

**SY 180H 000**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

23.10.2009

**Tema:**

Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien ivareta  
enslige eldre i forebyggingen av depresjon?

Kandidatnummer:

102

118

[Stavøy, Trine  
Mortensen, Jorunn]

Kull 06 Vår

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Avgrensninger og presisering av problemstillingen.....	3
1.4 Oppgavens hensikt.....	4
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 METODE.....	5
2.1 Metodevalg.....	5
2.2 Litteratur og kildekritikk.....	6
2.3 Intervjuforberedelse.....	6
2.4 Utførelsen av intervjuet.....	7
2.5 Metodekritikk.....	7
3.0 KATIE ERIKSSON SYKEPLEIETEORI.....	8
4.0 TEORI.....	11
4.1 Depresjon.....	11
4.1.1 Mild depresjon.....	12
4.1.2 Moderat depresjon.....	12
4.1.3 Alvorlig depresjon.....	12
4.2 Behandling av depresjon.....	13
4.2.1 Medikamentell behandling.....	13

4.2.2 Psykoterapi.....	13
4.2.3 Miljøterapi.....	13
4.3 Forebygging.....	14
4.3.1 Helsefremmende arbeid.....	14
4.3.2 Sykdomsforebyggende arbeid.....	14
4.3.3 Lovpålagt helsefremming.....	15
4.3.4 Stortingsmelding nr. 47(2008-2009).....	15
4.4 Livskvalitet.....	15
5.0 DRØFTING.....	17
5.1 Fysisk omsorg.....	17
5.2 Nettverk og kommunikasjon.....	21
5.3 Individuell omsorg.....	24
5.4 Omsorg ved sorg og ensomhet.....	26
5.5 Tid og økonomi.....	27
6.0 OPPSUMMERING.....	30
LITTERATURLISTE.....	31
<b>VEDLEGG:</b>	
Vedlegg 1. Tillatelse til innhenting av data	
Vedlegg 2. Intervjuguide 1	
Vedlegg 3. Intervjuguide 2	
Vedlegg 4. Forespørsel om tillatelse til intervju	

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Våre kunnskaper om temaet før vi begynte å skrive var delt. Vi hadde begge to en forståelse av at depresjon er et samfunnsaktuelt og viktig tema, og at den er på tur å bli en folkesykdom. I våre praksiser gjennom dette sykepleierstudiet har vi flere ganger hørt at depresjon er et økende problem. Vi fikk og under vår praksis vite at det i dag er flere eldre som bor hjemme alene hvor mange får tjenester via hjemmesykepleien, og dette er ofte den eneste form for sosial kontakt da flere har et lite nettverk av pårørende og venner.

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) leser vi at i vår nærmeste fremtid vil vi få en "eldrebølge" av pensjonister. I Norge vil andelen eldre på 67 år øke til det dobbelte i år 2050 og eldre over 80 år vil i år 2050 passere 500 000 personer. Som sykepleiere kan dette gi oss økende utfordringer i forhold til ivaretagelse, forebygging og daglig omsorg. Vi har valgt tema hvor vi ønsker å se nærmere på hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan forebygge depresjon ved ivaretagelse av den enslige eldre pasienten og hvilke utfordringer som vi i vår sykepleierrolle kan møte i en slik jobb situasjon. Antall ord: 9765.

### 1.2 Problemstillingen

Vårt valg av problemstilling er basert på vår interesse og søken etter mer kunnskap vedrørende temaet. Videre tok vi valget på bakgrunn av at temaet er relevant for vår utdanning og er et aktuelt samfunnstema.

Problemstillingen ble da: *Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien ivareta enslige eldre i forebyggingen av depresjon?*

### 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi har valgt å avgrense oss til enslig eldre pasienter som kan være i faresonen for å utvikle mild eller moderat depresjon. Dette gjelder enslige eldre som bor hjemme med bistand fra

hjemmesykepleien. Vi har valgt å fokusere på ivaretakelsen av den eldre i arbeidet for å forhindre en depresjon. Vårt hovedfokus har vært på enslige eldre som har opplevd tap på ulike områder som fysisk funksjon, nettverk og nære pårørende.

#### **1.4 Oppgavens hensikt**

Vi har valgt tema basert på å få økt våre kunnskaper om ivaretakelse av den enslige eldre i forbygging av depresjon. Målet vårt er å kunne utøve sykepleie av høy kvalitet ved å ha forståelse for hvordan den teoretiske kunnskapen kan hjelpe oss i vårt yrke. Vi vil belyse områder som depresjon, sosial kontakt, tap av ektefelle og ensomhet da disse begrepene både alene og sammen kan ha avgjørende betydning for hva som pasienten selv mener er god psykisk helse.

#### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Videre i oppgaven følger det en metodedel hvor vi begrunner vårt metodevalg. Under dette kapitlet skriver vi også om våre intervjuforberedelser og utførelsen av disse. Vi avslutter kapitlet med en metodekritikk. Videre presenterer vi vårt valg av sykepleieteoretiker som er Katie Eriksson. Deretter kommer teori om depresjon, behandling og forebygging. Heretter kommer drøftingen etterfulgt av en oppsummering. Vi avslutter med litteraturliste og vedlegg.

## 2.0 METODE

### 2.1 Metodevalg

Vilhelm Aubert sier at metode er:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007: 81).

Vi bruker en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming i oppgaven slik at vi oppnår en felles forståelse av meningen i en tekst og en dypere forståelse av personens egen opplevelse. Med fenomenologi menes kroppens erfaring og opplevelse av verden slik at inntrykkene blir oppfattet gjennom sansene våre, før vi reflekterer over dem (Martinsen, 2005:133). Hermeneutikk betyr ifølge Dalland (2007:53) fortolkningslære. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den gir god informasjon og belyser tema og spørsmål på en faglig interessant måte.

Metodelæren skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden går ut på å samle informasjon og omforme den til målbare enheter, som i sin tur gir anledning til å foreta beregninger som kan gi svar på foretatte undersøkelser. En kvalitativ oppgave skal fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle slik den gjør ved kvantitativ metode. Ved kvalitative metoder kan vi oppsøke enkeltpersoner eller grupper som man mener kan bidra i undersøkelsen. Dette kalles ifølge Dalland (2007) strategisk utvalg.

Vi har benyttet kvalitativ metode i denne oppgaven og vi har valgt å foreta to kvalitative forskningsintervju. Intervju er ifølge Dalland (2007) en god måte å innhente data, kunnskaper og opplysninger på, og blir ofte brukt i en kvalitativ metode. Et slikt intervju tar sikte på å få frem nyansert informasjon ut fra den situasjonen informanten befinner seg i. Det er ofte nødvendig å stille utfyllende og godt formulerte spørsmål for at beskrivelsen skal bli dekkende. Spørsmålene må stilles på en slik måte at informanten må gå i dybden og gi utfyllende svar på hvert spørsmål. Dette utfordrer oss som intervjuere til å være godt forberedt og følge med i svarene for å få frem nyansene. Man må unngå å stille spørsmålene slik at man får kun ja eller nei til svar. Dette er svært uheldig, fordi intervjuet

blir dårlig og man får lite stoff og kunnskaper ut av det. Dataene som samles inn tar sikte på å få fram sammenheng og helhet. Vi stilte empiriske spørsmål, det vil si spørsmål om hvordan ting er og fungerer i virkeligheten. Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring(Dalland, 2007). Vi foretok halvstrukturerte intervju, der spørsmålene ble skrevet ned uten at de trengte å komme i en bestemt rekkefølge. Dalland(2007) sier at intervju kan ta form som en samtale om temaet og det er informanten som styrer samtalen.

## **2.2 Litteratur og kildekritikk**

Mye av vår litteratur fant vi under selvvalgt litteratur på biblioteket, BIBSYS og Internett. Søkeordene vi brukte på BIBSYS var; depresjon, eldre, forebygging og enslige, men vi opplevde at materialet her var begrenset og til dels for gammelt. Vi har brukt primær og sekundær litteratur. Primær litteratur er når forfatteren presenterer eget arbeid, og sekundær litteratur er når forfatteren siterer eller referer andre(Dalland, 2007). Våre artikler fant vi gjennom søk i Vård i Norden, tidsskrift for sykepleieren, og det var her kom vi over vår internasjonale artikkel fra JAMA. Vi har brukt nøyaktige kildehenvisninger i oppgaven, og laget litteraturliste over pensum- og selvvalgt litteratur for å vise hvor vi har hentet litteraturen fra.

