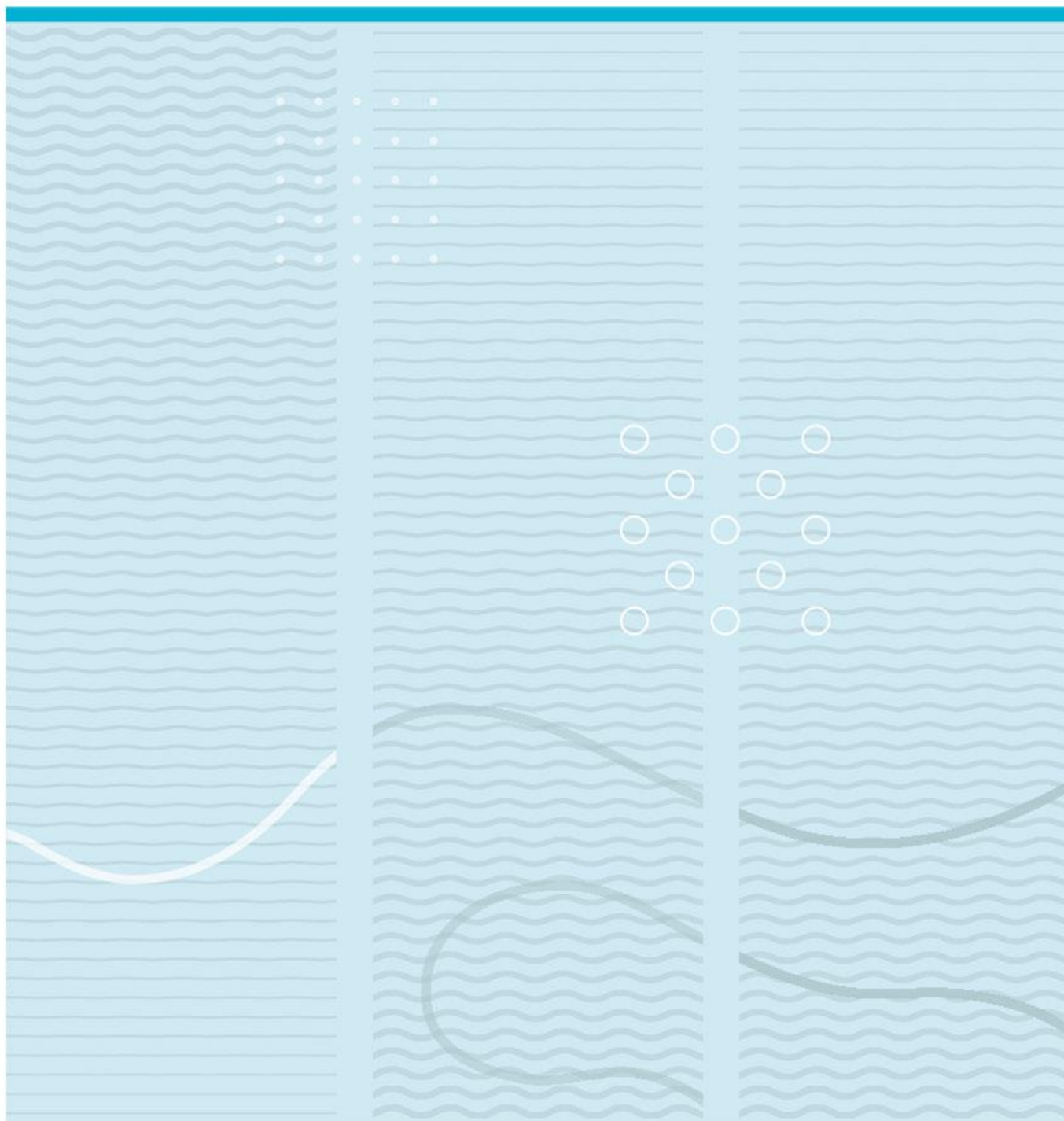


Tanita Alvarez Larsen

«Vi strekker oss så langt vi kan og vel så det»

Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon på sykehjem: en kvalitativ studie.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Tanita Alvarez Larsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: I denne studien søkes det innsikt i erfaringer sykepleiere har med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon i sykehjem. Depresjon er utbredt blant eldre personer, og har store konsekvenser på et individuelt plan. Eldre personer med depresjon på sykehjem utgjør en gruppe som har behov for oppfølging og tidlig intervensjon, for å sørge for bedring.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke sykepleiere på sykehjem sine erfaringer med å arbeide med eldre pasienter med depresjon. Den søker også å få kunnskap om faktorer som bidrar til å tilrettelegge for og som hindrer sykepleiere i dette arbeidet.

Metode: Metoden for studien er kvalitativ, med en hermeneutisk tilnærming. Utvalget består av fire informanter som er sykepleiere på sykehjem. Datamaterialet ble samlet inn ved semistrukturerte intervju. Malterud sin systematiske tekstkondensering ble benyttet som analysemetode.

Resultat: Det første hovedfunnet viste at det var lite fokus på eldre med depresjon, og informantene beskrev å ha liten tid til pasientgruppen. Dette førte til prioriteringer i det daglige arbeidet. Manglende systematikk og rutiner i arbeidet med depresjon gjorde det utfordrende å iverksette tiltak. Det andre hovedfunnet viste at informantene følte seg alene i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon. Det var lite rom for faglig refleksjon, og informantene uttrykte et behov for veiledning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i arbeidet. Informantene kunne oppleve et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver og deres eget ønske om å følge opp pasientgruppen. Det tredje hovedfunnet viste at informantene gjorde det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skulle føle seg ivaretatt, og strakk seg langt for å kunne bruke mer tid hos pasientene.

Konklusjon: Sykepleierne har oppmerksomhet vendt mot at den eldre pasienten med depresjon skal føle seg ivaretatt, og samtale blir beskrevet som en hjelp de gir for at eldre kan dele tanker og følelser. Tidspress, manglende ressurser og påfølgende prioriteringer er til hinder for arbeidet, og bidrar til lite fokus på depresjon. Det var gjennomgående at sykepleierne opplever et sprik mellom deres ønske om å hjelpe pasientgruppen, og de tildelte ressursene. Som en følge føler sykepleierne på en travelhet, der de opplever å ikke strekke til, der de ikke får mulighet til å ivareta pasienten slik

de ønsker. Misforholdet mellom kapasitet og ambisjoner bæres av sykepleierne, som i møte med den eldre pasienten med depresjon kompenserer med å strekke seg langt for å kunne bruke mer tid hos pasientene. Funnene viser at sykepleierne opplever å være alene med ansvaret for pasientgruppen, som de ikke har nødvendige forutsetninger for å kunne hjelpe, både på grunn av tidspress, begrensninger i kunnskap og manglende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne har behov for mer støtte i arbeidet, i form av kompetanseutvikling, veiledning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Slike faktorer kan tilrettelegge for arbeidet med pasientgruppen.

Nøkkelord: Depresjon, eldre, omsorg, velferdsstaten, sykehjem.

Abstract

Background: In this study, insight is sought into experiences nurses have with work and follow-up of elderly people with depression in nursing homes. Depression is common among elderly people and has major consequences on an individual level. Elderly people with depression in nursing homes form a group that needs follow-up and early intervention to ensure recovery.

Aim: The aim of the study is to explore the experiences of nurses in nursing homes in working with elderly patients with depression. It also seeks to gain knowledge about factors contributing to facilitate, and factors that inhibit the nurses in this work.

Method: The method of the study is qualitative, with a hermeneutic approach. The sample consists of four informants who are nurses in nursing homes. The data was collected through semi-structured interviews. Malteruds systematic text condensation was used as the analysis method.

Results: The first main finding showed that there was little focus on the elderly with depression, and the informants described having little time for the patient group. This led to priorities in the daily work. A lack of systematics and routines in the work with depression made it challenging to implement measures. The second main finding showed that the informants felt alone in the work of following up elderly people with depression. There was little room for professional reflection, and the informants expressed a need for guidance and collaboration with the specialist health service in the work. The informants could experience constant pressure by being pulled between work tasks and their own desire to follow up the patient group. The third main finding showed that the informants made the best of the situation so that elderly people with depression would feel cared for and went to great lengths to be able to spend more time with the patients.

Conclusion: The nurses are focused on ensuring that the elderly patient with depression feels cared for, and conversation is described as helping the elderly to share their thoughts and feelings. Time pressure, lack of resources and subsequent priorities hinder the work, and contribute to little focus on depression. It was consistent that the nurses experienced a gap between their desire to help the patient group and the allocated resources. As a result, the nurses feel a sense of busyness, where they experience not being able to do enough, where they do not get the opportunity to look after the patient as they wish. The mismatch between capacity and ambition is borne by the nurses, who,

when faced with the elderly patient with depression, compensate by going to great lengths to be able to spend more time with the patients. The findings show that the nurses experience being alone with the responsibility for the patient group, which they do not have the necessary prerequisites to be able to help, both due to time pressure, limitations in knowledge and lack of cooperation with the specialist health service. The nurses need more support in their work, in the form of competence development, guidance and collaboration with the specialist health service. Such factors can facilitate the work with the patient group.

Keywords: Depression, elderly, care, the welfare state, nursing home.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	9
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Forskning på emnet	13
1.3 Studiens hensikt	15
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål	16
1.5 Avgrensninger og begrepsavklaringer	16
1.6 Oppgavens disposisjon	16
2 Teoretisk referanseramme	18
2.1 Sykehjemmets utvikling	18
2.2 Førstelinjensatte i den norske velferdsstaten	19
2.2.1 Desentralisering av ansvar	21
2.3 Sykepleiefaglig referanseramme	22
2.3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	22
3 Metode	24
3.1 Kvalitativ metode	24
3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag	24
3.2.1 Hermeneutikk	25
3.2.2 Min for forståelse	26
3.3 Metode for innsamling av data	28
3.3.1 Det kvalitative forskningsintervju	28
3.3.2 Utforming av intervjuguide	28
3.3.3 Utvalg og rekruttering	29
3.3.4 Gjennomføring av intervjuene	30
3.3.5 Transkripsjon av datamateriale	31
3.4 Metode for behandling av data	32
3.4.1 Systematisk tekstkondensering	32
3.5 Forskningsetiske overveielser og personvern	38

3.5.1	Informert samtykke	39
3.5.2	Personvern og anonymisering.....	39
3.5.3	Konsekvenser og nytteverdi	40
3.6	Forskningens kvalitet.....	40
4	Resultater	42
4.1	Depresjonen havner i bakgrunnen	42
4.1.1	En stadig prioritering av tid	42
4.1.2	Manglende rutiner og systematikk i depresjonsarbeidet.....	43
4.2	Sykepleieren kommer til kort	45
4.2.1	Lite rom for faglig refleksjon og påfyll.....	46
4.2.2	Ønsker samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.....	47
4.2.3	Konstant press påvirker sykepleieren.....	49
4.3	Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen.....	50
4.3.1	Å lytte og være til stede	51
4.3.2	Sykepleieren strekker seg langt.....	52
5	Diskusjon	53
5.1	Omsorg i en travel hverdag	53
5.1.1	Ytre rammer setter føringene	53
5.1.2	Individualisering av ansvar	55
5.1.3	Kompensering med å «strekke seg langt».....	57
5.2	Behov for støtte	59
5.2.1	Behovet for kunnskap for å kunne hjelpe	59
5.2.2	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	61
5.3	Metodediskusjon.....	63
6	Konklusjon	65
6.1	Implikasjoner for praksis	66
6.2	Videre forskning	66
	Litteraturliste	68
7	Vedlegg.....	75
7.1	Vedlegg 1: Intervjuguide	75
7.2	Vedlegg 2: Søknad til NSD	77
7.3	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	80

7.4	Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskjema	81
-----	--	----

Forord

Masteroppgaven er skrevet i forbindelse med Master i klinisk helsearbeid, studieretning sammensatte helsetilstander. Denne masteroppgaven er mitt siste bidrag til en lærerik tid som masterstudent ved Universitetet i Sørøst-Norge. Arbeidet med denne oppgaven har vært tidskrevende og utfordrende, men mest av alt lærerikt og interessant. Studiet har gitt meg mye lærdom jeg vil ta med meg videre i mitt arbeid som sykepleier.

Det kunne aldri vært gjennomført uten god støtte og hjelp fra de som har bistått meg i arbeidet med masteroppgaven. Først og fremst vil jeg takke informantene i studien som valgte å gi av sin tid, slik at denne masteroppgaven ble til. Jeg vil også rette en stor takk til min dyktige veileder Truls Juritzen, som har kommet med gode innspill og oppmuntrende kommentarer. Til slutt vil jeg takke min mamma og pappa, som har støttet meg gjennom hele studiet.

Skien, 15. september 2023.

Tanita Alvarez Larsen.

