

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# Bacheloroppgave

**SY180H**

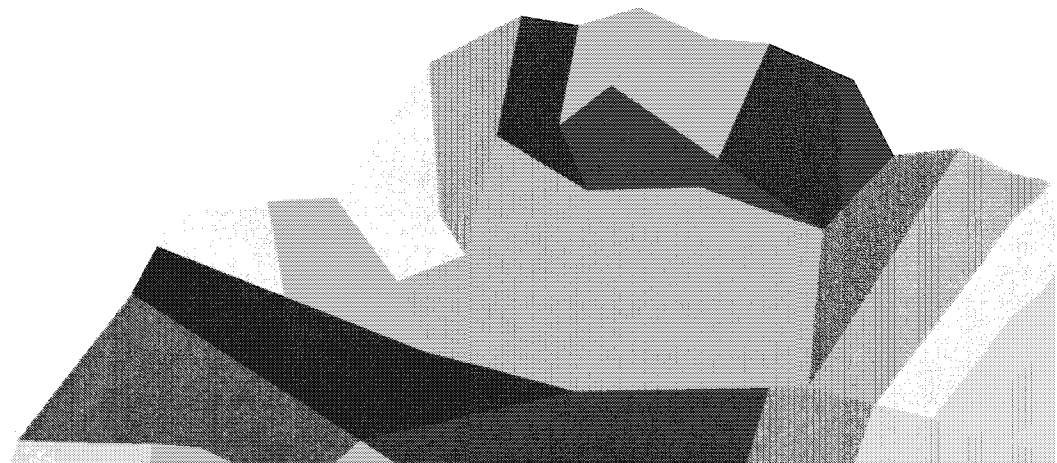
**Kandidatnummer: 62**

**Total antall sider: 24**

**Dato: 15/4-2013**

*[Lindén, Astri Steigre]*

**Tema: Depresjon og egenomsorg hos eldre**



## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling .....	2
1.3 Hensikten med oppgaven .....	3
1.4 Oppgavens disposisjon .....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Litteratursøk .....	5
2.3 Kilder og kildekritikk .....	6
2.4 Presentasjon av forskningsartiklene .....	7
3.0 Sykepleiefaglig perspektiv .....	9
3.1 Dorothea Orems sykepleieteori .....	9
3.1.1 Egenomsorg.....	9
3.1.2 Egenomsorgssvikt .....	10
3.1.3 Sykepleie .....	10
3.1.4 Teoriens etiske forsvarlighet .....	11
4.0 Det eldre mennesket .....	12
4.1 Mestring .....	12
4.2 Sykehjem.....	12
5.0 Depresjon .....	14
5.1 Eldre og depresjon.....	14
5.2 Behandling .....	15
6.0 Drøfting .....	17
6.1 utfordringer med å bo på sykehjem .....	17
6.1.1 Tap og endringer .....	17
6.1.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov på sykehjem .....	17
6.1.3 Grunnleggende behov og depresjon .....	18
6.2 Eldre sine ønsker, verdier og mål.....	20
6.2.1 Viktigheten av kommunikasjon .....	20
6.2.2 utfordringer med god kommunikasjon ved depresjon.....	21
6.3 Egenomsorg hos den deprimerte eldre .....	22
6.3.1 De universelle egenomsorgsbehovene .....	22
6.3.2 De utviklingsmessige egenomsorgskravene.....	22
6.4 Mestring og den eldre deprimerte .....	24
6.4.1 Lært hjelpeløshet .....	24
6.4.2 Mestring i miljøet på sykehjem.....	24
6.5 Sykepleie .....	26
6.5.1 Antidepressiva i sykehjem .....	26
6.5.2 Riktig hjelpemode .....	27
6.5.3 Kartlegge og evaluere effekten av tiltak .....	28
6.5.4 Kartlegge depresjon på sykehjem .....	28
7.0 Avslutning .....	30
8.0 Litteraturliste .....	32
8.1 Selvvalgt litteratur .....	33

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Antall ord i oppgaven: 9268

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO 2012) er unipolar depressiv lidelse rangert til den tredje ledende årsak til helsesvikt i verden i 2004, og i løpet av 2030 vil den ligge på første plass. Jeg har valgt depresjon som tema fordi det er en aktuell og stadig økende lidelse. Som sykepleier vil man møte pasienter med denne lidelsen. Jeg har allerede som sykepleiestudent møtt pasienter med depresjon, og det er særlig en aldersgruppe som ofte går igjen både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten: den eldre pasient.

Jeg husker spesielt en episode fra praksistiden på sykehjem. Pasienten var en eldre mann som for noen måneder siden hadde kommet til oss. Hver gang vi kom inn på rommet hans fant vi ham i sengen med ansiktet vendt inn mot veggen. Mange av sykepleierne uttrykte et ubehag over å være inne hos ham fordi han virket så avvisende og sint. En sjelden gang pratet han noen få ord med oss, men som oftest lå han der med ryggen til, og var stille. Sykepleierne forklarte at de hadde prøvd å snakke med ham, men at det føltes nytteløst da dette ofte førte til at han ba dem forlate rommet. Det var vanskelig å få han til å stille seg, og å komme ut i fellesstua. Jeg spurte om han kunne være deprimert, og det nikket de fleste bekreftende til da han sto på antidepressiva. Første gangen jeg var alene inne hos denne mannen, lå han i sengen, med ryggen til meg. Jeg spurte om han kunne snu seg rundt slik at jeg fikk se han inn i øynene? Da var det akkurat som om noe løsnet. Det endte med at jeg satt på en stol inntil sengen hans, mens han holdt meg i hånden. Vi pratet ikke mye, men han fortalte meg at det føltes meningsløst å stå opp av sengen. Opplevelsen av å ikke vite hvordan man kan hjelpe, og det sterke behovet for å hjelpe ham, vil jeg aldri å glemme.

Man kan spørre seg om eldre mennesker opplever aldersdiskriminering fra mange sider da dagens samfunn ofte verdsetter ungdom og effektivitet. Å være stolt over at man er gammel blir vanskelig når samfunnet assosierer alderdom med ord som syk, sløv, og til og med sur. Dessverre viser undersøkelser at sykepleiere og andre helsearbeidere til en viss grad er påvirket av disse holdningene. De har vanskeligheter med å se ressurser hos den eldre og kan bli stående som hindre mot god livskvalitet, istedenfor støttespillere (Kirkevold 2008).

Risikoen for å rammes av depresjon øker med alderen, og mange eldre med depresjon mottar ikke riktig behandling. Noen søker hjelp, men helsearbeidere kan få inntrykk av plagene er en naturlig del av å bli gammel. Dermed kan depresjonen vare i flere år og konsekvensene kan bli forverring av depresjonen og død (Moksnes 2007). Overnevnte erfaring fra praksis, samt andre lignende erfaringer der jeg har opplevd at eldre med depresjon ikke får god nok behandling for lidelsen, har hatt betydning for mitt valg av tema for oppgaven.

## 1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

Som nevnt over er depresjon et globalt økende problem, og vi vet at sannsynligheten for å bli deprimert øker med alderen. Ressurser hos eldre som kan fremme egenomsorg og mestring blir ikke i tilstrekkelig grad ivaretatt, og depresjonen kan forverre seg og få fatale konsekvenser. Følgende er problemstilling for oppgaven:

*Hva er sykepleiers viktigste fokusområder i møte med deprimerte eldre pasienter i sykehjem, for å fremme egenomsorg?*

Jeg er nødt til å avgrense oppgaven og utelukke en del viktige sider ved problemstillingen på grunn av tiden vi har til rådighet. Det viktig for meg å holde fokus på deler av behandlingen der sykepleieren kan spille en viktig rolle. Med eldre mener jeg mennesker i alderen 65 til 80 år, da det er lite forskning om eldre over 80 år (Helsedirektoratet 2009). Jeg utelukker å skrive om depresjon av bipolar type, og fokuserer kun på unipolar type der den oppstår i alderdommen, og der pasienten ikke lider av demens. Videre vil jeg fokusere på mild og moderat depresjon, og ser dermed bort ifra alvorlig depresjon. Det er ikke alltid det er anbefalt antidepressiva til de med mild og moderat depresjon (Helsedirektoratet 2009), og sykepleieren kan her komme på banen med «ikke medikamentelle» fokusområder. Jeg er klar over at angst og depresjon kan henge sammen (Kvaal 2008), men velger å ikke gå inn på temaet angst i oppgaven. Man møter eldre deprimerte på mange arenaer. I min oppgave tenker jeg først og fremst på dem man møter på sykehjem, da man finner en høy utbredelse av depresjon der (Kvaal 2008).

