau og litteratur om personsentrert omsorg utgjør det teoretiske rammeverket for undersøkelsen.

#### **3.1 Forekomst av depresjon i den eldre delen av befolkningen**

Undersøkelser gjort i en rekke Europeiske land viser at 35 % av eldre hadde en psykisk lidelse i løpet av det siste året for undersøkelsen. De vanligste lidelsene var angst, depresjon og misbruk av substanser (Sylke et al., 2017). Studien til Luppá et al. (2012) viste variasjon i prevalens av depresjon mellom 4,5 % og 37,4 % i aldersgruppen over 75 år basert på epidemiologiske studier. Gjennomsnittet var 17,1 %. Oversiktsartikkelen bygger på 14 internasjonale studier publisert etter år 2000.

Folkehelseinstituttet utarbeidet rapporten Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet. Undersøkelsene som ble gjennomgått viste at mellom 25 og 35 % av eldre over 65 år kan ha depressive plager, mens mellom 4-8 % kan ha alvorlig depresjon (Langballe & Evensen, 2011). Norlag studien fra 2007 viser at i Norge er det henholdsvis 10 % menn og 15 % kvinner i aldersgruppen 60-80 år som har symptomer på depresjon (T. Hansen & Slagsvold, 2019). I min undersøkelse har jeg benyttet meg av tall fra Helse undersøkelsene i Nord Trøndelag (HUNT 2 og HUNT 3) som viser forekomst av depresjon hos eldre. I HUNT 2 var prevalensen av depresjon i aldersgruppen 60-69 år 14 %. Forekomsten av depresjon økte til 20 % i aldersgruppen 80-89 år. I den eldste alderskohorten 86-90 år økte prevalensen av depresjon fra 11,3 % i HUNT 2 til 20,9 % i HUNT 3 (Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad, 2012). I Norlag studien og i HUNT skilles det ikke mellom lette og alvorlige symptomer.

Resultatene fra ulike studier varierer når forekomsten av depresjon hos eldre er undersøkt. Dette kan ifølge Bjørkløf og Barca (2019) ha sammenheng med hvilken definisjon av depresjon som er brukt, ulike kartleggingsverktøy og ulike grupper eldre som er med i undersøkelsen.

### **3.2 Diagnosen Depresjon**

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin diagnostiske klassifikasjonssystem for mentale og atferdsmessige forstyrrelser er ICD-10 (World Health & Sosial- og, 2005). Kriterier for depresjon er ifølge ICD-10 i kapittelet om stemningslidelser, F30-F39. Etersom depressive episoder av ulik grad og tilbakevendende depressive lidelser er omtalt som de mest vanlige depresjonsdiagnosene hos eldre beskriver jeg symptomene her.

Depressiv enkeltepisode kan være av lett, moderat eller alvorlig grad. Generelle kriterier er en varighet på minst to uker, ingen tidligere episoder med mani eller hypomani. Organisk sykdom skal utelukkes. Kjernesymptom er depressivt stemningsleie, nedsatt lyst eller interesse, nedsatt energi eller økt tretthet. Ledsagende symptom kan være nedsatt selvtillit eller skyldfølelse. Selvbekreidelse, tanker om død eller selvmord. Tanke- og konsentrasjonsforstyrrelser, agitasjon eller hemninger. Søvnforstyrrelser, appetitt- eller vektendringer. En lett grad av depresjon består av generelle kriterier, to kjernesymptom og to ledsagende symptom. Depresjon av moderat grad er som ved lett grad, men med fire ledsagende symptom. Alvorlig grad av depresjon har generelle kriterier, tre kjerne symptom og fem ledsagende symptom. Psykotiske symptom som vrangforestillinger og hallusinasjoner kan forekomme ved alvorlig grad av depresjon. Tilbakevendende depressiv lidelse kan også være av mild, moderat eller alvorlig grad. Diagnosen kan bli gitt dersom en ny depressiv episode utvikler seg etter at pasienten har blitt frisk. Dersom pasienten utvikler mani eller hypomani inntre, endres diagnosen til bipolar stemningslidelse.

Tidlig debuterende depresjon (Early onset depression) kalles en depressiv episode som oppstår førstegang før 65 års alder. Depressiv episode som oppstår for første gang etter 65 år kalles sent debuterende depresjon (Late onset depression) (Bjørkløf & Barca, 2019).

### **3.3 Depresjon hos eldre**

Endringer som følger med alderdommen kan være forbundet med risiko for å utvikle depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 105-108). Alderdommen innebærer ulike former for

tap. Det kan være tap av nære relasjoner, familie og venner. Tap av helse og evne til å klare seg selv. Tap av roller som en har hatt i samfunnet i arbeidslivet, i familien og lokalmiljøet. En følelsesmessig reaksjon på tap og erkjennelse av at livet nærmer seg slutten kan være en sorgreaksjon. Sorg er en naturlig måte å forholde seg til en krise som det å miste en ektefelle eller oppleve svekket helse. Sorgen vil etter hvert avta i intensitet og de sterke følelsene demper seg. I perioder er det naturlig at følelsen av sorg blusser opp igjen når en blir påminnet tap eller endringer i en sårbar situasjon eller ved spesielle anledninger som høytider og merkedatoer. Sorg kan ha fellestrekk med symptomer på depresjon. Det kan være som følelse av håpløshet, tristhet og et sterkt indre ubehag. Det er forbundet med risiko for å utvikle depresjon etter 3-6 måneder med markerte depresjonstegn og funksjonssvikt hos eldre som er i en sorgprosess (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 105-108).

Sykdomsbildet kan presentere seg annerledes hos eldre enn hos den yngre aldersgruppen (Engedal, 2014, s. 113-116). Manglende følelse av tristhet og svekket funksjonsevne er eksempler på slike atypiske symptom. Hos eldre med agitert depresjon er adferden endret med økt uro, sinne og rastløshet. Ved en maskert depresjon er det ikke tegn til nedsatt stemningsleie, men ledsagende symptom er somatiske plager. Hypokondrisk depresjon viser seg ved et særlig sterkt fokus på somatiske plager og engstelse for alvorlig sykdom som for eksempel kreft. Hos eldre kan depresjon også ha samme symptom som ved en begynnende demensutvikling. Pseudodemens er en demenslignende depresjon der hukommelsen og orienteringsevnen er svekket. Ofte er også konsentrasjonsevnen nedsatt hos eldre med pseudodemens. Symptomer på depresjon som ikke oppfyller diagnose kriterier kan forekomme 2 -3 ganger hyppigere enn depresjon hos eldre (Meeks et al., 2011). Også lette symptom medfører risiko for redusert livskvalitet og utvikling av depresjon.

Depresjon hos eldre kan blant annet føre til somatiske sykdommer, funksjonssvikt og kognitiv svikt. Symptomer på depresjon kan også komme som en følge av disse tilstandene. Disse symptomene påvises ofte hos skrøpelige eldre (Nascimento, Batistoni & Neri, 2016). Eldre som får depresjon har økt risiko for hjertekarsykdommer som økt blodtrykk, hjertesykdom og diabetes. Dermed øker faren for komplikasjoner og død hos eldre som lider av depresjon (Zhang et al., 2018). Studien til Diniz et al. (2013) viser at risikoen for å utvikle demens øker i forbindelse med depresjon hos eldre. Undersøkelsen til Borza, Engedal, Bergh og Selbaek (2019) viste at det kun var et mindretall av eldre som ble behandlet for depresjon i

alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste som unngikk tilbakefall etter de tre påfølgende årene. Den samme undersøkelsen fant at over halvparten av deltagerne utviklet mild kognitiv svikt eller demens i løpet av studien. Forskning viser at depresjon er den viktigste risikofaktoren for selvmord hos eldre (Wærn, 2011). Dette gjelder også eldre som ikke oppfyller diagnosekriterier for depresjon, men som har symptomer på depresjon.

Det er spesielt endring i adferd fra det som er normalt for den enkelte som kan gi grunn til å mistenke nedstemthet og depresjon hos eldre. Kartlegging av funksjonsnivå og dagliglivets aktiviteter kan være med å gi et bilde av hva pasienten klarer selv og på hvilke områder det er behov for bistand (Aldring og Helse, 2020). Ifølge Barker, Heaslip og Chelvanayagam (2014) kan to enkle spørsmål være til hjelp når hjemmesykepleiere skal vurdere om eldre har behov for videre oppfølging ved mistanke om depresjon: «Har du de siste månedene følt deg nedstemt, deprimert eller kjent på håpløshet?» «Føler du lite glede eller mindre interesse over å gjøre ting du likte før?» Det finnes flere skalaer for kartlegging av depresjon (Aldring og Helse, 2020). I Norge er Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Geriatric Depression scale (GDS) mye brukt. Cornell skala for depresjon brukes i utredning av depresjon hos personer som har demens sykdom. Hospital Anxiety Depression Rating scale (HADS) er utviklet for voksne pasienter med somatisk sykdom (Bjørkløf & Barca, 2019). Skjemaet består av 14 spørsmål. 7 spørsmål er knyttet til angst (HADS-A), og 7 spørsmål er knyttet til depresjon (HADS-D). HADS-D er validert for hjemmeboende eldre personer i Norge (Eriksen, Bjørkløf, Helvik, Larsen & Engedal, 2019).

Undersøkelser viser at eldre har god nytte av kognitiv adferdsterapi i behandling av depresjon og at flertallet kan hjelpes (Willson, Mottram & Vassilas, 2008). Endringer og utfordringer knyttet til alderdommen stiller krav til mestringsevnen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 87-104). Mestring handler om å håndtere en vanskelig situasjon eller ha følelse av å ha kontroll over eget liv og styrke til å møte utfordringer. Egne mestringsressurser som helse, kognitive evner, sosial støtte og hjelp fra helsevesenet har betydning for hvordan eldre vurderer sin egen situasjon og mestrer utfordringer.

De nasjonale retningslinjene for voksne med depresjon beskriver behandlingsprinsippene ut fra hvilken grad depresjonen har (Helsedirektoratet, 2009). I retningslinjene er eldre beskrevet som en særskilt pasientgruppe. Det legges vekt på at ved behandling av depresjon hos eldre er

et tverrfaglig samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten viktig under utredning og behandling. Det er også anbefalt å inkludere pårørende som støttespillere. I konsultasjonene er det vektlagt at eldre har behov for god tid til samtale. Det bør legges til rette for at fysisk aktivitet og sosial kontakt er en del av behandlingen. Retningslinjene gir råd om at eldre har behov for ekstra oppfølging når det er behov for medikamentell behandling ved depresjon. Særlig i oppstarten av behandlingen blir det anbefalt at eldre får god informasjon om bivirkninger og at det kan ta tid før medikamentet har effekt. Det kan være behov for at primærhelsetjenesten følger opp legemiddelhåndteringen for å sikre at den eldre tar medisinen riktig. Ved milde og moderate depresjoner kan samtaleoppfølging være viktigere enn legemiddelbehandling hos eldre. Støttesamtalen har som formål å gi støtte til den eldre og formidle forståelse for situasjonen (Engedal, 2014, s. 126).

### **3.4 Hjemmesykepleien**

Hjemmesykepleien drives av kommunen som en del av primærhelsetjenesten (Braut, 2020).

Dette er den helsefaglige delen av de kommunale hjelpeordningene i hjemmet.

Hjemmesykepleien er organisert under pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Det er staten som yter tilskudd gjennom rammeoverføringer til kommunene. Rammene for kommunens helsetjenester reguleres gjennom lovverk, prioriteringer og økonomi. Følgende lover og forskrifter er kommunene pliktet å forholde seg til når de kommunale helsetjenestene skal organiseres:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester beskriver at alle kommunens innbyggere skal ha tilbud om nødvendig helsehjelp. Helsetjenester i hjemmet er et av flere tiltak kommunene skal tilby for å oppfylle kravet etter § 3-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a).

I lov om helsepersonell er helsepersonells plikter og ansvar beskrevet. Helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Helsehjelpen er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende, eller pleie- og omsorgs formål. Helsehjelpen skal være utført av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Lov om pasient- og brukerrettigheter sikrer at den enkelte kan stille krav til helsetjenestene. Den omhandler rett tilgang på nødvendig helsehjelp og rettigheter pasient/bruker har til

medvirkning, informasjon, selvbestemmelse og innsyn i journalen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene er det utdypet hvilke overordnede mål og verdier som ligger til grunn for tjenesten. Kvalitetsforskriften ble satt i kraft 1. Juli 2003. Den tilstreber blant annet at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får riktig tjeneste til rett tid. Kontinuiteten skal ivaretas ved at tjenesten gir et helhetlig, samordnet og fleksibelt tilbud. Den enkelte bruker har medbestemmelse i forbindelse med utførelsen av tjenesten. Respekt, verdighet og trygghet er sentralt. Medisinske undersøkelser og behandlinger skal være tilpasset den enkeltes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er formålet å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det innebærer blant annet å sikre kvalitetsforbedring og ivareta bruker- og pasientsikkerhet. Samt sikre at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Det særegne med hjemmesykepleien er at helsehjelpen utføres i pasientenes egne hjem. Med kommunale omsorgstjenester menes tjenester som aktivitetstilbud, ulike former for hjemmetjeneste og heldøgns tjeneste i omsorgsbolig eller i institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Antallet som mottar slike omsorgstjenester stiger med økt alder. Rundt 10 % i aldersgruppen 67-79 år, rundt 43 % i aldersgruppen 80-89 år og 85 % av eldre over 90 år mottar en eller flere kommunale omsorgstjenester i løpet av året. Det er i eget hjem de aller fleste får tjeneste, og det er aldersgruppen over 90 år som har det største bistandsbehovet. Framskrivning av vekst i bruk av omsorgstjenester viser en økning med 25 % frem til 2030 og i overkant av 80 % frem til 2060. Helsehjelp i hjemmet gis til alle aldersgrupper og kan variere fra å være forebyggende tiltak til å dreie seg om avansert medisinsk behandling (Fjørtoft, 2016, s. 31). Hjemmesykepleiere beveger seg inn på en privat arena for å yte profesjonell omsorg. Livet til personen som mottar helsehjelp påvirkes når den kommunale helsetjenesten har tilgang til hjemmet. For hjemmesykepleiere er det å vise respekt for de normer og regler som er i det enkelte hjem viktig for at pasienten skal bevare sin verdighet og integritet. For hjemmesykepleiere kan det innebære å møte situasjoner der egne verdier og faglighet blir utfordret.

### **3.4.1 Organisering etter bestiller-utfører-modellen**

New Public Management (NPM) er en reformbølge som har preget måten offentlig sektor blir drevet i Norge siden slutten av 90- tallet. Velferdstjenestene opplever stadig press for å være mer effektive, drive økonomisk og vise måloppnåelse. NPM er inspirert av markedstenkning og konkurranse. Ved å effektivisere offentlig sektor gjennom bedre økonomisk styring og saksbehandling er målet en mer rettferdig fordeling av ressursene og et mer koordinert tjenestetilbud til den enkelte bruker av hjemmesykepleien. I Norge har mange kommuner innført bestiller-utfører-modellen som er basert på tenkningen til NPM (Øydgard, 2018).

Ifølge Moland og Borgen gjengitt etter Fjørtoft (2016) er målet med bestiller- utfører-modellen at pasientens behov for tjeneste skal gjøres ut fra faglige vurderinger uten at det må tas hensyn til ressursmessige spørsmål vedrørende drift. Dette skal bidra til mer likhet i tildeling av pleie og omsorgstjenester ut fra behov den enkelte har. Det skilles mellom bestillerens ansvar og oppgaver og utførers ansvar og oppgaver. I kommunene er dette organisert slik at det er egne ansatte på bestillerenheter som mottar søknader om tjeneste, gjør vurderinger og innvilger tjeneste. Enkeltvedtaket sendes videre til utførertjenesten som skal arbeide etter beskrivelsen i enkeltvedtaket. I denne sammenhengen er hjemmesykepleien utførertjenesten. I enkeltvedtaket er det beskrevet hvilket lovverk tjenesten er knyttet til. Det er også opplysninger om rettigheter og klagerett. Sykepleiere har ansvar for at arbeidet skal være faglig forsvarlig. Innholdet i enkeltvedtaket må derfor vurderes kritisk opp mot behov pasienten har (Fjørtoft, 2016, s. 160).

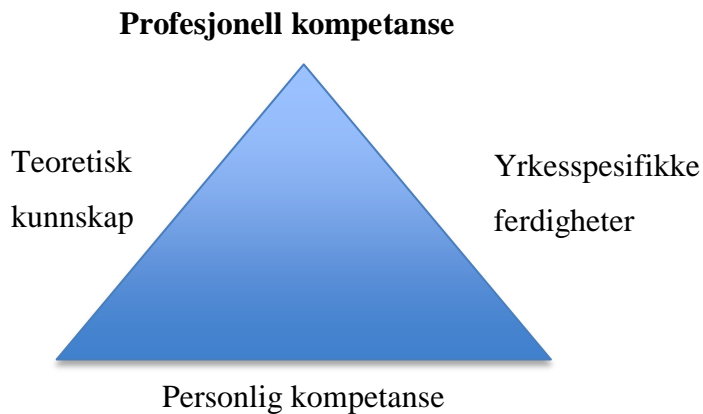
### **3.4.2 Samhandlingsreformen**

I 2012 ble samhandlingsreformen «rett behandling- på rett sted- til rett tid» innført (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen har fokus på hvordan helsetjenesten kan samhandle bedre, forebygge mer og ivareta pasienter med kroniske lidelser på en god måte. De helsepolitiske føringene legger opp til at helsehjelpen i større grad overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Etter samhandlingsreformen er pasientene som blir meldt utskrivningsklar til kommunene sykere enn før (Abelsen, Gaski, Nødtland & Stephansen, 2014). De faglige utfordringene er sammensatte, og det stilles høyere krav til helsefaglig kompetanse i kommunene.

### 3.5 Kompetansetrekanten

«Begrepet kompetanse stammer fra den latinske betegnelsen *competenia*, som betyr sammentreff eller skikkethet» (Skau, 2011, s. 57). Å være kompetent omtales som å være skikket eller kvalifisert til det man gjør.

Skau (2011, s. 58) deler kompetansebegrepet inn i tre aspekter som er gjensidig avhengig av hverandre. Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse er gjensidig avhengig av hverandre, påvirker hverandre og utgjør til sammen profesjonell kompetanse.



Kunnskap om det teoretiske grunnlaget for sykepleiefaget som faktakunnskap, forskningsbasert viten og faglige begrep og teorier ligger i den teoretiske kunnskapen. De yrkesspesifikke ferdighetene omfatter de instrumentelle prosedyrer og teknikker som brukes i utøvelse av faget. Et eksempel på dette kan være å utføre en steril prosedyre. Hvilke holdninger og verdier vi har i møtet med andre mennesker ligger i den personlige kompetansen. Gjennom hele livet utvikles denne kompetansen gjennom våre opplevelser både når vi lykkes og gjør feil. Medmenneskelighet, empati og selvinnsikt er spesielt viktig i arbeidet med mennesker. I samspill med andre gjennom refleksjon og utveksling av tanker og ideer kan den personlige kompetansen utvikles. Den personlige kompetansen kan sees på som grunnmuren i yrkesutøverens profesjonelle kompetanse (Skau, 2011).



### **3.6 Personsentrert profesjonalitet**

Kari Martinsen fremhever personsentrert profesjonalitet i sykepleien (Martinsen, 2014). I dette ligger en kunnskap og forståelse i å se pasienten som et lidende menneske. Sårbarheten som ligger i pasienten sin integritet må vernes. Ved å sette den syke i sentrum kan sykepleieren få tilgang til pasienten sin opplevelse av sykdom. Martinsen formidler holdningen i uttrykket «hjertelig deltagende øye» som setter sykepleieren i posisjon til å oppnå tillit og anerkjennelse fra pasienten. Dette krever noe av sykepleieren. Det krever å gi av seg selv for å beskytte og ta vare på et medmenneske. Det krever å se det lidende mennesket, hele tiden med en tanke om at det er «noe mer» som knytter seg til personen.