1 Innledning

Denne masteroppgaven setter søkelyset på sykepleiernes møte med eldre pasienter med depresjon på sykehjem. Forskning peker på et behov for mer kunnskap på dette feltet, og personlig synes jeg det er et spennende og aktuelt tema å fordype meg i. I mitt arbeid som sykepleier på sykehjem har jeg møtt eldre mennesker som strever med psykiske helseproblemer og depresjon, der jeg har erfart at det er variasjoner i tilbudet til eldre med depresjon og at det er et område som blir mindre prioritert i kommunen. Jeg har en oppfatning av at eldre med depresjon har behov for helhetlig omsorg med fast personale som følger opp og der det er god tid til samtale. På bakgrunn av dette er interessen for temaet vokst frem, og gjort meg nysgjerrig på hvilke erfaringer sykepleiere har med arbeid med eldre mennesker med depresjon på sykehjem.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I årene fremover vil andelen eldre i den norske befolkningen øke, og det anslås at antallet personer over 80 år vil mer enn tredobles innen 2060 (Gleditsch, 2020). Med det økende antallet eldre vil også andelen eldre som vil være i behov av en sykehjemsplass øke i årene fremover (Folkehelseinstituttet, 2022, s. 31), og per nå bor en av ti åttiåringer på sykehjem (Selmer-Anderssen, 2018). Ifølge Verdens helseorganisasjon har omtrent 15 prosent av eldre på verdensbasis en psykisk lidelse, der depresjon er den vanligste (World Health Organization, 2017). Nasjonale studier viser til at om lag 4-8 prosent eldre lider av alvorlig depresjon, mens om lag 25-35 prosent har depressive plager (Langballe & Evensen, 2011, s. 144-145). Forekomsten øker i sykehjemspopulasjoner med 21-25 prosent (Barca et al., 2010, s. 144-145; Iden et al., 2013, s. 156) og hos de eldste eldre med 23 prosent (Solhaug et al., 2012, s. 153). Dette betyr at sykepleiere på sykehjem i økende grad vil møte eldre pasienter med slike lidelser som depresjon.

Depresjon hos eldre er en alvorlig helseutfordring, og har store konsekvenser både for individet og samfunnet. Forskning viser at depresjon hos eldre kan medføre redusert livskvalitet (Sivertsen et al., 2015, s. 330), nedsatt funksjonsevne og økte selvmordstanker (Meeks et al., 2011, s. 9), samt store helsetap og tapte funksjonsfriske leveår (Øverland et al., 2018, s. 15). Mange eldre har også et forløp med kroniske plager eller tilbakefall av depresjon (Barca et al., 2010, s. 144; Borza et al.,

2019). Samfunnsmessige konsekvenser knyttet til depresjon hos eldre innebærer blant annet en økning i helsetjenestebruk og er assosiert med økte helsetjenestekostnader (Luppa et al., 2013, s. 296; Buczak-Stec et al., 2022, s. 3-6). Eldre personer med depresjon utgjør en gruppe som har behov for oppfølging, der det må satses på tidlig intervensjon for å sørge for rett behandling og bedring (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 21-22).

Innen politisk hold har psykisk helse blant eldre fått økt oppmerksomhet i de senere årene, og det er utarbeidet strategier som tar sikte på å fremme opplevelsen av tilhørighet og å styrke sosial støtte rettet mot ensomhet og psykiske lidelser hos eldre. Behovet for å forbedre tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser blir også trukket frem innen politisk hold.

Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022), *Mestre hele livet* (Departementene, 2017, s. 7) har som hovedmål at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet. Det pekes på viktigheten av tidlig innsats for å fange opp de som trenger gode, tilgjengelige og koordinerte tjenester. Videre vises det til at opplevelsen av tilhørighet er en sentral faktor for god psykisk helse og livskvalitet, og det trekkes frem det å styrke sosial støtte for å motvirke ensomhet hos eldre (Departementene, 2017, s. 19-22). Strategien peker på at det foreligger manglende kunnskap både om eldres psykiske helse og hvor godt tjenestetilbudet er tilpasset den eldre delen av befolkningen (Departementene, 2017, s. 37).

«Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018)) er en kvalitetsreform for eldre, og skal bidra til et mer aldersvennlig samfunn. En viktig målsetning i reformen er flere gode leveår, der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet og at de i større grad mestrer sitt eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de har behov for. En av hovedsakene er å legge til rette for gode opplevelser og fellesskap for eldre, og å bidra til å redusere ensomhet og isolasjon. Når livet er sårbart, skal eldre få mulighet til samtale, motivasjon og støtte (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10-14).

Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009), med overordnet mål om å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv, peker på at eldre med psykiske lidelser er en stor pasientgruppe med et mangelfullt helsetilbud, om noe tilbud i det hele tatt (Brofoss & Larsen, 2009,

s. 130-133). Det vises at tjenestene ikke alltid er tilgjengelige nok, og at tilgjengeligheten til hensiktsmessige tilbud for ulike pasientgrupper har økt unntatt for eldre (Brofoss & Larsen, 2009, s. 94). Videre trekkes det frem at det på bakgrunn av endring i befolkningssammensetning, og et økende antall eldre, vil være behov for en betydelig opprustning av tilbudet til denne gruppen fremover, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og at dette kan være den største utfordringen som helsetjenesten generelt står overfor. Det pekes på at det særlig er to store grupper som det blir viktig å ha fokus på fremover, nemlig pasienter med lettere psykiske lidelser og eldre med psykiske lidelser (Brofoss & Larsen, 2009, s. 139).

Opptappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 6) peker på at psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder, og har som overordnet mål at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Planen peker på å bedre den psykiske helsen og forebygge psykiske plager og ensomhet blant eldre, blant annet ved å kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten blant eldre. Det pekes på viktigheten av å arbeide mot at mennesker med psykiske lidelser har tilgang til meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring, eksempelvis gjennom dagsenter for eldre (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 20-31).

Flere lovpålagte krav til kommunene, endrede og mer komplekse oppgaver uten tilstrekkelige ressurser er med på å sette de kommunale helse- og omsorgstjenestene under press (Dale et al., 2015, s. 41-42). Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, inkludert mennesker med psykiske lidelser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). En undersøkelse fra SINTEF tilsier imidlertid at eldre får et mangelfullt tilbud fra kommunal psykisk helsetjeneste og at det er få kommuner som kartlegger Eldres behov for tjenester innen psykisk helse (Ose & Kaspersen, 2022, s. 266-267), og virksomhetsdata fra spesialisthelsetjenesten viser at eldre med psykiske lidelser i mindre grad gis behandlingstilbud enn yngre voksne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 90).

Med tanke på hvilke konsekvenser depresjon hos eldre fører meg seg for individet og samfunnet, trengs det mer kunnskap om hvordan arbeidet med depresjon på sykehjem foregår, fra sykepleiere på sykehjem. Forskning viser til at samspillet mellom sykepleier og pasient er en viktig ressurs i

forhold til pasientens psykiske helse og står sentralt for å forebygge og redusere depresjon (Haugan et al., 2013, s. 2197-2198).

1.2 Forskning på emnet

Litteratursøket ble foretatt i universitetets databaser, deriblant ble Cinahl, PubMed og Medline benyttet. Aktuelle søkeord som «elderly», «depression», «late life depression», «nurs*», «nursing home», «nursing management», «experience» ble benyttet i ulike kombinasjoner. De mest relevante studiene for denne masteroppgaven presenteres videre.

Flere studier viser at sykepleiere opplevde at deres evne til å identifisere depressive symptomer ikke var god nok (Iden et al., 2011, s. 253; Borglin et al., 2019, s. 4-5). En studie viser at sykepleierne opplevde utfordringer med å skille symptomer på depresjon fra det som kan være symptomer på andre tilstander som er vanlig hos eldre. En annen barriere for å oppdage depressive symptomer var at eldre ofte maskerer eller normaliserer tegn på depresjon, og ikke ønsker å diskutere tematikken (McCabe et al., 2009, s. 59). Det at eldre kan oppleve det vanskelig å prate om depresjon ble også trukket frem som en utfordring for å avgjøre om pasienten var deprimeret i studien til Waterworth et al., (2015, s. 2565-2568).

En studie viser til at det var viktig for sykepleierne å kjenne pasienten over tid for å kunne se endringer i humør og vurdere risiko for å utvikle depresjon. For flere av sykepleierne stod det sentralt å være oppmerksom på at eldre pasienter var i risikozonen for å utvikle depresjon, og understreket viktigheten av å ta opp tematikken tidlig og anse det som en prioritet (Waterworth et al., 2015, s. 2564-2565). En annen studie fremhever det at sykepleierne bruker tilstrekkelig tid med eldre pasienter med depresjon og etablerer en sykepleie-pasient-relasjon som er basert på tillit som en tydelig forutsetning for identifisering av depressive symptomer (Borglin et al., 2019, s. 6-7).

Blant flere studier er det enighet om at manglende personalressurser er et stort hinder for at sykepleiere skal kunne gi omsorg til eldre pasienter med depresjon (Waterworth et al., 2015, s. 2565-2566; McCabe et al., 2009, s. 57). Den førstnevnte studien viser til at det er god lindring for

pasienten når sykepleierne hadde tid til å lytte, men at tilgjengelig tid, arbeidspress og mange pasienter utfordret dette. Deltakerne i studien til McCabe et al., (2009, s. 57) opplevde at eldreomsorgen var sentrert omkring å utføre oppgaver knyttet til fysisk velvære, som ble sett å etterlate begrenset tid til å ivareta pasientens følelsesmessige tilstand. En annen studie beskriver at sykepleierne brukte mye tid på grunnleggende sykepleie, noe som ga mindre tid til å prate med pasientene. Sykepleierne opplevde å ha for lite tid, og reflekterte over at økt fokus på sosiale aspekter sannsynligvis ville redusere behovet for medikamenter (Iden et al., 2011, s. 54).

Den samme studien viser til at antidepressiva vanligvis var den eneste formen for behandling gitt dersom en pasient ble vurdert deprimert. Informantene rapporterte at sykepleieansatte ble presset på tid, og at antidepressiva muligens dukket opp som en enkel løsning. Selv om legene og sykepleierne var klar over de gunstige effektene av ikke-medikamentelle tiltak slik som miljøterapi, ble dette i mindre grad gjennomført grunnet økonomiske begrensninger, konservative behandlingstradisjoner og ansattes holdninger (Iden et al., 2011, s. 254). Lignende funn vedrørende antidepressiva behandling vises i en annen norsk kvantitativ sykehjemstudie. Det vises til at antidepressiva ofte ble foreskrevet på sykehjem, der 60 prosent av de deprimerte pasientene mottok antidepressiva og det var dokumentert ikke-farmakologisk behandling for depresjon, derav miljøintervensjoner eller samtaleterapi, hos 34,9% av pasientene (Iden et al., 2013, s. 158). I studien til Borglin et al., (2019, s. 5) ble også støtte og oppfølging av farmakologisk behandling beskrevet som førstelinjetilnærmingen til depresjonsbehandling. Men selv om farmakologiske intervensjoner ble vurdert effektive, ble også sykepleieintervensjoner ansett å være like verdifulle. En kombinasjon av disse ble beskrevet som avgjørende for å støtte eldre med depresjon.

To av studiene viser til betydningen av kunnskap som grunnleggende for å håndtere depressive symptomer (Borglin et al., 2019, s. 6-7; Waterworth et al., 2015, s. 2565-2568). Den sistnevnte studien fremhever at interessen og kunnskapen hos sykepleierne om depresjon var av betydning for om pasientene fikk individuell oppfølging relatert til sin depresjon, og utgjorde en forskjell for hvordan sykepleierne engasjerte seg med pasientene (Waterworth et al., 2015, s. 2565-2568). En annen studie viser til begrensninger i opplæringen om kunnskap og ferdigheter som var nødvendig for å ivareta og arbeide med eldre med depresjon (McCabe et al., 2009, s. 60).

En studie viser til at sykepleierne hadde god nytte av å diskutere problemstillinger med kollegaer og fagpersoner i psykiatri for råd og veiledning i arbeidet med pasienter med depresjon (Waterworth et al., 2015, s. 2565-2568). I studien til Borglin et al., (2019, s. 6-8) trekkes det frem at samarbeid mellom profesjoner ble ansett som grunnleggende for å støtte pasientgruppen.

Den samme studien viser til at sykepleiernes erfaring var at tilbudet av terapi fra andre faggrupper ikke var prioritert for eldre, sammenlignet med yngre. I studien ble også behovet for spesifikke planer og retningslinjer for hvordan å håndtere depresjon trukket frem av deltakerne, og hva de kunne gjøre før utskrivning av antidepressiva som behandling. Mangelen på relevante retningslinjer ble oppfattet som en begrensning, og å ha få tilgjengelige strategier for å håndtere depressive symptomer gav sykepleierne en følelse av utilstrekkelighet (Borglin et al., 2019, s. 6-8).

Gjennomgangen av forskningslitteraturen viser at det er lite tidligere forskning på *sykepleieres erfaringer* med å arbeide med eldre pasienter med depresjon innenfor konteksten sykehjem. Siden det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres til eldre med depresjon som bor på sykehjem, er det behov for mer forskning på området.