### **1.3 Hensikten med oppgaven**

Kunnskapen sykepleiere kan bidra med i behandlingen av deprimerte eldre bør løftes mer frem. Den primære hensikten med oppgaven er å vise frem sykepleierens rolle og relevans i behandlingen av depresjon hos eldre. Jeg føler også et personlig engasjement, og har et ønske om at oppgaven kan gjøre meg mer bevisst i møte med pasientgruppen som ferdigutdannet sykepleier.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

I innledningskapittelet har jeg presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt en avgrensning av denne. I kapittelet om metode forklarer jeg kort hva metode er, belyser hvilken metode jeg har valgt, og framgangsmåten for søk av kilder og kildekritikk. Etter følger teoridelen der begreper og relevant fagkunnskap blir presentert. I drøftingsdelen belyser jeg problemstillingen min fra ulike vinkler på bakgrunn av fagkunnskapen i teoridelen. Etter dette følger en avslutning.

## 2.0 Metode

Når man skal finne svar på en problemstilling må man velge en metode som kan fremskaffe den informasjonen og kunnskapen man trenger for å belyse oppgaven på en god og faglig måte. «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fra til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2007, s.83).

### 2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for å belyse problemstillingen min. Dette er en studie der den problemstillingen man har valgt, drøftes opp mot litteratur som allerede eksisterer på området (Dalland 2007). Det positive med å bruke litteraturstudie som metode for oppgaven er at man kan hente inn store mengder fagstoff på kort tid.

Det finnes to vitenskapelige hovedsyn på hvordan kunnskap blir til: positivisme og hermeneutikk. Disse to synene knyttes henholdsvis opp til forklarende og forstående kunnskap. I følge Dalland (2007) innebærer en hermeneutisk tolkning å finne den skjulte mening i et fenomen og tolke denne. «Til forskjell fra positivisten, som gjerne studerer forskningsobjektet bit for bit, forsøker hermeneutikeren å se helheten i forskningsproblemet...» (Dalland 2007, s.58). Man har med seg en forforståelse. Dette kan best forklares med tanker eller fordommer om det man skal undersøke. Videre vil dette påvirke hvordan man tolker ett fenomen (Dalland 2007).

I litteraturstudie bruker man teori som verktøy for å oppnå forståelse. Man vil hele tiden pendle mellom kunnskapen man har tilegnet seg, ny kunnskap, sin egen førforståelse, og erfaringsbasert kunnskap for å finne ett mest mulig helhetlig svar på problemstillingen (Dalland 2007). De to hovedsynene på vitenskap, hermeneutikk og positivisme, avspeiler seg i henholdsvis kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder. Kvantitative metoder tar sikte på å gjøre informasjonen til målbare enheter, mens kvalitative metoder i større grad fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2007) Jeg støtter meg til både kvantitativ og kvalitativ forskning for å belyse problemstillingen, og har en hermeneutisk tilnærming til utvalgte tekster for å øke min egen og leserens forståelse av temaet

## 2.2 Litteratursøk

Den selvvalgte litteraturen er lånt fra biblioteket på Universitetet i Nordland. BIBSYS, som er skolens egen søkemotor, og andre søkemotorer som 360 Search er også brukt for å finne relevant selvvalgt litteratur. Prosessen med å finne relevant litteratur til oppgaven har til tider vært vanskelig, men også lærerik. Det var relativt enkelt å finne fagbøker som omhandler depresjon hos eldre, da det finnes mange bøker om geriatri.

Presentasjon av artikkelfunn:

database	Søkeord	treff	brukte	årstall
360 Search	Treatment AND antidepressants AND nursing homes	5	1	2011
360 Search	Depression AND self-care	735	1	2011
360 Search	Depression AND self-care AND elderly	1		
360 Search	Depression AND factors AND elderly	309		
360 Search	Depression AND factors AND elderly AND nursing homes	6		
360 Search	elderly AND depression AND nursing	54		

## 2.3 Kilder og kildekritikk

Når jeg har med et eget punkt om kildekritikk, er det for å gi en vurdering av den litteraturen jeg har brukt til oppgaven for å sikre meg at denne er relevant. Kildekritikken skal skille spekulasjoner fra verifiserte opplysninger (Dalland 2007).

Teori av nyere dato er blitt brukt der det har latt seg gjøre; faglitteratur ikke eldre enn 10 år, og forskningsartikler som ikke er eldre enn 5 år. Det er også av betydning å bruke primærlitteratur (originalartikler og teoretiske artikler). Vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert har blitt vurdert og godkjent av andre forskere/eksperter, og er derfor en meget sikker kilde. Jeg bruker både utvalgte tekster fra pensumlitteratur, fagbøker, og forskningslitteratur for å belyse min problemstilling.

Boken *Geriatrisk sykepleie-god omsorg til den gamle pasienten* med redaktørene Brodtkorp, Ranhoff & Kirkevold (2008) er pensum litteratur som jeg har brukt mye i min oppgave. Boken tar utgangspunkt i den eldre pasient, og beskriver prinsippene og det typiske ved geriatrisk sykepleie. Boken *Helt-ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll (2004) er pensumlitteratur, og bokens grunnidé er bygget på teoretisk, forskningsbasert kunnskap og praktiseres og pasienters erfaringskunnskap. Engedal (2008) har skrevet boken *Lærebok-alderspsykiatri i praksis*, og denne kilden går under min selvvalgte litteratur. Boken tar for seg pasienter med psykiske lidelser som debuterer i eldre år. Engedal er spesialist i psykiatri og har klinisk erfaring i geriatri og allmenmedisin. Håkonsen (2009) og boken *Innføring i psykologi* er også en del av mitt selvvalgte litteratur for å skaffe meg innsikt om temaet mestring. Boken er tilpasset helse- og sosialfaglige utdanninger, og viser betydningen av psykologisk kunnskap i praksis for disse yrkesgruppene. Håkonsen er spesialist i klinisk psykologi og har skrevet flere lærebøker om psykologi. Som sykepleieteoretisk ramme har jeg brukt egenomsorgsteorien til Dorothea Orem. Jeg bruker primærlitteratur fra boken *Nursning: Concepts of practice* (1995). Videre har jeg brukt Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten fra Helsedirektoratet (2009). Som andre primærkilder har jeg brukt to forskningsartikler som begge er fagfellevurdert.



## 2.4 Presentasjon av forskningsartiklene

**Forskningsartikkel:** *Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: A qualitative study (2011)*

**Forfattere:** Stefan Hjørleifsson er utdannet allmennpraktiserende lege, og forsker ved Universitetet i Bergen ved institutt for samfunnsmedisinske fag. Krisitna Riis Iden er spesialist i allmenn medisin, og forsker hos allmennmedisinsk forskningsenhet på Uni Helse i Bergen. Sabine Ruths er forsker og professor på institutt for global helse og samfunnsmedisin på Universitetet i Bergen.

**Hensikt:** Å undersøke beslutningsprosesser hos leger og sykepleiere om behandling med antidepressiva i sykehjem

**Metode:** Kvalitativ studie. Fokusgruppeintervju utviklet av forskerne. 24 frivillig rekrutterte informanter (8 sykepleiere og 16 leger) fra 23 forskjellige sykehjem ble intervjuet. Informantene var delt inn i 3 grupper, en gruppe sykepleiere, en gruppe deltidsansatte leger og en gruppe heltidsansatte leger. Det var stor spredning i alder, erfaring og arbeidssted.

**Funn:** Undersøkelsen viser tre hovedfunn. Leger og sykepleiere hadde problemer med å skille depresjon og sorg fra hverandre. Antidepressiva ble utdelt på for svakt grunnlag og uten å følge opp behandlingen. Videre var det usikkerhet rundt hvem som igangsatte medikamentell behandling.

**Diskusjon:** Studien ga informasjon om at legene ikke kartlegger depresjon hos beboere på sykehjem. Legene igangsetter behandling mot depresjon på grunnlag av observasjoner hos sykepleiere. Det er lite systematisk kartlegging av depresjon. Sykepleierne på sin side sier at det er problematisk for dem å skille mellom depresjon og sorg, og ofte opplever de at legen ikke vil diskutere observasjonene med dem. Antidepressiva blir ofte brukt, som eneste behandling, mot en depresjon som ikke er tilstrekkelig kartlagt eller diagnostisert. Legene og sykepleierne var enige om at miljøterapi burde være en del av behandlingen. Studier i Sverige understøtter dette.