Det å vise følelser, være personlig og involvert står ifølge Martinsen (2014) nødvendigvis ikke i motsetning til det å være profesjonell. Følelsen den profesjonelle har for den andre er en «seende følelse». Motsetningen er føleriet, der sykepleieren kretser rundt egne følelser og slik kan begrense den andre. Den seende følelsen åpner sansningen den profesjonelle behøver for å forstå. I sansningen er den profesjonelle åpen for verden slik at den kan gjøre inntrykk, stemme og bevege oss i situasjonen. Martinsen sier at følelsens forståelse kan sammenlignes med en horisont som åpner seg. Sansningen gir adgang til å lytte, leve med og forstå pasienten sin opplevelse av sykdom. Med et faglig utforskende og vurderende blikk ser den profesjonelle pasienten som et menneske. Å se, bli berørt, resonnere og handle praktisk ligger i utøvelsen av personsentrert profesjonalitet. «Å se med hjertets øye» formidler medmenneskelighet og fagkunnskap. Det motsatte er å objektivere pasienten ved å overse lidelsen og holde avstand (Martinsen, 2014). Å se med et registrerende øye er å undergrave den seende følelsen. Et registrerende blikk overskygger sansningen og mennesket blir fremmed og betraktes på avstand.

### **3.7 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg har sin opprinnelse i Carl Rogers arbeid med klientsentrert terapi (Kitwood, Høeg & Johnsen, 1999, s. 98). Senere ble begrepet personsentrert omsorg i sykepleie og helsetjeneste arbeid spesifisert av McCormack og McCance (2006). McCormack mente at ved å se på pasient, pårørende og helsepersonell som likeverdige partnere ville det terapeutiske forholdet mellom dem bli bedre. På 1980- 90 tallet innførte Kitwood begrepet personsentrert arbeid i behandling og omsorg for personer med demens. Han la vekt på relasjonene og kommunikasjon (Kitwood et al., 1999). Kitwoods omsorgsfilosofi er samlet i

VIPS-modellen (Brooker, Deschington & Nasjonalt kompetansesenter for aldring og, 2013). Personsentrert omsorg blir brukt som et ideal i helsetjenesten. Rammeverket for VIPS-modellen blir her kort presentert. Selv om modellen i utgangspunktet er skrevet for pasientgruppen personer med demens, så ser jeg at den også kan brukes i forbindelse med oppfølging av eldre med depresjon. VIPS- modellen blir i min undersøkelse diskutert i forbindelse med oppfølging av eldre med depresjon.

*Verdsetting av mennesker.* Ledelsen i omsorgsorganisasjonen har et ansvar for å verdsette mennesker i hele organisasjonen. Ansatte som ikke blir verdsatt kan vanskelig klare å verdsette og gi personsentrert omsorg til pasienter de har ansvaret for. Organisasjonens visjon om personsentrert omsorg kan nedfelles i en formålserklæring. Slik blir organisasjonens verdigrunnlag synlig for ansatte og alle som kommer i kontakt med tjenesten. Systemer som sikrer god kommunikasjon, fellesskap og hjelp til å håndtere stress på arbeidsplassen bidrar til at ansatte selv blir møtt med elementer av personsentrert omsorg. Ledelsen har et ansvar for å dyktiggjøre ansatte som utøver personsentrert omsorg. Imøtekommenhet, tillit og tydelig kommunikasjon mellom ansatte i alle ledd bidrar til dette. Ledelsen har et ansvar for å sikre opplæring og kompetanseheving av personalet. Ved å legge til rette for utdanning, veiledning og refleksjon blant ansatte blir personalet anerkjent for at arbeidet er krevende og at dette blir tatt på alvor i organisasjonen.

*Individuell omsorg.* Personer behandles som enkeltindivider. I personsentrert omsorg handler dette om mer enn å gi personen individuell oppfølging utfra hvilke behov sykdommen krever. Det handler om å bli kjent med den unike bakgrunnen til det enkelte mennesket, ta hensyn til personligheten, til fysiske og mentale ressurser og til de sosiale og personlig preferansene personen har.

*Perspektiv.* I utøvelsen av personsentrert omsorg er utgangspunktet å forsøke å forstå hvordan personen opplever virkeligheten. Gjennom kommunikasjon, ved å vise empati og være oppmerksom på fysiske helseforhold kan helsearbeiderne få en forståelse av hvordan personen sitt perspektiv på verden er.

*Sosialt miljø.* Et sosialt støttende omsorgsmiljø bidrar til å ivareta personverdet gjennom at personen blir verdsatt og behandlet med respekt. Et støttende omsorgsmiljø innebærer å bli inkludert i fellesskapet og at følelser og virkelighetsforståelse blir hensyntatt.

De fire delene eksisterer uavhengig av hverandre, men til sammen utgjør de kjernen i en personsentrert tilnærming til omsorg (Brooker et al., 2013).

## **4 Presentasjon av forskningsdesign og metode**

I dette kapitlet blir det redegjort for vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsmetodisk utgangspunkt, den praktiske gjennomføringen, etiske vurderinger og kvalitetsvurdering. Problemstillingen etterspør hjemmesykepleiere sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon. For å få forståelse av deltagernes erfaringer har jeg valgt kvalitativt forskningsdesign (Malterud, 2017, s. 30).

### **4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted**

#### **4.1.1 Hermeneutisk tilnærming**

I hele forskningsprosessen er jeg inspirert av hermeneutikken (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010). Hermeneutikk omtales som læren om fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 73). Formålet med hermeneutisk fortolkning er å få en gyldig forståelse av hva teksten betyr. I forbindelse med min undersøkelse søker jeg å forstå en dypere mening med hjemmesykepleiere sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon. I hermeneutikken legges det vekt på fordom eller forforståelse som grunnlag for å tolke tekstens mening. Bevissthet forskeren har om egen kunnskap og erfaring gir grunnlag for å forstå. Ifølge Thomassen (2011, s. 86) forklarer Gadamer fordom som den bakgrunn for all mening og all forståelse vi allerede har. Bare på bakgrunn av våre fordommer eller forforståelse er det mulig å gripe mening i det som skal forstås. Som fortolker av den transkriberte teksten er jeg bevisst min egen forforståelse. Som sykepleier er en stor del av min praktiske erfaring knyttet til kontakten med pasientene. En del av det å arbeide i den kommunale pleie og omsorgstjenesten innebærer å skulle forholde seg til krav om effektivitet. Slike forventninger fra organisasjonen kan gjøre at jeg føler meg forhindret i å utøve sykepleie som ivaretar relasjonen mellom meg som sykepleier og pasienten. Travelhet og for lite tid til samtale kan gjøre det vanskelig å snakke om personlige forhold med pasienten. Min etiske bevissthet om helhetlig omsorg er med meg i utøvelsen av sykepleiefaget. Den teoretiske kunnskapen jeg har fra min sykepleieutdanning og sykepleieerfaring er også en viktig del av min forforståelse.

Hermeneutikkens objekt består først og fremst av tekster (Gadamer et al., 2010, s. 430).

Materialet i min undersøkelse er den transkriberte teksten fra intervjuene. Teksten representerer deltagerens erfaringer og oppfatninger av situasjoner de møter i praksis.

Gadamer et al. (2010, s. 305) beskriver at det å forstå mennesket sin situasjon forutsetter at vi hensetter oss i hans situasjon. Ved å klargjøre den andres situasjon for oss selv og samtidig bringe med oss selv, kan vi klare å se den andres annerledeshet og være oppmerksom når noe i teksten bryter med egne forventninger. En slik oppmerksomhetsfølelse fikk jeg da deltagerne fortalte at de manglet mulighet til å reflektere over faglige spørsmål vedrørende eldre med depresjon. Teksten bryter med innsikten, erfaringer og oppfatninger jeg er i besittelse av. Min erfaring fra hjemmesykepleien er at vi bruker forholdsvis mye tid på faglige refleksjoner i forbindelse med muntlig rapport. Vi har også avdelingsmøter der det er satt av tid til å ta opp pasientrelaterte problemstillinger. Mine forventninger om at deltagerne ville fortelle mest om hva som utspiller seg i møtet med denne pasientgruppen viste seg å ikke stemme. Jeg kunne forstå at deltagerne uttrykte frustrasjon over å ikke ha noen å dele tanker og følelser med når dette ble satt i sammenheng med resten av teksten. Jeg fikk ny innsikt i hvilken betydning faglig refleksjon har for sykepleieren som arbeider alene det meste av tiden i hjemmesykepleien.

Thomassen (2011, s. 91) fremstiller en forståelse av den hermeneutiske sirkel og Gadamer sin forståelsesprosess. Forståelsen utvikler seg gjennom pendelbevegelser mellom deler og helhet i det materialet som skal tydes. En enkelt del forstås i lys av helheten og helheten forstås ut fra hver enkelt del. Uttrykket «hermeneutisk spiral» er mer presist. Frem og tilbake mellom helhet og del søker jeg som fortolker en dypere mening i teksten. Min forståelseshorisont utvidet seg etter hvert som jeg fikk ny kunnskap gjennom intervjuene. Mellom intervjuene reflekterte jeg over det som ble sagt. Refleksjonene hjalp meg å bli mer oppmerksom på områder som var interessant å vite mer om i neste intervju. Jeg oppdaget for eksempel at en deltager mente prioriteringer lederen gjorde hadde mest betydning for hvilken oppfølging eldre fikk. En annen deltager la mest vekt på sine egne prioriteringer i arbeidet. I slike situasjoner tillot jeg meg å gå i dybden med oppfølgingsspørsmål som «kan du si mer om hvorfor du mener det er slik at...» eller «kan du utdype dette nærmere?». Intervjuguiden ble evaluert og justert underveis i perioden intervjuene ble gjort. Problemstillingen og forskningsspørsmålene var styrende for hvilken retning samtalen tok. Man kan si at

intervjuguiden fikk en hermeneutisk fornying etter hvert som jeg tilegnet meg et dypere meningsinnhold fra intervjuene.

## **4.2 Forskningsmetode**

### **4.2.1 Semistrukturert intervju**

Semistrukturerte intervju blir brukt som verktøy i min undersøkelse. Det er utarbeidet en intervjuguide som ivaretar formålet med samtalen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46).

Intervjuguiden inneholder åpne spørsmål der deltagerne blir bedt om å beskrive sine erfaringer. De åpne spørsmålene gjør det mulig å gå i dybden i samtalen. Dette bidrar til at nyanser kommer bedre frem og erfaringer som er viktige for deltagerne å formidle kan få mer plass i intervjuet.

### **4.2.2 Utvalg**

Deltagerne i min undersøkelse er valgt ut fra et strategisk utvalg. Et slikt utvalg består av deltagere som har erfaringsbasert kunnskap om tema som skal undersøkes (Malterud, 2017, s. 58). Inklusjonskriteriene er at deltagerne skal ha minst to års erfaring fra å arbeide som sykepleiere i hjemmesykepleien. Deltagerne skal også ha erfaring med å følge opp eldre med depresjon. Variasjon i deltagernes bakgrunn og erfaring gir et mangfold som kan gi dybde og bredde i materialet. Dette gjør det mulig å belyse tema fra flere sider og datamaterialet fremstår som robust og med god informasjonsstyrke. Erfaringer utvalget har fra å følge opp eldre med depresjon gir grunnlag for tolkning av resultat, og kan bidra til ny kunnskap som kan være viktig for sykepleiepraksis.

Deltagerne i min undersøkelse kommer fra to ulike kommuner i Nordland fylke. Kommunene har over 7000 innbyggere. Til sammen ble fire kvinner og en mann rekruttert. To av deltagerne har relevant videreutdanning. Deltagerne har mellom 12 og 30 års ansiennitet som sykepleier. Sykehjem og hjemmesykepleien var arbeidsplasser deltagerne hadde lengst praksiserfaring fra. Praksiserfaringen deres varierer. To av deltagerne hadde arbeidet flere år som hjelpepleier før de hadde tatt sykepleierutdanning i voksen alder. En deltager hadde tidligere arbeidet på sykehus. En deltager hadde arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid. Av hensyn til anonymiteten er ikke bakgrunnsopplysningene til deltagerne belyst seinere i undersøkelsen. Alle deltagerne hadde stilling som sykepleier eller spesialsykepleier i hjemmesykepleien på det tidspunktet intervjuene ble gjort.

## **4.3 Den praktiske gjennomføringen**

### **4.3.1 Rekruttering av deltagere**

Jeg henvendte meg på telefon og på e-post til virksomhetslederne for hjemmesykepleien da deltagere skulle rekrutteres til min undersøkelse. Informasjonsskriv om undersøkelsen (vedlegg 1), spørsmål om deltakelse (vedlegg 2) og samtykkeerklæring (vedlegg 3) ble sendt på e-post. For å være sikker på at deltagerne hadde et godt grunnlag for å belyse problemstillingen ble det presisert skriftlig og muntlig til virksomhetslederne at deltagere skulle ha erfaring med å følge opp hjemmeboende eldre med depresjon. Det ble i forespørselen ikke poengtert om den eldre skulle ha en medisinsk diagnose.

Virksomhetslederne videresendte forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring til de aktuelle sykepleierne. Navn og kontaktinformasjon til de som takket ja til å delta fikk jeg i telefonsamtale med virksomhetslederne i hjemmesykepleien i de to kommunene jeg kontaktet. I den ene kommunen gjorde lederen avtale for meg om sted og tidspunkt for intervjuene. I den andre kommunen tok jeg kontakt flere ganger før deltagerne var klare, jeg ble også bedt om selv å gjøre avtale om tid og sted for intervju. Alle de forespurte sykepleierne takket ja til å delta i undersøkelsen. Til sammen ble fem sykepleiere rekruttert.

I løpet av fem uker var alle intervjuene gjennomført. To av intervjuene var på samme dag. Ettersom det var flere timer mellom disse to intervjuene ble det god tid til å reflektere over første intervju og forberede meg til det neste intervjuet.

### **4.3.2 Intervjuguiden**

Intervjuguiden ble gjennomarbeidet og gjort klar før det første intervjuet (vedlegg 4). Før jeg reiste til de aktuelle kommunene foretok jeg et pilotintervju med en kollega. Det gjorde at jeg ble mer forberedt på hvordan det var å være intervjuer og hvordan det var å skulle frigjøre seg fra testguiden slik at mitt fokus ble rettet mot intervjupersonen. Det var en nyttig øvelse. Det gjorde også at jeg ble fortrolig med å bruke båndopptakeren.

Intervjuguiden inneholder tre spørsmål som etterspør deltagerens erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon, med pasientmøtet og med organisering av arbeidet. Alle spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål som kunne brukes dersom det ble behov underveis i samtalen. Etterhvert som jeg erfarte å få ny kunnskap gjennom intervjuene ble intervjuguiden evaluert og justert. Problemstillingen og forskningsspørsmålene var styrende for hvilken retning samtalen tok. Mine refleksjoner og tanker om foreløpige tema mellom intervjuene hjalp meg

til å bli oppmerksom på områder som det var interessant å vite mer om. Jeg oppdaget for eksempel at en deltager mente prioriteringer lederen gjorde hadde mest betydning for hvilken oppfølging eldre fikk. En annen deltager la mest vekt på sine egne prioriteringer. I slike situasjoner tillot jeg meg å gå i dybden med oppfølgingsspørsmål som «kan du si mer om hvorfor du mener det er slik at..» eller « kan du utdype dette nærmere?»

### **4.3.3 Intervjusituasjonen**

Intervjuene ble utført på arbeidsplassen til deltagerne. Lokalene var egnet til formålet. For at deltagerne skulle bli fortrolige med situasjonen hentet vi oss kaffe og hadde litt uformell prat først. Jeg fortalte hvem jeg var og i hvilken sammenheng undersøkelsen skulle gjøres. Alle deltagere tok pause fra sitt arbeid i hjemmesykepleien for å snakke med meg. Det tok litt tid for deltagerne å slippe «jobbstresset» og rette fokuset mot samtalen vi skulle ha. Spesielt to av deltagerne ga uttrykk for at de kom fra en travel vakt. Vi fikk sitte uforstyrret under intervjuene med ett unntak. Deltageren hadde ansvarsvakt og vi ble avbrutt to ganger av en kollega som hadde behov for å rådføre seg med sykepleieren.

På forhånd var deltagerne kjent med tema for intervjuet og samtykkeerklæringen. Deltagerne fikk si fra når de var klare til å begynne. Innledningsvis startet jeg med å spørre om bakgrunnsopplysningene deres. Disse svarene ble ikke tatt opp på bånd.

Intervjuene varte mellom 50 og 60 minutter. I to av intervjuene ble båndopptakeren startet igjen etter at intervjuene var avsluttet. Deltagerne begynte spontant å fortelle om nye momenter som var av interesse for undersøkelsen. Det ble samtykket i at dette kunne tas opp på bånd. Disse opptakene varte omtrent i 10 minutter og kom i tillegg til opptakene som varte mellom 50 og 60 minutter.

Kvale og Brinkmann (2017) beskriver spenningen intervjueren har mellom sensitivitet og forhåndskunnskap, og kravet om forutsetningsløs holdning som kvalifisert naivitet. På forhånd hadde jeg lært meg intervjuguiden utenat slik at mitt fokus kunne være rettet mot deltageren. Det var likevel greit å ha den liggende fremme som en støtte under samtalen. Som intervjuer tilstrebet jeg å ha en lyttende og forstående holdning. Jeg forsøkte å oppfatte essensen i det som ble sagt, og det som sies mellom linjene. Etter hvert som jeg hadde flere intervju ble det lettere å gå tettere på for å be om utdyping av svarene. Det ble tidlig klart for meg at det var viktig å spørre om mer utdypende svar selv når deltagerne ble berørt av

følelser. Deltagerne fikk selv velge hvor mye de ønsket å fortelle og samtalen dreide naturlig over til andre tema når deltagerne hadde sagt det de ønsket å si. Enkelte ganger var det utfordrende for meg ikke å legge føringer for de svarene som ble gitt. Tanken om å være «bevisst naiv» og sette min egen forforståelse i bakgrunn under intervjuet gjorde det lettere å være åpen for alt som ble fortalt.

#### **4.3.4 Transkribering**

«Transkripsjonen skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen» (Malterud, 2017, s. 77). Opptakene ble transkribert så nøyaktig som mulig kort tid etter intervjuene. Nærhet i tid mellom opptak og transkripsjon var med å bevare meningsinnholdet i samtalen. Kvale og Brinkmann (2017, s. 210) forklarer transkripsjon som en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst. I teksten er detaljer som kremting, «ja» og «hm» skrevet inn. Når det oppstår pauser fordi deltagerne tenker seg om er det markert med «stillhet». Korte stopp er skrevet inn som «pauser». Følelser deltagerne viser underveis er beskrevet som «bestemt», «trist», «latter». Innimellom er deltagerne ivrige og bryter inn i mine spørsmål, dette er notert som «avbrytelse». Båndopptakeren var av god kvalitet så lyden var tydelig under alle intervjuene. I etterkant ble hvert lydopptak hørt på nytt samtidig som jeg leste den transkriberte teksten. Slik fikk jeg igjen nærhet til intervjupersonene og uskrevne detaljer som tonefall og «stemningen» i rommet.