## **2.3 Intervjuforberedelse**

Vi bestemte oss for at vi ønsket å intervju to sykepleiere, hvor den ene er spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg. Den andre ønsket vi skulle ha minimum fem års erfaring fra jobb som sykepleier i hjemmetjenesten. Dette ønsket vi fordi at vi mener at disse kunne svare oss på spørsmål vedrørende problemstillingen vår. Før vi kunne gjennomføre intervjuene måtte vi søke veileder på høyskolen om tillatelse til innhenting av data(vedlegg 1) og få godkjent intervjuguidene(vedlegg 2 og 3). Etter at høyskolen godkjente søknaden(vedlegg 1) sendte vi brev(vedlegg 4) til lederne for de to ulike arbeidsstedene hvor vi på forhånd visste at der fantes sykepleiere med den erfaringen vi ønsket til intervjuene. I brevet(vedlegg 4) fortalte vi om hensikten med intervjuet og problemstillingen vår. Vi la og ved intervjuguiden(vedlegg 2 og 3) som var ment for den aktuelle informant, slik at leder kunne legge dette frem for sykepleieren som vi skulle intervju. Vi informerte videre i brevet(vedlegg 4) at det ville bli gjort lydopptak av

intervjuet og at dette ville bli makulert etter at vi var ferdige med å transkribere det, som vil si og skrive intervjuet ordrett ned på papir(Dalland, 2007). Videre informerte vi om at vi har taushetsplikt og at all informasjon, både om informanter og arbeidssted ville bli anonymisert i oppgaven. Vi la og ved den godkjente(vedlegg 1) søknaden fra høgskolen og denne inneholdt en svarslipp hvor lederen kunne svare om det var noen i vår etterspurte yrkesgruppe som ville stille seg disponibel til intervjuet.

## **2.4 Utførelsen av intervjuet**

Intervjuene ble foretatt av oss begge. Vi møtte til avtalt tid på begge informantenes arbeidssted for å foreta intervjuene. Vi ble tatt godt imot og ble vist inn på lyse og trivelige arbeidsrom hvor intervjuet skulle foregå. Før vi startet det ene intervjuet ble vi forespurt av leder om vi stilte oss negative til at to sykepleiere møtte oss. Dette mente vi bare var positivt så det godtok vi. Før vi startet intervjuene ordnet vi intervjuguiden(vedlegg 2 og 3) og videokameraet klart og mobiltelefonene ble slått av. Vi lot linseheten være på videokameraet under intervjuene slik at vi bare tok opp lyd. Den ene av oss stilte spørsmålene og den andre var tekniker og observatør. Vi transkriberte begge intervjuene i lag og under transkriberingen anonymiserte vi informantene og deres arbeidssted, og vi avsluttet med å slette opptaket.

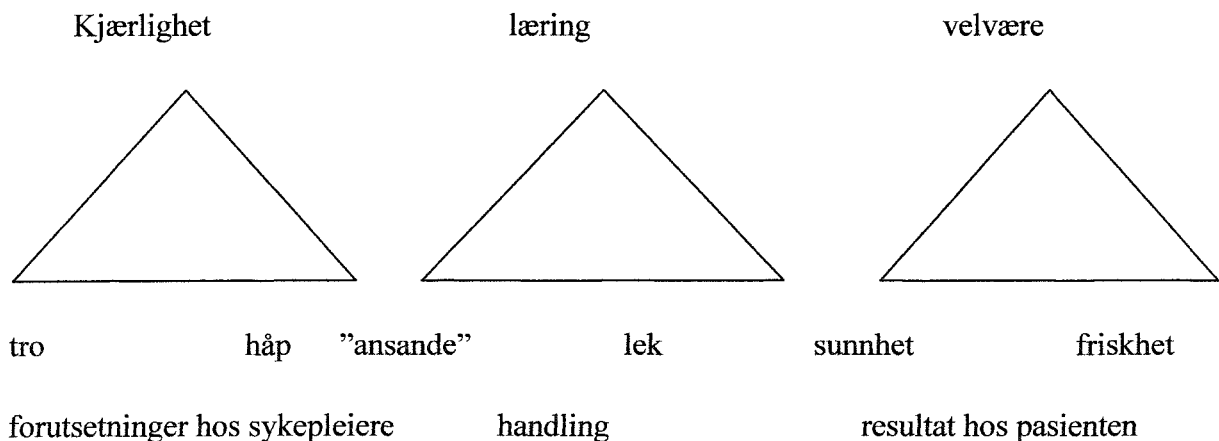
## **2.5 Metodekritikk**

Ifølge våre forutsetninger var kvalitative intervju et godt valg. Vi fikk gjennom dette den informasjonen vi trengte for å belyse vår problemstilling. Vi hadde planlagt intervjuene god tid i forveien og gjort avtaler med informanter. Det ene intervjuet gikk som planlagt mens det andre stadig ble utsatt av informant på grunn av ferie og jobbsituasjon og til slutt så vi ingen annen utvei enn å finne en annen informant. Vi fikk da to sykepleiere som sa seg villige til å stille på kort varsel og dette resulterte i at de ikke hadde fått nok tid til å forberede seg på spørsmålene. Veileder godkjente at vi byttet informant før vi foretok intervjuet med dem. Vi ser at informantene gav oss to litt forskjellige syns vinkler på vår problemstilling.



### 3.0 KATIE ERIKSSON SYKEPLEIETEORI

Vi har valgt å bruke finske Katie Erikssons (født 1943), heretter omtalt som Eriksson, filosofiske sykepleieteori. Dette da Eriksson (1996) mener at omsorgen som skal ytes må bestå av et åpent tillitsforhold mellom giver (sykepleier) og mottaker (pasient). Her må giveren ha et helhetssyn på mennesket der omsorgen skal ha som formål å være helsefremmende, slik kan vi som sykepleiere ta utgangspunkt i hennes teorier, men Eriksson sier ikke direkte hva sykepleie er eller ikke er. Eriksson (Kirkevold, 1992) baserer for det meste sin teori på Aristoteles filosofi, og hennes omsorgsteori er bygget på hennes mange studier som hun har gjennomført. Erikssons studier omhandler helse, sykepleie, omsorg og omsorgsforskning. Vi skal nå presentere Erikssons sentrale begreper om helse som er: menneske, helse og omsorg. Vi tar utgangspunkt i Erikssons tre trekantene som blir beskrevet i Kristoffersen mfl (2005): figur 1. Disse viser at skal omsorg kunne ytes av omsorgsutøveren mot en pasient bør begrepene tro, håp og kjærlighet etterfølges av ansende, lek og læring slik at sunnhet, friskhet og velvære kan oppnås hos pasienten (Kristoffersen, 2005).



Figur 1.

Med menneskesyn mener Eriksson (1996) at mennesket kjennetegnes ved at det har selvbevissthet og bevissthet, og at hvert individ har sine egne opplevelser som ikke helt kan tolkes eller forstås av andre. Eriksson (1996) er opptatt av at menneskene har behov

for å føle helhet som oppnås ved at vi strever etter å bli bekreftet og gjennom selvrealisering. Dette gjør at vi får mot og kraft til å gå videre i livet.

Gjennom "den konkrete andre" og "den abstrakte andre" får vi en livsvilje som gjør oss til menneske. "Den konkrete andre" er relasjonen vi har til familie, venner og andre omsorgsytere, mens "den abstrakte andre" er forholdet til Gud. Alle har vi behov og begjær, og ifølge Eriksson(Kristoffersen, 2005) kan menneskets behov tilfredsstilles, mens begjæret når det aktiveres øker. Det at Eriksson tar utgangspunkt i det kristne trosbegrepet ser hun ikke på dette som det eneste mulige, hun mener at menneskets sjel er bygd opp av to dimensjoner; den psykiske og den åndelige(Kristoffersen, 2005).

Begrepene tro, håp og kjærlighet er sentrale begreper knyttet opp mot menneskets livsvilje, eksistens og væren. Ved at mennesket har tro kan vi forvente oss noe positivt i fremtiden og i lag med håpet streber vi etter å nå dette målet. Dette mener Eriksson må være den sentrale drivkraften og forutsetningen hos hver enkelt sykepleier ved omsorg for andre. Kjærligheten vil her falle naturlig inn og den vil da utgjøre en bro mellom selvet og andre mennesker(Kristoffersen, 2005).

Kristoffersen m.fl(2005) beskriver at Erikssons begrep "livsrom", som omhandler menneskets omgivelser, blir inndelt i det fysiske, psykososiale og det åndelige. Det fysiske livsrommet er om faktorer for at mennesket skal kunne opprettholde sin helse. Det kan være faktorer som truer eller/og fremmer livsfunksjonene. Det psykososiale rommet er om menneskers relasjoner til andre mennesker. Det åndelige livsrommet omhandler den personlige tro og gudsforholdet. Eriksson(1996) mener at det i disse livsrommene kilden ligger for å kunne utvikle positiv og helsefremmende omsorg, og at det er en forutsetning at sykepleieren har tro, håp og kjærlighet. Dette grunnlaget gir da handling gjennom læring, lek og "ansande"(Kristoffersen, 2005).