**Kildekritikk:** Da denne studien baserte seg på frivillig deltagelse, kan dette kanskje ha tiltrukket seg de fra helsepersonalet som er interessert i geriatri og derfor har en idealistisk holdning til behandlingen. Resultatene som da kommer frem kan ikke uten videre generaliseres da utvalget av informanter ikke er representativt. Det er også kanskje en svakhet da forskerne har gjennomført prosessen fra konstruksjon av intervju, utførelse av intervju og tolket svarene. Det er da større mulighet for at funnene er påvirket av forskernes forforståelse.

**Forskningsartikkel:** *Environmental mastery and depression in older adults in residential care (2011)*

**Forfattere:** Tanya Ellen Davison, Tess Knight professor, Marita Patricia McCabe, David Mellor er alle forskere og professorer ved School of Psychologi ved Deaking University I Australia

**Hensikt:** Å undersøke sammenhengen mellom mestring i miljøet og depresjon hos eldre beboere i helseinstitusjoner.

**Metode:** Kvantitativ studie. Kognitiv funksjon, funksjonssvikt i dagliglivet, depresjon og miljømestring ble kartlagt ved hjelp av forskjellige skalaer hos 96 eldre. Informasjon om alder, kjønn, datoen de flyttet inn på helseinstitusjonen, og sivilstatus ble også samlet inn.

**Funn:** Forskerne fant at en følelse av lite kontroll over miljøet bidrar til depresjon hos de eldre. For å øke livskvaliteten bør miljømestring hos de eldre være viktig, men det trenges mer forskning på praktiske og meningsfulle måter å gjøre dette på.

**Diskusjon:** Forskerne fant at høy score på personlig følelse av depresjon også gav lav score på følelsen av miljømestring. Lav subjektiv følelse av psykisk helse, og nedsatt funksjonsnivå som gikk utover ivaretagelse av grunnleggende behov og egenomsorg, gav lavere følelse av miljømestring. Det gjenstår å utforske om følelse av miljømestring kan gjøre overgangen fra å bo hjemme til å flytte på helseinstitusjon lettere.

**Kildekritikk:** Denne studien ble gjort i Australia, og kan derfor ikke direkte generaliseres til sykehjem i Norge. Forskerne understreker også at det er mange ulike årsaksfaktorer som spiller inn når det gjelder depresjon, og at denne studien er ment for å kaste lys over at det er en sammenheng mellom miljømestring og depresjon hos eldre, men studien er ikke et fasitsvar på årsaksforhold.

## 3.0 Sykepleiefaglig perspektiv

### 3.1 Dorothea Orems sykepleieteori

Sykepleiemodellen som Dorothea Orem utviklet er beskrevet i hennes bok *Nursing: Concepts of practice*, og denne er revidert og utgitt flere ganger siden første utgave kom i 1971. I Orems teori om egenomsorg er det tre viktige komponenter som jeg synes er relevant for min oppgave: Teori om egenomsorg, teori om egenomsorgssvikt, og teori om sykepleie. Dette mener jeg er relevant fordi egenomsorgen/ivaretagelsen av grunnleggende behov hos den deprimerede vil være i større eller mindre grad svekket. Eldre vil i tillegg oppleve forandringer i livet som kan føre til at egenomsorgen svekkes ytterligere. Orem differensierer hjelpemetoder etter pasientens behov. Dette ser jeg er relevant i forhold til depresjon og det å være gammel, da det kan være lett for sykepleier og «overta» for mange oppgaver i møte med denne pasientgruppen.

#### 3.1.1 Egenomsorg

Orem (1995) skriver i sin bok *Nursing: Concepts of practice* at ordet «egen» står for det hele individet (fysisk, psykisk og eksistensielt). Videre definerer hun egenomsorg: «the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being» (Orem 1995, s.104). Handlingene/aktivitetene som individet utfører for å ivareta egenomsorgen er frivillige og målrettede. Egenomsorg er med andre ord handlinger individet utfører bevisst for å kunne møte sine egenomsorgskrav (self-care requisites). Egenomsorgskrav blir definert av Orem som «formulated insights about actions to be performed by or for individuals that are known or hypothesized to be necessary in the regulation of individuals' human functioning and development» (Orem 1995, s. 191).

Orem beskriver åtte *universelle egenomsorgskrav* som alle er grunnleggende behov hos et menneske. Disse kravene er kjente eller antatt nødvendige for å regulere individets menneskelige funksjon og utvikling. De er livsnødvendige for alle mennesker, uavhengig av kjønn og utviklingsstadier. I tillegg til de *Universelle egenomsorgskravene* har Orem (1995) delt egenomsorgskrav inn i to kategorier til: *utviklingsmessige egenomsorgskrav* og *egenomsorgskrav knyttet opp til helseavvik*. Utviklingsmessige egenomsorgskrav bygger på

tanken om at mennesket hele tiden er i utvikling, fra vi blir født til vi dør. Kravene her må ses i sammenheng med bestemte forhold knyttet opp til menneskelig utvikling. Nye krav i forhold til den utviklingsprosessen mennesket er i (for eksempel graviditet), men også nye krav i spesielle livsendrede situasjoner (for eksempel tap av ektefelle). Den siste kategorien, *egenomsorgskrav knyttet opp til helseavvik*, er krav som oppstår når individet er sykt, skadet, eller som er under medisinsk diagnose og behandling (Orem 1995).

Å mestre alle kontinuerlige krav som regulerer livsprosessene, fremmer menneskelig integritet og utvikling, samt fremmer velvære, kaller Orem (1995) egenomsorgskapasitet (Self-care agency). Egenomsorgskapasiteten vil variere etter hvor man er i livssyklusen, helsetilstanden, utdanning, ressurser i dagliglivet, og livserfaring. Kapasiteten kan utvikles ved å utføre egenomsorg i dagliglivet, men også med hjelp fra andre (Orem 1995).

### **3.1.2 Egenomsorgssvikt**

Orem (1995) skriver at når egenomsorgskapasiteten hos individet ikke er stor nok til å møte egenomsorgskravene vil det oppstå en egenomsorgssvikt. Denne svikten kan være delvis eller fullstendig. Årsakene til at ubalansen mellom krav og kapasitet oppstår kan for eksempel være emosjonelle traumer, tap av ressurser, kroniske lidelser eller for dårlig utviklet egenomsorgskapasitet. Jeg tenker at depresjon også kan være en årsak til at kapasiteten kan være redusert.

### **3.1.3 Sykepleie**

Når pasient og sykepleier møtes oppstår det en sykepleiesituasjon. Sykepleier må så identifisere og vurdere omfanget av egenomsorgssvikt, samt årsakene til denne. Videre må hun iverksette tiltak som øker pasientens evne til egenomsorg, og i noen perioder overta deler av egenomsorgen for pasient når pasienten selv eller pårørende ikke klarer dette. For å nå målet om økt egenomsorg til pasient, må sykepleier ta i bruk en sykepleieprosess. Her vil sykepleieren kartlegge og samle inn data om pasientens egenomsorgskapasitet og -svikt, hun vil planlegge hvordan hun kan hjelpe pasienten, og hun vil igangsette tiltak og evaluere effekten av disse (Orem 1995).

Sykepleiere benytter seg av fem ulike typer hjelpemetoder i sykepleieprosessen:

1. Acting for or doing for another
2. Guiding and directing
3. Providing physical or psychological support
4. Providing and maintaining an environment that supports personal development
5. Teaching (Orem 1995, s.15)

### **3.1.4 Teoriens etiske forsvarlighet**

Det er viktig for meg å drøfte kort om Orem's teori er forsvarlig å anvende i praksis da hennes teori har vært kritisert. Kirkevold (1992) skriver i sin bok *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* at teorien er bygget på systematisk og hensiktsmessig handling, og behovstenkning. Videre skriver Kirkevold (1992) at denne type praksis er kun forsvarlig når pasienten har et behov, har muligheter og et ønske om å pleie seg selv. Da Orem presenterer sin teori som en generell teori om sykepleie, setter Kirkevold (1992) spørsmål ved dette da det finnes sykepleiesituasjoner der egenomsorgssvikt ikke er det sentrale problemet. Eksempler på dette er situasjoner der lidelse, smerte og sorg er sentrale. På bakgrunn av dette tenker jeg at egenomsorgsteori må brukes med varsomhet i møte med deprimerte eldre. Hummelvoll (2004) trekker frem at hos deprimerte kan ønsket og behovet om å «pleie seg selv» mangle, og forventning og press fra sykepleier om at den deprimerte skal begynne å utføre handlinger når motivasjonen mangler kan kanskje være ugunstig. Fokus på egenomsorg der lidelse, smerte og sorg er sentrale kan også kanskje virke mot sin hensikt hvis sykepleieren kun har dette fokuset. I *Geriatrisk sykepleie* skriver Kirkevold (2008) at ønsket om egenomsorg kan endre seg etter hvert som krefter hos den eldre forsvinner, og å tilbakeholde hjelp kan virke krenkende. På bakgrunn av dette tenker jeg at å oppnå full egenomsorg ikke alltid bør være målet i arbeidet med denne pasientgruppen.