1.3 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få økt forståelse for arbeidet med eldre pasienter med depresjon på sykehjem, ved å utforske erfaringer hos sykepleiere. Den søker også å få kunnskap om faktorer som bidrar til å tilrettelegge for og som hindrer sykepleiere i dette arbeidet. Slike erfaringer kan være verdifulle for å få frem nye perspektiver og økt kunnskap som kan bidra til å øke forståelsen for hvordan man kan forbedre tjenestene for denne pasientgruppen fremover.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Det er formulert følgende problemstilling: «*Hvordan erfarer sykepleiere på langtidsavdeling på sykehjem å arbeide med eldre pasienter med depresjon?*»

Det er utformet noen forskningsspørsmål som utdyper oppgavens problemstilling:

1. Hvordan beskriver sykepleieren oppfølgingen av eldre pasienter med depresjon på sykehjem?
2. Hvordan beskriver sykepleiere hva som tilrettelegger for og hva som hindrer dem i arbeidet med depresjon på sykehjem?

1.5 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Sykehjem er en institusjon med heldøgns bemanning som skal yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp for dem med innvilget opphold. Pasienter som får innvilget sykehjemsplass er de som nødvendigvis ikke krever behandling på sykehus, men som likevel har behov for større helsefaglig innsats enn det som er mulig eller forsvarlig å yte i vedkommende sitt hjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2a).

I denne mastergradsoppgaven er «pasienten» en person med depresjon som har langtidsplass på sykehjem, og pasienten er over 65 år. I oppgaven vil begrepene «eldre», «pasient», «eldre/pasient med depresjon» og «pasientgruppen» benyttes om hverandre slik det faller seg naturlig i en sammenhengende tekst.

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne masteroppgaven er skrevet som en monografi, og inneholder seks hovedkapitler. Det første kapitlet utgjør studiens innledning, og bakgrunnen for hvorfor jeg ønsker å utføre studien. Her presenteres også tidligere forskning om emnet, hensikten med studien og studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel to redegjøres det for det teoretiske perspektivet for studien.

Kapittel tre vil belyse studiens metode, og det vil redegjøres for det vitenskapsteoriske grunnlaget for studien der hermeneutikken presenteres. Videre vil metodene for datainnsamling og analyseprosessen redegjøres for. I dette kapitlet vil også egen forforståelse belyses, og forskningsetiske overveielser og forskningens kvalitet presenteres. Kapittel fire inneholder en presentasjon av studiens resultater. I kapittel fem diskuteres resultatene opp mot forskning og det teoretiske perspektivet, samt en metodediskusjon. Kapittel seks inneholder en konklusjon, der det også vil skisseres mulige anbefalinger for praksis og forslag til videre forskning.

2 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet vil oppgavens teoretiske referanseramme presenteres. Flere forhold bidro til at jeg underveis i studien orienterte meg mer mot konteksten sykepleierne arbeidet i, og de muligheter og begrensninger for å arbeide med pasienter med depresjon denne konteksten la til rette for. Av den grunn vil sykehjemmet og dens utvikling presenteres, og jeg vil presentere Vikes et al., (2002) teoretiske bidrag om velferdsstaten, samt Lipskys (1980) teoretiske bidrag om bakkebyråkrater. Dernest vil Kari Martinsens omsorgsteori presenteres.

2.1 Sykehjemmets utvikling

Fra i hovedsak å være en eldreomsorg mot slutten av 1980-tallet har en rekke reformer og opptrappingsplaner ført til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått ansvar for å yte et langtids omsorgstjenestetilbud til brukere i alle aldre. Det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre har også hatt en dreining bort fra bruk av institusjoner til at tjenester mottas i eget hjem. Det tilbys fortsatt sykehjemsplasser, selv om institusjonstilbudet har blitt redusert (Romøren, 2018, s. 183-186). Terskelen for å få en sykehjemsplass har blitt stadig høyere, også for de aller eldste over 90 år (Kristiansen et al., 2019, s. 41-42).

Samtidig som ansvaret for langtidsomsorg har blitt overført til kommunene, har det vært en politisk målsetting å overføre flere oppgaver fra sykehus til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Med Samhandlingsreformen i 2012 ble det lagt forsterket press på at oppgaver skal overføres fra sykehus til kommunene (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 26). Til tross for at det i Samhandlingsreformen ble lovet at kommunenes økonomiske rammer skulle styrkes, viser undersøkelser at kapasiteten og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke har økt i takt med ansvaret for flere og mer krevende pasienter (Theie et al., 2018, s. 50-51; Riksrevisjonen, 2016, s. 89-90; Haukelien et al., 2015, s. 65). Blant annet sykehjem har fått flere og mer kompliserte oppgaver som de må utføre med samme eller lavere bemanning enn tidligere (Haukelien et al., 2015, s. 51), og kommunene har ikke blitt tilført nok ressurser for å imøtekomme de økte utfordringene (Kristiansen et al., 2019, s. 42; Dale et al., 2015, s. 41). Samtidig er det en

økende mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere i sektoren, og utviklingen medfører at stadig flere ufaglærte arbeider i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun, 2020, s. 37).

Sykehjemets utvikling generelt og administrative effektivitetskrav får ikke overraskende konsekvenser for sykepleierens arbeidshverdag. De endringene som sykehjemmene har vært gjennom, har gjennom flere undersøkelser vist å føre til økt arbeidsmengde for de ansatte. Sykepleierne beskriver en hektisk arbeidshverdag der kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt de siste årene og der sykepleierne har ansvar for flere pasienter med mer omfattende tjenestebehov enn før som krever tettere oppfølging (Haukelien et al., 2015, s. 33). Økt slitenhet blant personalet, mindre rom for individrettede tjenester og faglig skjønnsutøvelse, samt økt risiko for brudd på forsvarlighetsprinsippet beskriver sykepleiernes erfaringer fra å arbeide på sykehjem (Gautun et al., 2016, s. 51-57). Samtidig er det flere sykepleiere som sier de ønsker å slutte på sykehjem, blant annet som følge av stor arbeidsbelastning. Sykepleierne mener at tidspresset går utover kvaliteten på tjenesten, og forhindrer de i å gi pasientene det de trenger (Gautun et al., 2016, s. 77).

2.2 Førstelinjeansatte i den norske velferdsstaten

Vike et al., (2002, s. 10-13, s. 65-66) skriver om ansatte innen velferdsstaten i perspektiv av at det er de ansatte i førstelinjetjenesten som i praksis forvalter ansvaret for at velferdsstatens gode hensikter blir til virkelighet, og om misforholdet som oppstår mellom oppgavene som pålegges dem og de materielle ressursene som tildeles for å utføre disse oppgavene.

Lipsky (1980) beskrives som en sentral felles inspirasjonskilde (Vike et al., 2016, s. 15). Lipskys (1980, s. 3-4) sosiologiske teori Street-Level bureaucracy retter søkelyset mot yrkesutøvere som arbeider i direkte kontakt med andre mennesker, deriblant sykepleiere, og disse blir omtalt som bakkebyråkrater. Et sentralt trekk ved bakkebyråkratenes hverdag er at de stilles overfor vage og motstridende krav, og der det eksisterer et kronisk misforhold mellom ressurser og velferdspolitiske visjoner (Lipsky, 1980, s. 27-28).

Bakkebyråkratenes hverdag preges av at de har betydelig rom for skjønn i deres tildeling av ressurser til brukere, og for å minske gapet mellom mål og tilgjengelige ressurser anvender bakkebyråkratene ulike strategier i sine møter med brukerne for å gjøre arbeidshverdagen mer håndterlig (Lipsky, 1980, s. 81-83). I lys av ressursutfordringene kan bakkebyråkratene allokere hjelpen ved å ty til eksempelvis rasjonering av de tilgjengelige ressursene. Dette skjer ved at det blant annet ytes ulik mengde hjelp til forskjellige brukere. Et annet poeng er at for å kunne svare på brukernes behov under strukturelle begrensninger, vil bakkebyråkratene ofte måtte differensiere mellom brukere. Differensieringen kan skje gjennom de ansattes vurderinger om brukernes hjelpebehov og respons på behandling. Når bakkebyråkratene har knappe ressurser, kan det imidlertid medføre at løsning av arbeidsrelaterte problemer vektlegges mer enn det å tilfredsstille brukernes individuelle behov. En arbeidssituasjon hvor stadig flere brukere skal hjelpes uten tilstrekkelige ressurser, gir ikke rom for individualisert hjelp. Og selv om alle brukere har krav på like muligheter for behandling, vil tidsbegrensningene medføre at noen blir foretrukket fremfor andre (Lipsky, 1980, s. 106-108).

Når arbeidssituasjonen ikke samsvarer med tjenesteidealene, kan bakkebyråkratene utvikle det Lipsky (1980, s. 140-141) kaller et modifisert syn på både brukere og eget arbeidssted, der de utvikler oppfatninger om eget arbeid og brukerne som reduserer belastningen mellom evner og mål, for at det psykologisk skal bli enklere å håndtere arbeidshverdagen. En mulig løsningsmekanisme for de ansatte er å rasjonalisere tjenestens tvetydige og ambisiøse målsettinger ved å utvikle egne forestillinger om tjenesten, og på den måten betrakte begrensningene i arbeidet som uforanderlige. Men en slik oppfatning av permanente forhold ved tjenesten kan igjen redusere motivasjonen til å se etter og prøve ut andre alternativer. Selv om denne tendensen er knyttet til bakkebyråkratenes behov for skjerming mot skuffelsene ved mislykket arbeid når idealene oppfattes langt fra realiserbare, kan dette over tid skape grobunn for mindre kvalitetsorientering i tjenesten. En mulig konsekvens av at de ansatte opplever liten mulighet for kontroll over arbeidsbetingelsene, og etterfølgende manglende tilfredsstillelse fra arbeidet med brukere, er fysisk eller psykisk distansering. De ansatte nedjusterer sine forventninger med hensyn til arbeidet (Lipsky, 1980, s. 143-144).

2.2.1 Desentralisering av ansvar

Proessen hvor tjenesteyterne i førstelinjen bærer hovedtyngden av velferdsstatens kapasitetsproblem kaller Vike et al., (2002) desentralisering av ansvar. Denne prosessen beskrives ved at de som arbeider i førstelinjen arbeider direkte med brukere og har liten innflytelse over organisasjonens sentrale beslutningsorganer. Samtidig vil organisasjonens «produkt» ofte skapes og formidles gjennom enkeltpersoner som i møtet med den eksterne verden av pasienter bærer organisasjonens ansvar på egne skuldre. Dette ser altså ut til å ta en særegen form i den norske velferdsstaten sin kommunale helse- og sosialomsorg ved at det oppstår et dilemma blant de som utfører virksomheten overfor mottakere av tjenestene. De ansatte i førstelinjetjenesten må svært ofte forvalte misforholdet mellom velferdsstatens mål, slik disse er nedfelt i helse- og sosialpolitiske rettighetslover og målsettinger, og begrenset kapasitet i konkrete ansikt-til-ansikt relasjoner (Vike et al., 2002, s. 65).

Mange ansatte opplever at arbeidssituasjonen er preget av en skrikende mangel på ressurser, og det er ikke mulig å gjøre alt som skal gjøres. For å unngå at situasjonen blir kritisk, er de tvunget til å ta mange snarveier i det daglige arbeidet, slik som å bruke mindre tid enn ønskelig på pasientene, arbeide hardere og løpe mer (Vike et al., 2002, s. 91). Uansett hvilken strategi som velges, innebærer den en kombinasjon av intensivering av egen arbeidsinnsats og en opplevd utilstrekkelighet overfor mennesker som trenger hjelp. Vike et al., (2002, s. 13) peker på at denne situasjonen også er et dilemma i en dypere forstand. Sykepleierens følelse av utilstrekkelighet, som ofte oppleves som en personlig belastning i møte med organisasjonens krav om å yte mer, og de hjelpetrengende sine konkrete bistandsbehov, representerer en internalisering av et organisatorisk problem. Sykepleieren «bærer organisasjonens grenser i kroppen», ved at de må absorbere konsekvensene av diskrepansen mellom rammene og intensjonene (Vike et al., 2002, s. 13-14).

Vike et al., (2016, s. 22) legger frem at deres erfaring i forhold til norske forhold ofte skiller seg fra Lipsky sin beskrivelse. Det vil si at mens Lipsky vektlegger at bakkebyråkratene søker å løse oppgaver som er pålagt dem, selv om dette kan ramme brukere, ser det ut til at mange av tjenesteyterne i den norske velferdsstaten prioriterer å strekke seg lenger enn de egentlig må. Dette mener Vike et al. (2016, s. 22) at kan forklares ved at ansvaret for mange av velferdsstatens tjenester er sterkt personlige, samtidig som universalismeprinsippet utvetydig formulerer forpliktelsen til å yte i henhold til behov. Videre hevder forfatterne at velferdsstaten har et

kapasitetsproblem. Når både brukere og rettighetslovgivningen forventer flere og bedre tjenester av tjenesteutøverne enn det ressursene gir rom for, samtidig som tjenesteutøverne blir holdt personlig ansvarlig for kvaliteten, bidrar tjenesteutøvernes ansikt-til-ansikt relasjon til brukerne til at det å hindre brukere adgang til tjenestene blir vanskelig (Vike et al., 2016, s. 22).

2.3 Sykepleiefaglig referanseramme

Det sees at for å kunne belyse ulike dimensjoner ved problemstillingen, er det også behov for en teoretisk referanseramme der omsorg og det relasjonelle er et fokus. Derfor er den sykepleiefaglige referanserammen for denne oppgaven Kari Martinsens omsorgsteori.