#### **4.3.5 Analysen**

Problemstillingen «*Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere med å følge opp eldre med depresjon*» er med meg gjennom hele analysearbeidet. Systematisk tekstkondensering blir brukt som metode i analysen av intervjuene (Malterud, 2017). Denne måten å analysere materialet på består av fire ulike faser som her blir beskrevet.

I fase 1 av analysen fikk jeg et helhetsinntrykk av innholdet av den transkriberte teksten da jeg leste igjennom hvert av intervjuene. Jeg skrev en liste over foreløpige tema i hvert av intervjuene. Dette er tema som jeg umiddelbart tenker kan være med å belyse problemstillingen i undersøkelsen. Jeg var åpen for at nye moment skulle kunne komme frem i denne innledende fasen. Mellom hvert av intervjuene reflekterer jeg over hva deltagerne kunne ha utdypet mer, og om det var andre oppfølgingsspørsmål som kunne vært bedre å stille. Disse refleksjonene tar jeg med meg til neste intervju. I denne innledende fasen av



analysearbeidet kom jeg frem til foreløpige tema i teksten. Her er noen eksempel på foreløpige tema: «vurdering av egen praksis», «kommunikasjon», «organisering», «tilfredshet i jobb», «dokumentasjon» og «kartlegging».

I fase 2 ble de delene av teksten som sier noe om forskningsspørsmålene identifisert som meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 102). Den transkriberte teksten i alle fem intervju ble vurdert systematisk. Hver av de meningsbærende enhetene ble merket med det nummeret på intervjuet teksten var hentet fra. Slik ble det enkelt å gå tilbake å finne sammenheng i den opprinnelige teksten. Deler av teksten som ikke handlet om problemstillingen ble filtrert bort. De meningsbærende enhetene ble så kodet. Kodingen var en fleksibel prosess der deler av teksten blir tatt ut av sin sammenheng og blir sett i sammenheng med nærstående tema og teoretisk perspektiv. Dette kalles systematisk detekstualisering (Malterud, 2017, s. 104). Til sammen fant jeg åtte ulike tema som de meningsbærende enhetene ble sortert under. For å få oversikt lagde jeg tabeller over de ulike temaene med kodegrupper og tilhørende meningsbærende enheter under. Hele tiden reflekterte jeg over hva dette kunne si meg om problemstillingen.

Etter en ny gjennomgang av tabellene kom jeg frem til følgende kategorier: «Det er ikke fokus på depresjon hos eldre», «Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen» og «Sykepleieren føler seg alene». I denne delen av analysen tok jeg i bruk store ark der jeg skrev ned hver av de tre kategoriene. På post- it lapper skrev jeg inn de meningsbærende enhetene som hørte til hver kategori. Dette sorteringsarbeidet resulterte i subgrupper til hver kategori. Under denne gjennomgangen kom jeg frem til at noen av de meningsbærende enhetene kunne flyttes over til andre subgrupper og at noen subgrupper kunne slås sammen. Tilslutt kom jeg frem til to subgrupper i hver kategori.

Hovedkategori	Subgruppe1	Subgruppe2
Det er lite fokus på eldre med depresjon	Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleier oppgave	Felles mål for oppfølging av eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull
Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen	Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt	Sykepleieren tar grep
Sykepleieren føler seg alene	Det er ikke kultur for faglig refleksjon	Konstant press påvirker sykepleierne

Fase tre i analysen er kondenseringsfasen (Malterud, 2017, s. 105). Her kom jeg frem til hva teksten i de tre ulike kategoriene handlet om. For hver av subgruppene skrev jeg et kondensat, et kunstig sitat som hadde med seg meningen fra hver av kodegruppene. Kondensatene ble skrevet i jeg-form for å markere at sitatet representerer hver av deltakerne. Jeg forsøkte å være så nær den opprinnelige teksten som mulig.

Eksempel på kondensat fra subgruppe 2 i kategorien «Sykepleieren føler seg alene»:

*Jeg blir trist og fortvilet over ikke å klare å ta vare på den gamle jeg ser sliter med depresjon. I vår tjeneste har vi til enhver tid eldre med depresjonssymptomer. Mangel på tid og mulighet til en god samtale gjør meg gjør at jeg føler meg mislykket og oppgitt. Jeg synes det er sårt å bli fratatt kvalitetstid med pasienten. I hjemmesykepleien er det ikke mulig med «et sakte arbeid», jeg synes det er tungt å føle utilstrekkelighet. Det føles som en «evigvarende sirkel», jeg forsøker og forsøker, men kommer aldri i mål. Jeg har ofte tanker om hvordan det gikk med pasienten når jeg kommer hjem. Et indre stress setter seg i magen. Søvn blir også påvirket. Det er når alt blir stille at tankene kommer snikende. Som sykepleier har jeg jo like mye ansvar for den gamle med symptom på depresjon som for pasienter med avanserte prosedyrer.*

I fase 4 går kondenseringen over til beskrivelser. Delene skal settes sammen igjen, rekontekstualiseres (Malterud, 2017, s. 108). Resultatene viser lojalitet til hva deltagerne har fortalt i intervjuet, og jeg er oppmerksom på min rolle som fortolker. Nå går jeg tilbake til den transkriberte teksten for å kontrollere at innholdet i teksten ikke blir tatt ut av sin sammenheng. Analysen formidler fellestrekk og variasjoner fra intervjuene. Eksempler og direkte sitat fra deltagerne blir brukt for å illustrere den analytiske teksten.

## **4.4 Ethiske vurderinger**

### **4.4.1 Informasjon og frivillighet**

Prosjektskissen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansenummer 284668 (vedlegg 5). Studien følger de forskningsetiske vurderingene som er beskrevet i Helsinkideklarasjonen (Verdens legeforening, 2013).

Virksomhetslederne og deltagerne fikk skriftlig informasjon om undersøkelsens hensikt og hvilke kriterier som ligger til grunn for å bli rekruttert som deltager. Før intervjuene startet ble denne informasjonen gjentatt muntlig og samtykkeerklæringen ble signert (Vedlegg 3). Jeg gjentok at det er frivillig å delta på intervjuet og at deltakerne er fri til å trekke seg når som helst, uten at dette innebærer konsekvenser for dem. Denne informasjonen blir også gjentatt etter at intervjuene er utført.

### **4.4.2 Anonymitet**

Personvernet er ivaretatt slik at det ikke skal være mulig å kjenne igjen deltakerne i etterkant av undersøkelsen. Ingen bakgrunnsopplysninger er med i opptakene. Transkripsjonene har tallkoder som erstatter navn. I ett av intervjuene nevner deltageren navn på et lokalt sted. Dette stedet markeres som X i teksten. Ved to anledninger omtaler deltagerne seg selv i 3.person, navnene er da tatt bort fra teksten. Dialektuttrykk modifiseres ettersom teksten er skrevet på bokmål. Betydningen dialekten har for meningsinnholdet blir tatt i betraktning når teksten blir tolket. Måten deltagerne ordlegger seg på med dialekt kan ha en annen betydning enn det som kommer frem i skriftspråket (Kvale & Brinkmann, 2017).

I undersøkelsen etterspør jeg erfaringer deltagerne har fra å følge opp eldre med depresjon. Det blir poengtert skriftlig og muntlig før intervjuet at det er deres erfaringer jeg er ute etter, ikke taushetsbelagt informasjon om pasienter.

#### **4.4.3 Sikkerhet rundt oppbevaring av data**

Intervjuene som er tatt opp på bånd, det transkriberte materialet og samtykke erklæringene er forsvarlig innelåst i safe på mitt hjemmekontor i prosjektperioden. Samtykke erklæringene er innelåst adskilt fra opptakene og det transkriberte materialet slik at det ikke er mulig å koble navn på deltagerne til intervjuene. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.

#### **4.4.4 Risiko for ulemper**

Det etiske prinsippet om velgjørenhet ligger til grunn for at risikoen for å skade en deltager skal være lavest mulig i en kvalitativ studie (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 107). I min undersøkelse er dette ivaretatt ved at jeg på forhånd reflekterte over hva som kan utgjøre en fare for ulemper i intervjusituasjonen. Når deltagerne samtaler om personlige erfaringer kan det innebære at sårbare tema som maktesløshet, frustrasjon og personalkonflikter blir tatt opp. De personlige grensene til deltagerne ble ivaretatt slik at deltagerne selv fikk bestemme hvor mye de ønsket å snakke om egne følelser og sårbare tema under intervjuene. Jeg var oppmerksom på at jeg som intervjuer ikke skulle bli forvekslet med rollen som «støttende kollega» i intervjusituasjonen. Jeg la heller ikke opp til videre dialog rundt tema som ikke omhandlet min undersøkelse. Jeg var bevisst på at det var deltagerens egne erfaringer og ikke taushetsbelagt pasientinformasjon intervjuene skulle handle om. Dersom denne grensen skulle stå i fare for å bli brutt ville informasjon om at taushetsplikten ikke under noen omstendighet skal brytes blitt gjentatt før intervjuet fortsatte. Det ble ikke behov for å avbryte noen av intervjuene.

#### **4.4.5 Maktforhold i intervjusituasjonen**

Kvale og Brinkmann (2017, s. 52) omtaler forholdet der intervjuer og deltager ikke har en helt åpen og fri dialog som ett «asymmetrisk maktforhold». I denne undersøkelsen er min oppgave å spørre under intervjuet, og deltagerne sine oppgaver å svare. På forhånd er det bestemt hvilket tema samtalen skal ha, ut fra mine interesser. Dette gjenspeiles også i intervjuguiden. Som intervjuer er jeg i den posisjon at jeg har anledning til å dreie samtalen inn på områder jeg ønsker å vite mer om. Min forforståelse er med meg inn i analysearbeidet, selv om jeg er oppmerksom på å være åpen for deltagerens stemme. Det er mine konklusjoner som er «fasit» når resultat fra studien skal offentliggjøres. For å håndtere forholdet mellom deltagerne og meg som intervjuer forsvarlig har jeg valgt å intervju personer som jeg ikke har en personlig relasjon til, hverken privat eller i jobbsammenheng. For å være sikker på at deres historie blir

formidlet mest mulig lojalt stopper jeg opp samtalen når noe fremstår uklart. Ved å spørre «hva mener du nå..?» eller «Forsto jeg deg riktig når du sier at...» kan bekrefte eller korrigere min oppfattelse av det som deltagerne formidler.

## **4.5 Kvalitetsvurdering**

### **4.5.1 Refleksivitet**

Refleksivitet er en aktiv holdning eller posisjon som forskeren inntar gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 19). Forskeren stiller spørsmål til egen fremgangsmåte og konklusjoner. Underveis må forskeren erkjenne og vurdere betydningen av sitt eget ståsted. Når egen forforståelse og fremgangsmåte blir klargjort i teksten blir det mulig for leseren å forstå hvordan forskeren kom frem til resultatet. Nærhet til forskningsfeltet kan vanskeliggjøre refleksiviteten. Forskeren må være oppmerksom på sitt eget ståsted og være bevisst på sitt utgangspunkt for tolkning, observasjoner og lesing av datamaterialet. For å utjevne forutinntatte holdninger som kan påvirke resultatet er det nødvendig å stille seg selv kritiske spørsmål om hva som er utgangspunktet for forskningen.

I oppgaven er bakgrunnen for undersøkelsen beskrevet, hvordan den er gjennomført, hvilke resultat som kom frem og hvordan resultatene er tolket. Dette gjør det forhåpentligvis mulig for leseren å forstå hvordan jeg kom frem til resultatene. Min egen forforståelse kommer til syne under valg av teori og presentasjon av vitenskapsteoretisk ståsted. Underveis i arbeidet med oppgaven har min forståelseshorisont endret seg etter hvert som jeg har fått ny innsikt gjennom samtale med deltagerne, tolkning av materialet og fra teori som er brukt i oppgaven.

Ettersom jeg selv arbeider som sykepleier i hjemmesykepleien har jeg en nærhet til forskningsfeltet som kan vanskeliggjøre refleksiviteten. Før intervjuene startet avklarte jeg min rolle som masterstudent med deltagerne slik at hensikten med samtalen skulle komme tydelig frem. I intervjusituasjonen bidro min åpne holdning og kjennskap til arbeidet at jeg raskt kom i god kontakt med deltagerne. Jeg gjenkjente situasjoner som ble beskrevet og forsto intuitivt hva deltagerne snakket om når de delte sine erfaringer med meg. Min forkunnskap gjorde at jeg kunne be om at deltagerne utdypet sine svar når jeg forsto at budskapet ikke kom tydelig nok frem. Samtidig oppdaget jeg at det var lett å glemme å etterspørre det som for meg fremsto som selvfølgeligheter. Et eksempel på dette var å be deltageren si mer om hvorfor de la vekt på å ha en personsentret tilnærming til eldre med depresjon.

I starten av arbeidet med denne undersøkelsen hadde jeg en forventning om at deltagerne ville fortelle mye fra møtet med hjemmeboende eldre med depresjon. Hvordan de gikk frem for å skape en tillitsfull relasjon og hva som ble vektlagt i samtalen og hvordan de fulgte opp tiltak som var iverksatt. Allerede etter første intervju måtte jeg stille meg kritisk til egne forventninger. Det ble tydelig at deres fortellinger la vekt på en del andre utfordringer enn jeg hadde trodd på forhånd. I intervjuene kom det frem at deltagerne i liten grad hadde anledning til å følge opp eldre med depresjon. Selv arbeider jeg i en mindre kommune og følger opp eldre med depresjon tettere enn flere av deltagerne i undersøkelsen gjør. Når deltagerne sporadisk kommer i kontakt med deprimerte eldre tar de flere grep for å kompensere for mangel på kontinuitet og tid de har til rådighet. Jeg måtte erkjenne at i noen intervju hadde deltagerne noe begrenset erfaring med hvordan de konkret fulgte opp eldre med depresjon. Dette setter jeg i sammenheng med at deltagerne ofte gjorde andre oppgaver. Når deltagerne var hos denne pasientgruppen var tiden for knapp til å fokusere på den følelsesmessige og psykiske situasjonen. Arbeidsforholdene hadde betydning for følelsesmessige reaksjoner deltagerne hadde med å stå i krevende situasjoner. Jeg var oppmerksom på at mine egne følelser og erfaringer ikke skulle påvirke deltagerens synspunkter i intervjusituasjonen.

#### **4.5.2 Validitet**

Valideringen foregår gjennom hele forskningsprosessen og innebærer at det stilles spørsmål om relevans til forskningsspørsmålene, metode, utvalget, datainnsamlingen, teoretiske perspektiv, analysestrategien og om resultatene fra studien gir svar på problemstillingen (Malterud, 2017, s. 192).

Etter hvert som den transkriberte teksten fra intervjuene ble gjennomarbeidet ble det tydelig hva deltagerne sine erfaringer handlet om. Det ble nødvendig å stille spørsmål om problemstillingen hadde relevans til datamaterialet. Problemstillingen har derfor endret seg noe underveis i studien. Opprinnelig var problemstillingen: *«Hvilke erfaringer har sykepleieren i hjemmebasert omsorg fra møtet med den gamle med symptom på depresjon med særlig tanke på lindring og oppfølging?»*. Da det i intervjuene kom frem at selve møtet mellom sykepleier og pasient ble belyst mindre enn forventet ble det naturlig å justere problemstillingen. Jeg tok også et valg om å bruke begrepet «eldre» istedet for «gammel» etter at problemstillingen var oppe til diskusjon på et av masterseminarene i studiet mitt.

Endelig problemstilling ble «*Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere med å følge opp eldre med depresjon?*».

Utvalget har god informasjonsstyrke ettersom deltagerne har lang og variert arbeidserfaring fra eldreomsorgen, samtidig er relativt få deltagere med i min undersøkelse. Mitt inntrykk var at deltagerne følte seg trygge i intervjusituasjonen og at de var reflekterte når de delte sine erfaringer med å følge opp eldre med depresjon. De fem deltagerne kom fra to ulike kommuner. Dersom jeg hadde valgt en deltager fra fem ulike kommuner er det mulig svarene hadde variert mer.

Intervjuene ble gjort på arbeidsplassen og i arbeidstiden til deltagerne. I ettertid ser jeg at dette kan ha vært med på å påvirke konsentrasjonen til noen av deltagerne. To av deltagerne kom rett fra travle arbeidssituasjoner og hadde behov for å roe litt ned før intervjuet startet. Ett av intervjuene ble avbrutt av en arbeidskollega som hadde behov for å snakke med deltageren. Dersom vi hadde vært utenfor arbeidsplassen og utenom arbeidstid så hadde det kanskje vært mer ro fra begynnelsen av intervjuet. Båndopptakeren ble for to av deltagerne en forstyrrelse. I det ene tilfellet gikk deltageren ut av lokalet noen minutter før intervjuet startet. Hun ble stresset av å tenke på at det skulle gjøres et opptak. I det andre tilfellet ba deltageren om en pause etter at intervjuet hadde startet slik at hun fikk fokuset bort fra båndopptakeren. Begge bekreftet at det gikk bra før vi fortsatte. Da samtalen kom i gang var mitt inntrykk at ingen av dem ble forstyrret av båndopptakeren. Hvilke sykepleiere som ble forespurt å delta i min undersøkelse var det virksomhetslederne for hjemmesykepleien som bestemte. Om det er ansatte som viser stor lojalitet til avdelingen og til vanlig stiller få kritiske spørsmål til organiseringen av tjenesten kan jeg som intervjuer ikke ha noen formening om.

Artiklene som ble valgt ut som relevante for problemstillingen hadde funn som kunne belyse resultatene i min undersøkelse. Sykepleiere la blant annet vekt på betydningen av kontinuitet og tid i oppfølgingen av eldre med depresjon. Sykepleiere etterspurte veiledning fra psykiatritjenesten og støtte fra leder i krevende arbeidssituasjoner. Samtidig kan det være grunn til å stille spørsmål om konteksten i de ulike artiklene kan sammenlignes med konteksten i min undersøkelse. Deltagerne i denne undersøkelsen arbeider i to forholdsvis små kommuner i Nordland. Studiene som er valgt er fra større by områder i New York og New Zealand (Liebel & Powers, 2015; Waterworth et al., 2015). Også i studien til Janlöv et

al. (2018) var deler av undersøkelsen gjort i et større byområde. Artikkelen til Halvorsrud et al. (2014) sier ikke noe om størrelsen på området deltagerne arbeider i. Det gir grunn for å reflektere over om det kan være forskjellig syn hos sykepleierne med tanke på hvilket ansvar den offentlige helsetjenesten har i forhold til å imøtekomme eldre med psykiske lidelser og hvilket ansvar den enkelte pasient og familie har selv.

Når resultatene fra undersøkelsen var klare diskuterte jeg disse i mitt fagligmiljø. Her fikk jeg innspill på at undersøkelsen er relevant for sykepleiere sin arbeidshverdag og tilbakemelding på at resultatene er gjenkjennbare. Gjennom hele arbeidet med denne oppgaven har jeg hatt tett oppfølging og dialog med min veileder.

### **4.5.3 Pragmatisk validitet**

Pragmatisk validitet omtales som kunnskapens brukbarhet. Hvordan og i hvilken grad resultat fra forskningen kan brukes av andre sier noe om dette. Kunnskapsutviklingen kan være med å forbedre praksis dersom den har relevans for praksisfeltet (Malterud, 2017, s. 198).

Min undersøkelse kan være med å gi en økt forståelse av kompleksiteten av det å arbeide som hjemmesykepleier. Resultat fra undersøkelsen kan gi en pekepinn på områder i praksisfeltet som kan forbedres for å øke kvaliteten på oppfølging av eldre med depresjon og hvilke grep ledere kan ta for å bedre arbeidsforholdene til sykepleiere. Tidligere forskning viser hvilke alvorlige konsekvenser depresjon kan ha for eldre. Hjemmesykepleieres unike mulighet til å følge opp eldre med depresjon i hjemmet og tidlig komme i gang med tiltak som er viktig for den psykiske helsen er poengtert. Kunnskapen kan understøtte behov for å styrke kontinuiteten sykepleiere har hos eldre med depresjon og slik anerkjenne den psykiske lidelsen på lik linje med somatiske lidelser.