## 4.0 Det eldre mennesket

De kroppslige forandringene som følger med å bli gammel er ikke noe de fleste ønsker velkommen. Så lenge man har helsen i behold, vil man kunne leve livet slik man har vært vant til, uten å tenke så mye på at man blir eldre. Det er når helsen blir dårligere, at man blir tvunget til å tilpasse livet etter de nye begrensingene (Kirkevold 2008). Man kan si at alderdommen preges av to forhold: Økt risiko for kroniske/ alvorlige sykdommer og naturlige aldersforandringene som svekkede sanser, nedsatt hukommelse, og tregere motorikk. Det er viktig å kunne skille mellom aldring og sykdom, da sykdom skal behandles. Dette gjelder så vel somatiske sykdommer som psykiske lidelser (Mensen 2008).

### 4.1 Mestring

«Mestring defineres som personenes vekslende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner» (Thorsen 2008, s.65). Mestring avhenger av individets fysiske kapasitet, helse og sykdom. Mestring er tilnærmingen til situasjonen og ikke resultatet, det er en prosess som skjer over tid, og mestringen kan være god eller dårlig. Stilt ovenfor vanskelige situasjoner kan en person for eksempel bli passiv og unnvikende eller optimistisk og innsatsvillig. Gjentatte mislykkede erfaringer med hendelser man ikke mestrer skaper lært hjelpeløshet (Håkonsen 2009). Undersøkelser viser at ved økende alder synker tiltroen til egen mestring, og en aktiv mestringsstil rettet mot å endre situasjonen blir byttet ut med en passiv og innadrettet stil (Thorsen 2008). Håkonsen (2009) skriver at en person med depresjon betrakter seg selv som lite i stand til å gjøre noe med egen livssituasjon. Han forventer seg nederlag i de framtidige oppgavene som skal gjøres og føler at han generelt mislykkes i det meste.

### 4.2 Sykehjem

Å flytte til sykehjem kan oppleves som en stor endring i et menneskes liv. Mange trenger denne endringen, da sykehjemmet kan være en trygg plass som tilbyr døgnkontinuerlig kontakt med helsepersonell når man er svekket av alder eller sykdom. Overgangen kan likevel være tøff: fra kjente omgivelser skal en nå flytte inn på et lite rom, samtidig som man må forholde seg til mange ukjente mennesker. Sykehjemmet er preget av mange rutiner. Rutiner

kan være positive når de gir beboerne trygghet og forutsigbarhet, men negative hvis de får sykepleieren til å slutte å vurdere enkeltbehov og ikke tar hensyn til den enkelte beboers ønsker (Hauge 2008).

## 5.0 Depresjon

«Ordet depresjon kommer fra latin, og betyr egentlig nedtrykking» (Hummelvoll 2004, s.172). Affektiv lidelse deles inn i to typer: bipolar og unipolar. Ved bipolar ser en både mani og depresjon. Ved unipolar lidelse ser en kun depresjon. Sorg og depresjon kan ved første øyekast virke like. Sorg er en naturlig reaksjon i mange deler av livet og vil gå over av seg selv. Ved en klinisk depresjon vil individet som er rammet endre selvbilde med selvforakt og skyldfølelse. Depresjonen vil gi *emosjonelle* symptomer som tristhet, *kognitive* symptomer med konsentrasjonsvansker, manglende *motivasjon*, *somatiske* symptomer som nedsatt appetitt og smerter, og nedsatt aktivitetsnivå. Den påvirker med andre ord alle deler av et menneske (Kringlen 2011). I følge Kvaal (2008, s.388) er det visse kjennetegn ved depresjon beskrevet som kjernesymptomer og andre som ledsagende symptomer. Kjernesymptomene er nedtrykthet, nedsatt lyst eller interesse for omgivelsene eller andre, nedsatt energi eller økt tretthet.

Ledsagende symptomer er:

- Nedsatt selvtillit eller selvfølelse
- Selvbebreidelse eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tanke- eller konsentrasjonsforstyrrelser
- Agitasjon eller hemning
- Søvnforstyrrelser
- Appetitt- eller vektendring

Avhengig av hvor mange symptomer man har, og alvorlighetsgrad, kan man skille mellom mild, moderat og alvorlig depresjon (Kvaal 2008).

### 5.1 Eldre og depresjon

Depresjon hos eldre er meget utbredt. Forekomst av mild depresjon hos hjemmeboende eldre varierer mellom 8% og 23%, og alvorlig depresjon mellom 2% og 5%. Hos eldre i sykehjem finner man en langt høyere forekomst, der depresjon som symptom kommer opp i 40% og som lidelse 20-25%. Selv med svært høy forekomst, er et vanlig problem at eldre som lider av depresjon ikke får stilt diagnosen. Spesielt mild depresjon hos eldre blir ofte oversett og bagatellisert (Kvaal 2008).



Underbehandling og underdiagnostisering av depresjon hos eldre forklares med at helsepersonell ikke er flinke nok til å gjenkjenne symptomene. En annen forklaring kan være at det er vanskelig å skille depresjon fra ensomhetsfølelse og naturlig sorgreaksjon. Symptomene på depresjon hos eldre er ofte lik symptomene hos andre aldersgrupper, men det er viktig å merke seg at depresjon hos eldre også kan gi seg utslag i et atypisk symptom-bilde. Eldre kan fortelle om smerter i mage og hode, og fastholde at det er en somatisk sykdom som er årsakene til plagene og ikke depresjon. Depresjonen kan også bli forvekslet med en demenstilstand, der man også finner redusert konsentrasjon og hukommelse. Kronisk depresjon og selvmord er en alvorlig konsekvens av underbehandling og underdiagnostisering av denne gruppen. (Engedal 2008).

For å forstå hva som egentlig skjuler seg bak de høye forekomsttallene er det viktig å se på risikofaktorene for depresjon blant eldre. En vesentlig utløsende faktor kan være tap. Tap av ektefelle, pårørende, sosiale relasjoner, helse, rolle, mestring, selvstendighet, og tap av evnen til å omstille seg. Genetisk økt sårbarhet, sammen med uheldige miljøfaktorer, kan øke risikoen for depresjon. Man ser også en sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom/funksjonstap. Depresjon kan være en følge av somatisk sykdom og/eller somatisk sykdom kan være en følge av depresjon. Videre kan legemidler og bivirkninger av disse gi symptomer på depresjon. Noen av legemidlene er hyppig brukt hos den eldre delen av befolkningen, for eksempel angstdempende midler/sovemidler: Benzodiazepiner, og blodtrykksenkende midler: Betablokkere (Engedal 2008).

## **5.2 Behandling**

Den medikamentelle behandlingen ved depresjon går ut på å gi antidepressiva. Det finnes mange ulike typer. Noen typer har få bivirkninger, mens andre igjen har hyppige og mer merkbare bivirkninger som for eksempel lavt blodtrykk og vektøkning. Det tar ofte tid før medikamentet når full effekt, og det er viktig å informere brukeren om dette. De første ukene etter oppstart kan enkelte rapportere om økende angst og selvmordstanker (Helsedirektoratet 2009). Andre behandlingsformer som bør utprøves før eller samtidig med medikamentell behandling er samtaleterapi for eksempel i form av kognitiv adferdsterapi eller psykoterapi. Kognitiv atferdsteori er en psykologisk tilnærming der behandlingen retter seg mot å oppnå

innsikt i sammenhengen mellom handling, tanke og følelser, samt problemløsning. I psykoterapi identifiserer man ubearbeidede tapsopplevelser, vanskelige rolleoverganger, mangelfulle sosiale ferdigheter og bevisstgjør undertrykte følelser. Andre tiltak pasienten kan ha god utbytte av er fysisk trening, støttende samtale, tilrettelegging for aktivisering mentalt og sosialt som gir følelse av mestring. Sannsynligheten for et godt resultat av behandlingen øker hvis pasienten oppfatter sykepleieren som empatisk og som et medmenneske som formidler trygghet og håp. Det er viktig at behandlingen har tydelige definerte mål og at pasienten er delaktig i behandlingen og ikke en passiv mottager (Helsedirektoratet 2009). Dette er i tråd med Kvaal (2008) som skriver om fysisk aktivitet, samtale, styrking av pasientens selvbylde ved aktiviteter som den eldre deprimerte kan mestre, som viktig i behandlingen. Kvaal (2008) trekker også frem empati hos sykepleieren for å bygge en god allianse.