2.3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Det mest grunnleggende i menneskets tilstedeværelse er avhengigheten av andre. Omsorg er, ifølge Martinsen (2005, s. 136-137) en forutsetning for menneskelig liv. Martinsen viser til den danske filosofen Knut E. Løgstrup (1905-1981) som har uttrykt at det er en *forventning* om at mennesker skal ta vare på hverandre. Martinsen mener at dette er en relasjonell og ivaretagende tolkning om menneskelivet. Omsorg krever tilbakeholdenhet og grenser, interesse og omtanke for den andre (Martinsen, 2003, s. III).

Det er spesielt tre aspekter ved omsorgsbegrepet som trekkes frem. Den relasjonelle dimensjonen er knyttet opp mot det mellommenneskelige, om forholdet mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker. Den praktiske dimensjonen innebærer at omsorgsgiver har en helhetlig forståelse av pasientens situasjon, bygget på faglige og etiske vurderinger. Det er i den praktiske situasjonen og samhandlingen med pasienten at etiske krav vises. Den moralske dimensjonen er knyttet til mellommenneskelige relasjoner preget av makt og avhengighet. Disse tre omsorgsdimensjonene forstås ikke som adskilte enheter. Omsorgsdimensjonene er et sammenhengende hele, der alle deler er samspillende og må utøves på en og samme tid (Martinsen, 2003, s. 14-20, s. 68-71).

Kari Martinsen (2003, s. III) uttrykker at omsorg er et omfattende begrep, og at det kan arbeides med det på ulike nivåer. Hun nevner et ontologisk nivå der det grunnleggende og livsbærende hører hjemme. Videre skriver Martinsen om det sosialpolitiske nivået der blant annet forskning på omsorg er aktuelt. Det tredje nivået er profesjonell omsorg, eller det som vises gjennom profesjonelt arbeid som sykepleier.

Innen sykepleie er «omsorg» et sentralt begrep. Omsorg er å knytte bånd, og inngå i relasjoner. Ved å knytte bånd og inngå i relasjoner utvikles en avhengighet av andre mennesker. Relasjoner og avhengighet er grunnleggende i menneskers liv. I et hvert møte mellom mennesker ligger fordringen om å ta vare på den andres liv. Moralen er dermed ikke noe som ligger i mennesker, men mellom mennesker (Martinsen, 2005, s. 135-138).

Når det ytes omsorg for andre, vil det ytes etter fellesnormer i samfunnet. Det er en felles aksept for at personen ikke er selvhjulpne, og relasjonen er derfor ikke basert på et likeverdig «gi og ta-forhold» når det gjelder hjelp og støtte i dagliglivet. I alt omsorgsarbeid er omsorg for den andre sentralt, og omsorgen gis til ikke-selvhjulpne mennesker. Deres velferd er avhengig av at noen har omsorg for andre, og omsorgen som gis bestemmes derfor ut fra deres omsorgsbehov (Martinsen, 2003, s. 73).

Martinsen (2021) beskriver at det i dagens helsevesen brukes ord som økonomiske innsparinger, lønnsomhet og produktivitet, det er et annet tidsperspektiv og økonomisk tidsforståelse enn tidligere. Det er en målbar tid til hvert gjøremål, og kvalitet i arbeidet knyttes til hastighet. Slik er klokken blitt lik med tiden i helsevesenets rom, og sykepleierne får ikke fri fra klokketiden for å være i hendelsene sammen med pasientene. Sykepleierne tvinges slik ut av tiden, ut av den erfarte tiden sammen med pasientene. Sykepleieren blir stående i motstridende forventninger fra pasienten og fra maktstrukturene i pleiens rom og det faglige skjønn får vanskelige kår. Et sykepleieskjønn krever oppmerksomt nærvær, sansende tilstedeværelse, overblikk over situasjonen og innsikter i å kunne vurdere for å handle best mulig for og med pasienten (Martinsen, 2021, s. 43-46).

3 Metode

Dette kapitlet vil presenteres studiens metode, og hva jeg legger til grunn for valgene. Kapitlet innledes med en redegjørelse av metodevalget, og studiens vitenskapsteoretiske grunnlag og egen for forståelse presenteres. I presentasjon av datainnsamling beskrives forskningsintervjuene, studiens utvalg og rekruttering, gjennomføring av intervjuene og transkripsjonen. Videre presenteres hvordan bearbeiding og tolkningen av data er gjennomført, der trinnene i analyseprosessen redegjøres. Avslutningsvis presenterer jeg forskningsetiske overveielser og refleksjoner omkring forskningens kvalitet.

3.1 Kvalitativ metode

I overveien av hvilken metode som ble ansett best egnet for studien, ble det sett på studiens problemstilling. Jeg ønsket gjennom studien å utforske sykepleieres erfaringer med arbeid med eldre pasienter med depresjon. Det ble derfor valgt å benytte kvalitativ metode med et eksplorerende design, som er velegnet når formålet er å innhente en dypere innsikt i og forståelse av menneskers erfaringer og opplevelser. Ved å benytte kvalitativ metode kan en få frem mangfoldet og nyansene i det som studeres (Malterud, 2017, s. 30-31).

En kvalitativ undersøkelse bygger på ulike metoder for datainnsamling, der intervju er den mest anvendte metoden innen kvalitativ forskning dersom en søker omfattende kunnskap. Med utgangspunkt i studiens problemstilling sees individuelle intervju som en hensiktsmessig metode, for å utvikle en forståelse av hvordan informantene erfarer studiens tema (Thagaard, 2018, s. 89).

3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Det vitenskapsteoretiske grunnlaget forskeren har i en studie, vil ha betydning for det en søker kunnskap om. Videre danner det et utgangspunkt for den forståelsen som utvikles (Thagaard, 2018, s. 33). Kvalitative metoder er forankret i det fortolkende paradigmet, med røtter fra blant annet hermeneutikken (Malterud, 2017, s. 35). Denne studien baserer seg på en hermeneutisk

tilnærming, ved at jeg som forsker har med meg personlige erfaringer og kunnskap om fenomenet inn i studien, og vil forstå fenomenet ut fra egen bakgrunn (Malterud, 2017, s. 44-45).

Fortolkningen av teksten etter transkriberingen preges av det hermeneutiske perspektivet. Mitt empiriske materiale til analyse består av transkriberte tekster fra intervju, og skal fortolkes av meg som forsker (Bondevik & Bostad, 2003, s. 292).

3.2.1 Hermeneutikk

Hermeneutikk er en vitenskapsteoretisk retning der fortolkning av mening danner grunnlaget for forståelse. Det vektlegges at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike nivåer (Thagaard, 2018, s. 37). Når forskeren søker kunnskap og forståelse om noe, når mening og hensikt skal fortolkes i et tekstmateriale, blir forskeren selv den sentrale instansen i forskningsarbeidet (Bondevik & Bostad, 2003, s. 292).

Innen hermeneutikken står begrepet forforståelse som knyttes til filosofen Hans Georg Gadamer sentralt. Forforståelsen består av ulike komponenter, og disse er med på å prege forståelsesprosessen. Forforståelsen knyttes til de forventninger eller oppfatninger forskeren har før en undersøkelse gjennomføres, bevisst eller ubevisst, og er en nødvendig forutsetning for at en kan oppnå forståelse av noe (Bondevik & Bostad, 2003, s. 292-293).

Noen av forutsetningene for en bestemt forforståelse omtales som for-dommer, det vil si forskerens forhåndsoppfatninger; både bevisste og ubevisste, positive og negative. Summen av fordommene omtales som forskerens forståelseshorisont, og betegner de forutsetningene forskeren har for å forstå. Forståelseshorisonten tas med inn i enhver forståelsesprosess, og er totaliteten av alle oppfatninger og holdninger forskeren har, også representert det forskeren for øyeblikket ikke er oppmerksom på (Bondevik & Bostad, 2003, s. 293-294).

Ifølge Gadamer kan forskeren ikke fri seg og erkjenne denne forståelseshorisonten fullt ut, og dermed finnes det ikke et nøytralt sted hvor forskeren kan godta eller forkaste sine for-dommer og

forståelseshorisont. Forskeren skal forsøke å belyse det som er med å farge forståelsen og de forventningene forskeren bringer med seg når en søker å forstå noe. Når forskeren så skal tolke tekster, må forskeren teste sine for-dommer og forventninger mot teksten. I denne prosessen skjer det en horisontsammensmelting, mellom teksten og forskerens forståelseshorisont. For å oppnå en slik sammensmeltning og ny forståelse er det nødvendig at forskeren stiller seg velvillig overfor teksten og antar at den har noe viktig å meddele (Bondevik & Bostad, 2003, s. 300).

Den hermeneutiske sirkelen betegner at forståelsen av noe består i en stadig bevegelse mellom helhet og del, mellom teksten som fortolkes og egen forforståelse, eller mellom det som skal fortolkes og sammenhengen det skal fortolkes i (Bondevik & Bostad, 2003, s. 294-295). For hver gang forskeren forstår en del av teksten, påvirker det oppfatningen av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delene i nytt lys, og bidrar til nye forståelse som igjen påvirker helhetsforståelsen. Hver omdreining bidrar til økt forståelse, og slik foretar forskeren en fordykning av sin meningsforståelse (Thornquist, 2018, s. 171). Det å benytte den hermeneutiske sirkelen i studien har ført til at jeg kontinuerlig har reflektert over data og funn, der jeg har fortolket mine funn som deretter har gitt meg en ny forståelse. I denne prosessen er det nødvendig at jeg som forsker er bevisst på egen forforståelse og for-dommer, da dette er avgjørende for at jeg skal kunne få ny forståelse (Bondevik & Bostad, 2003, s. 295). Jeg har derfor etterstrebet å beskrive min forforståelse i denne studien.

3.2.2 Min forforståelse

Forskere er mennesker med egne opplevelser og erfaringer. For at forskningsprosessen skal kunne bringe frem noe nytt, noe annet enn det forskeren vet på forhånd, er det nødvendig med et åpent sinn. Det må være rom for refleksjon og uventede konklusjoner. Betydningen av forskerens rolle står sentralt (Malterud, 2017, s. 19).

Gjennom mitt arbeid som sykepleier innen kommunehelsetjenesten, der jeg de siste fem årene har arbeidet på sykehjem, har jeg en oppfatning av hvordan arbeidet med eldre sykehjemspasienter med depresjon fungerer. Min erfaring tilsier at dette er et område som blir mindre prioritert i kommunen, og at den eldre sykehjemspasienten i varierende grad får den oppfølgingen de har

behov for. Forforståelsen innebærer at det er behov for økt fokus på eldre med depresjon. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvilke erfaringer informantene har gjort seg i arbeidet med eldre sykehjemspasienter med depresjon.

Jeg har gjennom arbeid som sykepleier erfart betydningen av samtalen og sykepleier-pasient relasjonen i møte med den eldre sykehjemspasienten med depresjon. Min erfaring tilsier at samtalen og relasjonen kan være avgjørende for den eldres bedring, og for å ivareta pasienten. Jeg har også erfart hvilke faktorer som kan utfordre utviklingen av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Disse er fremfor alt knyttet til tidspress og krav om effektivitet innen helsevesenet i møte med pasienter som behøver hjelp. Slike forventninger opplever jeg at kan utfordre det å utøve sykepleie som ivaretar relasjonen mellom pasienten og sykepleier.

Denne forforståelsen innebærer at jeg gjennom arbeidet med studien ikke kan betraktes som helt fordomsfri og objektiv, og innen en hermeneutisk tilnærming er dette heller ikke et mål for forskeren (Malterud, 2017, s. 21). Forforståelsen kan imidlertid overdøve kunnskapen fra det empiriske materialet, ved at forskeren har en for begrenset horisont og manglende evne til å se hva materialet inneholder. Av den grunn blir det vesentlig gjennom datainnsamlingen og analyseprosessen og redegjøre for og å ha et reflektert forhold til egen forforståelse (Malterud, 2016, s. 45-46). I starten av forskningsprosessen skrev jeg ned mine tanker og hva jeg forventet å finne. Dette ble en del av loggboken jeg skrev i under forskningsprosessen, slik at jeg til stadighet fikk en påminnelse om egen forforståelse. Videre reflekterte jeg over egen forforståelse i forkant av intervjuene, og forsøkte å være så åpen og nøytral som mulig under intervjuene. Under arbeidet med analysen var intensjonen å være åpen for det materialet fortalte.

3.3 Metode for innsamling av data

I dette kapittelet vil det redegjøres for de metodiske valgene som er gjort under innsamlingen av data.

3.3.1 Det kvalitative forskningsintervju

I denne studien er det kvalitative forskningsintervju valgt som metode for datainnsamling. Det kvalitative forskningsintervju har til formål å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fortalt gjennom intervjupersonens egne ord (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Det egner seg til å få fylldige og omfattende beskrivelser på hvordan intervjupersonen opplever et fenomen, og til å utforske hvilke erfaringer, synspunkter og perspektiver de har omkring intervjuets temaer (Thagaard, 2018, s. 89).