Undersøkelsen tydeliggjør at sykepleiere kan komme i et press mellom organisasjonens krav om effektivitet og utøvelse av egen faglig og moralske standard i oppfølging av eldre med depresjon. Dette kan gjøre arbeidsbelastningen tung å bære over tid og øke risiko for utbrenthet og utmattelse i arbeidet. Ledere i pleie og omsorgstjenesten kan legge til rette for mer tverrfaglig samarbeid og veiledning for ansatte som står i slike krevende arbeidssituasjoner. Undersøkelsen gir også økt kunnskap om behov for faglig refleksjon som en del av sykepleiepraksisen. Denne oppgaven kan gis ut i artikkelform slik at resultatene blir mer tilgjengelig for et bredere publikum.



#### **4.5.4 Undersøkelsens begrensninger**

Undersøkelsens begrensninger er knyttet til utvalget, datainnsamlingen og til metoden. Selv om deltagerne i min undersøkelse hadde lang erfaring og var samstemte i sine fortellinger er det en svakhet at utvalget består av bare fem deltagere. Studien har ikke undersøkt erfaringene andre yrkesgrupper og ledere i hjemmesykepleien har med oppfølging av eldre med depresjon. Eldre med depresjon er ikke spurt om hvordan de selv erfarer oppfølgingen fra hjemmesykepleien.

Deltagerne i undersøkelsen fikk spørsmål om erfaringer de har med å følge opp eldre med depresjon. Som intervjuer er det jeg som brakte depresjon inn som kriteriet for samtalen. I ettertid ser jeg at dette perspektivet med fordel kunne vært nyansert. «Nedstemthet» og «tristhet» er kanskje et mer dekkende begrep. «Depresjon» kan muligens virke for statisk og snevert. Mitt inntrykk er at deltagerne i like stor grad deler sin erfaring fra å følge opp eldre som har naturlige følelsesmessige reaksjoner som nedstemthet, tristhet og sorg som eldre med diagnosen depresjon. Likefult er mitt inntrykk at deltagerne forholdt seg til de følelsesmessige uttrykkene, uavhengig av diagnose eller ikke.

I ettertid har jeg sett at min uerfarenhet i intervjusituasjonen kan ha bidratt til at jeg enkelte ganger kunne vært flinkere til å stoppe opp å be deltagerne utdype svarene sine bedre.

Forforståelsen min om dette tema kan ha vært med på å sette preg på undersøkelsen. Hvordan materialet er kategorisert og hvilke tema som er vektlagt i analysen er gjort med bakgrunn av gjentatte diskusjoner med min veileder som har fulgt undersøkelsen tett. Diskusjonene kan ha gjort meg mer oppmerksom og bevisst min egen forforståelse. Videre har våre diskusjoner hatt innvirkning på teori som er presentert for å belyse problemstillingen. Det meste av forskningslitteratur som er knyttet til diskusjonsdelen er funnet etter at resultatene var klare. Hadde jeg hatt et dypere kjennskap studiene på forhånd hadde det muligens vært lagt mer vekt på enkelte tema i intervjuene. Et eksempel på dette er hvordan sykepleierne håndterer moralsk stress i arbeidet sitt. Samtidig har jeg valgt en mer datastyrt tilnærming der utgangspunktet for undersøkelsen er deltagerne sine erfaringer.

## **5 Resultat**

I dette kapitlet blir resultatene fra undersøkelsen presentert i tre hovedkategorier: «Det er lite fokus på eldre med depresjon», «Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen» og

«Sykepleieren føler seg alene». Det er to subgrupper under hver hovedkategori. Direkte sitat fra den transkriberte teksten er uthevet i kursiv og brukes for å illustrere og utdype innholdet i teksten.

## **5.1 Det er lite fokus på eldre med depresjon**

Deltagerne forteller at det er lite fokus på eldre med depresjon. Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave. Symptomer på depresjon blir ikke kartlagt og oppfølging av depresjon hos eldre dokumenteres sjeldent i journalen. Felles mål for oppfølging av pasientgruppen er mangelfull og dette gjør det utfordrende å iverksette tiltak. Det er ikke samarbeid med psykiatritjenesten. Deltagerne har et sterkt ønske om veiledning i oppfølging av eldre med depresjon.

### **5.1.1 Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave**

Deltagerne i studien forteller at de i svært liten grad er involvert i oppfølging av eldre med depresjon. Alvorlig syke pasienter med avansert medisinskteknisk utstyr og legemiddelhåndtering er prioriterte sykepleieoppgaver på deltagerne sine arbeidsplasser. Deltagerne forteller at eldre med depresjon ikke blir sett på som så syke at det er behov for at sykepleiere følger dem opp regelmessig. En deltager sier at hjelp til å dusje og samtale med eldre med depresjon blir ikke forbundet med sykepleieoppgaver. Når deltagerne er på tilsyn hos eldre med depresjon blir det i hovedsak fokusert på personlig hygiene, utlevering av medisiner og hjelp til praktiske gjøremål. En av deltagerne sier at det er først når eldre har sluttet å spise eller ikke vil stå opp som følge av depresjonen, hun blir bedt av sine kollegaer om å dra til pasienten. Deltagerne blir tilkalt akutt av kollegaer i situasjoner der det er fare for at eldre med depresjon kan begå selvmord.

*«Samtale med deprimerte er ikke det som står øverst på sykepleier agendaen».*

Deltagerne forteller at oppfølging av depresjon hos eldre sjeldent er nevnt i vedtaket om tjeneste i hjemmesykepleien. I vedtaket er praktiske tjenester i forhold til stell og pleie og hjelp til å administrere medisiner beskrevet. I intervjuene blir det sagt at nedstemthet og depresjon ikke blir vurdert som grunn god nok til oppfølging. En deltager sier at hun ikke kjenner til at eldre blir henvist til frisklivssentralen «bare fordi de er deprimert». Det må være andre problemstillinger som er årsak til at eldre blir vurdert for å få oppfølging til trening.

**«Så lenge de har noen andre ting de sliter med eller... andre vedtak da, så kan man jo følge de opp. Men jeg tror ikke det blir noe gehør for å følge opp.. «BARE» i gåseøyne, bare er deprimert».**

En av deltagerne fortalte om det hun kalte «gråsome pasienter». Det er eldre som på grunn av angst og depresjon får innvilget tilsyn av hjemmesykepleien fordi tryggheten dette gir gjør det mulig for dem å bo hjemme. Uten hyppig tilsyn forteller deltageren om mye uro og ofte utløste trygghetsalarmer. Selv om «gråsome pasientene» helt fin klarte å ta hånd om medisinene sine selv, er det samtale rundt medisiner som er tema ved det ekstra besøket. Ikke den psykiske helsen. I hektiske perioder blir tilsyn til eldre med depresjon redusert til ringetilsyn eller det blir henvist til trygghetsalarmen.

**«Så da må vi bare finne på ting mange ganger for å opprette besøk til dem. Det er faktisk slik det foregår. At vi lager mat, eller at vi hjelper dem med ditt eller datt, sant».**

Deltagerne forteller at tiltak for å bedre ernæringsstatusen hos eldre blir iverksatt når det er behov for det. Selv om deltagerne mistenker at depresjon kan være medvirkende årsak til dårlig matlyst hos eldre så snakker ikke deltagerne med pasienten om denne sammenhengen. En deltager forteller at føringer fra ledelsen som trygg legemiddelhåndtering og ernæring får mest fokus i arbeidet i hjemmesykepleien. Deltagerne sier det er svært vanskelig for dem å vurdere effekten av medisiner mot depresjon da de ikke ser pasienten regelmessig. En deltager sier det er legen som har mest oversikt over effekten av disse medikamentene.

Ingen av deltagerne har støttesamtaler eller fast oppfølging av eldre med på depresjon. Deltagerne sier at hadde det vært ressurser til det så hadde det vært bra om den samme sykepleieren kunne hatt ansvar for å følge opp eldre med depresjon over tid.

Ingen av deltagerne i studien kartlegger symptomer på depresjon. Deltagerne forteller at det blir gjort vurderinger som «jeg tror at..», «pasienten virker deprimert..» eller «jeg synes at..». Endringer hos pasienten blir vurdert opp mot hvordan deltageren opplevde situasjonen ved forrige tilsyn. Vurdering blir også gjort på bakgrunn av rapporter kollegaer gir. Deltagerne sier at synsing og subjektive meninger ligger til grunn når det blir gjort vurderinger av symptomer på depresjon.

**«.. ikke noe sånt måleverktøy eller.. Da går det mer på å føle seg frem ».**

Dokumentasjonen som handler om mistanke om depresjon eller depresjon omtaler deltagerne som tilfeldig. Av og til blir det opprettet et problem «depresjon» i sykepleiejournalen, men ofte blir notat om den psykiske helsen skrevet under andre problemstillinger. I intervjuene kommer det frem at det dokumenteres mest under «ernæring» og «stell».

*«Kan jo bare skrive.. «Pasienten virket i bedre humør..» eller et eller annet sånn».*

En deltager er tydelig på at det er vanskelig å videreformidle arbeidet hun gjør hos eldre som ikke omhandler praktiske gjøremål. At det betyr mye for pasientene at hun har god tid under tilsynet og at samtalen har hjulpet eldre med depresjon. Dette handler om «det sakte arbeidet», som hun sier.

### **5.1.2 Felles mål for oppfølging av eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten er mangelfull**

Deltagerne forteller at det ikke er en felles forståelse om hvordan eldre med depresjon skal følges opp av hjemmesykepleien. I muntlige rapporter og i skriftlige rapporter blir tiltak mot depresjon sjeldent snakket om. Deltagerne sier at de i liten grad vet hvordan deres kollegaer håndterer utfordringer og hvilke vurderinger de gjør i forhold til pasientgruppen. Deltagerne forteller at de kan bli engstelige for å belaste sine kollegaer med ekstra arbeid dersom de for eksempel setter opp ekstra tilsyn. I situasjoner der det er uenighet blant ansatte om hvilke tiltak som skal iverksettes, er det ekstra utfordrende å argumentere for at den eldre har behov for mer hjelp

*«Kanskje observerer vi forskjellige ting. Vi er ulike sånn. Ulike personer, pleiere som er inne hos pasientene».*

Deltagerne i studien forteller at de har ønske om et samarbeid med psykiatritjenesten om felles pasienter. Slik er det ikke i dag. Tilfeldigheter avgjør om deltagerne vet om eldre får oppfølging av psykiatritjenesten. Opplysninger om dette får deltagerne ved at pasientene forteller dette selv, eller ved at deltagerne tilfeldig møter psykisk helsearbeidere hjemme hos eldre ved tilsyn. Ettersom det ikke er noen form for samarbeid eller dialog mellom hjemmesykepleien og psykiatritjenesten så vet heller ikke deltagerne hvilke mål som er satt for behandlingen av depresjon. En av deltagerne sier at hun vet at hun kan nå psykiatritjenesten på telefon om hun har spørsmål. Hun tar sjelden kontakt selv om hun tenker

at det kunne vært behov for det innimellom. En av deltagerne sier hun ikke vet om hennes leder har dialog med psykiatritjenesten.

*«Det hadde jo vært veldig greit å fått en oppskrift fra spesialisthelsetjenesten når de kommer hjem disse. Hva som skal til for å holde dem der de skal være. Men det.. sånn er det ikke».*

Noen ganger får deltagerne arbeidsoppgaver i hjemmet til eldre som til vanlig bare har oppfølging av psykiatritjenesten. En av deltagerne forteller om vanskelige situasjoner når hun skal inn å stelle sår hos en pasient. Hun vet ingen ting om den psykiske helsen og det blir krevende for henne når den eldre forteller om sine tanker som følge av en dyp depresjon.

*«Det er jo på en måte psykiatritjenesten som har disse samtalene, men det er jo som jeg sier i sted, vi har jo ikke noe samarbeid med dem. Vi vet jo ikke hva de har pratet om».*

Alle deltagerne synes det er vanskelig at de ikke har veiledning og støtte fra psykiatritjenesten i oppfølgingen av eldre med depresjon. I alle intervjuene blir behov deltagerne har for veiledning fra psykiatritjenesten beskrevet. Det kommer frem i intervjuene at deltagerne stoler mest på egne vurderinger og at de synes det er trygt å ha tidligere erfaring med å møte eldre som har depresjon.

## **5.2 Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen**

Deltagerne forteller at de gjør det beste ut av situasjonen når de skal følge opp eldre med depresjon. Deltagerne ønsker at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Deltagerne tar grep for å kunne bruke mer tid hos eldre med depresjon.

### **5.2.1 Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt**

Det er viktig for deltagerne at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt når de får tilsyn av hjemmesykepleieren. Deltagerne forteller at de er bevisste på hvordan de bruker kroppsspråket for å formidle at pasienten har deres fulle oppmerksomhet. Det kan være å bruke blikk kontakt og å snakke rolig til pasienten. En deltager sier at hun alltid tar av seg jakken og setter seg ned. Det er viktig for deltagerne å ta hensyn til hva eldre med depresjon selv ønsker. Tid som er avsatt til oppdrag som for eksempel hjelp til å dusje kan heller bli brukt til samtale dersom den eldre ber om det.

***«Men det å gi seg tid å se pasienten og gjøre en liten forskjell for de, det tenker jeg er kjempeviktig. Nesten viktigere enn medisin i mine øyne».***

Alle deltagerne i studien erfarer at tiden de har pasientene er begrenset og de forsøker å bruke tiden som er til rådighet effektivt. Deltagerne sier at det kan ta tid å komme i gang med samtalen om den psykiske helsen. En av de spurte sier at selv om hun har liten tid så forsøker hun å finne svar på hvorfor pasienten føler seg deprimert. Deltagerne forteller at de er engstelige for ikke å klare å ivareta eldre i forbindelse med samtale om personlige forhold. Andre arbeidsoppgaver som venter eller avbrytelser ved at vakttelefonen ringer kan gjøre at deltagerne velger å ikke ta initiativ til en personlig samtale. Det blir for vanskelig for deltagerne å forlate pasienter som er lei seg og har angst. Selv om deltagerne forstår at den eldre har behov for å snakke om depresjonen så prioriterer de heller andre gjøremål fremfor å risikere å ikke ha tid nok til samtalen.

***«Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp det er jo... den stunden til å kunne prate litt... det blir jo ikke aktuelt».***

Deltagerne forteller at de tar opp tema de mener er naturlig å prate med eldre om. Det kan være livet generelt og interesser de vet den eldre er opptatt av. Samtalen blir beskrevet som en hjelp de gir for at den eldre kan mestre tunge tanker. I situasjoner der eldre med depresjon er svært fortvilet og har mye angst er det viktig for deltagerne selv å beholde roen. En deltager forteller at det er avgjørende å få forståelse om hva som er årsak til uroen ettersom angst også kan være symptom på et hjerteinfarkt eller andre sykdommer. Når hun har fått oversikt over situasjonen, så er deltageren direkte i dialogen. Hun spør om den eldre føler seg nede, er redd eller om han er deprimert.

Deltagerne sier at det kan være vanskelig å samtale om årsak til nedstemthet og alkoholvaner. Spesielt i tilfeller der deltagerne ikke kjenner den eldre godt. En deltager forteller at det er enklere å få god kontakt når man er fra samme plass og har felles dialekt. Jo bredere dialekt hun snakker, jo enklere er det å finne tonen med den eldre. Lang erfaring fra eldreomsorgen gjør at hun synes det kan være mer utfordrende å samtale med yngre pasienter om psykisk helse enn med eldre. Deltagerne forteller at de møter eldre som snakker om at de ønsker å dø eller at de truer med å ta livet sitt. I slike situasjoner forteller en av deltagerne at hun tenker

dette er tomme trusler når pasienten ofte tar det opp ved tilsyn. Hun er mer bekymret for eldre som ikke deler slike tanker.

*«Så er det dette med psykiske ting også.. Det er mer sånn ullent og vanskeligere å ta tak i enn et beinbrudd! Så da blir det vel litt stemoderlig- behandlet».*

Ofte gir deltagerne eldre med depresjon råd om å være sosial eller å begynne å trene. En deltager forteller at hun setter seg selv mål for hva hun ønsker å oppnå i møtet med eldre med depresjon. Hun sier at hun blir skuffet dersom hennes mål om at den eldre skal ha begynt trening ikke er kommet i gang neste gang hun kommer. Det kan ta lang tid mellom hver gang hun er hos den eldre og at det er en del av årsaken til at hun ikke får fulgt opp tiltaket. En deltager beskriver at dersom hun opplever god kjemi og tillit fra eldre med depresjon så synes hun at hun er kommet langt i arbeidet sitt.

### **5.2.2 Sykepleieren tar grep.**

Deltagerne forteller at de er nøye med å prioritere tiden de har til rådighet. Er det eldre som har behov for ekstra tid til samtale så forsøker deltagerne å være der litt lengere. Avgjørelsen blir tatt under planlegging av arbeidsdagen, eller spontant når deltagerne er på tilsyn.

Deltagerne forteller at de heller bruker mindre tid på dokumentasjon og hos andre pasienter med mindre behov for å kunne være lengere hos eldre med depresjon. Så lenge arbeidsoppgavene blir gjort i løpet av vekten så gjør det ingen ting å komme senere inn på kontoret. En deltager forteller at om hun bruker mer tid hos en pasient en dag, så «utjevner» hun dette med å bruke lengere tid hos en annen pasient neste dag. Slik forsøker hun å være rettferdig med fordelingen av tid hun har til rådighet. Forskyving av arbeidet går også ut over deltagerens matpause. Muligheten deltagerne har til å disponere sin egen arbeidstid er avgjørende for at de ønsker å fortsette å jobbe i hjemmesykepleien.

*«Den dagen de kommer og sier at du skal huske å bare skal bruke de minuttene, og stå med en stoppeklokke, da drar søster xxx til en annen plass».*

Dersom det er anledning så tar deltagerne selv initiativ til å få dra til deprimerte eldre de tidligere har vært på tilsyn til. Dette blir begrunnet med et ønske om å ha mulighet til å følge opp den eldre. Ettersom deltagerne som regel treffer eldre med depresjon sporadisk bruker de tid på å sette seg inn i aktuelle problemstillinger før de drar på tilsyn. De setter seg inn i journalnotat og etterspør informasjon hos kollegaer. Når deltageren er hos den eldre så gjør de

egne vurderinger basert på hvordan de opplever situasjonen her og nå. Deltagerne tar mest hensyn til egen vurdering de gjør i møtet med den eldre.

I akutte situasjoner som ved fare for selvmord forteller deltagerne at de ofte drar hjem til den eldre sammen med legen. Kontakt med fastlegen skjer enten på telefon eller gjennom elektronisk melding. En deltager forteller at hun overdriver i sin beskrivelse til legen for å være sikker på at den deprimerte eldre skal få den oppfølgingen hun mener er nødvendig. Dette skjer i situasjoner der deltageren mener legen ikke har forstått alvoret i situasjonen og gjør andre vurderinger enn henne som kjenner situasjonen best.

*«Så da må vi gjerne smøre på litt ekstra for å få den hjelpen vi mener personen skal ha da».*

### **5.3 Sykepleieren føler seg alene.**

Deltagerne føler seg alene i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon. Det er ikke kultur for faglig refleksjon. Det er sjelden anledning for deltagerne å diskutere erfaringer de har fra arbeidet. Deltagerne kan føle et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver og deres eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Inntrykk og tanker er med deltagerne hjem etter arbeidstid.