Skal et menneske kunne utvikle seg til et liv av selvstendighet, modenhet og selvrealisering har vi ifølge Eriksson(1996) behov for læring. Selve læringen skjer fra vi er født og daglig gjennom resten av livet. Ingen blir helt ferdiglært, men læring leder oss til å bli et modent menneske, hvor omsorgen for våre medmennesker er sentrale, og den læringen skjer individuelt. For å kunne få en handling er vi og ifølge Eriksson(1996) i behov av lek. Dette da hun mener at disse to begrepene hører sammen. Både i naturlig og i profesjonell omsorg mener Eriksson(1996) at leken er et middel for å oppnå helse da det ligger som et naturlig innslag i vårt atferdsmønster. Leken kan ha ulike funksjoner slik

som at en pasient som skal prøve ut ulike ferdigheter eller handlingsalternativer har lov til å feile da det gjennom leken ikke vil få konsekvenser som i virkeligheten. Eriksson(1996) er nøye med å poengtere at man må ta utgangspunkt i pasientens behov. Knytter man så sammen disse to begrepene med ”ansande”, som vil si at sykepleieren ivaretar den andre personens grunnleggende behov og at den som yter omsorgen vil pasientens beste, får vi et resultat som vil gi pasienten sunnhet, velvære og friskhet. Gjennom disse tre komponentene fastslår Eriksson(1996) at helse er et naturlig fenomen, som omfatter kropp, sjel og ånd videre skriver hun at helse er noe mennesket *er* og ikke noe mennesket har. Erikssons egen helsedefinisjon formulerer hun slik: ”*Helse er en integrert tilstand av sunnhet, friskhet og velvære (men ikke nødvendigvis fravær av sykdom)*”(Kristoffersen 2005, bind 4:55).

## 4.0 TEORI

### 4.1 Depresjon

Depresjon er en affektiv lidelse og betegnes som en stemningslidelse. Depresjon preges av nedsatt stemningsleie og kognitiv forstyrrelse, og det forekommer også ofte legemlige symptomer. Depresjon kan fremtre i mange forskjellige former, og kommer til uttrykk forskjellig fra unge, voksne og eldre mennesker. Man ser ofte hos voksne håpløshet og tristhet, mens det hos eldre mennesker ofte ses med økt dysterhet og apatisk oppførsel. Depresjon har en hyppig forekomst og dette særlig hos kvinner(Kringelen, 2008).

Å være trist og nedtrykt er noe som ligger i alle menneskers natur, dette er noe som følger oss gjennom livet og er en nødvendighet. Vi vil alltid være i fare for å miste noe eller noen slik at i relasjon med andre er vi sårbare. Når en opplever tap, vil vi gå gjennom faser med sorg og smerte og dette kan vare i dager eller måneder. Vi strever for å bearbeide dette og komme oss gjennom fasene slik at man kan leve igjen(Hummelvoll, 2008).

Sorg settes ofte sammen med depresjon, og den kommer gjerne i kjølevannet av en traumatisk opplevelse som tap av en livsledsager, familie eller det å miste jobben eller en kroppsfunksjon. Dette er tilstander som gjør livet uholdbart og tap kan gjøre det vanskelig å finne veien tilbake i livet. En vil her først gå i sjokk der en ikke klarer å ta innover seg ting, neste er sorgfasen da en skjønner hva som er skjedd. Avslutningsvis kommer bearbeidingsfasen som skal hjelpe en å sette perspektiv på ting og vende tilbake til hverdagen. Men denne jobben er tidkrevende og forskjellige for alle, men når sorgarbeidet låses fast og en ikke kommer videre vil en kunne få en depresjon. Forskjellen mellom sorg og depresjon er at i en vanlig sorgprosess vil skyldfølelse og selvbekreftelse ikke være veldig fremtredende, mens det i depresjonen vil en tydelig kunne se disse følelsene. Den sørgende vil ofte vite hva en sørger over, mens en deprimert ofte vil ha ett mer uklart bilde av dette. Depresjon deles inn i 3 nivåer: Mild, moderat og alvorlig(Hummelvoll, 2008).

#### **4.1.1 Mild depresjon**

På dette stadiet er personen realitetsorientert og kan sette ord på hva som gjør han trist. Tristhet og nedtrykkthet er fremtredene og reaksjonene er gjerne i samsvar med situasjonen en befinner seg i. Det vil her forekomme fra personen noe tilbaketrekking fra omverden og sosiale aktiviteter, og personen vil være ekstra sensitiv i forhold til kritikk og avvísninger. Forstyrrelser i tankeprosessen er vanlig og gjør det vanskelig å konsentrere seg som gjør at personen ofte er mindre oppmerksom og får med seg mindre av det som skjer enn vanlig. Mange plages av fysiske ubehag, dette skyldes at en får en økt mottakelighet for sensorisk stimuli(Hummelvoll, 2008).

#### **4.1.2 Moderat depresjon**

Her ses en økt grad av vanskeligheter med å realitetsorientere seg. Personene har en tendens til å projisere egne følelser over på andre, og andres intensjoner mistolkes ofte i negativ retning. De kroppslige symptomene blir sterkere, selvbilde og selvaktelsen er lav. Personen trekker seg ofte bort fra sosiale aktiviteter og holder seg mye alene. Vedkommende blir lett distraheret når en skal konsentrere seg og har vanskeligheter med å holde fokus på daglige gjøremål. På grunn av endringer i impuls kontrollen kan en få utagerende adferd og aggressivitet. Overspising og høyt alkoholinntak er også vanlig, og en ser at kommunikasjonen gjerne er vanskelig da talen ofte er langsam og ordknapp(Hummelvoll, 2008).

#### **4.1.3 Alvorlig depresjon**

På dette nivået er personen fullstendig oppslukt i sin egen depresjon og en er låst i sine tanker og forestillinger. Vurderingsevnen er svekket og dette gjør at en ikke bryr seg om hvilke konsekvenser en eventuell uønsket adferd har. Fremmedgjøring og kroppslig feiltolkning er fremtredene og en sterk følelse av å være ulykkelig, fortvilt, hjelpeløs og ubrukelig er fremtredende. Tankeprosessen vil være ulogisk og oppmerksomheten til omverdenen svekket og det samme gjelder kommunikasjonen hvor mange slutter å prate. Personen blir apatisk og uinteressert til alt rundt seg og ivaretagelsen av personlig hygiene og matinntak kan være fraværende(Hummelvoll, 2008).

## **4.2 Behandling**

### **4.2.1 Medikamentell behandling.**

De som får en depressiv diagnose blir ved nødvendighet behandlet av lege og medikamentell behandling er det som ofte prøves først. Ved moderat og alvorlig depresjon brukes antidepressiver og dette legemiddelet stimulerer pasienten slik at de er mindre apatiske og trøtt, samtidig som det gir dem en bedre nattesøvn. Fremtredende bivirkninger er ofte; munntørrehet, svimmelhet, økt svette og synssvekkelser og økte obstipasjons og vannlatningsplager ses ofte hos eldre(Kringlen, 2008).

### **4.2.2 Psykoterapi**

Mange pasienter med denne diagnosen får ofte tilbud om en kombinasjon av legemidler og samtalebehandling. Samtale terapi har vist seg ikke å ha stor virkning på de mest alvorlige depresjonstypene, men mange pasienter har uttrykt at trøstende ord og holdninger har vært med på og hjulpet dem ut av sin depressive fase. I en slik behandling er det viktig at en gir pasienten håp og framtidsutsikter. Disse pasientene er veldig vare på kritikk og avvísninger, så dette må unngås. Pasienten må få anerkjennelse for sine følelser og en må bruke tid på dem(Kringlen, 2008).

### **4.2.3 Miljøterapi**

I denne formen for terapi handler det om å behandle pasienten i sitt eget miljø. Målet er å lære pasienten å leve med sin sykdom, slik at en kan klare å fungere så godt som mulig i sitt eget liv og samfunn. Her vil grunnleggende holdninger som respekt, likeverd og anerkjennelse stå sterkt. Hvert enkelt menneske skal ses på som unikt, og viktige ord her er beskyttelse, støtte, struktur og engasjement(Henriksen, 2007).

### **4.3 Forebygging**

Ifølge Mæland(2005) finnes det flere oppfatninger om hva helse er. Mæland(2005) skriver at en kan skille mellom for eksempel: helse som fravær av sykdom, som en ressurs og følelsen av velbefinnende.

#### **4.3.1 Helsefremmede arbeid**

Helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke helsen blant befolkningen. Dette inkluderer at en selv arbeider aktivt for å forhindre at helsen svekkes. Målgruppen er hele befolkningen, men en kan velge ut bestemte grupper når en har bestemte målsetninger(Mæland, 2005).

#### **4.3.2 Sykdomsforebyggende arbeid**

Sykdomsforebyggende arbeid er ifølge Mæland(2005) rettet mot både enkeltpersoner og bestemte risikogrupper. Disse menneskene trenger ikke være syke men de kan leve under slike omstendigheter som gjør at de har en høy risiko for å utvikle sykdom. Forebygging av psykisk helse er ifølge Bunkholdt(2002) systematisk delt inn i tre undergrupper:

*Primært forebyggende arbeid* er rettet mot de som er i livssituasjoner som kan utløse stress og som er i faresonen til å utvikle sykdom på grunn av dette. Dette kan være situasjoner som alvorlige ulykker og andre traumatiske opplevelser. Også det å miste jobb eller opplevelse av funksjonstap kommer inn herunder.

*Sekundært forebyggende arbeid* er rettet mot de som allerede har utviklet symptomer på sykdom eller viser tegn til forandringer i væremåte som mistriivsel og tristhet.