3.3.2 Utforming av intervjuguide

Et forskningsintervju kan utformes på ulike måter, med varierende grad av struktur. Det er i denne studien valgt å benytte semistrukturert intervju, der temaene er fastlagt på forhånd, men krever ingen bestemt rekkefølge. Slik har forskeren mulighet til å følge intervjupersonens fortelling, og samtidig sørge for at temaene som har relevans for problemstillingen belyses i løpet av intervjusamtalen. Ved å gjennomføre det slik vil intervjuet ha en fleksibel struktur, slik at jeg både kan tilpasse spørsmålene til intervjupersonens beskrivelser, og også inkludere spørsmål om temaer som ikke var planlagt i forkant (Thagaard, 2018, s. 90-91).

Intervjuguiden ble utformet med tre hovedtemaer med tilhørende spørsmål for å belyse problemstillingen (se vedlegg 1). De tre første hovedtemaene var som følger: 1. Erfaringer med arbeidet, 2. Erfaringer knyttet til pasientmøtet og 3. Erfaringer med organiseringen av arbeidet.

Under utarbeidelsen av intervjuguiden vektla jeg å utforme spørsmål som var mest mulig åpne, med den intensjon å få deltakerne til å fortelle om sine erfaringer, fremme et positivt samspill og for å få en god flyt i samtalen. Intervjuguidens spørsmål ble formulert som lett forståelige og frie for

akademiske språk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 163). Jeg formulerte spørsmål som begynte med «hva» og «hvordan» for å kunne få spontane og utdypende beskrivelser av deltakernes erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 169).

3.3.3 Utvalg og rekruttering

Denne studien har benyttet et strategisk utvalg, som innebærer at forskeren velger ut deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen. Hensikten med et slikt utvalg er å få tilstrekkelige og rike data om fenomenet som skal studeres, ved å velge deltakere som best mulig kan belyse studiens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54).

Deltakerne i studien er fra to kommuner på Østlandet, fra tre sykehjem som har beliggenhet i sentrale områder. Kommunene har over 30 000 innbyggere. To av avdelingene er somatiske langtidsavdelinger, og en avdeling er en blandet avdeling med både demens og somatikk. Utvalget i studien består av fire deltakere. To av deltakerne har relevant videreutdanning. Deltakerne har mellom 5 og 15 års ansiennitet som sykepleier. Alle deltakerne hadde stilling som sykepleier eller spesialsykepleier på en langtidsavdeling på sykehjem da intervjuene ble gjennomført, og erfaring med studiens tema.

3.3.3.1 Inklusjonskriterier

Kriterier for inklusjon i studien var som følger:

1. Deltakeren har minimum en treårig sykepleierutdanning på høyskole/universitetsnivå.
2. Deltakeren innehar en sykepleiestilling på sykehjemmet ved intervjuets oppstart.
3. Deltakeren har erfaring med depresjonsarbeid og oppfølging på sykehjem.

3.3.3.2 Rekruttering

Rekrutteringen foregikk ved kontakt med enhetslederne for de aktuelle sykehjemmene der det var ønskelig å innhente deltakere. Jeg sendte først ut informasjonsskriv på e-post til den overordnede lederen for Heldøgns-omsorgstjenester i de to valgte kommunene, for å innhente tillatelse. Den

overordnede lederen gav tillatelse og videresendte informasjon til enhetslederne for de ulike sykehjemmene. Videre kontakt var at enhetslederne videresendte informasjonen til sine sykepleiere, og deretter sendte meg kandidater som hadde meldt seg eller at kandidater tok direkte kontakt med meg per e-post. Ved første kontakt med kandidatene som var interessert i å delta i studien, ble det sendt e-post med en kort beskrivelse av studien med tilhørende informasjonsskriv. Videre ble det avtalt tidspunkt for intervju.

Ved begynnelsen av rekrutteringsprosessen var det et begrenset utvalg av deltakere som meldte seg til studien, og derfor ble utvalget justert til to kommuner. Det ble også sendt ny forespørsel over e-post til enhetslederne for de aktuelle sykehjemmene, for å opprettholde kontakten. Da jeg selv arbeider på sykehjem som sykepleier, ble ikke kandidater jeg kjenner eller har hatt en relasjon til, inkludert eller forespurt om deltakelse i studien.

3.3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden september 2022 til november 2022, etter å ha mottatt skriftlig samtykke fra deltakerne. Intervjuene ble gjennomført i et eget rom på informantenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Det ble opplyst om at intervjuene ble tatt opp, og at innholdet skulle aidentifiseres. Intervjuene var semistrukturerte, og det ble brukt intervjuguide. Intervjuene varte mellom 45-60 minutter.

Underveis i intervjuene var jeg bevisst på egen rolle, og jeg tilstrebet å vise interesse og være lyttende, hvor jeg som intervjuer stilte åpne spørsmål. Jeg innledet intervjuene med å be deltakerne om å presentere seg. Det første spørsmålet omhandlet at deltakerne fortalte om deres erfaringer knyttet til arbeid med depresjon, og hva det innebar. Jeg opplevde at flere av deltakerne snakket fritt og hadde mye å fortelle, slik at det ble få situasjoner der samtalen låste seg. Gjennom intervjuet samlet jeg trådene, og tok opp spørsmål som jeg ønsket svar på. Ved transkripsjon av de første intervjuene oppdaget jeg at det kunne vært mer pauser for å gi mer rom for at informantene fikk tid til å reflektere. Det er mulig at dette kan ha påvirket materialet, og at jeg kan ha gått glipp av verdifull informasjon. Imidlertid var jeg mer bevisst på dette når de neste intervjuene ble

gjennomført, og avslutningsvis ved hvert intervju ble dessuten informantene spurt om det var noe mer vedkommende ønsket å fortelle.

Det er lett for at samtalen styres mot feltet der vår eksisterende kunnskap befinner seg, noe som medfører at vi holder oss innenfor rammene av egen forforståelse (Malterud, 2017, s. 134). Under intervjuene var jeg derfor bevisst på å stille oppfølgingsspørsmål som inviterte deltakerne til å fortelle mer om egne erfaringer og hendelser de hadde opplevd, og jeg var bevisst på å tidvis være stille for å gi deltakerne tid til å reflektere og uttrykke seg ytterligere. Det er ofte i disse sidesporene at den nye kunnskapen befinner seg (Malterud, 2017, s. 134).

3.3.5 Transkripsjon av datamateriale

Hensikten med å transkribere er å omsette muntlig samtale til skriftlig tekst. En oversetter fra talespråk til skriftspråk, slik at intervjuene blir tilgjengelige for analyse. Transkripsjonen skal ivareta det opprinnelige materialet og være så presist som mulig, slik deltakerne formidlet sine meninger og erfaringer under intervjuet (Malterud, 2017, s. 77). Etter at intervjuene var gjennomført, ble lydopptakene transkribert. Transkriberingen av intervjuene gjorde jeg selv en til tre dager etter gjennomføringen, noe som gav meg mulighet til å tenke tilbake på samtalene og oppklare uklarheter ved transkripsjonen. Intervjuene ble først skrevet ned ordrett i Word, og ble så gjenskrevet der lyder som «eh» og «mm» ble utelatt for å få mer flyt i teksten. Datamaterialet i studien består av totalt 34 sider transkribert tekst med linjeavstand 2 i Word.

Gjennom transkriberingsprosessen har jeg lyttet nøye til intervjuene flere ganger, og transkriberingen var omfattende og tidkrevende. Jeg var bevisst på å transkribere slik at det opprinnelige materialet ble beholdt, og på den måten som informantene formidlet sine erfaringer og meninger under intervjuet (Malterud, 2018, s. 77).

3.4 Metode for behandling av data

De kvalitative analysemetodene inndeles på ulike måter. Analysemetodene har mange likhetstrekk og noen viktige forskjeller, og ifølge Malterud (2017, s. 92) er den viktigste forskjellen hvorvidt data leses på langs eller tvers i analysen. Innenfor medisin og helsedag er den mest anvendte metoden tverrgående analyse. Det som kjennetegner tverrgående analyse er at data skal fortolkes og sammenfattes fra flere deltakers likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, holdninger og følelser (Malterud, 2017, s. 93).

Det er enklere å gjennomføre en tverrgående analyse når intervjupersonene har et rikt empirisk materiale. Det er allikevel viktig at forskeren har et våkent blikk i hele analysefasen for å unngå risiko for fragmentering og de spesifikke forutsetningene til intervjupersonene (Malterud, 2017, s. 93). Det ble vurdert at tverrgående analyse var egnet i denne studien, da hensikten var å utforske og sammenfatte erfaringer omkring et tema innhentet fra flere deltakere.

3.4.1 Systematisk tekstkondensering

I denne studien benyttes systematisk tekstkondensering (STC) beskrevet av Malterud (2017, s. 97), som er egnet for tverrgående analyse av data med ulik grad av teoretisk forankring. STC er inspirert av Giorgis psykologisk fenomenologiske analysemetode, men er ingen fenomenologisk metode. Denne analysemetoden deler fenomenologiens oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap, men skiller seg ved at den ikke fordyper seg i livsverden som det grunnleggende analyseperspektivet og ved at forskerens ståsted og forkunnskap er en sentral forutsetning for den situerte kunnskapen. Det å vektlegge forskerens ståsted, er i tråd med hermeneutikken. Imidlertid beskriver Malterud (2017, s. 116) at analysens første trinn består av å arbeide aktivt for å sette egen forforståelse midlertidig i parentes, for ikke å overdøve informantenes stemmer. Ulike syn mellom STC og hermeneutikken sees som en utfordring, da prosjektet er forankret med utgangspunkt i hermeneutikken og dens vektlegging av forforståelse. Dette ble imøtekommet ved at jeg som forsker forsøkte å tone ned egen forforståelse midlertidig i trinn 1, og ved at en slik analytisk distanse ikke ble opprettholdt videre gjennom prosjektet, noe Malterud (2017, s. 116) også beskriver som verken ønskelig eller mulig. Metoden for analysen ble vurdert til å være forståelig, samt at det er likhetstrekk mellom STC og den hermeneutiske forankringen som

prosjektet har. Jeg har ikke utført en kvalitativ studie før, og Malterud (2017, s. 97) trekker frem at STC er en fordel å bruke når forskeren er nybegynner. Det ble derfor vurdert at analysemetoden var godt egnet å benytte for analyse til denne studien.

Analysen skal skape en sammenheng mellom rådata og resultat, ved at materialet blir systematisk organisert, tolket og sammenfattet. Det er viktig å ikke gå bredt ut med antall koder eller tema, men heller starte med få tema, som etter hvert videreutvikles til kodegrupper. Analysen deles opp i fire trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, fra kode til mening, og syntese (Malterud, 2017, s. 97-108). Nedenfor beskrives disse trinnene nærmere.

3.4.1.1 Helhetsinntrykk av materialet

I den første gjennomlesningen av det transkriberte materialet var fokuset å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. Ved dette trinnet belyser Malterud (2017, s. 99) at en skal arbeide aktivt for å sette egen forforståelse og teoretiske rammeverk midlertidig i parentes, med den hensikt å være åpen for de inntrykkene som befinner seg i materialet. Jeg var derfor bevisst på å tone ned egen forforståelse under gjennomlesingen av de transkriberte tekstene.

Transkripsjonen ble lest over flere ganger, og jeg forsøkte å være mest mulig åpen for det jeg leste for å danne meg et helhetsinntrykk. Transkripsjonene ble både lest hver for seg og sett i sammenheng med hverandre. Jeg noterte tanker og inntrykk, og konsentrerte meg om foreløpige temaer som kom frem. Gjennom arbeidet med første trinn dannet det seg en liste med syv foreløpige temaer; «Prioritering av tid», «Tverrfaglig samarbeid», «Alene med ansvaret» «Den hverdagslige samtalen», «Lite fokus», «Kompetanse», «Ivaretagelse».

De foreløpige temaene er ingen resultater eller kategorier, men representerer et første intuitivt og databasert steg i en organisering av datamaterialet. Temaene må først igjennom en systematisk refleksjon og tolkning (Malterud, 2017, s. 100).

3.4.1.2 *Utarbeiding av meningsbærende enheter og koding*

Ved trinn to organiseres den delen av materialet som skal studeres nærmere. Hele teksten sees ikke som meningsbærende enheter, og derfor skal relevant tekst skilles ut. Materialet ble lest linje for linje, med den intensjon å skille ut relevant tekst og sortere ut tekstdelene som kunne belyse problemstillingen, som står i tråd med Malterud (2017, s. 100-101) sin anbefaling om at all tekst skal gjennomgås grundig og systematisk. Alle tekstutdrag som ble ansett relevante knyttet til de foreløpige temaene fra første trinn, ble markert med ulike tusjfarger.

Etter at dette var gjort skulle de meningsbærende enhetene systemiseres, og kalles koding. Her er målet å identifisere og sortere, og det er derfor nyttig å begynne med et begrenset antall kodegrupper for så å utvide nyansene underveis (Malterud, 2017, s. 101). Under dette analysetrinnet benyttet jeg matriser for å holde struktur i arbeidet, og informantene fikk hver sin farge slik at jeg visste hvem som hadde sagt hva. Tekstbiter som hadde fellestrekk eller omhandlet det samme ble merket med en kode. Underveis når jeg kodet, var jeg fokusert på å ikke legge fra meg problemstillingen, den teoretiske referanserammen, samt egen forforståelse, og hadde det hele tiden i tankene (Malterud, 2017, s. 101-102).