#### **5.3.1 Det er ikke kultur for faglig refleksjon.**

I intervjuene forteller deltagerne at det ikke er vanlig å reflektere systematisk over faglige problemstillinger og etiske problemstillinger som handler om eldre med depresjon på deres arbeidsplass. Det er ikke satt av tid til dette. Diskusjoner foregår i sammenheng med rapporten eller sporadisk i løpet av arbeidsdagen. Flere av deltagerne sier at de savner å diskutere med sine arbeidskollegaer erfaringer de har med å følge opp eldre med depresjon. De mener slike samtaler kunne gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner.

Deltagerne forteller om situasjoner de reagerer på som kan være vanskelig å diskutere med kollegaer. Dersom det er dårlig stemning på vaktrommet fordi arbeidspresset er høyt, så forteller en deltager at hun er engstelig for at hennes kollegaer skal ta med seg det dårlige humøret når hun drar hjem til eldre med depresjon. Det er enklere for henne å ikke si noe enn å ta det opp med sin kollega. Deltageren sier at hun er redd for at *den eldre skal føle seg avvist og til bry.*



*«Det er ikke alltid jeg føler meg tøff nok til å si at... ja til å tørre å si det».*

I alvorlige situasjoner der deltagerne vurderer at det kan være fare for liv og helse, er det kollegaer som er på samme vakt som de rådfører seg med. Det kan også være situasjoner der deltagerne er usikre på hvordan de skal få til å kommunisere med den eldre ved tilsyn. Deltagerne forteller at det er trygt å kunne ringe kollegaer for å diskutere problemet.

*«Vi er nødt til å bruke hverandre. Ellers hadde vi blitt tullete for å si det sånn..., mange ganger. Det er klart det er kollegaer man tyr til».*

### **5.3.2 Konstant press påvirker sykepleieren**

Deltagerne sier at de føler et konstant press ved å blir dradd mellom arbeidsoppgaver som er forventet at de utfører og eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Deltagerne forteller at det til enhver tid er eldre med depresjon blant pasientene i hjemmesykepleien. En av deltagerne sier at hun kan nevne et titalls pasienter som overhode ikke har noen form for oppfølging for depresjonen de sliter med. Tristhet og frustrasjon er følelser deltagerne beskriver over å ikke ha tid og anledning til å følge opp eldre med depresjon.

*«Mange ganger synes jeg det er helt for jævlig at vi sitter med alt dette. Fordi vi VET jo at vi ikke klarer å følge dem opp godt nok».*

Deltagerne forteller at mange eldre med depresjon ikke har et sosialt nettverk rundt seg. Mange har bare hjemmesykepleien som er innom. Når pasienten gråter og er alene føles ansvaret ekstra tungt for deltagerne. Det føles umulig for deltagerne å forlate den eldre som ytrer et ønske om å snakke om det som er vanskelig. Deltagerne sier de føler de går på akkord med seg selv i arbeidet. Denne beskrivelsen går igjen i intervjuene. Deltagerne sier de har få muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen slik at de får fulgt opp eldre med depresjon på en bedre måte. En deltager forteller at hun er engstelig for å bli «herdet» og følelsesmessig kald overfor eldre med depresjon. Hun har bestemt seg for å være bevisst dette og heller finne seg en annen jobb for å beskytte seg selv og de eldre dersom belastningen i arbeidet blir for stor.

Det går igjen i intervjuene at deltagerne tenker på hvordan det går med disse pasientene etter arbeidstid. En deltager sier at det er om kvelden når alt blir stille at tankene kommer snikende.

***«Mange ganger har du det travelt og det går kanskje ikke sånn inn på deg. Men det er etterpå at du tenker på den enkelte».***

Det føles som et indre stress og søvnen blir påvirket av dette. Det gjør et personlig inntrykk på deltagerne å møte eldre med sin angst og ensomhet. En av deltagerne er beskrivende i sin fortelling:

***«Å se et menneske som slutter å spise, slutter å ha kontakt med omverdenen, bli mer og mer likegyldig til seg selv er som å se på en sakte død.»***

En annen deltager sier hun tenker at det må være vanskelig å bli gammel. At det må være forferdelig og trist å ha det slik. Hun føler en personlig relasjon til eldre hun kjenner godt gjennom sitt arbeid i hjemmesykepleien.

***«Jeg tenker «stakkars menneske...», det er så trist at det ender slik.»***

Deltagerne sier at mangel på veiledning gjør at de føler seg alene med ansvaret og at de føler usikkerhet og frustrasjon over ikke å klare å bedre situasjonen til de eldre.

***«Jeg har jo vært i psykiatrien, forsøkt det og hadde veiledning regelmessig. Det opplevdes som luksus, det var nesten ikke til å tro, ikke sant. Vi satt jo på timevis for å snakke om ting. Det er jo en helt annen verden enn det vi har».***

Deltagerne sier at i situasjoner der eldre har tatt sitt eget liv som følge av depresjon, var det forferdelig å ikke ha forstått hvor alvorlig situasjonen var. Da kretset tankene rundt hva de som sykepleiere kunne gjort annerledes. En deltager sier:

***«Ansvaret lå jo hos oss i hjemmesykepleien.»***

Ansvaret for eldre med depresjon føles like stort hos deltagerne som ansvaret for andre pasienter. En deltager sier hun føler like mye plikt til å ta vare på denne pasientgruppen som pasienter med avansert pleie i hjemmet.

En deltager forteller at hun forsøker å ta vare på gode tilbakemeldinger fra eldre og fra kollegaer. Det er viktig for henne slik at hun skal klare å stå i krevende arbeidssituasjoner.

Deltagerne sier de ønsker å utgjøre en forskjell for eldre med depresjon, men de har få verktøy å sette inn utenom beroligende medisin. Ofte vil ikke eldre at lege eller psykiatritjenesten skal kontaktes. Dette setter deltagerne i sammenheng med at eldre ikke vil være til bry og at det enda er tabu i samfunnet om psykiske lidelser. Å hjelpe eldre som ikke vil ha hjelp forteller flere av deltagerne er utfordrende. I et av intervjuene blir det sagt at det er krevende å være profesjonell når depresjonen uttrykkes med sinne og «ufin» oppførsel.

*«Da blir jeg frustrert og må bare stå i det.»*

En deltager sier at det føles sårt å bli fratatt kvalitetstid med eldre som har depresjon. Hun sier at i hjemmesykepleien er det ikke mulig med «et sakte arbeid». Deltageren synes det er tungt å føle utilstrekkelighet. Hun forteller at arbeidet oppleves som en «evigvarende sirkel», der hun forsøker og forsøker, men aldri kommer i mål.

*«Men man må jo bare... innse at dette er et sakte arbeide. Evigvarende. Så det går mer i sirkel enn det går fremover.»*

## **6 Diskusjon**

Forskningsspørsmålene er utgangspunkt for diskusjonskapittelet. Diskusjonen er inndelt i ulike tema under hvert forskningsspørsmål. Hvert tema er diskutert med relevant teori og tidligere forskning for å besvare problemstillingen i undersøkelsen.

Det første forskningsspørsmålet lyder som følger: «*Hvilke utfordringer møter sykepleiere med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?*» Det andre forskningsspørsmålet lyder slik: «*Hvordan håndterer sykepleiere utfordringene med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?*»

### **6.1 Hvilke utfordringer møter sykepleiere med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?**

Resultat fra min undersøkelse viser at deltagerne møter ulike utfordringer i forhold til oppfølging av eldre med depresjon: Sykepleieoppgaver er ikke er forbundet med oppfølging av eldre med depresjon, «depresjon» blir sjeldent nevnt i enkeltvedtaket til disse pasientene, mangel på kontinuitet, mangel på veiledning og refleksjonsrom og at et konstant press kan påvirke deltagerne. Disse utfordringene blir i dette kapittelet diskutert i lys av relevant teori og forskning.

### **6.1.1 Oppfølging av eldre med depresjon er ikke en prioritert sykepleieoppgave**

Et viktig resultat i min undersøkelse viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieroppgave i hjemmesykepleien. Deltagerne er i hovedsak hos pasienter med avansert medisinsk behandling i hjemmet og arbeider med legemiddelhåndtering. Dersom det er tid mellom andre arbeidsoppgaver er deltagerne hos eldre med depresjon. Dette kan blant annet være en konsekvens av måten arbeidet er organisert for å imøtekomme krav som følge av samhandlingsreformen.

Store endringer i oppgavene til kommunene kom da samhandlingsreformen «Rett behandling- på rett sted- til rett tid» ble innført i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen har som mål å bedre samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, den legger vekt på forebyggende helsearbeid og pasienter med kroniske lidelser. Som en følge av reformen blir flere pasienter skrevet ut tidligere fra spesialisthelsetjenestene og hjem til kommunene. Dette fører til et økt ansvar for kommunen i form av å følge opp avansert medisinsk behandling i hjemmet. Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) fant i sin studie at sykepleiere opplevde et økt arbeidspress etter samhandlingsreformen. Et større ansvarsområde, krav til kompetanse og tidspress har ført til at oppfølging av psykisk helse blir nedprioritert. Tilsynene krever i større grad indikasjon på somatiske symptomer. Dette samsvarer med resultat fra min undersøkelse som viser at sykepleierne har mest fokus på avansert medisinsk behandling i hjemmesykepleien.

Flere studier viser at det er en høy forekomst av psykiske plager som depresjon i den eldre delen av befolkningen (T. Hansen & Slagsvold, 2019; Stordal et al., 2012). Det er forventet en økning av antall eldre med depresjon i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Depresjon kan føre til svekket helse hos eldre (Nascimento et al., 2016). Livskvaliteten hos eldre kan bli berørt i form av økt ensomhet og isolasjon. Forskning viser at depresjon er en viktig faktor for selvmord hos eldre (Wærn, 2011). Studier viser også at eldre som begår selvmord bare kan ha milde symptomer på depresjon, eller ikke vise tegn til psykisk lidelse (De Leo, Draper, Snowdon & Kølves, 2013). Min undersøkelse tyder på at eldre med depresjon sjeldent blir fulgt opp av sykepleier når de har fått innvilget enkeltvedtak om hjemmesykepleie. Utøvelsen av forsvarlig og omsorgsfull pleie til denne pasientgruppen kan som en følge av dette være svekket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, 2019a, 2019b). Studien til Tønnessen og Nortvedt (2012) avklarer hva faglig forsvarlig

tjeneste i hjemmesykepleien vil si, og hva det betyr at hjelpen skal være omsorgsfull. I forsvarlighetskravet ligger pasientenes rett til å få oppfølging av sine behov i tråd med faglige normer. Dette innebærer at sykepleiere må forholde seg kritisk til enkeltvedtakene som er innvilget. Pasienten skal ivaretas slik at det ikke oppstår krenkelser i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Omsorgsfull hjelp tar hensyn til pasienten sine individuelle behov og ytes i samsvar med faglige retningslinjer (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

I Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon blir faktorer som kan være indikasjon på at det er behov for å følge opp utvikling av symptomer på depresjon, sykdomsutvikling og behandling i primærhelsetjenesten beskrevet (Helsedirektoratet, 2009). I studien til McGarry (2009) er hjemmesykepleiere omtalt som å inneha en nøkkelrolle når det gjelder å identifisere og følge opp depresjon hos eldre. For hjemmesykepleiere er det lettere å oppdage endringer som avviker fra det normale når de har god kjennskap til pasienten. Det kan være endringer i funksjonsnivå og i humør som kan ha sammenheng med depresjon. Kunnskap om konsekvenser depresjon kan ha for eldre sin helse og erkjennelse av at hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å sette inn tidlige tiltak viser at det bør legges til rette for at sykepleiere får mer ansvar for å følge opp denne pasientgruppen.

Resultatene fra min undersøkelse viser at deltagerne mangler tid og anledning til å følge opp eldre med depresjon. Først når tilstanden til pasienten blir vurdert som akutt blir deltagerne kontaktet av sine kollegaer.

Martinsen (2014) beskriver at «Å se med hjertets øye» formidler medmenneskelighet og fagkunnskap. Hjertet som sjelens og kroppens speil viser mennesket slik det er i tanker, følelser, vilje og i etisk orientering. Den profesjonelle ser deltagende oppmerksomt gjennom hjertets øye og blir berørt av det hun ser. Hun rammes av den spontane fordring. Hun tror det hun ser og i kraft av dette vedkommer pasienten sykepleieren. Den profesjonelle ser likhet i forskjelligheten. Å være oppmerksomt tilstede er å se og lytte til den andre, til seg selv og være nærværende. Det motsatte er føleriet der tankene kan bli kretsende og begrenser den andre. Den profesjonelle vil kunne se hvordan det som er likt viser seg ulikt i situasjonen. Forskjelligheten gir den profesjonelle en forståelse av hva som er egenartet i situasjonen. Det krever fagkunnskap og rommelighet å kunne tydeliggjøre de inntrykk sykepleieren får. Slik

jeg ser det settes utøvelsen av personsentrert profesjonalitet rettet mot eldre med depresjon i fare når sykepleiere ikke har anledning til å dra på tilsyn til pasienten.

Min undersøkelse viser at deltagerne ikke alltid imøtekommer behov eldre med depresjon har for å snakke om tanker og følelser. Lite tid gjør at deltagerne ikke tar sjansen på å starte en samtale som de ikke rekker å avslutte på en forsvarlig måte. Tiden blir heller brukt til å utføre praktiske oppgaver. I situasjoner der deltagerne overser behov eldre med depresjon har for å snakke om tanker og følelser kan det sees som at sykepleierne ikke er hjertelig til stede for pasienten (Martinsen, 2014, s. 21). Sykepleierne stiller seg selv utenfor situasjonen og med et registrerende blikk blir lidelsen oversett og eldre med depresjon blir en fremmed som betraktes på avstand (Martinsen & Kjær, 2015).

Ifølge Wifstad (2013, s. 50) blir situasjonen, faglige normer og retningslinjer tatt i betraktning når sykepleiere vurderer faglig forsvarlighet. Situasjonen som helhet vurderes med tanke på: I hvilken sammenheng ble hjelpen gitt? Hvilken informasjon og rammer ble hjelpen gitt under? Når sykepleiere i min undersøkelse velger å ikke ta initiativ til samtale om den psykiske helsen, kan det være en vurdering sykepleierne gjør av helheten i situasjonen. I intervjuene forteller sykepleierne at de kan prioritere bedre tid hos pasienten neste gang og ta opp tråden til samtalen. Slik forsøker sykepleierne i denne undersøkelsen å gi omsorgsfull hjelp selv om forholdene gjør det vanskelig.

Objektivering av eldre med depresjon kan sees i sammenheng med en kultur for gjøremålstravelhet som setter sykepleierens hjertelighet på spill (Martinsen & Kjær, 2015). Det registrerende øyet undergraver den seende følelsen som stemmer og beveger oss i møtet med omgivelsene. I stede arbeider sykepleieren i et «lukket rom» der prosedyrer og gjøremål fyller hele arbeidet. I et lukket rom blir tankene og følelsene til den profesjonelle kretsene, de menneskelige møtene får ikke plass og sykepleieren mister kraften til å være rommelig. Studien til Waterworth et al. (2015) viser at interesse og kunnskap sykepleiere hadde om depresjon hos eldre avgjorde om de eldre fikk individuell oppfølging. Ikke alle sykepleiere mente at det var deres ansvar å snakke med eldre om depresjon.

Individuell omsorg er et element i personsentrert omsorg (Brooker et al., 2013, s. 34-35).

Personer skal behandles som enkeltindivider og bli forstått i en livssammenheng.

Personsentrert omsorg tar hensyn til personens individuelle behov. Knapphet på ressurser kan

være med på å hindre verdsetting og utøvelse av personsentrert omsorg (Brooker et al., 2013, s. 21). Å overse, ignorere og underkjenne behov pasienten har er en del av det Kitwood et al. (1999, s. 54-56) omtalte som «ondartet sosialpsykologi». Slike handlinger kan komme som en følge av pleiekulturen der organisasjonens mål om effektivitet kommer fremfor å ivareta pasientens integritet. Det er heller ikke forenelig med kravet om å yte omsorgsfull hjelp der pasientens individuelle behov skal ivaretas på en faglig forsvarlig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Et bilde av hvor sårbart det kan være for eldre med depresjon å ikke føle seg forstått og bli tatt på alvor belyses i studien til Kjølheth, Ekeberg og Steihaug (2010). Ved å intervjuje pårørende til eldre som hadde begått selvmord og helsepersonell som hadde hatt ansvar for oppfølgingen, ble det forsøkt å finne ut hvordan de avdøde hadde opplevd omsorgstjenesten. Det ble også sett på hva som hadde kjennetegnet kontakten mellom de eldre og omsorgstjenesten. Studien viser at det hadde vært en grunnleggende forståelse blant de eldre at helsepersonalet ikke kunne gi dem den hjelpen de trengte. Frykten og motstanden mot å bli avhengig av helsehjelp hadde vært stor. Dårlig kommunikasjon gjorde at personalet ikke visste om disse problemene. De eldre fikk ikke anledning til å fortelle om sin sårbarhet og sine tanker, noe som forsterket følelsen de hadde av å ikke bli forstått. De følte at mistilliten til omsorgstjenesten ble bekreftet ved at de ikke fikk nødvendig hjelp.

### **6.1.2 Depresjon blir sjeldent nevnt**

Resultat fra min undersøkelse viser at depresjon sjeldent er nevnt i enkeltvedtak eldre har fått innvilget om pleie- og omsorgstjeneste. Kommunene deltagerne arbeider i er organisert etter bestiller- utfører modellen. Det er primærbehovene som først og fremst er beskrevet når pasientene får innvilget tjeneste. Enkeltvedtakene er styrende for den helsehjelpen som blir gitt. Deltagerne beskriver at de er usikre på om nedstemthet og depresjon er grunnlag for å få innvilget tjeneste om hjemmesykepleie.

Bestiller- utfører modellen blir i helsetjenesten brukt for å sikre angivelig rettferdig fordeling av ressursene og et godt koordinert tjenestetilbud til den enkelte bruker av helsetjenesten (Woodward, Abelson, Tedford & Hutchison, 2004). Et resultat av målsetningen til NPM er å effektivisere offentlig sektor. Velferdstjenestene er under press for å være mer effektiv, drive økonomisk og vise måloppnåelse (Øydgard, 2018). Når deltagerne forteller at enkeltvedtak ikke omhandler oppfølging av depresjon kan det tyde på at slike helseutfordringer hos eldre

ikke blir vurdert på lik linje som somatiske lidelser. Det blir i enkeltvedtaket ikke tatt i betraktning at eldre trenger tid under tilsynet slik at psykiske utfordringer kan ivaretas av hjemmesykepleiere.

Sykepleiere er pålagt å ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig måte og gi omsorgsfull hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Skal hjelpen være omsorgsfull må det være mulig for sykepleiere å gi hjelp som er i tråd med relevant fagkunnskap og som er tilpasset den enkeltes behov (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Studien til Tønnessen, Nortvedt og Førde (2011) viser at i utøvelsen av sykepleiepraksis er enkeltvedtakene styrende og begrenser sykepleiere i å utøve helhetlig omsorg. Bestiller-utfører modellen bidrar til økt krav om effektivitet. Dette gir en oppgavefokuseret praksis og en tendens til at individuelle behov pasienten har blir oversett med begrunnelse i at enkeltvedtaket ikke omhandler dette. Det blir i liten grad tatt i betraktning at behovene til pasientene kan endre seg. Dette kommer i kontrast til forståelsen av sykepleiefaget som en kyndig hjelp til å leve gjennom sykdom og behandling der behovene for hjelp vil endre seg utfra situasjonen og helsetilstanden (Elstad, 2014).