*Tertiært forebyggende arbeid* dreier seg om dem som allerede har etablerte psykiske sykdommer. Arbeidet her dreier seg om å redusere skadevirkningen av den utviklede sykdommen og å lære pasienten å leve med sin sykdom på best mulig måte.

### **4.3.3 Lovpålagt helsefremming**

I lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene står det i § 1-2 følgende;

*”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen” (Syse, 2008:170).*

I forskrift av 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste står det at hjemmesykepleien er en lovbestemt helsetjeneste hvor oppgavene omfatter blant annet forbyggende helsearbeid hvor tyngden ligger på opplysende og rådgivende virksomhet og de ansatte i denne tjenesten må arbeide tverrfaglig med det øvrige helsepersonellet kommunen har(Syse, 2008).

### **4.3.4 Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)**

Samhandlingsreformen som kom 19. juni i år legger opp til at kommunene får større ansvar innen helse og omsorg og hvor fokuset skal ligge på å forebygge sykdommer slik at sykehusinnleggelses skal forbeholdes de sykeste syke. Reformen skal blant annet sikre at flere eldre får bedre tjenester ved at kommunene må tilrettelegge slik at det må jobbes tverrfaglig, gjerne over kommunegrensene når det er snakk om små kommuner. Denne reformen anser vi som svært velkommen da den viser at kommunene må sikre slik at det tverrfaglige samarbeidet blir tvunget fram.

## **4.4 Livskvalitet**

Det helsefremmende arbeidet innenfor psykisk helse er høyaktuelt og i Norge tar dette arbeidet ifølge Hummelvoll(2008) utgangspunkt i ”Health21” som er WHO's helsepolitiske dokument. Dette dokumentet er ment som et hjelpemiddel for å kunne oppnå mest mulig helsefremming i hele befolkningen, ikke bare mot høyrisikogrupperne, slik at hverdagslivet styrkes og befolkningen får følelsen av at god livskvalitet kan oppnås



av alle. Rustøen(2006) skriver at det er få definisjoner av livskvalitet i Norge og når hun skal definere begrepet bruker hun psykologen Siri Næss` definisjon som er slik:

”En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede” (Rustøen, 2006:17).

Det har vært gjennomført flere kvantitative målemetoder ved bruk av spørreskjemaer for å få vite hva personene selv mener med livskvalitet, men disse skjemaene måler ikke bare selve begrepet livskvalitet men og det som er knyttet til funksjonsevne og symptomer(Hanstad, 2005). Men Næss(3/2001) skriver at livskvalitet kun kan knyttes til individet selv og ikke til det man gjør eller omgis av og dette fremkommer og hos Mæland(2005) som skriver at livskvalitet er menneskenes egne subjektive meninger.

## 5.0 DRØFTING

### 5.1 Fysisk omsorg

Tro, håp og kjærlighet er sentrale begrep som Eriksson(Kristoffersen, 2005) mener hjelperen må ha som forutsetning for å yte omsorg. Ifølge Eriksson(1996) er det viktig at alle mennesker opplever tilhørighet og forståelse, samtidig som de får tid og rom til å realisere seg selv og de håp og drømmer en måtte ha. Gjennom tro og håp har vi et ønske om at gode ting skal komme og derfor er det viktig at dette holdes i livet. Har mennesker håp er det alltid muligheter å se i fremtiden. I troen er eksistens og væren viktig, vi har alle behov for å føle at vi eksisterer og er til og at det finnes en mening med det. Som sykepleiere må vi fremme slik omsorg som hjelper pasienten til å bedre sin opplevelse av å ha god livskvalitet. Våre forutsetninger for dette er at vi selv opplever at tro og håp er viktig, for det er det vi skal ifølge Eriksson(1996) å skape hos den andre.

Eldre mennesker har som oss alle andre et ønske om å være selvhjulpen, og det å kunne ivareta sin fysiske egenomsorg er viktig da de færreste av oss ikke ønsker å være til byrde for noen. Eriksson(1996) mener at mennesket drives av en kraft med ønske om å være i bevegelse, utvikling og forandring, og strever etter å skape og realisere seg selv. Dette er en kontinuerlig prosess som følger mennesket gjennom hele livet. Vi vet gjennom teorien i Hummelvoll(2008) at ved mild depresjon kan fysiske begrensninger som gjør det vanskelig å tilpasse seg gi utslag i at pasienten får en økt passivitet og dermed har lettere for å isolere seg. Den ene informanten sa det slik;

*”... man kan være spesielt obs på de som har blitt fysisk syke og de som har mistet fysisk funksjon... for dem trenger det ikke være en bagatell slik vi har lett for å tenke... så tapsformer i alle former må en være obs på når vi jobber med pasienter...”*

Under våre praksiser så vi at noen eldre støttet seg til personalet for å få hjelp til ting de egentlig klarte selv. Sykepleieren skal jo selvfølgelig hjelpe pasienten så godt som mulig og lette hverdagen slik at velvære og verdighet blir styrket, men tar sykepleieren og utfører praktiske handlinger pasienten selv klarer kan det fort utvikle seg til et avhengighetsforhold som har en negativ vinkling for pasienten i form av tap av identitet

og egen verd. Det blir lettere å få andre til å hjelpe seg enn å prøve selv og dette kalles ifølge Nord m.fl.(2005), lært hjelpløshet. For å unngå dette begrepet må vi i vår yrkesutøvelse fremme håpet og troen til pasienten slik at tilretteleggingen som vi tilbyr ikke gjør situasjonen så uoverkommelig at de ikke føler at de klarer å mestre den. Pasienten kan først prøve å gjøre en ting to ganger og neste gang prøve en gang før han gir opp. Tap av selvverd og kontroll kan her føre til moderat depresjon. For å streve etter å unngå denne form for depresjon krever det at pasienten får den tid og tilrettelegging som vedkommende er i behov av, og da kan hjelpemidler være et nyttig arbeidsverktøy i deres streben etter å få utføre ulike handlinger selv. Et nært samarbeid mellom sykepleier og ergoterapeut er her viktig. Informanten sa det slik;

*”... å gi hjelpemidler som gjør det enklere... kan jo være med å forebygge en depresjon...”*

Ved at sykepleieren jobber tverrfaglig slik at pasienten får den hjelpen han trenger kan det bidra til at pasienten blir motivert til å ta tak i ting selv. Det styrker opplevelsen av kontroll og uavhengighet og faren for depresjon blir mindre. Eriksson(Kristoffersen, 2005) mener at gjennom å lære åpnes det nye muligheter når pasienter blir konfrontert med vanskeligheter som begrenser deres hverdag. Gjennom læringsprosessen skapes selvrealisering og selvstendighet på nye måter og nivåer. Her ser vi viktigheten av at sykepleieren må finne en balanse med utgangspunkt i pasientens behov slik at pasienten gjennom læring og lek finner en mening ved å ta imot hjelp slik at det ikke blir en trussel mot pasientens selvbilde. Informanten sa det slik;

*”... prøv å motivere dem til å gjøre ting... bruker man litt tid kommer man kanskje litt på vei... det er viktig å tilpasse seg til den enkelte... ingen er like...”*

Menneskekroppen er bygget for å være i bevegelse og aktivitet, og gjennom aktivitet får livet mening og innhold. Birkeland(2004) påpeker viktigheten av at fysisk aktivitet må tilpasses den enkelte pasient, og vi ser her at sykepleieren må være en aktiv pådriver ved å gi pasienten tro på at han kan utfordre seg selv på godt og vondt, og Eriksson(Kristoffersen, 2005) påpeker at under denne handlingen må pasienten ha lov til å feile. Aktivitet har ifølge Tuntland(2005) en synlig dimensjon der den vises i fysiske handlinger og funksjoner. Men der er også en usynlig indre dimensjon der betydningen av aktivitet kommer frem gjennom økt velvære, livsmot og opplevelse av å være frisk. Mange eldre kan ha en følelse av at de har en god helse selv med disse problemene, og

noen takler dette bedre enn andre. En god psykisk helse handler om hvordan den eldre opplever livet sitt på tross av disse problemene, og vi ser at det handler om å ha en opplevelse av god livskvalitet. Næss(2001) mener at livskvalitet kun kan knyttes til individet selv og ikke til det man gjør eller omgis av. Dette sier oss at i vårt møte med pasienten må vi se de daglige verdiene som er tilstede hos den enkelte pasient og det får vi kun gjennom pasientens egne utsagn om hvordan de føler de har det. Eriksson(1996) er her tydelig på at alle mennesker har behov for å føle helhet og at behovene til den enkelte pasient kan tilfredsstilles, og her kan sykepleieren bidra gjennom å gi pasienten håp og tro på at det som er den dagen kan bli til det bedre. Dette er viktig for pasientens selvbilde og opplevelse av egenkontroll i livet slik at livskvaliteten og livsmotet ikke blir svekket. Som informanten presiserte:

*“... men også de som er somatisk syke, de opplever også et tap av fysisk funksjon som kan være vel så dramatisk som noe annet...”*