Første systematisering av meningsbærende enheter etter foreløpige tema viste at noen av temaene inneholdt rikt materiale, mens det var sparsomt blant andre temaer. Noen av temaene fremstod også som delvis overlappende med hverandre. Gjennom videre analysearbeid, som også inkluderte dialog med veileder, ble foreløpige temaer omformulert og sammenslått. Eksempelvis ble de meningsbærende enhetene fra tema «Den hverdagslige samtalen» sammenslått med tema «Ivaretagelse». Tema «Prioritering av tid» viste seg å overlape med tema «Lite fokus». De to foreløpige temaene ble derfor slått sammen til «Lite fokus på depresjon». De meningsbærende enhetene som omhandlet tema «Tverrfaglig samarbeid» og «Kompetanse» viste seg å overlape med tema «Alene med ansvaret», og ble derfor innordnet her. Til slutt endte jeg opp med tre kodegrupper; «Ivaretagelse av pasienten», «Lite fokus på depresjon», «Alene med ansvaret».

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert i trinn 1 og 2:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)
«Det er ikke et stort nok fokus tenker jeg, det kommer litt i bakgrunnen i alt annet av oppgaver vi skal utføre og andre ting som haster mer... dessverre».	«Prioritering av tid»	«Lite fokus på depresjon»

3.4.1.3 Fra kode til mening

Det empiriske materialet er på dette stadiet i analyseprosessen redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. Forskeren sitter igjen med noen kodegrupper med meningsbærende enheter som forteller noe nytt og viktig om det problemstillingen ber om svar på. Ved å benytte fremgangsmåtene i trinn 1 og 2 bidrar dette til å fokusere spørsmål forskeren stiller til materialet. I det videre analysearbeidet tok jeg stilling til hvilke hovedaspekter i kodegruppene som best kunne belyse min problemstilling og forskningsspørsmålene. Ut fra dette skulle det dannes subgrupper. Dette analysetrinnet påvirkes av mitt faglige perspektiv og ståsted, da subgruppene som en fokuserer på preges av hvilket perspektiv en leser materialet ut fra (Malterud, 2018, s. 105-106).

Jeg fokuserte på en og en kodegruppe, og så etter nyanser som kunne sorteres videre i to til tre subgrupper. Følgende subgrupper kom frem: «En stadig prioritering av tid» og «Manglende rutiner og systematikk» i kodegruppen «Lite fokus på depresjon». Kodegruppen «Alene med ansvaret» førte til subgruppene «Lite rom for faglig refleksjon og påfyll», «Ønsker samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten» og «Konstant press påvirker sykepleieren». I kodegruppen «Ivaretagelse av pasienten» ble «Å lytte og være til stede» og «Sykepleieren strekker seg langt» subgrupper.

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert i trinn 1, 2 og 3:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)	Subgruppe (trinn 3)
«Det er ikke et stort nok fokus tenker jeg, det kommer litt i bakgrunnen i alt annet av oppgaver vi skal utføre og andre ting som haster mer... dessverre».	«Prioritering av tid»	«Lite fokus på depresjon»	«En stadig prioritering av tid»

Fra dette punktet er subgruppene analyseenheten. Her har systematisk tekstkondensering et spesielt metodegrep der det på dette analysetrinnet lages et kondensat. Disse «sitatene» er en tekst laget av meg, som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene og omsette dem til en mer generell form. Det kunstige sitatet skal ha «jeg form», og skal inneholde uttrykk som informantene har brukt for å være så tekstnær som mulig. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, og inneholde informantens ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Kondensatet skal bygge opp en tekst og redigeres sammen i logisk rekkefølge med elementer fra samtlige meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 106-107). På den måten jobbet jeg gjennom subgruppene, og lagde et kondensat for hver av subgruppene under kodegruppene. For å minne om at det er informantene som representeres slik de uttrykte seg, benyttes «jeg-form». Nedenfor vises et eksempel på et kondensat.

Lite fokus på depresjon	
Subgruppe	Kondensat
En stadig prioritering av tid	Det er en utfordring, at jeg må prioritere de som er sykest og behøver hjelp her og nå. Da kan depresjonen komme i bakgrunnen, for jeg må dessverre prioritere oppgaver som er mer konkrete, som stell og pleie og det grunnleggende som må gjøres først. Jeg kan ikke prioritere samtaler og slik mot depresjon når det er mange oppgaver jeg skal utføre og andre ting som haster mer. Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å være sammen med pasientene og føle at jeg er mer i ro til å sette meg ned og ha den samtalen, men med den bemanningen og de oppgavene vi har så sier det seg selv at det ikke alltid er mulig med den samtalen. Det er ikke et stort nok fokus, for tiden strekker ikke til.

3.4.1.4 Syntese

Ved trinn fire skal funnene settes sammen igjen og kalles rekontekstualisering. Rekontekstualisering er grunnlag for nye beskrivelser. Informantenes ulike erfaringer ble sammenfattet til en beskrivende tekst. Kondensatene benyttes til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Tredje persons formen benyttes, da min rolle som forsker nå er å gjenfortelle på vegne av informantene slik at det blir ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 108-109).

Videre gis den analytiske teksten fra hver kodegruppe en overskrift som sammenfatter innholdet. Analysen sluttføres ved å gi nytt navn til den kategorien som representeres av innholdsbeskrivelsen

og sitatet, som gir ny innsikt i det aktuelle fenomenet. Overskriften skal si noe om det en har funnet, og ikke det en har undersøkt (Malterud, 2017, s. 110).

Matrise som viser eksempel på hvordan den meningsbærende enheten ble systematisert gjennom hele analyseprosessen:

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema (trinn 1)	Kodegruppe (trinn 2)	Subgruppe (trinn 3)	Resultat (trinn 4)
«Det er ikke et stort nok fokus tenker jeg, det kommer litt i bakgrunnen i alt annet av oppgaver vi skal utføre og andre ting som haster mer... dessverre».	«Prioritering av tid»	«Lite fokus på depresjon»	«En stadig prioritering av tid»	«Depresjonen havner i bakgrunnen»

Til slutt valideres funnene, og her er det en fordel å lese gjennom transkripsjonene. Resultatene skal rekontekstualiseres opp mot det empiriske materialet. For å utfordre resultatene, skal det letes etter data som motsier det en har kommet frem til (Malterud, 2017, s. 110). Hver kategori har til slutt fått et eget navn som representerer innholdet i kategorien og et sitat, som presenteres i resultatdelen. For å sikre at sitatet jeg benyttet var korrekt, gikk jeg tilbake til transkripsjonen for å se at sitatene var som informantene uttrykte.

Matrisen nedenfor viser hvordan de foreløpige temaene ble utviklet til koder, videre til kodegrupper og subgrupper og til slutt resultat kategorier.

Trinn 1- foreløpige temaer	Trinn 2- foreløpige temaer til koder og sortering	Trinn 3- fra koder til abstrahert meningsinnhold		Trinn 4- fra kondensering til syntese
<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering av tid • Tverrfaglig samarbeid • Alene med ansvaret • Den hverdagslige samtalen • Lite fokus • Kompetanse • Ivaretagelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite fokus på depresjon (prioritering av tid og lite fokus) • Alene med ansvaret (tverrfaglig samarbeid, kompetanse og Alene med ansvaret) • Ivaretagelse av pasienten (den hverdagslige samtalen og ivaretagelse) 	Kodegrupper	Subgrupper	3 resultat kategorier: <ul style="list-style-type: none"> • Depresjonen havner i bakgrunnen • Sykepleieren kommer til kort • Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen
		Lite fokus på depresjon	En stadig prioritering av tid	
			Manglende rutiner og systematikk i depresjonsarbeidet	
		Alene med ansvaret	Lite rom for faglig refleksjon og påfyll	
			Ønsker samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten	
			Konstant press påvirker sykepleieren	
Ivaretagelse av pasienten	Å lytte og være til stede			
	Sykepleieren strekker seg langt			

3.5 Forskningsetiske overveielser og personvern

Som forsker er jeg forpliktet til å handle i samsvar med aktuelt lovverk og forskningsetiske retningslinjer, som innebærer å presentere forskningsresultatene på en nøyaktig måte og vise redelighet (Thagaard, 2018, s. 20-21). Etske utfordringer i intervjuforskningen oppstår spesielt grunnet forhold knyttet til utforskning av menneskers erfaringer og opplevelser; deres privatliv, og offentliggjøringen av disse. Etske vurderinger og hensyn i forskningsprosjektet er gjennomgått kontinuerlig, for å sikre en etisk forsvarlig forskningspraksis og ivaretagelse av intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97).

Studien behandler personopplysninger og ble derfor meldt til SIKT (NSD) (se vedlegg 2). Dette i samsvar med Universitetet i Sørøst-Norge (2019) sin retningslinje om behandling av personopplysninger. NSD vurderte at studien behandler personopplysninger i samsvar med personvernlovgivningen i august 2022 (se vedlegg 3). Intervjuene startet først opp etter godkjenning.

3.5.1 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at informantene informeres om studiens formål og designets hovedtrekk, så vel som mulige risikoer og fordeler deltakelse i studien innebærer. Ved å benytte informert samtykke sikres det at intervjupersonene deltar frivillig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104).

I studien ble informert samtykke sikret gjennom et skriftlig informasjons- og samtykkeskjema som deltakerne måtte lese gjennom og underskrive før intervjuoppstart (Se vedlegg 4). Denne inneholdt informasjon om studiens formål, hva deltakelse innebar, at det var frivillig å delta og at samtykke kunne trekkes tilbake når som helst. Samtykkeskjemaet inneholdt også informasjon om behandling av datamaterialet. Ingen av deltakerne i studien trakk samtykke tilbake.

3.5.2 Personvern og anonymisering

Forskeren skal sørge for at informanten føler seg trygg på at personvern og anonymitet blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning. Underveis i studien har jeg vært bevisst på at eventuelle data som muligens kunne identifisere deltakerne, ville bli anonymisert ved offentliggjøring (Malterud, 2017, s. 215). For ytterligere anonymisering ble det vektlagt å unngå spørsmål i intervjuguiden som krevde personlige opplysninger, og informantene ble bedt om at det under intervjuet ikke skulle nevnes navn, arbeidssted eller andre personidentifiserbare opplysninger. I tilfeller hvor informanten gav personidentifiserbare opplysninger, ble dette aidentifisert ved transkripsjonen. Videre har jeg anonymisert informantene under transkriberingen ved at hvert intervju har fått et tall som bare jeg kjenner til.

Det stilles også strenge krav til at opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner lagres på en forsvarlig måte (Thagaard, 2018, s. 24-26). Datalagringen var i tråd med Universitetet i Sørøst-Norge sine retningslinjer for oppbevaring av gule data (Universitetet i Sørøst-Norge, u.å.). Intervjuene ble tatt opp på diktafon app fra Nettskjema og overført til en kryptert disk-fil. Disse blir slettet ved prosjektets slutt. De transkriberte intervjuene har også blitt oppbevart på en kryptert disk-fil.

3.5.3 Konsekvenser og nytteverdi

Summen av mulige fordeler og nytteverdi med studien bør alltid vurderes opp mot hvilke konsekvenser deltakelse kan ha for intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Dette innebærer at jeg som forsker har et etisk ansvar for å unngå at min forskning får negative konsekvenser for de som deltar. Erfaringer fra intervjuundersøkelser viser at deltakere kan sette pris på å fortelle om egne erfaringer til en interessert lytter og at det kan bidra til innsikt i egen situasjon, men at det også kan oppleves negativt dersom de kjenner igjen egne sitat, men ikke er enig i fremstillingen når de leser studiens resultater (Thagaard, 2018, s. 26-27).

Å delta i prosjektet var frivillig, og informantene ble gjort kjent med studiens hensikt. Intervjuene omhandlet informantenes erfaringer knyttet til et fenomen de arbeider med, og slik jeg ser det i liten grad innebar sensitive personopplysninger. Jeg vurderte hva som synes å være sensitiv informasjon, og som kunne utgjøre mulighet for gjenkjenning. Videre erfarte jeg at informantene satt pris på å fortelle om egen arbeidshverdag og at de i stor grad åpnet seg opp. Det er benyttet sitat fra informantene som blir presentert i kapittel 4 under resultatpresentasjon, og jeg vektla å benytte sitat i den kontekst som jeg tenker at informantene vil kjenne seg igjen i. Med dette som bakgrunn ble studiens nytteverdi vurdert til å være større enn mulige negative konsekvenser for deltakerne, og det ble ansett som etisk forsvarlig å gjennomføre studien.

3.6 Forskningens kvalitet

Reliabilitet er et begrep som er kjent innen kvantitativ forskning, og handler om hvor pålitelige resultatene er. I kvalitative studier vektlegges det å argumentere for reliabilitet, som gjøres ved at forskeren legger frem den utviklingen av data som kommer frem i løpet av forskningsprosessen. Forskeren skal være konkret og beskrive fremgangsmåtene en har benyttet for å utvikle data. For at den som leser skal kunne vurdere kvaliteten i studien, er det nødvendig at forskeren beskriver strategien for studien og forløpet ved metode og analyse (Thagaard, 2018, s. 187-188). I denne studien har jeg begrunnet mine valg, og beskrevet prosessen. Fremgangsmåtene rundt datainnsamlingen og analysen er gjort rede for så grundig som mulig, slik at andre kan vurdere prosessen trinn for trinn. Under denne prosessen har jeg også drøftet med veileder, og andre medstudenter. En redegjørelse av hva min forforståelse innebærer er også tydelig beskrevet.