I intervju med Egge (2020) reflekterer professor Bornemark over hvordan organisering av NPM som organisasjonsform påvirker yrkesutøvelsen i mellommenneskelige yrker. Arbeidet beskrives med at økonomien styrer, kunnskapen og profesjonaliteten kommer i andre rekke. Byråkrati, prosedyrer og manualer synes viktigere enn relasjoner. Når det er en sterk kontroll på kostnader kan det skapes en mistenksomhetskultur som tapper ansatte for energi og arbeidslyst. Faren er at det utvikles en lydighetskultur, der det er viktigere ikke å gjøre feil enn å stille kritiske spørsmål til yrkesutøvelsen.

### **6.1.3 Mangel på kontinuitet i oppfølging av eldre med depresjon**

Resultat fra min undersøkelse viser at deltagerne mangler kontinuitet i oppfølging av eldre med depresjon. Deltagerne er sjeldent hos disse pasientene, det er ikke samarbeid med psykiatritjenesten, muntlige og skriftlige rapporter vedrørende eldre med depresjon er mangelfulle. Dette utfordrer samhandlingen og relasjonen med deltagerne og pasientene.

Det særegne med hjemmesykepleien utfordrer kontinuiteten (Fjørtoft, 2016). Pasientene bor spredt, det er transporttid mellom hver pasient. Arbeidsoppgavene varierer med ulike krav til kompetanse. Flere ulike fagpersoner kan være involvert i oppfølgingen av pasienten.



Ifølge studien til Gjevjon (2015) kan kontinuiteten i hjemmesykepleien ha tre dimensjoner.

Organisasjonskontinuitet, informasjonskontinuitet og personkontinuitet.

Organisasjonskontinuitet styrer ressurser som helsepersonell, sikrer planlegging og koordinering av helsehjelp. Organisasjonskontinuiteten skal ivareta at pasienten mottar riktig helsehjelp til rett tid. Min undersøkelse viser at sykepleierne ikke er den yrkesgruppen i hjemmesykepleien som følger opp eldre med depresjon. Hvilken oppfølging eldre med depresjon får fra andre helsearbeidere er ikke en del av min studie. Manglende samarbeid mellom hjemmesykepleien og psykiatritjenesten om felles pasienter viser at tjenesten ikke er samordnet slik kvalitetsforskriften legger til grunn for å ivareta kontinuiteten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Tverrfaglig samarbeid anbefales i utredning, oppfølging og behandling av voksne med depresjon (Helsedirektoratet, 2009).

Min undersøkelse viser at informasjonskontinuiteten er svekket i oppfølgingen av eldre med depresjon. Resultatene kan tyde på at muntlige og skriftlige rapporter vedrørende disse pasientene er tilfeldige og mangelfulle. «Depresjon» har ofte ikke egen problemstilling i sykepleiejournalen. Journalnotater vedrørende depresjon blir ifølge deltagerne skrevet under andre problemstillinger, eller det blir ikke skrevet notat som omhandler depresjon. Ingen av deltagerne kartlegger symptomer på depresjon. Det må påpekes at i denne undersøkelsen er det ikke sett på journalutskrifter.

For å kunne planlegge å utføre helsehjelpen slik at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt er det nødvendig at dokumentasjon og informasjonsutveksling blir gjort strukturert og systematisk (Gjevjon, 2015). Helsepersonell har dokumentasjonsplikt. Journalen skal inneholde nødvendige opplysninger om pasienten og om helsehjelpen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Studien til Kärkkäinen, Bondas og Eriksson (2005) viser at sykepleiedokumentasjon sjeldent handlet om pasientenes individuelle behov, noe som gjorde det vanskelig for sykepleiere å skulle overta pasientansvaret. Når medisinske behov oftere ble dokumentert enn primære behov kunne det gjenspeile organisasjonens mål om effektivitet og hva som ble sett på av sykepleierne som viktigst å følge opp. Deltagerne i min undersøkelse påpeker manglende dokumentasjon vedrørende eldre med depresjon. Samtidig forteller deltagerne at de skyver på andre oppgaver for å få tid til samtale med eldre med depresjon. Da er det blant annet tiden som er beregnet til dokumentasjon som heller blir brukt sammen med pasienten.

Sammenhengen i relasjonen og interaksjonen mellom pleier og pasient beskrives av Gjevjon (2015) som personkontinuitet. Manglende organisasjonskontinuitet og informasjonskontinuitet, gjør det vanskelig for deltagerne i min undersøkelse å opprettholde personkontinuiteten. Forskning viser at sykepleiere erfarer at kontinuitet er en forutsetning for en relasjon basert på trygghet og tillit hos denne pasientgruppen. I artikkelen til Liebel og Powers (2015) vektlegger sykepleiere betydningen sykepleier-pasient relasjon for å kunne avdekke om eldre var i ferd med å utvikle depresjon. Det tar tid å etablere et forhold der det er naturlig for den eldre å snakke om følelser. Sykepleiere mente at eldre ikke alltid svarte ærlig på spørsmål vedrørende den psykiske helsen før de følte seg trygg i relasjonen. Lite tid og stadig bytte av personalet satte tillitsforholdet i fare. Studien til McGarry (2009) viser at eldre kan oppleve ansatte i hjemmesykepleien som en «profesjonell venn» som det er mulig å ta opp personlige problemer og bekymringer med. Travelhet og hyppig utskiftning av personalet gjør det vanskelig å etablere en tillitsfull relasjon.

Kontinuitetsbegrepet er ofte brukt som et kriterium for kvalitet på omsorgstjenesten. Behovet for å sikre bedre samhandling og kontinuitet i helsetjenesten er fremhevet i plandokumenter fra regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Helse - og Omsorgsdepartementet, 2017). Helsepersonells ansvar i forhold til kontinuitet beskrives i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene der det skal tilstrebes at brukere av tjenesteapparatet får riktig tjeneste til rett tid. Tjenestetilbudet skal være helhetlig, samordnet og fleksibelt slik at kontinuiteten blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Mangel på kontinuitet gjør at sykepleierne i min undersøkelse sjeldent har anledning til å snakke med pasienten, observere tegn til endringer i helsetilstanden og gjøre vurderinger underveis i sykdomsforløpet. Dersom deltagerne hadde kartlagt eldre med symptom på depresjon kunne det vært til hjelp for å vite hvilke pasienter som er særlig utsatt for å utvikle en forverring av depresjonen. Studien til Jeong, Nam, Jo, Lee og Yim (2020) viser at «Geriatrisk depresjonsskala» kan være et nyttig verktøy for å identifisere eldre pasienter i primærhelsetjenesten med høy risiko for selvmord.

#### 6.1.4 Mangel på veiledning og refleksjonsrom

Resultat fra min undersøkelse viser at deltagerne ikke har veiledning i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon. Deltagerne uttrykker et stort behov for veiledning.

Kompetansetrekanten beskriver hvilke ferdigheter som ligger i den profesjonelle kompetansen (Skau, 2011). Forstått innenfor tema for denne oppgaven dreier det seg om kunnskap om geriatri og depresjon og yrkesspesifikke ferdigheter som å kommunisere med pasienten på en kompetent måte. Det tredje vesentlige aspektet er den personlige kompetansen der det dreier seg om å være mentalt tilstede i møtet med pasienten, samt å ha evne til innlevelse og empati. Den personlige kompetansen kan sees på som «grunnmuren» i kompetansetrekanten. Jeg forstår det slik at dersom fundamentet blir svekket ved at sykepleieren ikke viser evne til å lytte eller være åpent og sansende tilstede ovenfor pasienten kan det svekke den faglige kvaliteten. Den personlige kompetansen må i likhet med teori og praktiske ferdigheter holdes vedlike av den profesjonelle. Bare i samspill med andre, og ved å bruke tid til selvrefleksjon kan den personlige kompetansen utvikles (Skau, 2011). Leenderts (2014) fremhever betydningen av verdibevissthet i omsorgsykker. Det kreves innsikt i egne verdier og holdninger, og det å være bevisst hvordan disse preger en som person. Refleksjon om egne verdier og ha en åpen holdning for hva som kan oppleves vanskelig i situasjoner er viktig for den personlige utviklingen. Jeg tyder dette slik at både det faglige og det personlige må være forankret i fagkulturen og i fagforståelsen. Det kan bidra til å åpne opp for en sansende tilstedeværelse og intuisjon og for at pasientenes ulike uttrykk og stemme ikke skal bli overhørt eller oversett.

Å vise respekt, barmhjertighet og omsorg for det enkelte menneske kommer klart frem i beskrivelsen av sykepleiens grunnlag (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*, 2011). Veiledning som utvikler personlig kompetanse vil kunne være med å tydeliggjøre profesjonsetikken som grunnlag for sykepleiepraksisen (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*, 2011). Sykepleiefaglig veiledning kan gi mulighet til å styrke den teoretiske og personlige kompetansen gjennom økt innsikt og økt bevissthet i situasjoner som kan oppleves vanskelige (Dilworth, Higgins, Parker, Kelly & Turner, 2013).

Min undersøkelse viser at deltagerne reflekterer over områder de ønsker veiledning i. Deltagerne forteller at de føler seg alene og frustrerte i vanskelige situasjoner. Når det blir

uttrykt uro eller redsel for å bli «herdet» som sykepleiere, tolker jeg det som en frykt for å miste evne til medfølelse og empati for eldre med depresjon. I intervjuene sier deltagerne at de synes det er vanskelig når pasientene viser sinne og har «ufin» oppførsel. Deltagerne sier de savner andre alternativ enn å bruke beroligende medisin når deprimerede eldre er urolige. Ved å etterspørre veiledning viser sykepleiere i min undersøkelse initiativ og vilje til å utvikle sin profesjonelle kompetanse. Veiledning kan være arena for personlig utvikling.

For å kunne hjelpe en kriseramme er det grunnleggende viktig å forstå krisen som en følge av en vanskelighet som må gjennomleves, ikke som en sykdom som pasienten skal bli kvitt (Falk & Smith, 1999). Tap av helse eller mennesker som sto en nær og dermed endret livssituasjon, samt å bli avhengig av hjelp fra utenforstående er faktorer som kan føre til en krisereaksjon i form av depresjon hos eldre (Engedal & Bjørkløf, 2014). Krisehjelp er ikke «problemløsning», men hjelp til vekst (Falk & Smith, 1999). Et oppmerksomt og autentisk nærvær skaper kontakt som kan fremme vekst hos den kriserammede. For at sykepleiere skal kunne bruke, og utvikle sin personlige kompetanse i oppfølging av eldre med depresjon er det å forstå egne perspektiv og vanskeligheter med å være til stede i en bestemt situasjon nødvendig. Dette innebærer blant annet at sykepleiere bør ta eget ståsted og følelsesliv på alvor ved å søke innsikt i hvordan en kan forholde seg til følelse av maktesløshet og smerte når pasienten har det vanskelig (Falk & Smith, 1999).

Knut Hansen uttrykker i sitt essay «Opmærksomhed» at det et ulykkelig menneske framfor alt trenger er personlig oppmerksomhet (K. Hansen & Borup, 1995). Den menneskeskapte støyen forstyrrer oppmerksomheten, og gjør det vanskelig å samtale og å lytte. Slik jeg tolker Hansen legger han ulike ting i begrepet støy. Det kan være støyen fra trafikk på veiene, lavtgående fly, pågående arbeid med sprenging og gravemaskiner, samt støyende musikk. Men støy kan også være debatter der det er om å gjøre å vinne over den andre, og der det hele oppleves som skvalder – eller forstyrrelser i et rom når noen forhindres i å bringe ut et budskap. Det kan også karakteriseres som støy når mennesket er overveldet av uløste erfaringer, ubearbeidede inntrykk og en er i en tilstand av indre gjøremåls-innstilling. Forhold som gjerne fører til en indre travelhet. Også rigide systemer, rutiner og opplegg kan oppleves som støy som forstyrrer menneskelig oppmerksomt samvær og oppmerksom samtale.

Opp mot dette setter Hansen stillheten. Ikke en stillhet forstått som en totalt lydløs tilværelse, men forstått som en ro uten jag. Han ser en slik form for stillhet som en forutsetning for oppmerksomhetsevnen. «... Kun i stilheden er der opmærksomhed. Kun i stilheden kan du åbne dig for verden, over for din elskede og over for menneskene, over for Gud og overfor udsigten hinsides de fjerne bjerge» (K. Hansen & Borup, 1995, s. 23).

Sykepleiere jeg intervjuer beskriver at de er bekymret for å ikke ha medfølelse og kunne vise empati, de føler seg alene og gir uttrykk for utilstrekkelighet i arbeidet. Slik jeg tolker dette formidler sykepleierne engstelse for å miste evnen til oppmerksomhet i oppfølgingen av eldre med depresjon. «Støy» i form av stadige avbrytelser, mangel på tid og rom og krav om effektivitet gjør at sykepleierne kan miste evnen til å oppfatte pasienten sine uttrykk og også lytte til og forstå sin egen kropp og situasjon.

I sin utlegning av filosofisk praksis (samtale) drøfter Lindseth (2011) oppmerksomhetsrommets betydning, både for gjesten (“klienten”) og for filosofen (hjelperen). I et oppmerksomhetsrom kan veisøker og veileder møtes uten forstyrrende krav og støy. Dette er en meningsfull forståelse tenkt inn i forholdet mellom den deprimerte gamle og sykepleieren.

Det samme gjelder i sykepleierens behov for oppmerksom veiledning (Lindseth, 2011). I stillhet, uten avbrytelser kan sykepleieren reflektere og sette ord på sine opplevelser. I en veiledningssituasjon kan sykepleieren få anledning til å uttrykke forvirring, uro, engstelser og også gode opplevelser og den relasjonelle erfaringen i samværet med pasienter. Veiledning kan også bidra til en dypere forståelse for hvordan det faglige og det personlige påvirker en selv og situasjonen. Veileder forutsettes åpen, tilstedeværende og interessert i det som blir uttrykt både gjennom tale og gjennom andre kroppslige uttrykk (Lindseth, 2011). Når ordene blir sagt høyt kan det bidra til å sortere overveldende inntrykk eller uro og gi budskapet ny mening slik at en ser noe nytt i situasjonen. Det er relativt ofte slik at en først blir ordentlig oppmerksom på hva en tenker, mener og føler når en hører seg selv uttrykke noe en opplever som viktig.

De komplekse utfordringene sykepleiere kan møte i arbeidet krever anerkjennelse av leder. Veiledning må forankres av ledelsen for at det skal være en etablert del av sykepleiepraksisen (Driscoll, Stacey, Harrison-Dening, Boyd & Shaw, 2019). Resultatene fra min undersøkelse

tydeliggjør et behov for at veiledning blir innført som en støtte til å utvikle den profesjonelle kompetansen hos sykepleiere i hjemmesykepleien.

Min undersøkelse viser at det ikke er vanlig for deltagerne å reflektere systematisk om faglige og etiske problemstillinger som omhandler eldre med depresjon. Deltagerne vet lite om hvilke vurderinger og tiltak kollegaer gjør. Deltagerne stoler mest på egne vurderinger. Når det ikke er åpne refleksjonsrom fører dette til at deltagerne opplever det som vanskelig å ta opp særlig etiske problemstillinger med sine kollegaer. Refleksjon ligger til grunn i utøvelsen av skjønn. Martinsen (2009, s. 116) beskriver skjønnnet som «omveiens vei til evidens». Gjennom språket skapes det rom for å undre seg og være åpen spørrende. Slik skapes grunnlaget for et resonnement, gjøre en vurdering eller argumentere for det som skal skjønnes. Teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, samt relasjon til pasienten og personlige egenskaper hos sykepleiere som empati og dømmekraft ligger implisitt til utøvelsen av faglig skjønn (Hanssen, Humerfelt, Kjellevold, Norheim & Sommerseth, 2010). Ettersom skjønn er knyttet til personen som utøver skjønnnet, er også et godt informasjonsgrunnlag nødvendig når sykepleiere skal vurdere en situasjon og gjøre en kompetent beslutning.

Mangel på refleksjon, dokumentasjon og kontinuitet kan slik jeg ser det være årsak til at sykepleierne i min undersøkelse sier de stoler mest på egne vurderinger i oppfølging av eldre med depresjon. Refleksjon er viktig for en økt forståelse av situasjonen slik at avgjørelser blir tatt på riktig grunnlag. Det faglige skjønnnet skal skille seg fra «synsing» og antagelser slik at vurderingen som blir gjort er faglig, etisk og moralsk forsvarlig (Hanssen et al., 2010). Studien til Sæterstrand og Holm (2016) viser at hjemmesykepleiere ofte er alene i mange situasjoner og at de må ta beslutninger der og da. Lite tid og svakt vurderingsgrunnlag resulterer i at hjemmesykepleiere arbeider med «skjønnsutøvelse under press». Etisk bevissthet og god dømmekraft i praksis er fremhevet i sykepleiens faglige ansvar. Ved å legge til rette for refleksjon i yrkesutøvelsen kan en mer moralsk praksis være motvekt i en helsetjeneste som stadig preges av mer effektivisering (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*, 2011).

Tidligere studier viser at samarbeid og refleksjon sammen med kollegaer er viktig for hjemmesykepleiere. I undersøkelsen til Janlöv et al. (2018) etterspør sykepleiere mer samarbeid med kollegaer i hjemmesykepleien og med spesialisthelsetjenesten for å ivareta

eldre med psykiske lidelser. For sykepleiere var det viktig å tilegne seg kunnskap om psykisk helse og få støtte fra organisasjonen i det krevende arbeidet de sto i. Studien til Waterworth et al. (2015) viser at sykepleiere kunne ta kontakt med psykisk helsearbeidere for å diskutere problemstillinger de møtte i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon. Denne støtten ble høyt verdsatt av sykepleierne i som deltok i studien.

### **6.1.5 Konstant press kan påvirke sykepleierne**

Resultat fra min undersøkelse viser at deltagerne kan føle et konstant press ved ikke å greie å gi eldre med depresjon profesjonelle og personlig oppfølging. Deltagerne blir dradd mellom organisasjonens forventninger og krav om effektivitet og eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Deltagerne uttrykker tristhet og frustrasjon over å ikke strekke til i arbeidet. Når deltagerne forteller at de har tanker om hvordan det går med den eldre etter arbeidstid og at søvnen kan påvirkes av dette kan det sees som et uttrykk for moralskstress.

Moralsk stress oppstår når sykepleieren hindres i å utføre etiske handlinger fordi profesjonelle forpliktelser gjør det umulig å handle utfra hva som oppleves som moralsk riktig (Lamiani, Borghi & Argentero, 2016).

Sykepleie kan ifølge Elstad (2014) forstås slik: « Sjukepleie er kyndig og nødvendig hjelp til å leve så godt det lar seg gjere *gjennom* helse og sykdom, gjennom behandling, diagnostikk, rehabilitering, kriser og krevjande overgangar i livet» (Elstad, 2014, s. 19). I dette ligger en forståelse av at målet for sykepleien ligger i det som er mulig i pasienten sitt eget liv. Fravær av sykdom er ikke alltid målet, men å leve så god som mulig i den situasjonen en er i.