I Nord m.fl(2005) sies det at et forebyggende arbeid blant eldre ikke bare må kartlegge de faktiske behov man kan se. Dette gjelder forståelsen av hvordan en tar vare på seg selv og hvordan den eldre fysisk klarer å gjennomføre det. Heap(2002) skriver at faren er når rutiner blir etablert basert på generelle oppfatninger av eldre. Man må huske at like ting ikke oppleves likt for alle. For oss kan ting bli rent hverdagslig mens dette ofte er det første møte med dette for pasienten. Det å se pasienten som et individ og kartlegge behovene og komme frem til tiltak ut fra det er viktig. Hver pasient er forskjellig og selv om de kan ha de samme problemene, kan det være ulike behov knyttet til dette(Heap, 2002). Men vi må også være oppmerksomme på de subjektive aspektene som å kartlegge pasientens oppfatning av sin egen situasjon og identitet. Som nevnt i teorien er pasientene ved mild depresjon realitetsorientert og klarer selv å sette ord på det som ikke føles bra, mens derimot ved moderat depresjon har pasientene en økt vanskelighetsgrad i å selvorientere seg. Man kan prøve så godt man kan og hjelpe til å bedre en pasients livssituasjon, men da må vi ha pasienten selv med på laget. Vi ser at det handler om å gi og ta imot hjelp, dette mener Eriksson(1996) er en avgjørende faktor når det gjelder muligheten for å kunne gi en naturlig omsorg. Et viktig element i dette er at det må være et likeverdig samarbeid. Beslutninger og problemløsning må gjøres i samarbeid der begge parter får sine synspunkt hørt og respekter. Vi leser i Tuntland(2005) at sykdom og mistrivsel er en av de tingene som kan forebygges før alderdommen kommer. Vi vet at holder pasienten kroppen i fysisk god form vil sunnheten og friskheten styrkes og de

eventuelle fysiske problemer som skulle oppstå bli enklere å møte. Men det er og viktig at eldre har ett nettverk rundt seg som gjør at de lettere kan få hjelp og støtte når det trengs. Det gir og en følelse av å høre til, og styrker selvfølelsen og livsmotet. Det å opprettholde gode relasjoner i det sosiale er viktig, her kan tilbud som brukersenter og foreninger samtidig være med på å opprettholde den fysiske aktiviteten da pasienten må ut av sin egen bopel. Informanten sa det slik når vi spurte om hvilke tiltak de anvendte ved mistanke om depresjon;

*”... bruk av dagsenter er viktig, få dem ut av huset hvis de er motivert til det... prøv å motivere dem til å gjøre ting...”*

Som nevnt tidligere er det viktig å styrke nettverket rundt pasienten og Blix(2006) skriver at hos eldre pasienter er ensomheten ofte preget av savn, og selv om den pasienten kan ha et stort sosialt nettverk rundt seg kan han føle seg ensom etter tap av en fysisk funksjon. Men derimot kan de enslige eldre pasientene som har et minimalt nettverk rundt seg føle både sosial og emosjonell ensomhet. Det vil si at den emosjonelle ensomheten er kommet av at nettverket man delte ulike interesser med er borte. Det er her viktig at sykepleieren kartlegger hvilke hobbyer pasienten hadde og prøve å se hva som kan settes i gang av tiltak i forhold til det. Det å være behjelpelig med å skaffe håndarbeid og hobbyartikler kan gi pasienten en meningsfylt hverdag, og på for eksempel et dagsenter skal de om ønskelig kunne aktiviseres eller bare få være tilstede. Ved å ha et slikt tilbud i kommunene kan vi som sykepleiere bidra til å fremme håp og tro hos pasienten som sitter hjemme, gjennom å oppmuntre den eldre til prøve ut tilbudet slik at pasientens resurser styrkes. Gjennom dette tilbudet åpner vi og opp for å gi pasienten rom for læring noe Eriksson(1996) påpeker er viktig da ingen blir helt ferdiglært. I intervjuet ble det nevnt:

*”... få i gang noe positivt ...”*

Hjemmesykepleien må være bevist på å opprettholde samarbeidet mellom brukersenter og hjemmetjeneste da det er viktig at de kan supplere hverandre. Bor pasientene i nær avstand til et sykehjem kan det være mulighet for at de kan spise middag sammen med beboerne der. På de eldresentrene der det er aktivitetssenter er ofte pasientene i hjemmetjenesten invitert til å spise middag i fellesskap med de øvrige beboerne og dette blir satt stor pris på av de inviterte. Engedal(2006) skriver at det er erfart at eldre har stor glede av å komme seg ut og det å være sammen med andre. Eldre har som alle andre behov for nye opplevelser og sosial kontakt med nye mennesker. Vi tror at de eldre nyter

godt av en slik ordning og det sosiale de kan oppnå gjennom små samtaler under måltidene blir av Eriksson(Kirkevold, 1992) sett på som helsefremmende innen psykisk helse. Ved bruk av slike tilbud kan en dra nytte av den tverrfaglige kompetansen til de som jobber på eldrementret. I Dalgards rapport 2008:1 leser vi at eldrementrenes mål er å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og isolasjon hos de eldre. De kan observere pasienten på en annen måte enn det sykepleieren gjør i pasientens hjem ved å se hvordan pasienten klarer seg både gjennom konsentrasjonen under en samtale med andre og om de klarer å styre sin adferd. Er det mistanke om moderat depresjon er det her viktig med god kommunikasjon bland det tverrfaglige hjelpeapparatet. Hummelvoll(2008) skriver her at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier kan være vanskelig da talen ofte er langsom og ordknapp fra pasientens side, og derfor ser vi viktigheten av at dokumentasjonen blir gjort på en forsvarlig måte.

## **5.2 Nettverk og kommunikasjon**

Dette med at sykepleieren prøver å styrke nettverket til pasientene blir sett på som sykdomsforebyggende arbeid, og dette skal kunne gi pasienten en bedre hverdag. I kommunehelsetjenesteloven nr.66 av 19. november 1982 står det blant annet i § 1-2 at kommunen gjennom helsetjenesten skal fremme trivsel og sunnhet for den enkelte gjennom å øke interessen som den enkelte selv vil og samtidig se hva allmennheten kan bidra med. Her ser vi at sykepleieren gjennom sin rolle kan dra nytte av familieressurser, venner og bruk av frivillige organisasjoner. Dette krever at sykepleieren er oppdatert om de mulighetene og tilbudene som finnes, og pasienten må også være villig til å prøve å feile og ikke gi opp. Vi fikk gjennom intervjuet forståelse av at bruken av frivillige organisasjoner er brukt i arbeidet mot å forebygge depresjon. Som informanten fortalte;

*"... vi har frivillighetssentralen som vi kan bruke, besøkstjenesten og røde kors... disse er med på å forebygge bare ved å komme på besøk og ha tid til en god samtale... disse er godt kjent og er ofte brukt i sykehjem og hjemmesykepleien..."*

Videre ble det sagt i intervjuet;

*"... det går an å søke om støttekontakt for å øke sosialiseringen og dermed forebygger en depresjon... dette søker en om kommunalt..."*

Bruken av besøksvenner har vist seg å ha en god effekt hos mange pasienter som har mild depresjon eller er i nærheten av å utvikle denne form for depresjon. Besøksvenner er ofte et stort lyspunkt for pasienten som vil si at en fast besøksvenn kommer på besøk et par timer i uken og gjør det pasienten selv ønsker. Her er det viktig at besøksvennen kan være med å gjøre ting som den enkelte pasient liker. Håndarbeid kan være en slik ting og besøksvennen kan ha stor betydning for å hjelpe pasienten til å komme i gang med slikt arbeid, og pasienten får samtidig muligheten til å ha et hyggelig samvær med besøksvennen og mulighetene til å komme seg ut er også tilstede. Dette ser vi på som positivt og viser at det å ha noe å se fram til er viktig. Dette kan skape glede og trivsel hos pasienten til å gjøre noe selv og dermed får de tankene bort fra at de er enslige og alene.