Validitet omhandler i hvilken grad den metoden som benyttes, undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Å validere betyr at forskeren stiller spørsmål om kunnskapens gyldighet, og i kvalitative studier kan ikke dette spørsmålet besvares med ja eller nei. I denne studien er det informantenes erfaringer og opplevelser som skal studeres, og som forsker må jeg sørge for at egen tolkning av datamaterialet utgjør en gyldig sammenheng mellom utgangspunktet og resultatene. For å unngå misforståelser, vil det være viktig som forsker å stille spørsmål til informantene for å undersøke egen oppfatning (Malterud, 2017, s. 192-193). Gjennom intervjuene var jeg bevisst på å unngå å ytre egne meninger rundt temaet dersom jeg var uenig i det informantene fortalte om. Her var det min egen forforståelse som viste seg, og jeg minnet meg derfor på at det var informantenes erfaringer og vurderinger jeg var ute etter. I stedet for å uttrykke uenighet, var jeg gjennom intervjuene bevisst på dette ved at jeg eksempelvis kom med oppfølgingsspørsmål og spørsmål som «Jeg forstår dette sånn... Har jeg forstått deg rett?». Slik kan intersubjektiviteten mellom meg som forsker og informanten styrkes (Malterud, 2017, s. 193).

I delkapittel 5.3 vil jeg utdype dette videre, gjennom en metodediskusjon.

4 Resultater

Den kvalitative analysen av datamaterialet resulterte i tre resultat kategorier: «Depresjonen havner i bakgrunnen», «Sykepleieren kommer til kort» og «Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen». Til kategori en og tre dannet det seg to subgrupper, mens kategori to bestod av tre subgrupper. I dette kapittelet vil disse tre resultat kategoriene presenteres, og direkte sitat fra den transkriberte teksten er uthevet i kursiv og benyttes for å illustrere og utdype innholdet i teksten.

4.1 Depresjonen havner i bakgrunnen

Alle informantene ga uttrykk for at det er lite fokus på eldre med depresjon. Informantene beskrev å ha liten tid til den eldre pasienten med depresjon, og at dette førte til prioriteringer i det daglige arbeidet. Informantene ga uttrykk for manglende systematikk i arbeidet med depresjon, og beskriver det som opp til den enkelte pleier. Felles mål for oppfølging av pasientgruppen er mangelfull, og dette gjør det utfordrende å iverksette tiltak.

4.1.1 En stadig prioritering av tid

Alle informantene beskrev en hektisk arbeidshverdag, preget av stadige prioriteringer mellom oppgaver og pasientgrupper. Informantene fortalte at arbeid med depresjon er en mindre prioritert sykepleieoppgave på deres arbeidsplass. Informantene erfarer at de må prioritere oppgaver som er mer konkrete og haster mer, slik som hjelp til personlig hygiene, utlevering av medisiner og matservering. Alle informantene reflekterte rundt at dette bunner i mangel på tid, og at tidspress var en utfordring for arbeid med eldre pasienter med depresjon. En informant uttrykte det slik:

Informant 3: «Vi må prioritere at de får stell, mat og medisiner først. Og når vi har den bemanningen vi har så sier det seg selv at... når det er mange skrøpelige og dårlige at det skjer ting... og da er det ikke mulig med den samtalen... så tidspress er den største utfordringen».

Den største utfordringen i det daglige arbeidet til informantene omhandlet stadige prioriteringer om hva, og hvem, de skal bruke tid og ressurser på. Informantene så behovet for å yte tjenester

rettet mot sosiale behov hos pasientgruppen, men uttrykte at de måtte prioritere det som ansees mer nødvendig. Situasjonen som ble gjentatt av alle informantene som utfordrende var å måtte foreta slike prioriteringer i det daglige arbeidet grunnet mangel på tid. Flere av informantene uttrykte i den sammenheng bemanningsnormen som en faktor som kunne utfordre arbeidet med depresjon, og gav uttrykk for at det er for få på jobb til å kunne sette i gang tiltak rettet mot depresjon slik som eksempelvis samtaler med den eldre pasienten.

Alle informantene uttrykte at det opplevdes vanskelig å måtte prioritere andre oppgaver og gjøremål fremfor å bruke tid med den eldre deprimerte pasienten. Flere av informantene reflekterte rundt at dette medførte at depresjonen havnet i bakgrunnen, og en informant sa det slik:

Informant 4: «(...) Jeg har tenkt litt på det i det siste, at depresjonen kommer i bakgrunnen. Det er så mange andre problemstillinger som tar mest plass, mange av de er ganske dårlige ellers. Så den depresjonen, vi vet om det, men det er ikke alltid det som står i hovedfokus... dessverre».

4.1.2 Manglende rutiner og systematikk i depresjonsarbeidet

Alle informantene ga uttrykk for manglende systematikk i depresjonsarbeidet, og at de ikke har noen spesifikke rutiner for arbeid med depresjon på avdelingen. Flere av informantene omtalte depresjonsarbeidet som tilfeldig og opp til den enkelte pleier. Informantene fortalte at det ikke er en felles forståelse om hvordan eldre med depresjon skal følges opp. Flere av informantene sier at de i liten grad vet hvordan deres kollegaer håndterer utfordringer, og hvilke vurderinger som gjøres i forhold til pasientgruppen. En informant uttrykker det slik:

Informant 1: «Men det blir nok litt tilfeldig, hvilke vurderinger og observasjoner vi legger vekt på... for det er mange ulike pleiere, og vi vurderer ulikt. Også har vi ikke noen spesifikke rutiner for sånt arbeid på avdelingen, så det er vanskelig å vite hva vi skal vektlegge og hvordan andre pleiere tenker rundt det».

En informant reflekterer rundt depresjonsarbeidet i lys av tidligere erfaringer på andre sykehjem, der det var mer systematisk arbeid rundt pasientgruppen i form av spesifikke tiltak i tiltaksplanen på hvordan en skulle følge opp depresjonen. Informanten reflekterer rundt at det ikke er noen spesifikke rutiner for slikt arbeid der hun arbeider nå, og ser det opp mot bemanning, tid og manglende fokus både fra ledelsen og personalgruppen.

Tre av informantene forteller om manglende rutiner for å kartlegge depresjon, mens en av informantene forteller om bruk av kartleggingsverktøy. Informantene forteller at dersom de mistenker at en pasient er deprimert på bakgrunn av symptomer, snakker de med kollegaer i rapporter. Alle informantene forteller at hos eldre kan sykdomsbilde være mer sammensatt, så det er ikke alltid så lett å «finne ut hvor skoen trykker». Informantene utdyper dette med at den eldre pasienten ofte har flere sykdommer som påvirker hverandre i tillegg til depresjonen, og at dette gjør kartleggingen utfordrende og kan medføre at en ikke oppfatter det som en depresjon. Flere av informantene fremhever at det i slike situasjoner gjelder å se helheten i pasientens situasjon, også det sosiale aspektet.

Flere av informantene uttrykte at både mangel på rutiner og tid gjør at det blir lite systematikk i arbeidet med pasienten med depresjon. Informantene beskriver behovet for bedre rutiner og mer systematikk i depresjonsarbeidet, og mente at dette ville bidratt til å fange opp flere pasienter som var i risikozonen for depresjon for å bedre ivareta dem. Informantene fortalte i den sammenheng om pasienter som ikke har fått diagnosen depresjon, der en sa det slik:

Informant 2: «(...) og når jeg tenker gjennom årene så er det jo mange pasienter som er deprimerte, men som ikke har fått diagnosen depresjon».

En informant beskriver at en burde ha tid til å arbeide mer forebyggende, og at det savnes tid til den hverdagslige samtalen med pasienten. Informanten utdyper at hun ser behovet for at det er avsatt tid til slike samtaler, og uttrykker: «At det er fastslått i planen, at den tiden her skal brukes til samtaler og lystbetonte aktiviteter... sånn hadde jeg ønsket å ha det. Ikke at det oppstår andre ting også blir de tingene prioritert fremfor det» (Informant 1).

Det å starte opp med medikamentell behandling mot depresjon var også noe informantene fortalte om. En av informantene gav et eksempel som omhandlet oppstart med antidepressiva mot depresjon, der personalgruppen så behovet for slik behandling og rapporterte det til tilsynslegen. Informanten omtalte denne samhandlingen med tilsynslegen som en «kamp», der avdelingen stod samlet og mente at pasienten måtte stå på antidepressiva mens der legen ikke var enig. Informanten reflekterte over hva dette omhandlet, og beskrev at det kunne handle om manglende forståelse for psykiske sykdommer for da er de ikke «*ordentlig syke*» eller at somatiske sykdommer er i hovedfokus og der det psykiske «*ikke er like viktig da*».

En annen informant fortalte om en lignende erfaring hun har gjort seg, som omhandlet at flere sykehjemsleger er noe restriktive med oppstart av antidepressiva behandling grunnet bivirkninger og varierende effekt. Informanten fortalte at hun hadde opplevd god effekt av slike medikamenter dersom pasienten har en tung depresjon. I den sammenheng beskrev informanten at personalgruppen bør være mer systematisk på kartleggingen av depresjon, da hennes erfaring tilsier at dersom en skal få behandling fra tilsynslegen så må en ha en depresjonsdiagnose å vise til.

En informant uttrykker at oppfølgingen av pasienter med depresjon er den samme som med andre pasienter, og ser dette i sammenheng med at det er lite tiltak tilgjengelig rettet mot depresjon. Den samme informanten uttrykte at pasientene ofte blir satt på antidepressiva behandling med lite effekt, og at personalet dermed ikke har noe mer tiltak. En annen informant beskriver at det kan fokuseres for mye på medisiner i stedet for andre typer tiltak, slik som aktiviteter, miljøbehandling og samtaleterapi, som hun har tenkt at kunne fungert, men som det er lite fokus på, og dermed blir det ikke mulighet til det.

4.2 Sykepleieren kommer til kort

Informantene føler seg alene i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon. Det er lite rom for faglig refleksjon og påfyll. Det er få anledninger for informantene til å diskutere erfaringer de har fra arbeidet med depresjon. Det er lite samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og informantene har et ønske om veiledning i arbeidet med og oppfølgingen av eldre med depresjon. Informantene kan

føle et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver og deres eget ønske om å følge opp eldre med depresjon.

4.2.1 Lite rom for faglig refleksjon og påfyll

Alle informantene ga uttrykk for at det er lite rom for å reflektere systematisk over faglige problemstillinger som omhandler eldre med depresjon på deres arbeidsplass. Det er ikke avsatt tid til dette. Diskusjoner foregår i sammenheng med rapporter eller sporadisk i løpet av arbeidsdagen. Flere av informantene uttrykte at de savnet å diskutere erfaringer de har med å følge opp eldre med depresjon med sine arbeidskollegaer. Informantene mente at slike samtaler kunne bidratt til å øke bevisstheten rundt pasientgruppen, og ville gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner.

Flere av informantene reflekterte rundt hvordan deres kollegaer møter eldre pasienter med depresjon. En informant uttrykte at noen av kollegaene hennes kan oppfatte pasientgruppen som vanskelig, grunnet utfordrende atferd i tillegg til depresjonen. Hun knytter dette opp mot manglende forståelse og kompetanse, og sier at hun er redd pasienten kan føle seg «*avvist*» og ikke få den hjelpen som behøves. Informanten uttrykte at det å kunne dele erfaringer og snakke om det kunne bidratt til mer trygghet i slike situasjoner.

Flere av informantene ga uttrykk for at deres kompetanse om eldre med depresjon var mangelfull, og mente at kunnskap var nødvendig for et godt arbeid med pasientgruppen. Informantene opplevde at de manglet kompetanse til å kunne gi pasientene den hjelpen de behøver. En informant trekker frem behovet for flere sykepleiere med kompetanse i psykiatri, og nevner også vernepleiere som hun mener at har denne kompetansen. Den samme informanten uttrykte at de tiltakene som blir satt i gang hos pasienten med depresjon er *de enkleste tiltak*, da hun ikke har nok kompetanse om psykiske lidelser og hvilke tiltak som kan fungere. Informanten ser dette opp mot manglende faglig påfyll, og uttrykker det slik:

Informant 1: «(...) Jeg føler ikke jeg har nok kompetanse, for det er nok ikke noe vi prater om så mye og da får man ikke det faglige påfyllet om det heller... og da blir det de enkleste tiltak vi setter i gang, for det er det vi vet at kan fungere».

I den sammenheng var det flere av informantene som beskrev behovet for kurs og faglig utvikling hos personalgruppen. Det være seg i form av undervisning, veiledning i å lage tiltaksplaner og råd om hvordan å møte pasientgruppen. En informant fortalte i den sammenheng om en støttende ledelse, som var åpen for fag og utvikling og uttrykte:

Informant 2: «(...) så hvis jeg hadde bedt om at det bør være et større fokus på det, så hadde de ordnet det. Så det var en god ide, at en kan sette mer fokus på det».