## 6.0 Drøfting

*Hva er sykepleiers viktigste fokusområder i møte med eldre som lider av depresjon, for å fremme egenomsorg?*

På bakgrunn av gjennomgått litteratur vil jeg i drøftingsdelen presentere fokusområder som jeg synes er relevante for sykepleier i møte med deprimerte eldre. Kapitlene med underkapitler representerer fokusområdene og utfordringer rundt dem. Jeg vil forsøke å belyse problemstillingen min fra perspektivet til den eldre, og fra et sykepleieperspektiv.

### 6.1 Utfordringer med å bo på sykehjem

#### 6.1.1 Tap og endringer

Engedal (2008) trekker frem at depresjon hos eldre kan være en reaksjon på tilpasningen i forbindelse med livsendring. Som for eksempel at man må flytte på sykehjem og ikke mester endringene det innebærer. Sykepleier bør ha dette i tankene når hun tar imot en ny beboer til sykehjemmet. Som beskrevet i kapittel 5.1 er tap hos den eldre en viktig årsak til depresjon. Eldre som flytter til sykehjem kan oppleve nye tap i tillegg til de han har med seg fra tidligere i livet, for eksempel tap av autonomi (Hauge 2008). Sykepleierne har kanskje i sitt arbeid en mulighet til å påvirke graden av tap hos den eldre. Med dette tenker jeg at hun kan jobbe aktivt for å ivareta autonomien, egenomsorgen og den eldres vaner.

#### 6.1.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov på sykehjem

Man kan kanskje spørre seg om dårlig ivaretagelse av grunnleggende behov kan føre til tap av egenomsorgen. I følge Hauge (2008) skal sykehjemmene, tillegg til å gi aktiv medisinsk behandling og gi et godt pleietilbud til gamle med svært redusert evne til å ivareta sin egenomsorg, skape et miljø med mulighet til meningsfulle aktiviteter, et skjermet privatliv og en hverdag som ivaretar den gamles vaner. Dessverre har sykehjemmene tradisjonelt sett vært for dårlige til dette. Personalet har ofte opptrådt som om rommene til beboerne er en offentlig arena, der de har adgang uten å banke på. Det kan mangle meningsfulle aktiviteter, da aktiviteten som ofte tilbys på sykehjemmene tar lite hensyn til den enkelte eldres ønske og

behov. Et annet veldokumentert problem er mangelen på fysisk aktivitet, og manglende muligheter til å komme seg ut og trekke frisk luft. Ofte er sykehjemmene bygd uten tanke på at de eldre skal kunne komme seg lett ut og inn, og mange eldre blir derfor prisgitt helsepersonellens prioriteringer til å hjelpe dem. Videre sier Hauge (2008) at mennesker som bor på sykehjemmet over lengre tid, eller resten av sitt liv, trenger et tilbud som også omfatter psykiske og sosiale aktiviteter. Det vil si at en sykepleier må etterstrebe og ivareta det hele mennesket. Faren er at kun de fysiske behovene blir dekket, slik som mat, drikke, hjelp til personlig hygiene, påklledning og toalettbesøk. Andre behov som behovet for sosial kontakt, positivt selvbilde og egenomsorg blir kanskje ikke i like stor grad ivaretatt. Viktigheten av å ivareta de grunnleggende behov er i samsvar med Orems (1995) teori for å ivareta egenomsorgen.

### **6.1.3 Grunnleggende behov og depresjon**

Hummelvoll (2004) trekker frem et grunnleggende behov som er viktig i møte med den deprimerte som i stor grad ikke blir ivaretatt på sykehjemmene. Dette er aktivitet. Siden den deprimerte ofte ikke viser interesse i det som foregår rundt ham, blir det viktig for sykepleier å oppmuntre til deltagelse. Hun må kunne finne oppgaver som den deprimerte kan være interessert i, eller har vært interessert i tidligere. Sykepleier har hyppig kontakt med beboeren. Kontakten varer gjerne lenge da mange pasienter er på sykehjemmet i flere måneder eller år. Mange bor også her til de dør (Hauge 2008). Denne kontinuerlige kontakten kan kanskje gi sykepleieren en mulighet til å påvirke, ikke bare den medisinske behandlingen, men også hverdagen til den eldre. Hun kan lære den eldre å kjenne, ikke bare som en eldre beboer, men som et menneske med individuelle vaner, behov og tanker. Kanskje hun da kan skape en allianse med den eldre og igangsette aktiviteter fra den eldres individuelle behov, slik at den eldre for eksempel kan slippe å føle seg pliktig til å delta på aktiviteter han egentlig ikke ønsker å være med på. Videre sier Hummelvoll (2004) om aktivitet at så lenge kroppsphysiologien er hemmet, vil det være vanskelig å endre den emosjonelle tilstanden. Eksempel fra historien innledningsvis kunne jeg etter hvert lagd et mål sammen med den deprimerte mannen som kun lå i sengen. Kanskje kunne dette i starten vært å sitte i stolen på rommet istedenfor å ligge i sengen. Videre kunne det da kanskje vært lettere å be han om å hjelpe til å re opp sengen da han allerede sitter oppe i stolen. Ved å ta det steg for steg kunne

man kanskje oppnå daglige eller ukentlige mål sammen med han som for eksempel å gå en runde i avdelingen eller ute.

## 6.2 Eldre sine ønsker, verdier og mål

Dessverre er det ikke noe selvfølge at eldre mennesker erfarer at deres ønsker, verdier og mål blir ivaretatt i møte med helsevesenet. I følge Kirkevold (2008) har vi sykepleiere mål og ønsker med den pleien vi utfører som kan overskygge det faktum at den eldre også har ønsker og mål med pleien de mottar. Denne tendensen til å utforme pleien og omsorgen på grunnlag av sykepleierens egne oppfatninger kan delvis forklares med en manglende bevissthet om at helsepersonell, pasient og pårørende bringer ulike typer erfaring til pleiesituasjonen. Det er avgjørende for opplevelsen av verdighet og respekt at sykepleier tar den eldre erfaringer, synspunkter og verdier på alvor. I møte med sykepleier vektlegger eldre ofte det å bli anerkjent som en person med individuelle ønsker, behov og mål for behandlingen som spesielt viktig. De vil bli sett som det hele mennesket de er (Kirkevold 2008).

### 6.2.1 Viktigheten av kommunikasjon

For å kunne finne fram til hva de eldre sine ønsker, verdier og mål for pleien er må man som sykepleier kommunisere med den eldre. Dette gjelder også hos den deprimerede eldre. Her kan det være nødvendig å trekke frem temaer som man vet at han er interessert, for å danne grunnlag for meningsfulle samtaler (Hummelvoll 2004). I boken *Kommunikasjon i relasjoner* skriver Eide & Eide (2010) at intellektet og evnen til å forstå hos eldre fortsatt kan være god selv om fysiske og mentale prosesser går saktere enn før. Ulike svekkelser som for eksempel tap av syn og hørsel gir økte krav til sykepleieren om å vise empati, respekt og komme den eldre aktivt i møte. Videre poengterer Eide & Eide (2010) at i tillegg til at alle eldre er forskjellige individer i utgangspunktet, kan også den enkelte ha svekkelser, sorger og lidelser som påvirker han eller henne på ulike måter. Det kreves evne og vilje til å se det unike ved hver enkelt person og å forholde seg kommunikativt til dette, da det kan være helt avgjørende for god omsorg til den eldre. Med dette tenker jeg at man som sykepleier må være klar over at en depresjon påvirker den eldre måten å kommunisere på. Eksempel kan være historien i innledningen til denne oppgaven, der jeg møter den eldre mannen som ligger i sengen med ryggen vendt til meg. Jeg kunne tatt dette som en avvisning. Men da jeg fikk fortalt at han var deprimeret, tenkte jeg at denne avvisningen er et symptom på depresjonen, og ikke en konsekvens av at jeg kommer inn i rommet.