Det er også i mange tilfeller viktig å involvere pårørende i et slikt arbeid. Noen eldre har mange rundt seg mens noen ikke har familie i nærheten. Men pårørende er noe som brukes i varierende grad som informanten uttrykte det;

*"... pårørende blir brukt i varierende grad... det kommer helt an på hvordan pårørende er... pårørende er jo dem som står pasienten nærmest og de kjenner dem best... de vet hvilke interesser de har hatt, hva de likte å gjøre... dette er jo noe vi som helsepersonell ikke vet når en møter en ny pasient..."*

Pårørende er en ressurs som må tas vare på fordi de kan komme med mange innspill og gode råd for å få en best mulig psykisk omsorg for pasienten. Sykepleieren kan her oppleve at det ofte kan være vanskelig å få en balanse mellom de ønsker pårørende har og de mulighetene som hjemmesykepleien kan tilby. Dette kan ofte være fordi det ikke opprettes en god nok kommunikasjon og samarbeid mellom partene. Det er viktig at alle vet hvordan situasjonen er og hva som kan tilbys av hjelp. Som informanten videre sa;

*"... har de eldre pårørende som er syk selv kan det være vanskelig... har de familie i nærheten kan de være fint å forklare dem situasjonen og ha en dialog med dem... eller pårørende kan ikke gjøre så mye mer enn de allerede gjør... man kan ikke bruke opp pårørende heller..."*

På bakgrunn av dette må vi som sykepleiere være lydhøre overfor hvor mye de pårørende kan bidra med, og ikke stille krav som kan føles som uoverkommelig. Vi som sykepleiere må heller være behjelpelig med å tilrettelegge slik at alle kan bidra med det de kan og føler for. I Sæterstrands(2007) artikkel kommer det frem at de pårørende ofte var frustrert

over manglende omsorg i form av sosial kontakt. De følte de måtte trå til i den biten fordi effektiviteten er økende og personalet var ofte lite å se. Det er ofte slik at pårørende tar seg av sosiale sammenkomster dette ofte for at de hadde sympati for at personalet hadde så mye å gjøre. I disse omstillingstider der effektivitet og produktivitet står i høysete er det viktig at alle parter blir informert om omstillinger og hvilke konsekvenser dette vil ha. De pårørende i denne studien uttrykte også at de ønsket å være mer delaktig i planleggingen av omsorgen siden de hadde klare meninger om dette. Dette viser jo bare at kommunikasjon og delaktighet fra alle parter er viktig. Vi har erfart at dette er veldig individuelt og det er viktig å være i kontakt jevnlig. Erikssons(Kristoffersen, 2005) oppfatning om dette er at vi som yter den profesjonelle omsorgen og de som er i familie gir omsorg med, men i forskjellige uttrykksformer. I hjemmesykepleien er det ofte slik at en ikke er så mye i kontakt med familien, det oppleves som om det kun skjer hvis det er noe spesielt både på god og vondt. Det er ofte er det negative som blir trukket fram og gjør det vanskelig å kommunisere. Derfor er det her viktig å skape en god relasjon til de som er rundt den eldre. Vi leser i Hanstad(2005) at det kan ofte være slik at de pårørende og helsepersonell kan ha en oppfatning om hva som er god livskvalitet for den eldre, mens den selv kan ha en helt annen oppfatning om hva som er god livskvalitet. Dette kommer av at vi alle har forskjellige ståsted og forskjellige bakgrunner for å vurdere en situasjon. Her kommer vi tilbake til viktigheten av at pasienten selv skal være delaktig. Der pasienten må få aksept for sine opplevelser og synspunkter og der vi sammen kan komme frem til den beste løsningen.

Det å prøve å gå i dybden er ofte forbundet med mange forskjellige og vanskelige utfordringer. Det er ikke alltid de eldre er motivert til å snakke om ting kanskje det vekker minner som er ubehagelige. Men av erfaring har vi lært at det er verd å prøve og man kan gå forsiktig frem. Informanten sa om dette;

*”... noen er jo veldig åpen og prater lett om ting mens andre igjen er veldig lukket... man må nesten være litt forsiktig med hvilke områder man trør inn på... dette er veldig individuelt...”*

Her må sykepleieren bruke alle sine kunnskaper om kommunikasjon. Sykepleieren må tenke på viktigheten med den nonverbale delen av dette. Vi opplever ofte vi ikke alltid har noe forhold til det som blir sagt og dermed kan vi virke uinteressert. Dette må sykepleieren passe seg for, fordi da gir man signaler som har motsatt virkning enn det som



er ønskelig. Dette med å være god til å kommunisere er viktig. Vi opplever at mange eldre blomstrer opp når de får fortelle og snakke om gamle dager. Det at de får fortelle om hvordan de har jobbet og slitt får de til å føle at de har levd. Ting er totalt forandret fra da de var på vår alder og mange sitter med en følelse at kanskje vi ikke er interessert i å høre om gamle dager. Vi har opplevd at eldre har takket for en slik hyggelig samtale bare fordi det har handlet om dem og det livet de har levd. Dette forteller oss om viktigheten av at vi aktivt prøver å skape relasjoner der vi begge veier kan dele ting om dagliglivet. Gjennom å være tilstede og interessert i hva de har å fortelle gjør at gode relasjoner kan bygges og dermed skape trygghet, noe vi får bekreftet i Birkelands(2008) artikkel. Vi har erfart at det å spørre hvordan de har det og være interessert i ting som skjer i pasientens liv er viktig. Selv om det ofte oppleves som man får samme svar hver gang må det ses på som viktig, fordi det er det som opptar pasienten og det er hans virkelighet og oppfattelse av situasjonen. Informanten sa;

*”... først og fremst er det å prate med personen viktig... hva er det som fattes... hva er det som plager han ... og ikke bare si at ja ja, de er nå bare litt nerimellom og avskrive det med at de kommer vel over det...”*

Ifølge Heap(2002) kan det å oppleve å ikke bli hørt når en prøver å si noe som er viktig ha en knusende effekt på den eldres selvfølelse. Dette er noe som kan gjøre kommunikasjonen vanskelig og uklar. Vi som sykepleiere bør være oppmerksomme og interessert i hva som blir sagt og mer konsentrert i måten vi lytter på. Vårt mål må være å bygge opp selvaktelsen til den eldre pasienten og dette ser vi kan gjøres ved at vi er mere bevisste på våre holdninger og de signaler vi sender ut.

### **5.3 Individuell omsorg**

Heap(2002) skriver at individualisering av omsorgsarbeid er viktig for å opprettholde et kontaktforhold som gjør at pasienten styrker selvfølelsen og kan bruke hjelpen de får konstruktivt. Vi opplever at det som må vektlegges er at vi som hjelpere gir hjelp som er relatert til vårt arbeidsfelt, men at det samtidig legges opp til at ting gjøres spesielt for den enkelte pasienten. Hva betyr dette problemet for pasienten? Hvilke livserfaringer og livssituasjon er han i? Hvordan takler pasienten dette? Her er det viktig å se pasientens måter å mestre ting på og hans opplevelse av det å bli hjulpet. Alle disse tingene må tas i

betraktning når en skal kartlegge hvilke behov som må møtes i den individuelle omsorg. Dette er i samsvar med Erikssons(Kirkevold, 1992) individorienterte fokus, hvor hun mener at mennesket må ses på som unikt. Vi har opplevd at det å være lydhør å lytte til hva pasienten har på hjertet gjør at de føler seg mer verdsatt og sett. Sykepleieren må gå inn i situasjonen og tenke at den eldre faktisk er den som er ekspert på sitt eget liv, sine problemer og prioriteringen. Det er her informasjonen sykepleieren trenger ligger og dermed er det viktig at gode relasjoner blir bygget mellom sykepleier og pasient. Sykepleiere må noen ganger akseptere ting som går mot deres teorier og tankegangen for å kunne opprettholde et gjensidig forhold som bygger på respekt og forståelse. Heap(2002) sier dette er nødvendig for at den hjelpetrengende ikke føler seg overkjørt og at det ikke utvikler seg maktforhold mellom partene. I slike tilfeller er det viktig å observere hvordan de fungerer i hjemmet og i det sosiale. Her vil det være viktig å styrke nettverket rundt den eldre og ved regelmessig tilsyn i hjemmesituasjon og god dokumentasjon er det lettere å oppdage endringer. I intervjuet ble det sagt;

*”... observer pasienten over tid å se hvordan de fungerer både fysisk og psykisk og på det mentale nivået... det blir fokusert på det somatiske og det psykiatriske kommer litt i bakleksa... tid er viktig...”*

I Pettersen(2003) kom det frem at alene boende eldre ofte utviklet alvorlige symptomer på depresjon før det ble oppdaget av hjelpeapparatet. Dette fordi det viser seg at å være ensom og alene kan gjøre situasjon vanskelig og belastende for den mentale kapasiteten til den eldre. Det å ha noen å støtte seg til og dele dagliglivet med viser seg å ha en positiv effekt i den psykiske helsen. Informanten sa det slik på spørsmålet om hvilke observasjoner som ble gjort ved mistanke om depresjon;

*”... det er jo hvordan personen ter seg... adferdsforandringer... humørforandringer... det er mye vi kan fange opp ved å være observante når vi er på tilsyn hos pasienten... og så er det viktig å dokumentere slik at en kan følge med eventuell utvikling eller forandringer i pasienten... dette fordi vi jobber mye alene... og det gjør at alle kan bidra og handle likt...”*

Tuntland(2005) skriver at i hjemmesykepleien er dokumentasjon ett viktig arbeidsverktøy som gjør at en kan sammenligne data fra måneder før og vurdere situasjonen ut fra det. Dette er avgjørende for om vi skal kunne få et helhetlig overblikk over hvordan pasienten har det og det gjør at vi kan gripe inn i en situasjon på et tidlig tidspunkt. Et annet aspekt

med god dokumentasjon er at det sikrer kontinuitet og forutsigbarhet. I Kristoffersen(2005) kommer det frem at informasjons- og kommunikasjonsteknologi vil øke betraktelig. Dette gjelder både elektroniske pasientjournaler til pasientveiledning via Internett. Det er viktig at alle som arbeider med en pasient har samme opplysninger og jobber mot de samme målene. I hjemmesykepleien er det dokumentasjonen som legger grunnlaget for en god omsorg. Sykepleieren jobber ofte her alene og må ta avgjørelser på egen hånd og dette krever ifølge Kristoffersen(2005) at sykepleieren innehar meget gode kunnskaper i bruken av data. Som informanten sa;

*”... som turnusarbeidende sykepleier jobber jeg mye alene... det blir mye ansvar... ofte må jeg ta avgjørelser alene...”*

Vi ser det som viktig at dokumentasjonen er gjort på en god måte slik at en kan bruke det i vurderingen av behovene til pasienten. Er dette ikke gjort blir det brukt mye unødig tid og ressurser på å finne ut av ting.