Gjennom nærhet til pasienten kan sykepleien være forebyggende, lindre plager og fremme bedring. Sykepleieobservasjonene er en stor del av sykepleiepraksisen, det krever fagkunnskap og erfaring. Endringer som skal observeres skjer over tid. I dette ligger det å følge *med* pasienten. Følge med på endringer som gir mulighet til å gripe inn og hindre at komplikasjoner utvikler seg og støtte opp under bedring (Elstad, 2014). Forskning viser at det er viktig for sykepleiere å kjenne pasienten over tid for å se endringer som kan ha sammenheng med risiko for å utvikle depresjon hos eldre. Å ha tid til å lytte og ha anledning til samtale kan gi lindring for eldre som er deprimerte (Waterworth et al., 2015). I et intervju i min undersøkelse sier en deltager: «*Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp det er jo... den stunden til å kunne prate litt... det blir jo ikke aktuelt*». Deltagernes erfaring med å være under et konstant press kan slik jeg ser det sees i forbindelse med

organisasjonens krav om effektivitet. Knapphet på tid kommer i konflikt med å utøve faglig skjønn.

Martinsen og Kjær (2012, s. 124) skriver om tap av rytmer og klokken tid. Mennesket lever i rytmiske sammenhenger: I de sykliske rytmene som forandrer seg i takt med naturens skiftninger og i det levende livs bevegelser som pusten og hjerteslagene. I kroppens rytmer ligger den erfarte tiden. Den tiden som ikke er ute før hjertet stanser. Klokketiden blir omtalt som en konstruert tid utenfor oss selv, som brukes som redskap for å skape struktur og innrette arbeidet. I helsevesenet blir tiden sett på som en ressurs som skal utnyttes.

Instrumentell bruk av tiden der kvalitet blir forbundet med effektivitet og hastighet er et uttrykk for gjøremålstravelhet. Jaget etter klokketiden gir det faglige skjønnet dårlige kår. Når lydigheten mot klokken styrer arbeidet mister sykepleieren kontakten med pasientens livsrytmer. Den profesjonelle får vanskeligheter med å utføre omsorgen for pasienten når det ikke er rom for å møtes. Hastigheten kan hindre konsentrasjonen og følelsen for den andre blir borte i travelheten. Slik kan fordringen om å beskytte og ta vare på livet bli satt på spill. Den profesjonelle blir forstyrret i det de gjerne vil, nemlig å være i takt med pleiens tid, den langsomme tiden som åpner oppmerksomhetsrommet mot pasienten (Martinsen & Kjær, 2015, s. 21).

Resultatene fra min undersøkelse som viser at deltagerne kan føle seg dradd mellom organisasjonens krav og eget ønske om å følge opp eldre med depresjon samsvarer med funn i flere studier. I artikkelen til Halvorsrud et al. (2014) forteller sykepleierne at de ser etter endringer i faste mønster og humør hos eldre for å avdekke tegn til depresjon. Kjennskap til pasienten er nødvendig for å kunne identifisere endringer som har betydning for den psykiske helsen til eldre. Mangel på kontinuitet gjør at sykepleiere synes det er vanskelig å følge opp eldre med nedstemthet, og de kommer i konflikt mellom egen vurdering og forventninger arbeidsgiver har til effektivitet. Tønnessen et al. (2011) belyser at mangel på ressurser og tid i hjemmesykepleien påvirker sykepleieres prioriteringer. Sykepleien blir mer oppgavefokusert og tar i mindre grad hensyn til pasientenes individuelle behov. Sykepleierne sier de mister det menneskelige aspektet i pleien. Deltagerne i min undersøkelse sier de blir frustrerte, triste og har bekymringer med seg hjem når de ikke klarer å imøtekomme deprimerte eldre sine behov for oppfølging. Dette samsvarer med tidligere forskning som påpeker at symptomer på moralsk stress kan vises gjennom følelser av tretthet, skyldfølelse og frustrasjon. (Deady &



McCarthy, 2010; Oh & Gastmans, 2015). Langvarig stress kan gå ut over sykepleieres helse i form av søvnløshet, depresjon og utbrenthet.

For å håndtere utfordringer knyttet til krevende arbeidssituasjoner viser resultatene at deltagerne søker støtte hos nære kollegaer. En av deltagerne har bestemt seg for å slutte i arbeidet dersom belastningen med å ikke klare å følge opp eldre med depresjon blir for stor. Tidligere forskning viser at det er vanlig at sykepleiere har tanker om å forlate arbeidsplassen eller skifte yrke som følge av krevende arbeidssituasjoner (Oh & Gastmans, 2015). Flere lovpålagte oppgaver og flere pasienter som trenger bistand fra hjemmesykepleien er en del av forklaringen på økt krav om effektivitet i pleie- og omsorgstjenesten (Øydgard, 2018). Forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus gjorde med bakgrunn av mangel på rekruttering av sykepleiere en studie på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (Gautun et al., 2016). Det ble undersøkt hva som var årsak til at sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien ønsket å arbeide i kommunehelsetjenesten og hvilke forhold som medvirket til at de ønsket å slutte i arbeidet. For de spurte var motivasjon da de startet arbeidet idealistiske. Det hadde stor betydning at de ønsket å bidra til en god livssituasjon for pasientene, de mente det var meningsfullt å arbeide med eldre og kronisk syke. Arbeidet i helse- og omsorgstjenesten opplevdes variert og spennende. Resultat fra studien viste at halvparten av de spurte vurderte eller ønsket å slutte i arbeidet. Tidspress og for lite tid til den enkelte pasient var hovedårsak til dette. Sykepleiere mente at det ikke var mulig å yte tjenester som var faglig og etisk forsvarlig. Spesielt yngre sykepleiere hadde mistet motivasjonen for å arbeide i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Studien til Oh og Gastmans (2015) viser at organisasjonen bør ha et kritisk blikk på om arbeidsmiljøet og praksiskulturen legger til rette for en moralsk forsvarlig praksis. Som ledd i dette arbeidet er det å styrke sykepleieres kompetanse og mestring av moralsk stress sentralt. Bevisstgjøring om etiske dilemma kan forebygge moralsk stress hos sykepleiere (Severinsson & Hummelvoll, 2001). Når veiledning konkret er rettet mot refleksjon over etiske dilemma kan det gi mot til å sette ord på utfordringer i praksis. I samarbeid med andre yrkesgrupper styrker etisk refleksjon kunnskapen om hvilke verdivalg profesjonsutøvere står ovenfor (Vråle, Borge & Nedberg, 2017). Sykepleiere kan bruke denne kunnskapen som redskap til å håndtere situasjoner som disponerer for moralsk stress. Den økte risikoen for helseplager som følge av moralsk stress viser at organisasjonen bør anerkjenne utfordringer sykepleiere har

med å følge opp eldre med depresjon. VIPS- modellen tydeliggjør ledelsens ansvar for å verdsette alle menneskene i organisasjonen (Brooker et al., 2013). Verdsetting begynner øverst i organisasjonen. Hvis ansatte skal kunne yte personsentrert omsorg er det en forutsetning at omsorgsgiverne bli møtt personsentrert av ledelsen. En del av det å verdsette ansatte er å legge til rette for at krevende arbeidssituasjoner kan bli tatt opp til refleksjon og lage systemer som ivaretar tverrfaglig samarbeid og de ansatte sine behov for veiledning.

## **6.2 Hvordan håndterer sykepleiere utfordringene med å følge opp eldre med depresjon i hjemmesykepleien?**

For å håndtere utfordringer med oppfølging av eldre med depresjon gjør deltagerne det beste ut av situasjonen. Deltagerne ønsker at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt ved å bruke prinsipper i personsentrert omsorg i møte med deprimerte eldre. Deltagerne tar grep for å kompensere for sviktende organisering og krav om effektivitet slik at de kan bruke mer tid hos eldre med depresjon.

### **6.2.1 Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt**

Resultat fra min undersøkelse viser at deltagerne kompenserer for mangel på tid og mangel på kontinuitet i oppfølging av eldre med depresjon ved å gjøre sitt beste for at denne pasientgruppen skal føle seg ivaretatt. Individuell tilnærming og forsøk på å forstå verden ut fra pasienten sitt perspektiv viser at deltagerne tilstreber å ivareta eldre med depresjon personsentrert.

Personsentrert omsorg omfatter fire hovedelementer som utgjør VIPS- modellen, Verdsetting av mennesker, Individuell omsorg, Personens perspektiv og Sosialt miljø (Brooker et al., 2013). Disse elementene kan definere personsentret omsorg enkeltvis eller samlet. Innenfor personsentrert omsorg står det å behandle personen som et enkeltindivid sentralt. I dette ligger en forståelse av å se personen i en større sammenheng, ikke bare isolert som en «pasient». Sykepleiere må kjenne til personens bakgrunn og livshistorie og personlighet. Det kan gi grunnlag for å kunne forstå hvordan eldre med depresjon opplever sin tilværelse på bakgrunn av tidligere opplevelser og hva som har betydning for den eldre i møtet med hjemmesykepleien. Deltagerne beskriver at de bruker kroppsspråk og tilpasser kommunikasjonen med deprimerte eldre. Det blir lagt vekt på blikk kontakt, å ta av seg jakken og sette seg ned. Slik forsøker sykepleierne i denne undersøkelsen å formidle at de har god tid og at de er interesserte i å lytte. I svarene fra intervjuene blir det poengtert at det ikke

bare er depresjon som er i fokus i samtalen. Sykepleierne sier de tar initiativ til å snakke om tema de vet den eldre er opptatt av. Samtalen kan også handle om «livet generelt». Selv om pasientene har enkeltvedtak som beskriver tjenesten, er sykepleierne i min undersøkelse fleksible for å imøtekomme den enkeltes ønske om hjelp. Tiden kan for eksempel bli brukt til samtale i stedet for å dusje dersom den eldre ønsker det. I studien til Janlöv et al. (2018) var nok tid ved tilsyn og et godt forhold til pasienten trukket frem for at sykepleiere kunne imøtekomme pasientenes behov for omsorg. Sykepleierne ønsket å finne ut av hva som tynget pasientene og de erfarte at individuelle samtaler var viktige i oppfølgingen av pasientene. Mangel på kompetanse og erfaring med psykiske utfordringer gjorde at noen sykepleiere vegret seg for å samtale med pasientene om deres psykiske helse.

Å innta personens perspektiv er et element i VIPS-modellen. Det innebærer å forsøke å forstå den enkeltes subjektive opplevelse ved å sette seg inn i situasjonen og se verden fra personens synsvinkel (Brooker et al., 2013). Sykepleierne i min undersøkelse forsøker å forstå hva som ligger bak nedstemtheten til den eldre ved å forsøke å finne ut hva den eldre «bærer på». I tilfeller der den eldre er svært urolig og viser symptomer på angst kan det være vanskelig å få oversikt over situasjonen. I intervjuene blir det fortalt at det blir brukt tid på å analysere situasjonen for å finne ut hva som har utløst uroen. Slik forsøker sykepleierne å ta pasienten sitt perspektiv for å få en forståelse av deres opplevelse. Når sykepleierne har innsikt i hvordan den eldre forstår situasjonen er det utgangspunkt for videre oppfølging. Deltagerne viser at de er oppmerksomme på eldre sine individuelle behov og at de tar ansvar for å imøtekomme retten til å være medbestemmende i tråd med etiske retningslinjer (*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*, 2011). Forskning viser at personsentrert omsorg har betydning for eldre sin psykiske helse. Hverdagspraten blir fremhevet i undersøkelsen til Skatvedt og Andvig (2014). Den har betydning for at eldre med psykiske lidelser skal bli kjent og trygg i møtet med ansatte i hjemmesykepleien. Kirchhoff et al. (2015) undersøkte i sin studie hvilken betydning sosiale nettverk og kvalitet på pleien hadde for opplevelse av ensomhet blant pasienter i hjemmesykepleien. Det å ha en fortrolig å snakke med var viktig. De spurte opplevde ansatte i hjemmesykepleien som fortrolige. Helsepersonells evne til empati og personsentrert tilnærming var av vesentlig betydning for reduksjon i opplevd ensomhet. At deres individuelle behov og ønsker kom foran fastlagte rutiner var av stor betydning.

## 6.2.2 Sykepleieren tar grep

Resultatene fra undersøkelsen viser at deltagerne tar grep for å kompensere for sviktende organisering og krav om effektivitet slik at de kan bruke mer tid hos eldre med depresjon. Deltagerne planlegger arbeidsdagen med tanke på at de kan skyve på oppgaver slik at eldre med depresjon kan få ekstra tid ved tilsyn. Resultatene viser at når deltagerne prioriterer å bruke lengere tid hos deprimerede eldre går det utover tiden de skulle brukt hos andre pasienter, til dokumentasjon og deres egen matpause. Deltagerne tar selv initiativ til å dra til eldre med depresjon flere dager på rad dersom det er tid mellom andre oppgaver.

Resultat som viser at sykepleiere tar grep for å få mer tid hos eldre med depresjon samsvarer med funn i studien til Halvorsrud et al. (2014) der hjemmesykepleiere skyver på andre oppgaver for å få tid til «det lille ekstra» i møtet med den nedstemte pasienten.

Når sykepleierne i min undersøkelse skyver på oppgaver og forsøker å opprettholde kontinuiteten for å få nok tid til å ivareta eldre med depresjon tyder det på at sykepleierne mener at pasientene trenger mer tid til oppfølging enn hva enkeltvedtaket gir rom for. Resultat fra min undersøkelse tydeliggjør blant annet at sykepleierne prioriterer tid til samtale, sykepleierne sier det ikke alltid er forsvarlig å forlate eldre med depresjon og de er bevisste på risiko for selvmord hos denne pasientgruppen. Omprioriteringer kan bli gjort når deltagerne planlegger arbeidsdagen eller spontant i møtet med pasientene. Dette kan forstås som en kompetent beslutning basert på skjønn der teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap, samt dømmekraft i form av hva som er etisk og moralsk forsvarlig å gjøre ligger til grunn for avgjørelsen (Hanssen et al., 2010). Tidligere forskning viser at Organiseringen etter bestiller utfører- modellen legger begrensninger for hjemmesykepleiere i å utøve sykepleie som ivaretar pasientene sine behov for faglig og omsorgsfull hjelp (Tønnessen & Nortvedt, 2012; Tønnessen et al., 2011). Dette kan være et tegn på at organiseringen styrer arbeidet og at de faglige vurderingene kommer i andre rekke.

Ifølge Power gjengitt etter Halvorsen og Rivenes (2018) har organisatorisk accountability med lederen sitt ansvars og arbeidsområde å gjøre. Gjennom retningslinjer, risikovurderinger og prosedyrer skal organisasjonens ledelse sikre at det ikke oppstår feil og brudd på retningslinjer. Profesjonell accountability er klinikernes ansvarsområde. Klinikerne (her: sykepleier) har ansvar for at helsehjelpen utføres forsvarlig og for at faren for feil reduseres ved å følge gjeldene prosedyrer og retningslinjer. Lovgivningen gir ledere og ansatte i helse-

og omsorgstjenesten et felles ansvar for at pasientene skal ha forsvarlig helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Det er derimot ulike forventninger til leder og ansatt ved brudd på loven. Helsepersonell har plikt til å gi melding til virksomhetens ledelse om forhold som kan være til fare for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b). Leder stilles til ansvar når uønskede hendelser skjer og pålegges å sette i verk tiltak som skal sikre pasientsikkerheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette viser at ansvaret går «oppover» i organisasjonen. Resultat fra min undersøkelse sier ikke noe om hvorvidt deltagerne bruker system for å melde avvik og uønskede hendelser. Men det kan slik jeg tolker det være en reell fare for at behov eldre med depresjon har for oppfølging blir «skjult» i systemet når deltagerne sjonglerer med tiden i stedet for å melde fra om behovet. Det kan være en risiko for andre pasienter som en følge av dette får mindre tid til oppfølging og det går utover muligheten deltagerne har til å overholde dokumentasjonsplikten. Ved at leder holdes «accountable» plasseres ansvaret for forsvarlig drift på riktig nivå i organisasjonen.

Min undersøkelse viser at deltagerne strekker seg langt for å yte forsvarlig og omsorgsfull sykepleie til eldre med depresjon. På kort sikt kan det synes som at denne pasientgruppen får «det lille ekstra» ved at deltagerne tar grep for å få mer tid under oppfølging. På lengere sikt kan det slik jeg ser det stilles spørsmål ved om det er en varig løsning både for de eldre og for sykepleierne. Når arbeidsforholdene er slik at det ikke er lagt til rette for at sykepleiere følger opp hjemmeboende eldre med depresjon kan belastningen det medfører å stadig tøyne grenser for å komme i mål med arbeidet være en risiko for utbrenthet hos sykepleiere (Deady & McCarthy, 2010).

## **7 Avslutning**

Denne undersøkelsen har gitt innsikt i hvilke erfaringer hjemmesykepleiere har med oppfølging av eldre med depresjon.

Resultat fra undersøkelsen viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieoppgave selv om depresjon er forbundet med svekket helse og dårligere livskvalitet hos eldre. Mangel på anledninger til å dra på tilsyn og lite tid i møtet med den eldre gjør det utfordrende for hjemmesykepleierne å være «oppmerksomt tilstede». Det kan være en risiko for sykdomsutvikling og komplikasjoner som følge av depresjon når hjemmesykepleiere ikke får anledning til å gjøre profesjonelle vurderinger av pasienten.

I enkeltvedtakene pasientene har fått innvilget er oppfølging av depresjon sjeldent nevnt. Dersom hjemmesykepleiere ikke stiller seg kritiske til vedtakene kan det være en risiko for at individuelle behov eldre har ikke blir ivaretatt ettersom enkeltvedtakene er styrende for den helsehjelpen som blir gitt.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at det er mangel på kontinuitet i tre dimensjoner i oppfølging av eldre med depresjon, organisasjonskontinuitet, informasjonskontinuitet og personkontinuitet. Manglende organisasjonskontinuitet viser seg ved at hjemmesykepleierne gjør andre oppgaver enn å følge opp eldre med depresjon. Det er ikke samarbeid mellom psykiatritjenesten og hjemmesykepleierne om felles pasienter. Mangelfulle muntlige og skriftlige rapporter vedrørende denne pasientgruppen tyder på svekket informasjonskontinuitet. Som følge av svekket organisasjon- og informasjons kontinuitet kan det være vanskelig for hjemmesykepleiere å bygge en tillitsfull relasjon og samhandle med pasienten slik personkontinuiteten forutsetter. Manglende samarbeid med psykiatritjenesten gjør at det ikke blir gitt faglige råd tjenestene imellom. Hjemmesykepleierne føler seg usikre i vanskelige situasjoner og de vet ikke om det er spesielle forhold i behandlingen de bør ta hensyn til. Når hjemmesykepleiere mangler pasientinformasjon er det vanskelig å planlegge å utføre helsehjelp i tråd med hva retningslinjene for oppfølging av depresjon anbefaler. Mangel på kontinuitet kan dermed sette utøvelsen av faglig forsvarlighet og kvalitet i oppfølging av hjemmeboende eldre med depresjon i fare.

Undersøkelsen viser at hjemmesykepleierne ikke har veiledning og systematisk refleksjon i forhold til oppfølging av eldre med depresjon. Resultatene viser at dette er et sterkt ønske sykepleierne har. Den teoretiske og personlige kompetansen kan utvikles gjennom veiledning og refleksjon. Dette kan også være med å tydeliggjøre profesjonsetikken som grunnlag for sykepleiepraksisen. Når hjemmesykepleiere ikke får veiledning og refleksjonsrom kan de føle seg usikre og mindre bevisst sin egen reaksjon i møtet med den hjelpetrengende. Det kan også bidra til en kultur på arbeidsplassen der etiske spørsmål blir ikke tatt opp til diskusjon.

Resultatene indikerer at hjemmesykepleierne kan føle et konstant press fordi organisasjonens krav om effektivitet og andre viktige gjøremål hindrer dem i å utføre etiske handlinger i oppfølging av eldre med depresjon. Dette presset kan lede til moralsk stress. Det kan være vanskelig for hjemmesykepleiere å legge fra seg tanker om hvordan det går med disse

pasientene etter arbeidstid. Dette påvirker nattesøvnen og det fører til bekymringer som sykepleierne ikke får anledning til å gjøre noe med.