## 6.2.2 utfordringer med god kommunikasjon ved depresjon

Kirkevold (2008) anerkjenner viktigheten av god kommunikasjon og respekt i møte med den eldre, da dette er nødvendig for en god relasjon. På den andre siden kan det kan dette være enklere sagt enn gjort. Det krever tid og tålmodighet, og ikke minst gode observasjons- og kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier. Sykepleier må også ha kompetanse til å fremme den Eldres ferdigheter og ressurser, slik at den eldre kan delta mest mulig i utformingen av pleien (Kirkevold 2008). Kanskje er det også en større utfordring å oppnå god kommunikasjon med eldre som lider av depresjon. At sykepleier har kunnskaper om at symptomene på depresjonen kan være atypiske, og at utsagn hos den eldre om smerter i magen eller irritabilitet/rastløshet kan være ett uttrykk for depresjon, er viktig. Hummelvoll (2004) skriver at samarbeid og kommunikasjon med en deprimert pasient vil by på utfordringer. Videre sier han at den deprimerte kan ha en tendens til å isolere seg samtidig som han kan vise et stort avhengighetsbehov. Her tror jeg at sykepleier balanserer på en hårfin linje. Da den eldre deprimerte trekker seg tilbake og vanskeliggjør kommunikasjon og relasjonsbygging, må sykepleier kunne møte den eldre med en varm, aksepterende holdning uansett om den deprimerte ikke gir noe tilbake (Hummelvoll 2004). Samtidig må hun passe på at den eldre deprimerte ikke blir for avhengig av henne. Om dette sier Hummelvoll (2004) at overfladiske forsikringer og gjentatt beroligelse vil øke den deprimertes maktesløshet og avhengighet. I istedenfor er det en nødvendighet, allerede fra starten av samarbeidet, å tydeliggjøre for den deprimerte at bedring forutsetter egenaktivitet. Hummelvoll (2004) anerkjenner viktigheten av å støtte den deprimerte fysisk og psykisk som en del av omsorgen og kommunikasjonen med den deprimerte. Et eksempel er fra historien innledningsvis der jeg fikk i gang kommunikasjon da jeg ba den eldre snu seg. Videre støttet jeg han fysisk ved å holde han i hånden. «Det er viktig å dele tid med pasienten- selv om han ikke sier så mye» (Hummelvoll 2004, s.186). Og med dette velger jeg å håpe og tro han opplevde psykisk støtte og omsorg, selv om vi pratet lite sammen.

## **6.3 Egenomsorg hos den deprimerte eldre**

I følge Hummelvoll (2004) kreves det en viss mobilisering av vilje og kraft for å komme ut av den tilstand man er i for å oppnå egenomsorg. Mennesker som lider av depresjon vil kanskje ha ekstra vanskeligheter med å ivareta egenomsorgen da lidelsen tærer på ressursene og går utover motivasjonen hos dem som er rammet. I tillegg til depresjon vil økende alder og somatisk sykdom true egenomsorgen.

### **6.3.1 De universelle egenomsorgsbehovene**

Orem (1995) skriver om åtte universelle egenomsorgsbehov. Behovene er blant annet: Å få i seg nok mat og drikke som viktig for å holde livsprosessen i gang. Balanse mellom aktivitet og hvile som er viktig for å forebygge stress og utmattelse. Sosialisering må til for å kunne utveksle tanker og ideer og for å få bekreftelse på ens identitet, og for å unngå å føle seg ensom. Svikt i en eller flere av disse åtte behovene kan ses hos eldre, men er like vanlig ved depresjon. Nedsatt appetitt, tilbaketrekning fra sosiale relasjoner/arenaer, forstyrret søvn mønster, og kraftløshet (fysisk og psykisk) er bare et fåtall symptomer på depresjon som kan true egenomsorgen (Hummelvoll 2004). Jeg tenker at mangel på for eksempel sosialisering hos en som er deprimert kan føre til at han blir sittende alene med sin indre negative dialog. Ensomhetsfølelsen kan også føre til ytterligere isolasjon og forverre depresjonen. Ved mangel på mat vil man føle seg slapp og dette kan kanskje forverre kraftløsheten som den deprimerte føler. Orem (1995) sier også at de åtte behovene påvirker hverandre og kan ikke ses uavhengige. Jeg forstår dette slik at svikt i ett behov kan påvirke individet slik at det går utover de andre behovene. Som sykepleier har man kunnskap om disse grunnleggende behovene, og hvordan de henger sammen. Jeg tenker at hun kan forebygge mot ytterligere egenomsorgssvikt og forverring av depresjonen ved å ta i bruk kunnskapene hun har på dette området (se kapittel 6.5 om sykepleie).

### **6.3.2 De utviklingsmessige egenomsorgskravene**

Et individ kan også møte på *utviklingsmessige egenomsorgskrav*. Hvis et individ blir utsatt for et eller flere av disse kravene, kan han oppleve at kravet blir for stort i forhold til ressursene (Orem 1995). Ved depresjon vil man ha færre ressurser samt at man som eldre er i risikozonen for å møte på mange av disse utviklingsmessige egenomsorgskravene. De må



kanskje tilpasse seg kroppslige og psykologiske endringer, tap av familie og venner, tap av arbeid, endret sosial status, og økende helsesvikt. Alt dette er utviklingsmessige egenomsorgskrav som utfordrer kreftene og evnen til å ivareta den nødvendige egenomsorgen. Når man eldre opplever man ofte å få kroniske plager og sykdommer som krever spesielle forhåndsregler. Samtidig reduseres funksjonsnivået og kreftene jo eldre man blir. Det kan også oppstå en rekke nye egenomsorgskrav som konsekvens av ulike lidelser, og dette krever innlæring av nye ferdigheter og endringer i dagligliv hos den eldre (Kirkevold 2008). Slik jeg har forstått det er alt dette tap av ulike slag. I følge Engedal (2008) kan tap være en risikofaktor for depresjon og forverring av depresjonen. Sykepleier har her en viktig oppgave med å hjelpe den eldre til å mestre disse endringene etter hvert når de oppstår slik at kravene ikke føles overveldende for den eldre.

## 6.4 Mestring og den eldre deprimerte

### 6.4.1 Lært hjelpeløshet

Følelser er en subjektiv opplevelse hvor en rekke fysiologiske reaksjoner blir aktivert. Kanskje er følelser det viktigste motivet for handling. Vi kan slåss når vi blir sinte, trekke oss tilbake når vi blir triste, og vise omtanke når vi blir glade. Våre følelser styrer med andre ord mye av vår adferd (Håkonsen 2009). Som nevnt tidligere i oppgaven i kapittel 5.0 er motivasjon noe som mangler hos den deprimerte. Dette kan kanskje forklares med at følelsene til den deprimerte preges av håpløshet og tristhet. I følge Håkonsen (2009) kan en depresjon føre til at tiltakslysten blir borte fordi personen gjør stadige erfaringer som viser at egen innsats kun gir negative konsekvenser. Videre sier han at lært hjelpeløshet kan bli resultatet av gjentatte mislykkede erfaringer med hendelser man ikke mestrer. Det er følelsen av mangel på kontroll, og man kan si det er motsatte til følelsen av mestring. Tiltroen til egen mestring vil synke når man blir eldre (se kapittel 4.1). Dette kan ha noe med utviklingsmessige utfordringer slik som tap og helsesvikt, men i følge Kirkevold (2008) er likevel evnen til å lære og til å tilpasse seg er til stede også i eldre år. Mange eldre tilpasser sine forventninger og mål etter muligheten de har for å realisere dem. Sykepleiere kan fremstå som hindring for den eldres bestrebelse på å tilpasse seg og leve ett godt liv, på tross av helsesvikt og tap. Dette fordi de er for dårlige til å se ressursene hos den eldre (Kirkevold 2008).

### 6.4.2 Mestring i miljøet på sykehjem

Det er viktig at sykepleieren motiverer og understøtter mestring, ikke bare på grunn av depresjonen, men også på grunn av aldringen. Mestring skjer i samspillet mellom individet og omgivelsene, så når sykepleier skal understøtte den eldres mestring i dagliglivet må hun ta hensyn til hvilke omgivelser den enkelte lever i, hvilke støtte den eldre kan få, og hvilke barrierer som finnes i miljøet (Thorsen 2008).