#### **5.4 Omsorg ved sorg og ensomhet**

Dalgard(2008) skriver at hos eldre er ensomhet og isolasjon den største risikofaktoren for å utvikle depresjon. Vi vet at samfunnet stadig er i en teknologisk forandring og gjennom våre praksiser har vi sett at flere eldre føler at de taper en del av sin rolle etter oppnådd pensjonistalder som kan gjøre hverdagen annerledes og vanskelig. Dette på bakgrunn av at flere ganger har vi fått høre at de mener det ofte er samfunnsforandringer, alt skal være så moderne og det var mye bedre før når de ikke trengte all den teknikken som er i dag. Men vi har oftere møtt enslige eldre som er usikre på om det som hender med dem er på grunn av fysiske forandringer, tap av sosiale sammenkomster eller tap av identitet slik at selvbildet deres blir svakere. Vi vet at tap av nærstående og sorg er noe som eldre møter mye av i sin alderdom, dette fordi de både opplever å miste for eksempel ektefelle og omgangskrets. Den ene informanten sa det slik;

*”... de som bor alene... folk som har mistet sin livsledsager er i stor risiko for å utvikle depresjon... hos oss setter vi gjerne inn ekstra tilsyn på denne gruppen... særlig i tiden etter dødsfallet... behov og eventuelle tiltak vurderes underveis... utfordringen hos oss er de enslige som ikke har et nettverk... man kan og være ensom sammen med noen...”*

Ifølge Hummelvoll(2008) er sorg og depresjon forskjellig. Selve sørgeprosessen kan være smertefull og den sørgende bruker mye krefter, og for å kunne befri seg selv fra tilknytningen man har hatt til et menneske må sorgen oppleves. Den sørgende eldre hjemme boende vil etter tap av livsledsager daglig bli konfrontert med minner som er knyttet til partneren. Dette kan være bilder, gjøremål og så videre. Disse minnene vil avta gjennom bearbeidelsen de går igjennom ettersom sørgeprosessen går frem. Det viktigste skillet på en "frisk" sørgende og en person med depresjon er at de "friske" sørgende vet hvorfor de sørger. Hos deprimerte er selvbekreidelse og skyldfølelse fremtredende og selve årsaken til hvorfor de føler seg triste blir her mer uklare. Vi anser det som viktig at vi vet hva som er det "normale" og at vi gir dem tid til å sørge og bearbeide. Samtidig må vi oppretthold en god kommunikasjon der det er rom for å få ut tanker og følelser. Vi som sykepleiere må tenke på at det å sørge krever krefter som igjen tapper pasienten for overskudd til andre ting, så det er viktig å vurdere og ikke presse på for mye. Vi har erfart at sorgen går i bølger med gode og dårlige dager. Slikt kan gjøre at vi tror de er på bedringens vei og ikke er like oppmerksomme. Men vi må huske at sorgen tar tid og at sørgearbeidet er forskjellig for alle. I sorgen er håpet og troen viktig og i Erikssons(1996) leser vi at har man håpet har vi ikke gitt opp livet og fremtidstroen er fortsatt der. Vi opplever ofte at eldre trenger noe å holde tak i å trøste seg med. Dette kan hjelpe til med gjennom å legge til rette for at den eldre får tilfredstilt sine åndelige behov. Troen kan være til stor hjelp i en sorgprosess og det holder også håpet oppe. Vi kan være behjelpelig med at de får prate med en prest eller å kunne gå i en kirke eller et sted der de kan dyrke sin tro. Eldre med nedsatt syn har mange ganger trøst i å få høytlesning eller kanskje kan man skaffe musikk som han liker. Det handler om at de får støtte for det de ønsker og at vi i en vanskelig situasjon er behjelpelig med å komme i gang med slike ting. Vi har videre ofte hørt hos pasienter at det snakkes lite om den som er blitt borte. De skulle ønske at vi ikke var så redde for å nevne den. Alle mennesker synes at dette med døden er vanskelig og ofte er vi redde for å si noe som skal gjøre den andre trist. Men kanskje det er akkurat det den sørgende trenger? Det å få utløp for følelser er viktig i bearbeidingsprosessen og gjør sorgen lettere å bære. Vi vet i følge Hummelvoll(2008) at en sorg som ikke er bearbeidet kan gå over i en depressiv periode. Kanskje vi oftere må tørre å spørre og tørre å stå i en slik situasjon?

## 5.5 Tiden og økonomi

I dagens samfunn der økonomi styrer mye av sykepleierens jobbhverdag er tidsbruken et aktuelt tema for sykepleierne. Vi har selv erfart og vi opplevde gjennom intervjuene at det er vanskelig at en ikke kan bruke tid når vi føler at det er behov for det når man er bundet opp til faste tidsbestemte arbeidsoppgaver og rutiner. Vi ønsker å kunne gi omsorg slik at pasienten føler seg sett og hørt da dette er viktig, men hvordan skal vi som sykepleiere kunne gjøre dette når det meste nå er tidsbegrenset? Som informanten sa;

*”... nei tid er noe vi aldri få nok av... kommuneøkonomien er det som bremser vår jobbhverdag... kravet til effektivitet gjør at vi ikke kan tilbringe den ønska tiden sammen med bruker... nye regler for utførelse av den daglige jobben er nå tidsbestemt... som 40 min til dusj og 20 min til personlig stell... på grunn av dette mener jeg at den viktige tiden til samtale med pasienten er borte... vi bruker all vår tid til faste gjøremål og dermed har vi ikke tid til å sette oss ned og ha en god samtale...”*

Dette forteller oss at dette ikke er et prioritert område, noe vi også opplevde under våre praksiser. Selv om det ofte ikke er store tiltak som skal settes i gang er det ikke uvanlig at det blir et spørsmål om tid. Men vi må her, slik det og blir skrevet i Kristoffersen(2005), være oppmerksomme på at de eldre i dag stiller større krav til hva de vil ha. I Ciechanowski m.fl(2004) artikkel kommer det fram at depresjon er noe som er assosiert med økte kostnader i helsesektoren, når det gjelder eldre voksne. Videre leser vi i samme artikkel at det har og vist seg at de eldre som er deprimerte vil være mere opptatt av å få frem de psykiske symptomene og dette kan resultere i at de ikke får god nok behandling av andre sykdommer. Dette gjelder særlig de eldre som er hjertesyke eller har diabetes og andre kroniske sykdommer.

Mange ganger blir det satt i gang medisinsk behandling uten egentlig å prøve å bedre hverdagen for den eldre og den miljøterapeutiske behandlingen hvor målet er at pasienten skal fungere best mulig i sitt eget liv blir da til dels tilsidesatt. Det kan nesten virke som om at en tar den letteste veien i blant, men dette er ikke fordi sykepleieren ikke ønsker å gjøre noe, men at man ikke strekker til. Informanten sa videre;

*”... det er viktig å observere over tid, ikke konkludere med en gang at det er en depresjon og sette i gang medisinsk behandling... bruk tid på dem... få i gang noe positivt så ikke alt er svart...”*

I dagens verden har teknologien som for eksempel telefon tatt mye over det som en gang var kontakt øyne til øyne. Nå i en travel hverdag er det lettere å ringe enn å stikke innom. Dette blir dermed en viktig kommunikasjonsfaktor for dem som kan benytte dette. Det kreves i midlertidig at den eldre er aktiv i bruken av telefon og dermed kan dette ha en sosial positiv effekt som gjør dagene kortere. Det å møtes ansikt til ansikt er viktig for sykepleieren da vi gjennom våre praksiser under dette studiet har sett at det å være tilstede og delaktig skaper trygghet blant pasientene. Birkeland(2008) skriver at de som har hjelp av hjemmesykepleie opplevde korte besøk med liten tid til samtale og samvær noe som også informantene våre sa. Vi møtte ofte eldre som ønsket at vi kunne være lengre, og mange ganger måtte vi vurdere om en kanskje kunne utsette gjøremål til senere da vi så behov for at pasienten trengte en å prate med. De utrykte stor glede når vi kunne komme innom med beskjeder eller annet som skulle leveres og vi opplevde videre at det å komme personlig ofte gjorde at de følte at de ble tatt mer på alvor, og det viser at vi bryr oss.

Som vi har nevnt i innledningen vil antallet eldre øke og utfordringene både omsorgsmessig og økonomisk vil dermed også øke. Derfor ser vi på disse utfordringene som spesielt store da dette vil påvirke sykepleieren yrkesutøvelse betraktelig. Dette gjør at sykepleieren må være kritisk i prioriteringene sine, og det fremkommer i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleierens ansvarsområde ikke er verken arbeidsgiver, politikere eller kollegaer men hos pasienten(Kristoffersen, 2005).