Resultatene viser at hjemmesykepleierne gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Selv om det er lite tid så bestrebes det å møte de eldre mest mulig personsentrert. Det blir tatt hensyn til individuelle behov og sykepleierne ser den eldre i en livssammenheng ved å ikke bare fokusere på sykdom i samtalen. Det blir like gjerne snakket om «livet generelt» og interesser den eldre har. Hjemmesykepleierne tar den eldre sitt perspektiv for å forsøke å finne ut hva som er årsak til depresjonen.

Resultatene viser at hjemmesykepleierne tar grep for å kompensere for mangel på kontinuitet, krav om effektivitet og pasientene sitt behov for oppfølging. Tiden hjemmesykepleierne har til overs blir forsøkt prioritert til eldre med depresjon. Dette kan gjøre at det blir mindre tid til andre pasienter, andre viktige oppgaver som legemiddelhåndtering og dokumentasjon. Det går også ut over pausetiden til sykepleierne. Sett i lys av leders rolle som «accountable» kan det være en fare for at behov for mer tid og ressurser for å følge opp eldre med depresjon i tråd med faglige normer og retningslinjer blir skjult i systemet når ansvaret ikke blir plassert på ledernivå. Hjemmesykepleiere kan også stå i fare for å bli utbrente ved å skulle stå i langvarige arbeidssituasjoner preget av for lite tid til oppgaver, etiske konflikter og mangel på mulighet for å endre på situasjonen.

Velferdssamfunnet gir uttrykk for at de ønsker å satse på eldre sin helse ved å innføre reformer som samhandlingsreformen og kvalitetsreformen Leve hele livet. Eldre blir spurt «hva er viktig for deg?» når omsorgstjenesten skal legge til rette for at flere eldre skal bo lengere hjemme. Drar vi parallellen til VIPS- modellen vil det være en selvfølge at ansatte blir stilt samme spørsmål fra sin leder: «Hva er viktig for deg?». Resultatene fra min undersøkelse viser at dette spørsmålet er mer aktuelt enn noen gang å spørre sykepleiere i kommunehelsetjenesten om.

## **7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Praksisfeltet kan bruke min undersøkelse som kilde til diskusjon for faglig utvikling i hjemmesykepleien. Resultatene kan fremme spørsmål om hva som må til for at eldre med depresjon får faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp av hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleiere sine erfaringer kan diskuteres i lys av hva som er viktig for at denne

yrkesgruppen skal utvikle sin profesjonelle kompetanse på dette feltet. Resultatene kan synliggjøre ansvaret ledere av organisasjonen har for å verdsette sykepleiere slik at visjoner om å ta vare på ansatte og holde faglig kvalitet i tjenesten blir ivaretatt. I forlengelse av denne undersøkelsen kan det gjøres kvalitative og kvantitative studier. Kvalitative studier kan undersøke hva som er viktig for hjemmesykepleiere for å kunne utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis og hvordan sykepleiere håndterer situasjoner som bryter med faglige og etiske retningslinjer. Det kan gjøres kvalitative studier om verdsetting fra et lederperspektiv i hjemmesykepleien. Det kan gjøres kvalitative studier om hvordan eldre med depresjon erfarer å få oppfølging fra hjemmesykepleiere. Kvantitative studier kan omhandle journalregistreringer vedrørende diagnose og dokumentasjon om depresjon hos hjemmeboende eldre, bruk av medikamenter mot depresjon og bruk av kartleggingsverktøy i oppfølging av denne pasientgruppen. Kvantitative studier kan også etterspørre eldre med depresjon sine erfarte perspektiv på helsekvalitet.



# Vedlegg 1 forespørsel til virksomhetsleder

Til virksomhetsleder i hjemmebasert omsorg.

Leirfjord 06.06.19

Jeg heter Matilde Efskin Sjøset og arbeider med en mastergrad i aldring og eldreomsorg ved Norges Arktiske universitet (UIT).

Jeg skal undersøke hvilke erfaringer sykepleieren har fra møtet med eldre med symptom på depresjon. Jeg ber derfor om hjelp til å rekruttere intervjupersoner. Jeg ønsker å intervju 2-3 av sykepleierne ved din avdeling i hjemmebasert omsorg. Sykepleierne skal ha minimum 2 års praksis fra hjemmebasert omsorg.

Bakgrunn for prosjektet er et ønske om å vite mer om sykepleien denne pasientgruppen får. Det er gjort undersøkelser som viser at i aldersgruppen over 75 år har mer enn hver femte depressive symptom. Med høy alder følger utviklingen av kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og avhengighet til hjelpeapparatet. Store helseutfordringer i dag er demens, angst og depresjon. Tap av nettverk og funksjonstap som følge av sykdom og aldring disponerer for depresjon i eldre år.

Problemstillingen i oppgaven er *«Hvilke erfaringer har sykepleieren i hjemmebasert omsorg fra møtet med den gamle med symptom på depresjon?»*.

Sykepleieren vil få anledning til å dele sine erfaringer og det vil bli stilt åpne spørsmål i intervjuet.

Som du ser av problemstillingen så trenger ikke den gamle å ha fått diagnosen depresjon. At sykepleierne du spør om deltagelse er bevisst hvilke symptomer eldre kan ha på depresjon blir viktig for å treffe riktig målgruppe. Jeg tar kontakt med deg på forhånd slik at vi kan diskutere dette nærmere.

Jeg sender med informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen som jeg kommer til å sende ut til deltakerne.

Du kan svare meg på e-post.

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen Matilde E. Sjøset.

E- post: [masjoes@online.no](mailto:masjoes@online.no)

## Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse i studiet

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *”Hjemmesykepleieren i møte med den gamle med symptom på depresjon”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om sykepleierens erfaring fra møtet med eldre som har symptom på depresjon. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål:**

Problemstillingen som skal undersøkes er:

*«Hvilke erfaringer har sykepleieren i hjemmebasert omsorg fra møtet med den gamle med symptom på depresjon? »*

Med høy alder følger utviklingen av kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og avhengighet til hjelpeapparatet. Mange er sårbare for å utvikle depresjon i eldre år. Ofte treffer hjemmesykepleieren disse pasientene når det er behov for hjelp og oppfølging fra omsorgstjenesten.

Som masterstudent ønsker jeg å vite noe om sykepleieren sine erfaringer fra møtet med den gamle som har symptom på depresjon.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges Arktiske universitet (UIT) er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du bor i en kommune med over 2000 innbyggere og har arbeidet som sykepleier i hjemmebasert omsorg i 2 år eller mer. Din avdelingsleder har sendt ut denne informasjonen til 2-3 aktuelle sykepleiere på din arbeidsplass.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

- Som masterstudent skal jeg foreta et kvalitativt intervju. Spørsmålene er åpne slik at du svarer ut fra din egen erfaring. Spørsmålene kommer ikke til å berøre taushetsbelagt informasjon. Intervjuet vil vare i cirka 1 time. Jeg kommer da til din hjemkommune og vil intervju deg på din arbeidsplass eller et annet egnet sted.
- Jeg vil ta opp intervjuet på tape og skrive ut intervjuet i sin helhet etterpå. Alt som blir sagt vil bli anonymisert. Det vil ikke være mulig å spore tilbake informasjonen til deg.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved UIT er det Matilde Efskin Sjøset som masterstudent og Ann Karin Helgesen som forsker og veileder som vil ha tilgang til dine opplysninger i prosjektperioden.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Underveis i arbeidet med studiet vil opptak og utskrifter bli forsvarlig oppbevart. Det vil si at materialet vil bli innelåst og ingen uvedkommende vil ha tilgang til nøkkel.
- Du vil ikke på noen måte kunne identifiseres ved eventuell publisering av funn i undersøkelsen.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen være avsluttet innen 31. desember 2020. Personopplysninger og lydfiler vil da bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges Arktiske Universitet ved masterstudent Matilde Efskin Sjøset, på epost [masjoes@online.no](mailto:masjoes@online.no) eller forsker Ann Karin Helgesen, på epost [ann.k.helgesen@uit.no](mailto:ann.k.helgesen@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, på epost [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Matilde Efskin Sjøset  
Masterstudent

## Vedlegg 3 samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hjemmesykepleieren i møte med den gamle med symptom på depresjon*». Jeg har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, innen 31. desember 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 4 Intervjuguide

## Intervjuguide:

Problemstillingen jeg ønsker å undersøke er: «*Hvilke erfaringer har hjemmesykepleieren med å følge opp eldre med depresjon?*»

Jeg vil gjerne igjen informere om at det er dine erfaringer jeg ønsker å høre om. Jeg ønsker ikke taushetsbelagt informasjon om enkelt pasienter.

### Åpningsspørsmål:

Hvor gammel er du?

Hvilken yrkeserfaring har du som sykepleier?

Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier?

Har du videreutdanning? Hvilken/hvilke?

### 1. Refleksjonsspørsmål:

Kan du fortelle om erfaringer du har hatt i din jobb med eldre pasienter med depresjon.

### Oppfølgingsspørsmål:

\* Hva skjedde?

\* Hva fikk deg til å tenke at dette var en depresjon?

\* Hvilke tanker har du gjort deg fra disse situasjonene? utdyp.

\* Hva tenker du hjalp eller ville hjulpet pasientene i en slik situasjon? utdyp

\* Hvorfor har opplevelsen gjort inntrykk på deg?

\* Fortell om hva du hadde fokus på når du skulle dokumentere?

\* Hva fulgte du opp i etterkant?

### 2. Refleksjonsspørsmål:

Fortell om hvordan du møtte/forholdte deg til eldre som er i en slik situasjon.

### Oppfølgingsspørsmål:

\* beskriv hvordan samhandlingen mellom deg og pasientene foregikk.

\* Hva tenker du var viktig i samtalen dere hadde?

\* Var det noe i måten du møtte pasientene på som du tenker gjorde det vanskeligere eller lettere å samhandle?

### 3. Refleksjonsspørsmål:

Hva tenker du organiseringen av arbeidet har å si for tilbudet denne pasientgruppen får fra hjemmesykepleien?

### Oppfølgingsspørsmål:

\* Fortell om muligheten du har for å følge opp gamle med depresjon over tid.

\* Fortell om hvordan symptomene på depresjon blir vurdert av personalet

\* Hva tenker du kunne vært gjort annerledes i måten arbeidet rundt denne pasientgruppen er organisert på?

**Avrundningsspørsmål:**

Da nærmer det seg en avslutning og jeg har ikke flere spørsmål. Er det noe du ønsker å tilføye tilslutt?

Kan jeg kontakte deg på telefon dersom det skulle bli behov for å få klarhet i noen av svarene?

Tusen takk for at du ville delta på dette intervjuet.

# Vedlegg 5 Svar fra NDS

NSD sin vurdering

## Prosjekttittel

Hjemmesykepleieren i møte med den gamle med symptom på depresjon

## Referansenummer

284668

## Registrert

23.05.2019 av Matilde Sjøset - msj009@post.uit.no

## Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

## Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ann Karin Helgesen, ann.k.helgesen@uit.no, tlf: 41644245

## Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

## Kontaktinformasjon, student

Matilde Efskin Sjøset, masjoes@online.no, tlf: 95876509

## Prosjektperiode

01.08.2019 - 31.12.2020

## Status

03.06.2019 – Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 03.06.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 03.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødtland, S. I. & Stephansen, A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale helse-og omsorgstilbudet. Hentet 30.08.2020 fra <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2631346/IRIS%202014-382%20Samhandlingsreformens%20konsekvenser.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aldring og Helse. (2020). Skalaer og tester. Hentet 19.01.2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Barker, S., Heaslip, V. & Chelvanayagam, S. (2014). Addressing older people's mental health needs in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, 19(5), 234-238. Hentet fra <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103940921&site=ehost-live>
- Bjørkløf, G. H. & Barca, L. M. (2019). Depresjon. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 213-240). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Borza, T., Engedal, K., Bergh, S. & Selbaek, G. (2019). Older people with depression – a three-year follow-up. *Eldre med depresjon – oppfølging over tre år*, 139(16). 10.4045/tidsskr.18.0968
- Braut, G. S. (2020). Hjemmesykepleie. Hentet 13.02.2020 fra <https://sml.sn.no/hjemmesykepleie>
- Brooker, D., Deschington, T. & Nasjonalt kompetansesenter for aldring og h. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester* (Person-centred dementia care). Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.
- Christensen, K. (2018). Myten om eldrebølgen. I K. Christensen & L. J. Syltevik (Red.), *Myter om velferd og velferdsstaten* (s. 75-99): Cappelen Damm.
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowdon, J. & Kölves, K. (2013). Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res*, 47(7), 980-988. 10.1016/j.jpsychires.2013.02.009
- Deady, R. & McCarthy, J. (2010). *A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress*. [Oxford, UK] ;.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary nurse*, 45, 22-32. 10.5172/conu.2013.45.1.22

- Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., Reynolds, C. F. & Diniz, B. S. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 202(5), 329-335. 10.1192/bjp.bp.112.118307
- Driscoll, J., Stacey, G., Harrison-Dening, K., Boyd, C. & Shaw, T. (2019). *Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice*. Harrow, Middx. .:
- Egge, C. (2020). Intellectus – The missing link? *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 104(1), 80-91. 10.18261/issn.1504-2987-2020-01-09 ER
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking (Grunnlagstenkning i sykepleie)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. (2014). *Lærebok alderspsykiatri i praksis (2 utg.)*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. (2019). Alderdom. I store medisinske leksikon. Hentet 14.01.2020 fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre : psykologisk og biologisk forståelse og behandling (1 utg.)*. Stavanger: Hertervig forl.
- Eriksen, S., Bjørkløf, G., Helvik, A. S., Larsen, M. & Engedal, K. (2019). The validity of the hospital anxiety and depression scale and the geriatric depression scale-5 in home-dwelling old adults in Norway☆. *Journal of Affective Disorders*, 256, 380-385. 10.1016/j.jad.2019.05.049
- Falk, B. & Smith, A.-M. (1999). *Å være der du er : samtaler med kriserammede (At være - der, hvor du er)*. Bergen: Fagbokforl.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter (3. utg. utg.)*. Bergen: Fagbokforl.
- Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R. & Kverndokk, S. (2017). Normtider til besværl Hentet 27.07.2020 fra [https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00302/Rapport\\_om\\_endring\\_302429a.pdf](https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00302/Rapport_om_endring_302429a.pdf)
- Gadamer, H.-G., Holm-Hansen, L. & Schaanning, E. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik)*. Oslo: Bokklubben.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser for mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Hentet 30.08.2020 fra [https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)

- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 18-26.
- Halvorsen, K. & Rivenes, A. C. (2018). *Kapittel 10: Organisatorisk og profesjonell «accountability» i et regionalt helseforetak*: Universitetsforlaget.
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten.
- Hansen, K. & Borup, N. H. (1995). *Opmærksomhed : [fem taler]*. Hadsten: Mimer.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2019). The East–West divide in late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey. Hentet 04.03.2020 fra <https://psykologisk.no/sp/2017/03/e4/>
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I (s. 21-49). Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten. Hentet 14.06.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften%20i%20pleie%20og%20omsorg>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). Helse- og omsorgstjenesteloven. Hentet 09.10.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). Helsepersonelloven. Hentet 06.07.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Hentet 09.10.2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 25.08.2020 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). St.meld.15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. Hentet 27.02.2020 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Pasient- og brukerrrettighetsloven. Hentet 06.10.19 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse - og Omsorgsdepartementet. (2017). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Hentet 14.06.2020 fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f57af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk\\_helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f57af/strategi_for_god_psykisk_helse_250817.pdf)

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet 30.08.2020 fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf)

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035. Hentet 11.06.2020 fra [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)

Janlöv, A.-C., Johansson, L. & Clausson, E. K. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 987-996. 10.1111/scs.12540

Jeong, H., Nam, B., Jo, S.-J., Lee, W.-C. & Yim, H. W. (2020). Clinical Usefulness of the Geriatric Depression Scale to Identify the Elderly at Risk of Suicide. *Psychiatry Investig*, 17(5), 481-486. 10.30773/pi.2019.0299

Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V. A. & Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sygeplejeforskning*, (03), 266-282.

Kitwood, T., Høeg, D. & Johnsen, N. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (Dementia reconsidered : the person comes first). Frederikshavn: Dafolo.

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14(8), 938-946. 10.1080/13607863.2010.501056

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized Patient Care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics*, 12(2), 123-132. 10.1191/0969733005ne769oa

Lamiani, G., Borghi, L. & Argentero, P. (2016). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*, 22(1), 51-67. 10.1177/1359105315595120

- Langballe, E. M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge : forekomst av psykiske plager og lidelser*.
- Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon : om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Liebel, D. V. & Powers, B. A. (2015). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *The Gerontologist*, 55(3), 448-461. 10.1093/geront/gnt125
- Lindseth, A. (2011). Filosofisk praksis i sundhedsarbejde. I J. B. L. Knox & M. Sørensen (Red.), *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde* (s. 139-247). Frederiksberg: Frydenlund.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., . . . Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221. 10.1016/j.jad.2010.11.033
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (1 utg.). Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2015). *Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforl.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*, 56(5), 472-479. 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McGarry, J. (2009). Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health & Social Care in the Community*, 17(1), 83-91. 10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126-142. 10.1016/j.jad.2010.09.015
- Nascimento, P. P. P., Batistoni, S. S. T. & Neri, A. L. (2016). Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study - UNICAMP. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29. Hentet fra [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722016000104103&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722016000104103&nrm=iso)

- Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*, 22(1), 15-31. 10.1177/0969733013502803
- Severinsson, E. & Hummelvoll, J. K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nurs Health Sci*, 3(2), 81-90. 10.1046/j.1442-2018.2001.00076.x
- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 64-70. 10.4220/sykepleienf.2014.0034
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). Statistikkbanken. Hentet 11.02.2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11668/>
- Stordal, E., Solhaug, H. I., Bosnes, I. & Følstad, A. (2012). *Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)*. Bergen.
- Sylke, A., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., . . . Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 210(2), 125. 10.1192/bjp.bp.115.180463
- Sæterstrand, T. M. & Holm, S. G. (2016). Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme. *Geriatrisk sykepleie*, 16-25.
- Sæterstrand, T. M., Holm, S. G. & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenester påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk sykepleie*, 29(1), 4-16.
- Thomassen, M. (2011). *Vitenskap og kunnskap i praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, (3), 280-285. 10.4220/sykepleienf.2012.0134
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396. 10.1177/0969733011398099
- Verdens legeforening. (2013). Helsinkideklarasjonen: Etske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Hentet 12.10.2019 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>

- Vråle, G. B., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning.
- 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. 10.1111/jocn.12863
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willson, K., Mottram, P. & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people (Publikasjonsnr. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004853.pub2>). Cochrane database of systematic Reviews
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S. & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care?: Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*, 58(1), 177-192. 10.1016/S0277-9536(03)00161-8
- World Health, O. & Sosial- og, h. (2005). *ICD-10 : den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer : systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring* (10. revisjon, norsk utg., 4. [rev.] oppl. utg.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- World Health Organization. (2017). Mental health of older adults. Hentet 04.03.2020 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wærn, M. (2011). Risk factors for suicide in the elderly ; what do we know? What do we need to find out? *Suicidologi*, 16(2), 3-8. 10.5617/suicidologi.2133
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. (2011). ([Rev. utg.]. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Zhang, Y., Chen, Y. & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*, 47, 1-5. 10.1016/j.jocn.2017.09.022
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 27-39. 10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04