I studien *Enviromental mastery and depression in older adults in residential care* fant Davison, Knight, McCabe & Mellor (2011) en klar sammenheng mellom mestring av miljø og depresjon hos eldre som bor i helseinstitusjon. En følelse av egenomsorg og mestring over miljøet rundt en, som da gi en følelse av kontroll, er viktig for den psykiske helsen. Studien

setter søkelyset på faktorer som kan fremme det eldre menneskets følelse av miljømestring. Da følelsen av miljømestring er en subjektiv opplevelse eller mening, må man så langt det lar seg gjøre se hva hvert enkelt individ trenger for å føle mestring, og unngå løsninger som skal «passe for alle». Videre trekker studien frem eksempler på ulike løsninger som kan fremme følelsen av mestring hos den eldre. Disse løsningene er blant annet at den eldre har innvirkning på tidspunktet pleien blir mottatt, for eksempel at den eldre får bestemme når han skal ha hjelp til dusj istedenfor at dette reguleres av personalets rutiner. Andre løsninger er at den eldre får være med å påvirke middagsmenyen, hvordan hagen eller området rundt skal se ut, og hvilke aktiviteter som blir igangsatt (Davison et. al., 2011). Dette noe som kanskje i lite grad praktiseres på sykehjemmene. Studien av Davison et.al (2011) sier videre at konsekvensen av lite mestring og kontroll ofte fører til at den eldre føler seg maktesløs, unyttig og lite involvert i avgjørelser om eget liv. Da denne studien viser sammenheng mellom depresjon hos eldre, og det å kunne påvirke egen livssituasjon, ser man viktigheten av at man som sykepleier ikke blir for låst i rutinene. Hun må fokusere på å tilpasse pleien til hvert enkelt individ. Kanskje kan det å gi eldre beboere kontroll og mestringsfølelse være en måte og fremme egenomsorgen hos den eldre. I følge Hummelvoll (2004) bør følelse av kontroll over sin livssituasjon være ett av hovedmålene for sykepleien i forhold til depresjon også.

## 6.5 Sykepleie

Positivt sett understreker egenomsorgsbegrepet at enkeltindivider og familier har ressurser, kompetanse og motivasjon til ivareta si er tanken om at mennesker i utgangspunktet er i stand til å klare seg selv i sitt naturlige miljø bare de har motivasjon nok (Kirkevold 2008). Som nevnt tidligere i min oppgave, så kan både alder, depresjon og samt å måtte flytte til sykehjem true egenomsorgen. En annen viktig faktor som både kan true egenomsorgen eller fremme den hos deprimerte eldre, er sykepleieren og hennes utøvelse av pleien. Dessverre glemmer vi sykepleiere ofte å se mennesket bak fasaden. Vi ser ikke de rike erfaringene eller ressursene som den eldre har. Ikke sjeldent tar sykepleieren over oppgaver som den eldre kunne klart selv, da dette føles mer effektivt enn å legge til rette for at den enkelte kan utøve egenomsorgen. Kanskje er årsaken at sykepleier mangler bevissthet om hvor viktig det er for de eldres identitet og selvtillit å klare seg selv (Kirkevold 2008).

### 6.5.1 Antidepressiva i sykehjem

Studien *Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: A qualitative study* av Hjørleifsson, Iden & Ruths (2011) tar for seg bruken av antidepressiva i norske sykehjem. Forskerne fant at hvis de deprimerte eldre på sykehjem mottok behandling, er denne medikamentell. Grunnlaget for å starte medikamentell behandling er ofte for tynt, og behandlingen pågår ofte for lenge selv om virkningen av behandlingen er usikker: «Nurse:...They may suffer from side effects of the drugs, and you may be unsure whether they need the treatment; but you know what you have, and you don't know what you get» (Hjørleifsson et. al. 2011, s. 254). Selv om denne usikkerheten rundt behandling med antidepressiva eksisterer på norske sykehjem, hevder studien at bruken av antidepressiva på sykehjem nesten har fordoblet seg siden 1990 tallet. Det kan for meg virke som om at denne overdrevne bruken av medikamenter kan ha noe med helsepersonellens holdning til effektivitet og til eldres ressurser. Studien av Hjørleifsson et.al (2011) understøtter dette da de fant at helsepersonell så på antidepressiva som «letteste» utvei for å spare tid. Eldre kan også ha mindre kjennskap til sin egen kropp og psyke, og holdninger om at man ikke snakker om psykiske problemer være noe den eldre er vokst opp med. Kirkevold (2008) påpeker at de eldre pasientene ofte trenger å opparbeide tillit før de sier noe om sine psykiske plager til helsearbeidere, og stikkordet bli «å skynde seg langsomt». Studien av Hjørleifsson et.al (2011) viser at de eldre på sykehjem som står på antidepressiva over lang tid, sjelden blir fulgt

opp. Sykepleier har også en viktig rolle når det gjelder å følge opp den medikamentelle behandlingen, da eldre opplever hyppigere bivirkninger ved antidepressiva enn yngre, i tillegg polyfarmasi som øker faren for legemiddelinteraksjoner (Helsedirektoratet 2009).

Kirkevold (2008) skriver at medikamentell behandling mot både mild, moderat og alvorlig depresjon er indisert hos eldre. På den andre siden hevder Helsedirektoratet (2009) i heftet *nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primer og spesialisthelsetjenesten* at evidens fra randomiserte kontrollerte kliniske studier tyder på at mange pasienter med mild og moderat depresjon opplever få kliniske forskjeller i effekt mellom antidepressiver og placebo. De anbefaler derfor kun antidepressiver til mild og moderat form når andre intervensjoner er forsøkt med uteblitt resultat. I studien til Hjørleifsson et.al (2011) var sykepleierne og legene enige om viktigheten av å prøve ut miljøterapi og andre intervensjoner, allikevel ble det ikke gjort. Som sykepleier burde man kanskje stille seg selv noen spørsmål når man møter en beboer på antidepressiva: Har symptomene på depresjonen minsket? Eller bør andre tiltak prøves ut? Har andre tiltak noen gang vært prøvd ut på denne pasienten for han startet med den medikamentelle behandlingen? Det å være en passiv mottager av en tablett, tror jeg ikke styrker egenomsorgen til den eldre. Man fratrar kanskje den eldre kontrollen og mestringen over egen helse, og når behandlingen i tillegg kanskje ikke fungerer slik den skal kan man spørre seg om Eldres psykiske helse ikke blir tatt på alvor. Denne formen for sykepleie fremmer lært hjelpeløshet (se kapittel 6.4.1), og jeg tenker at dette er i andre enden av skalaen for sykepleie som fremmer egenomsorg.

### **6.5.2 Riktig hjelpemåde**

For å kunne bidra på en konstruktiv måte til å bevare, styrke eller eventuelt overta (helt eller delvis) den Eldres egenomsorg må sykepleieren vite hvilke komponenter som er nødvendige for å utføre egenomsorg (Kirkevold 2008). Orem (1995) skriver at sykepleieren må kunne identifisere graden av egenomsorgssvikt, og finne årsaken til at denne oppsto. Slik jeg ser det betyr dette at man må være bevisst på de grunnleggende behovene, både fysiske, psykiske og sosiale behovene som den enkelte eldre har. Kartlegging og observasjon blir derfor en viktig del av sykepleien slik at man som sykepleier vet hvilke behov den eldre trenger hjelp til å ivareta. En annen viktig faktor for å utøve sykepleie som fremmer egenomsorg er å kartlegge ressursene til den eldre. På denne måten vet sykepleier om den eldre har nok ressurser i

forhold til grad av egenomsorgssvikt, og det vil kanskje bli tydeligere for sykepleier i hvilken grad hun skal utøve sykepleie. Orem (1995) viser dette i sin teori med de 5 ulike hjelpemetodene sykepleier kan ta i bruk i en sykepleieprosess. I tilfeller der den eldre har mange ressurser, eller egenomsorgssvikten ikke er så omfattende, kan det være tilstrekkelig at sykepleier veileder eller støtter. I andre tilfeller der egenomsorgssvikten har oppstått både i tilknytning til de universelle og utviklingsmessige egenomsorgsbehovene, samt at de har en helsesvikt og lite ressurser, kan det kanskje bli nødvendig for sykepleier og «overta for den andre» i en periode. Jeg tenker at ved å kartlegge ressurser og behov, samt å tilpasse graden av sykepleie etter dette, kan forhindre at sykepleier fremmer lært hjelpeløshet hos den eldre ved å ta over alt for mange oppgaver som den eldre kunne mestret selv.

### **6.5.3 Kartlegge og evaluere effekten av tiltak**

Neste steg i prosessen sier Orem (1995) er å iverksette tiltak som øker evnen til egenomsorg, og hele tiden evaluere effekten av disse. I forhold til depresjon tenker jeg at da en slik lidelse kan gå utover store deler av den Eldres egenomsorg er det minst like viktig å kartlegge depresjonen kontinuerlig og evaluere om tiltakene for å styrke egenomsorgen har noe effekt på depresjonen. I følge retningslinjene for behandling av depresjon fra Helsedirektoratet (2009) er en del viktig del av den «ikke medikamentelle» behandlingen tiltak som retter seg mot nettopp de fysiske, psykiske og psykososiale grunnleggende behov, noe jeg har skrevet om i kapittel 5.2. Slik jeg forstår dette skal da mange av tiltakene for å øke pasientens egenomsorg, kunne ha en positiv innvirkning på depresjonen også.