## 6.0 OPPSUMMERING

Som snart nyutdannede sykepleiere ser vi viktigheten av at vi hele tiden må styrke de kunnskapene vi har innen det forebyggende arbeidet av depresjon. Vi har gjennom denne skriveprosessen sett at for å oppnå et godt psykisk helsearbeid er det mange ulike aspekter å arbeide med som for eksempel; nærmiljø, samfunnsforhold, familie og enkeltindivider. Vi vet at forebygging av depresjon i dag gjøres på flere områder blant annet gjennom statlige helseplaner, at nærmiljøet og enkeltpersoner involverer seg og deltar aktivt for å bedre sine kunnskaper om hva god mental helse er, men vi ser og behovet for mer forskning innenfor dette feltet.

Vi har fått en bedre forståelse av at den teoretiske kunnskapen vi har tilegnet oss blir viktig i vår yrkesutøvelse. Vi har sett at Erikssons omsorgsfilosofi var et godt valg, da hennes teorier kunne underbygge mye av det vi syntes var viktig å få frem i denne oppgaven.

Videre har vi lært gjennom intervjuene at tid og økonomi er viktige aspekter i dette arbeidet, og er noe som ofte begrenser hva sykepleieren kan utrette i sin arbeidshverdag. Samtidig har vi sett at enkle midler og tiltak kan være til betydning for den eldre. Det handler om at sykepleieren må være oppmerksom og tilstede i omsorgsutøvelsen.

Underveis i oppgaveskrivingen så vi at problemstillingen vår måtte justeres om, noe veileder og var enig i. Dette på grunn av at vårt første valg ble for omfattende med tanke på å kun skrive om begrepet forebygging. Da ivaretagelse er et begrep som blir benyttet i all omsorgsutøvelse valgte vi da å ta med dette begrepet.

## LITTERATURLISTE

### **Pensumlitteratur**

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Kap. 2,3,4,8. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hanstad, B. R.(2005) *Forskning på livskvalitet – et viktig bidrag i helsetjenesten*: Foss, C. og Ellefsen, B(red.) *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. s. 177-191. I I: Kompendiet SY 180H 000, kull 06V.

Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. s. 236- 249. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

### **Selvvalgt litteratur**

Birkeland, A. og Natvig, G. K. (2008) *Gamle, hjelpetrengende og alene*. s.18-21. I: *Vård i Norden* nr. 1.

Birkeland, A. og Natvig, G. K. (2004) *Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig*. s. 15-19. I: *Vård i Norden*.

Blix, E. S. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. s. 88-93. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bunkholdt, V. (2002) *Psykologi*. s. 267-269. Oslo: Universitetsforlaget AS,

C Ciechanowski, P. m.fl. (2004) *Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults*. I: *The Journal of the American Medical Association*. Tilgjengelig fra

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/13/1569?maxtoshow=&HITS=10&hits=...>

(02.juni 2009), 13 sider.



- Dalgard, O. S. og Bøen, H.(2008) *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder.* s. 15- 79 og s. 154-183. Rapport 2008:1 Nasjonalt Folkehelseinstitutt. <http://www.fhi.no/dav/785db9d070.pdf> (29. mai 2009), 22 sider.
- Engedal, K.(2006) *Urunde hjul.* Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. s. 97-133. Forlaget Aldring og Helse.
- Eriksson, K. (1996) *Omsorgens ide.* , s.7-103. København: Special-Trykkeriet Viborg a-s.
- Heap, K. (2002) *Samtalen i eldreomsorgen.* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Hummelvoll, J. K. (2008) *HELT – ikke stykkevis og delt.* s. 171- 198 og s. 561- 596. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M.(1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* s.144-157. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Kringlen, E. (2008) *Psykiatri.* s. 343 - 373. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4.* s. 52- 59 og s. 88- 91. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henriksen, A. T. mfl. (2007) *Miljøterapi.* s. 4- 23. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Martinsen, E. W. (2005) *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse.* s. 133. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis.* s. 13-35 og s. 66. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nord, R. og Eilertsen, G. og Bjerkreim, T(red). ( 2005). *Eldre i en brytningstid.* s.23-45 og s.263-273. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Næss, S. (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære.* s. 7- 41. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring(NOVA).
- Pettersen, A. M. og Laake, K. (2003) *Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre.* s. 55- 63. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Rustøen, T. (2006) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* s. 17. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Syse, A. (2008) *Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2008- 2009*. s. 170 og s. 180-181. I: Norges Lover. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sæterstrand, T. M. og Tingvoll, W-A. (2007) *Omstilling i eldreomsorgen, en krevende prosess*. s.14- 21. I: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 1.

Tuntland, H. (2005) *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. s. 13- 24 og s. 235- 246. København: N.W. DAMM & SØN AS.

**HØGSKOLEN I BODØ**  
**INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG**  
 TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr. \_\_\_\_\_

## TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

### SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: \_\_\_\_\_

Avdeling / institusjon

Ved: \_\_\_\_\_

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kull: Obv Studiested: \_\_\_\_\_

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: \_\_\_\_\_

Problemstilling: "Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenester forebygge depresjon hos enslige eldre?"

Hensikten: Få en bedre forståelse og lære mer om temaet

Metode v/ datainnsamlingen: Intervju

Respondenter / intervjupersoner: Spesialsykepleier innen aldring- og eldreomsorg / sykepleier i hjemmesykepleien

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Videokamera med linschette på

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 35 eller 36

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 08.06.2009

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: Høgskolen i Bodø

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

**SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.**

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato \_\_\_\_\_ av saksbehandler / organ:

\_\_\_\_\_

Vedtak: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Intervjuguide til hjemmetjenesten

1. Hvor gammel er du og hvilken utdanning har du?
2. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten og hva syns du er de positive og negative sidene ved å jobbe i hjemmetjenesten.
3. Er depresjon et økende problem blant enslige eldre? Før/nå
4. Hva er dine erfaringer i møte med disse pasientene?
5. Føler du at du har tilstrekkelig med tid til å følge opp eldre som er deprimert? Utdyp.
6. Hva gjør dere som sykepleiere i hjemmetjenesten for å forebygge depresjon hos enslige eldre?
7. Er det spesielle utfordringer dere møter i forhold til dette?
8. Er det spesielle grupper som er mer utsatt for depresjon enn andre? Sorg/ensomhet/sykdom.
9. Ved mistanke om depresjon, hvilke observasjoner gjør dere og hvilke tiltak settes i gang?
10. Hvilke tverrfaglige samarbeidspartnere har dere i arbeidet for forebygging?
11. Brukes pårørende aktivt og hvis på hvilken måte?
12. Kan du gi noen gode råd til oss som nyutdannede sykepleiere i forhold til problemstillingen?
13. Er det ting som ikke er kommet frem i spørsmålene som du ønsker å nevne?

Intervjuguide til spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg

1. Hvor gammel er du og hvilken utdanning har du? Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
2. Hva tenker du om forebygging av depresjon hos enslige eldre?
3. Er depresjon et økende problem blant enslige eldre? Før /nå
4. Hva er dine erfaringer i møte med disse pasientene?
5. Føler du at du har tilstrekkelig med tid til å følge opp eldre som er deprimerte? Utdyp.
6. Er det spesielle grupper som er mer utsatt for depresjon ell andre? Sorg/sykdom /ensomhet
7. Ved mistanke om depresjon, hvilke observasjoner gjør du og hvilke tiltak settes i gang?
8. Brukes pårørende aktivt i og på hvilken måte?
9. Hvilke tverrfaglige samarbeidspartnere har dere i arbeidet for forebygging?
10. Kan du gi noen gode råd til oss som nyutdannede sykepleiere i forhold til problemstillingen?
11. Er det ting som ikke er kommet frem i spørsmålene som du ønsker å nevne?

### **Forespørsel om tillatelse til intervju**

Vi er to sykepleierstudenter som tar desentralisert utdanning på Høgskolen i Bodø avd. Stokmarknes. Vi er nå kommet til det siste året av vår utdanning, og i den forbindelse har vi et studiekraft som går ut på at vi skal skrive en bacheloroppgave. Vår oppgave skal inneholde et intervju med en informant med sykepleiefaglig bakgrunn som har kunnskaper om tema vi har valgt.

Vårt valg av tema lyder som følgende; *"Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjensten forebygge depresjon hos enslige eldre?"*. Vi har valgt dette fordi vi ønsker å lære mer om dette temaet, og fordi vi har fått forståelse av at depresjon hos eldre er et økende problem.

På bakgrunn av dette ønsker vi å be om et intervju. Intervjuet er beregnet å ta ca 45 minutter, og blir foretatt av begge studentene i fellesskap. Intervjuet tas opp på lydbånd, og vil bli slettet etter bruk. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Informanten vil bli anonymisert i oppgaven. Vi ønsker å få foretatt intervjuet enten uke 35 eller 36, 2009.

Vedlagt finner du skjema for tillatelse til innhenting av data fra Høgskolen i Bodø og intervjuguide med spørsmål. Eventuelle spørsmål kan rettes til *NN* eller *NN*

Med hilsen