### **6.5.4 Kartlegge depresjon på sykehjem**

Eldre med depresjon er ofte underdiagnostisert både i sykehus, sykehjem, og i samfunnet ellers (Kirkevold 2008). I studien av Hjørleifsson et. al (2011) kommer det frem at leger har vanskeligheter med å skille naturlig sorg over ulike tap og depresjon hos eldre. Mange av dem var redde for å mistolke depresjon som demens, men allikevel ble ikke kartlegging utført for å sette riktig diagnose. I stedet for baserte legene konklusjonen sin på observasjoner gjort av sykepleiere. «Nurse: We are not skilled in differentiating between these conditions. If they cry, we call it depression and give them antidepressants...» (Hjørleifsson et. al. 2011, s. 253). Det vil si at sykepleiere kanskje deler ut antidepressiva på helt feil grunnlag, for eksempel til

eldre som helst skulle hatt hjelp med å komme igjennom en naturlig sorgprosess. Det kan også være at de eldre som trenger å få startet på antidepressiva ikke får dette, da depresjonen ikke blir oppdaget. Derfor kan det for meg virke som om leger og sykepleiere trenger ett verktøy som de enkelt kan bruke i kartleggingen av depresjon. Rutinemessig bruk av et slikt verktøy på eldre beboere som er i fare for å utvikle depresjon, vil gjøre det enklere å oppdage depresjonen. Hos beboere som allerede har diagnosen, vil kanskje ett slikt verktøy gjøre det enklere å følge opp depresjonen og evaluere virkningen av behandlingen for sykepleier. Kirkevold (2008) nevner flere skalaer som er gode til kartlegging og diagnostisering av depresjon. Blant annet nevner hun Montgomery-Åsberg skalaen som er mye brukt i Norge, og Geriatric Depression Rating Scale som egner seg godt for å kartlegge depresjon hos eldre. Uansett hvilken av disse skalaene man tar i bruk, så tenker jeg at dette kan være en måte å unngå mye av den overmedisineringen og ukritiske bruken av antidepressiva som finnes på sykehjem i dag. Skalaene er lette og forstå, og sykepleier kan enkelt bruke spørsmål fra disse i kartleggingen.

Å kartlegge egenomsorg og depresjon, utføre sykepleie tiltak som er tilpasset etter behov og individ, og evaluere virkningen av pleien rutinemessig kan for meg virke som en overkommelig oppgave for sykepleieren. På den andre side: for og i det hele tatt å kunne begynne å kartlegge må sykepleier ha en rekke kunnskaper. Sykepleieren må ha kunnskap om Eldres behov for egenomsorg. Hun må forstå hva egenomsorg innebærer for å forstå når en egenomsorgssvikt har oppstått. Hjørleifsson et. al (2011) fant at sykepleiere har en nøkkelrolle når det kommer til ansvar og omsorg for beboerne. Dessverre viser studien også at sykepleiere føler seg «fanget» mellom leger og annet hjelpepersonell. Legene var ofte ikke villige til å diskutere sykepleiernes observasjoner, så behandling med antidepressiva ble ofte igangsatt umiddelbart. Sykepleierne fortalte også at mye energi gikk med på å takle annet uautorisert helsepersonell som bad om antidepressiva til beboere. Sykepleier må derfor kunne kartlegge og endre rammer og rutiner som er ugunstige for den Eldres bedring og egenomsorg. Siden legene på sykehjem setter diagnose og avgjør behandlingsmetode på grunnlag av sykepleiernes observasjoner (Hjørleifsson et. al, 2011), kan dette bety at hun også må være bevisst at eldre kan ha maskerte symptomer på depresjon og symptomer som er atypiske. Hun må kunne skille sorg og depresjon fra hverandre. Til sist er det viktig at hun kjenner sin egen kompetanse; at hun vet hvor viktig hennes kunnskap er, og at hun tør å si ifra når hennes kunnskap ikke strekker til.

## 7.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg satt søkelyset på noen av fokusområdene sykepleier kan ha i møte med den eldre deprimerte i sykehjem for å fremme egenomsorgen på best mulig måte. Jeg har benyttet meg av Dorothea Orems teori om egenomsorg og sett på hva litteratur og forskning sier i forhold til egenomsorg, depresjon og eldre.

Når de eldre flytter på sykehjem opplever de mange tap og det er viktig at vi som sykepleiere ikke fremmer ytterligere tap hos den eldre. Dette kan være og ikke hjelpe den eldre å ivareta de grunnleggende behovene, spesielt de psykiske og sosiale behovene da det kan virke som om disse ofte blir glemt hos helsepersonell. Ivaretagelse av grunnleggende behov er viktig for å fremme egenomsorg hos den eldre. Ivaretagelse av grunnleggende behov kan være problematisk for den deprimerte da han eller hun mangler motivasjon og mestringsfølelse som følge av depresjonen.

Da mange sykepleiere ser på depresjon som en naturlig del av alderdommen, er det viktig at hun kan se den eldre som ett individ med egne ønsker og mål for pleien. Sykepleieren må bli mer bevisst på å se det hele mennesket i møte med den eldre, og til dette trenger hun kunnskaper rundt kommunikasjon.

Mestringsfølelsen synker ved økt alder, og motivasjonen synker ved depresjon. Det er lett for den deprimerte eldre å føle en viss avhengighet av sykepleier hvis hun overtar for mange oppgaver. Lært hjelpeløshet kan bli resultatet. At sykepleier støtter oppunder tiltak og ser ressurser som kan få den eldre til å kunne påvirke og bestemme over sin egen hverdag og pleie på sykehjemmet er derfor viktig.

Behandling med antidepressiva er i stor grad utbredt på sykehjem, selv om grunnlaget for å starte behandling ofte er mangelfull. Å være mottager av en pille styrker ikke egenomsorgen. Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til observasjoner rundt virkning/ bivirkninger av antidepressiva, og observasjoner av tegn på depresjon hos den eldre da hun gir denne informasjonen videre til legen som avgjør behandling. For å gjøre observasjonen lettere kan hun bruke depresjonsskalaer til hjelp.



Fokusområdene er viktige for å fremme egenomsorg hos den deprimerte eldre. Det er allikevel viktig for meg å poengtere at det ultimate målet i møte med eldre som lider av depresjon ikke bør være å oppnå full egenomsorg. For mange eldre med depresjon vil dette kanskje være ett urealistisk mål og oppnå, og ikke nå dette målet kan kanskje føre til at den eldre føler ennå mindre mestring. Likevel er det mye positivt som er knyttet til det å kunne ivareta sin egenomsorg. Følelse av kontroll og mestring er ett eksempel. Sykepleier bør derfor være bevist viktigheten av egenomsorg, og hvordan hun skal fremme dette der det er mulig.

## 8.0 Litteraturliste

Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H, & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J.K.( 2004). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (Red.). (2008). Individuell sykepleie: Sentrale perspektiver. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 100- 112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvaal, K. (2008). Angst og depresjon. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 382-394). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 51- 56). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 57- 68). Oslo: Gyldendal Akademisk.

## 8.1 Selvvalgt litteratur

Davison, T.E., Knight, T., McCabe, M.P., & Mellor D. (2011). *Environmental mastery and depression in older adults in residential care*. *Aging & Society*, 31 (5), s. 870-884. DOI: 10.1017/S0144686X1000142X 14 sider

Engedal, K.(2008). *Lærebok: alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Aldring og helse. (s.99-134) 33 sider

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk. 17 sider

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf> Lastet ned 10.01.13 (s.6-17, s.72-89, s.30-48, s.50-53) 49 sider

Hjørleifsson, S., Iden, K.R., & Ruths, S. (2011) *Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: A qualitative study*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, s. 352-256. 4 sider DOI: 10.3109/02813432.2011.628240

Håkonsen, K.M (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 79- 94, s. 322-329) 23 sider

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier-analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal (s. 83-99) 16 sider

Kirkevold, M. (Red.). (2008). Gammel og syk. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 23- 28). Oslo: Gyldendal Akademisk. 6 sider

Moksnes, K.M (2007). *Depresjon hos eldre*. Demens & Alderspsykiatri, 11(2), 11-15. Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2311> Lastet ned 11.01.13 5 sider

Orem, D. E.(1995) *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book. (s, 3-38. s, 95-117. s, 186-210. s, 211-245. s, 246-291) 160 sider

Romøren, T.I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Akademisk. 8 sider

WHO. (2012, 10. oktober) *DEPRESSION: A Global Crisis*. Hentet fra [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf) Lastet ned 10.01.13 1 side

Tilsammen 336 sider selvvalgt litteratur