4.2.2 Ønsker samarbeid og veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Alle informantene ga uttrykk for et ønske om samarbeid med spesialisthelsetjenesten omkring pasienter med depresjon. Informantene uttrykte at spesialisthelsetjenesten i liten grad samarbeider med dem omkring eldre pasienter med depresjon, og flere av informantene visste ikke om de hadde slike tilbud rettet mot sykehjemmet. En av informantene sa at hun trodde det var høy terskel for å kontakte spesialisthelsetjenesten, og sa det slik:

Informant 1: «Det skal aller helst være alvorlige ting... som utagering, og ja slike ting. Jeg vet ikke om de er så mottakelige for å bli kontaktet for slike «milde» ting. Det vet jeg ikke om de er».

Flere av informantene beskrev erfaringer de har fra samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling omkring andre problemstillinger slik som eksempelvis utagering. En informant fortalte om undervisning sykehjemmet hadde fått fra en psykiatrisk sykepleier, der personalgruppen hadde fått hjelp til å skrive en tiltaksplan med felles mål for oppfølging og at dette hadde hatt god effekt på problemstillingen som gjaldt utagering.

Flere av informantene ga uttrykk for at pasienter med depresjon ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten, og at det i stor grad bare er tilsynslegen de har å samarbeide med rundt denne pasientgruppen. Informantene mente at flere av deres pasienter ville hatt god effekt av eksempelvis tilbud om samtaleterapi fra spesialisthelsetjenesten, fra noen «*som faktisk sitter med kompetansen om det*». En informant fortalte at mange av pasientene som flytter inn på sykehjem har strevd psykisk lenge og benytter mange medisiner, men som ikke har noen tiltak utover dette rettet mot depresjonen. I den sammenheng reflekterte informanten over tilbudet pasientene kan få for sin depresjon, som enten består av behandling på en alderspsykiatrisk avdeling eller på sykehjemmet. Informanten utdypet at en stor andel av pasientene ikke mestrer eller ønsker å reise ut fra sykehjemmet for behandling, og at det dermed ikke er noe tilbud for denne pasientgruppen foruten det sykehjemmet kan tilby og som oftest består av medikamentell behandling. Informanten sa det slik:

Informant 3: «(...) For det er jo ikke sånn at selv om du blir gammel så har du ikke behov for profesjonell hjelp. Men da måtte de ha kommet til pasientene...».

Flere av informantene opplevde det utfordrende at de ikke hadde veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten i arbeidet med depresjon. Informantene uttrykte at de savnet å ha noen tilgjengelig med mer kompetanse som de kunne kontakte når det var behov for det. Flere av informantene beskrev også behovet for at spesialisthelsetjenesten var mer tilgjengelige i arbeidet og oppfølgingen, eksempelvis at de hadde vært med på noen av møtene på sykehjemmet for å vise seg frem og «*vært en av oss på en måte*». En informant beskrev at de ansatte kunne blitt påmint mer om at det var mulig med et slikt samarbeid, eksempelvis ved at de møttes fysisk eller hadde et telefonnummer å kontakte for veiledning, og begrunnet det med at en fort kunne glemme å ta kontakt. Alle informantene beskrev behov de har for veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dette være seg i form av undervisning, veiledning og råd om hvordan å møte og arbeide med pasientgruppen.

4.2.3 Konstant press påvirker sykepleieren

Alle informantene uttrykte at de følte et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver de må utføre og deres eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Informantene opplevde et sprik mellom eget ønske om å hjelpe og de tildelte ressursene. De pekte på at sykepleieoppgaver og enkeltpasienter med omfattende behov krevde en stor del av tiden tilgjengelig og får konkrete konsekvenser for informantenes arbeidshverdag. Dette fører ifølge informantene til at arbeidet med pasienter med depresjon ofte blir forstyrret av at de blir tilkalt for å gjøre sykepleieoppgaver og dekke behov som er mer konkrete hos andre pasienter. Flere av informantene beskrev at de opplevde å ikke strekke til, og at dette ofte gir en dårlig følelse. Tristhet og frustrasjon er følelser informantene beskriver over å ikke ha tid og anledning til å følge opp eldre med depresjon. En informant uttrykte det slik:

Informant 1: «For du vet jo at disse gamle sitter inne på rommene sine og er ensomme og har vonde følelser inni seg som du ikke får gjort... som du som regel ikke har mulighet til å gjøre noe med fordi du ikke har tid... og selvfølgelig er det ikke noe... det er ikke noe god følelse».

Flere av informantene beskrev eldre som ikke har et sosialt nettverk rundt seg, og som kun har kontakt med de ansatte. Når pasienten gråter og er ensom føles ansvaret ekstra tungt for informantene. Det føles vanskelig å forlate den eldre som har behov for samtale. Selv om informantene forstår at den eldre har behov for å snakke om sine følelser, så føler de seg presset til å måtte prioritere andre gjøremål som haster mer. Flere av informantene sier at de føler seg alene med ansvaret, og beskriver følelsen av maktesløshet og motløshet over å ikke klare å bedre situasjonen til den eldre deprimerte pasienten. En informant knyttet dette også opp mot manglende kompetanse, og sa det slik:

Informant 4: (...) Så du føler at de tingene du gjør ikke alltid hjelper så mye... og det er ikke en god følelse... å føle at en kommer til kort».

En informant fortalte at hun har måttet tilpasse seg for å ikke føle på den dårlige samvittigheten over det hun ikke rekker å gjøre hos den eldre deprimerte pasienten. Informanten utdyper at som

nyutdannet sykepleier så kan man føle «*veldig*» på det en ikke rekker å gjøre, men at med tiden så blir en vant til det, og uttrykker det slik: «*Man skal jo, man prøver jo å ikke ha dårlig samvittighet når man er ferdig på jobb og da må man også prøve å ikke la det gå inn på en og da blir man litt mer apatisk til det. Man prøver å ikke tenke så mye på det... så det er jo trist*».

Flere av informantene uttrykte at de har få muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen slik at de får fulgt opp eldre med depresjon på en bedre måte. En informant trekker frem at hun er opptatt av miljøarbeid, og at hun kunne bidratt mer dersom rammene hadde vært større og det hadde vært tilrettelagt for å kunne arbeide med et slikt fokus. To av informantene reflekterte over organiseringen på sykehjemmet. Refleksjonen innebar en opplevelse av dårlig utnyttelse av sykepleierressursene og fagkunnskapen, i form av at sykepleierne skal gjøre alt fra kjøkken til vask til å gå med søppelet. Informantene trakk frem en annen måte å organisere arbeidet på som de ønsket seg, der sykepleierne går på «topp» og ikke i avdeling, og dermed blir mer fristilt til å gjøre sykepleieoppgaver. Informantene beskrev at slik kan sykepleierne få mulighet til å bruke tiden der de føler det er behov, og dermed slippe å bortprioritere tid med den deprimerte pasienten fordi det er så mange andre sykepleieoppgaver som må gjøres. En av informantene beskrev at det også ble mer kontinuitet i pleien ved en slik organisering, og trakk fem:

Informant 2: « (...) da hadde vi tid til å prøve ut musikk, vi kunne prøve ut forskjellige dyner, det var alt fra musikk til massasje. Så jeg har det litt i bakhodet for der fikk du prøvd ut så mye og hadde mer tid til pasientene vi gikk til».

4.3 Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen

Informantene ga uttrykk for at de gjør det beste ut av situasjonen når de skal arbeide med og følge opp eldre med depresjon. Informantene har fokus på at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt, gjennom å lytte og være til stede. Informantene strekker seg langt for å kunne bruke mer tid hos eldre med depresjon.

4.3.1 Å lytte og være til stede

Det er viktig for informantene at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt når de får tilsyn av sykepleieren. Informantene fortalte at det er viktig for dem å ta hensyn til hva den eldre med depresjon selv ønsker. Det å lytte og være til stede blir beskrevet som tiltak informantene benytter i arbeidet med pasientgruppen. Samtalene informantene gir blir beskrevet som en hjelp de gir for at eldre kan dele tanker og følelser. En informant uttrykte:

Informant 3: (...) det at en har tid til å sette seg ned, si hei på en måte og vise litt forståelse tenker jeg. En trenger ikke å komme med fasiten, men det er mer det å bli hørt. At pasienten får snakket om hvordan de har det og at vi lytter».

Flere av informantene ga uttrykk for at det tar tid å ha en samtale med pasienten om følelsesmessige aspekter. En av informantene fortalte at selv om hun har liten tid så forsøker hun å holde seg rolig og trygg, slik at pasienten skal føle seg ivaretatt. En annen informant fortalte at hun kan oppleve å ikke klare å ivareta den eldre i forbindelse med samtale om hvordan pasienten har det. Andre arbeidsoppgaver som venter eller avbrytelser gjør at hun til tider opplever at *det ikke blir noen ordentlig samtale*.

Flere av informantene beskrev at de bruker tid for å skape en tillitsfull relasjon til pasienten, slik at pasienten kan føle seg trygg på å åpne seg opp for sykepleieren. En informant trakk frem dette som nødvendig for å også iverksette andre type tiltak slik som motivasjon til å delta på sosiale aktiviteter. Flere av informantene trekker frem betydningen av sosiale aktiviteter slik at pasienten ikke havner dypere i depresjonen og også for å forebygge depresjon, og nevner i den sammenheng aktivitetører i tilknytning til sykehjemmet som setter i gang slik underholdning med eksempelvis musikk og konserter.

4.3.2 Sykepleieren strekker seg langt

Alle informantene ga uttrykk for at tiden de har til pasientene er begrenset, og er derfor nøye med å prioritere tiden de har til rådighet effektivt. Informantene tar i bruk strategier for å løse utfordringene som følger av knapphet på tid. En utbredt strategi er at informantene strekker seg langt for å imøtekomme pasientenes behov. Dersom det er eldre som har behov for ekstra tid til samtale, så forsøker informantene å være der litt lenger. Avgjørelsen blir tatt under planleggingen av arbeidsdagen, eller spontant når informantene er hos pasienten. En informant uttrykte det slik:

Informant 4: «Jeg føler at vi strekker oss så langt vi kan og vel så det mange ganger. Vi går mange ganger over tiden på en måte for å gjøre det en skal, og det en føler at en burde gjøre... slik som å sette seg ned med pasienten og ha den samtalen».

En informant forteller at hun forsøker å gjøre det beste ut av tiden til rådighet, ved å arbeide på en slik måte der hun bruker tiden under praktisk hjelp slik som hjelp til stell og matservering til å også ha en samtale. Flere av informantene forteller at de velger å nedprioritere andre gjøremål som kan gjøres neste dag eller å bruke mindre tid hos andre pasienter med mindre behov for å kunne være lenger hos eldre med depresjon som de ser at har behov for samtale. For eksempel sa en av informantene at dersom hun bruker mer tid hos en pasient en dag, så utjevner hun dette ved å bruke lengre tid hos en annen pasient neste dag. Slik forsøker hun å være *rettferdig* med fordelingen av tiden.

5 Diskusjon

I det forrige kapitlet ble resultatene av studien presentert, og relaterte seg direkte til de erfaringene sykepleierne i studien har hatt i arbeidet med eldre pasienter med depresjon. I dette kapitlet vil jeg diskutere de mest relevante resultatene for å besvare problemstillingen, opp mot den teoretiske referanserammen og aktuell forskning.

Den aktuelle problemstillingen som empirien skal diskuteres opp mot er: «*Hvordan erfarer sykepleiere på langtidsavdeling på sykehjem å arbeide med eldre pasienter med depresjon?*».

For å belyse problemstillingen velges det å strukturere diskusjonen i to delkapitler. Det første delkapitlet omhandler sykepleiernes beskrivelser av hva som kan hindre dem i arbeidet med depresjon på sykehjem, der det spesielt vektlegges sykepleiernes beskrivelser av ytre rammer som kan begrense omsorgsutøvelsen til den eldre pasienten med depresjon. Det neste delkapitlet tar også for seg forhold som sykepleierne opplever at hindrer dem i arbeidet, samtidig som de beskriver at dette er forhold som også kan tilrettelegge for et slikt arbeid.

5.1 Omsorg i en travel hverdag

Resultatene viser at sykepleierne har et ønske om at pleie- og omsorgsutøvelsen til eldre pasienter med depresjon skal være god. Det er når forholdene ikke ligger til rette for at sykepleierne kan være de omsorgspersonene de ønsker å være, at det oppstår situasjoner som kan være utfordrende for dem å håndtere.

5.1.1 Ytre rammer setter føringene

Studiens resultater viser at sykepleierne i arbeidet med eldre pasienter med depresjon tilstreber at den eldre skal føle seg ivaretatt, og det å lytte og være til stede gjennom samtale blir beskrevet som en hjelp de gir for at eldre kan dele tanker og følelser. Pasientene behøver trygge rammer, og ansatte som har tid til dem. Utfordringen er at travelheten i avdelingen tidvis er stor. En viktig arbeidsbetingelse som sykepleierne i den sammenheng trakk frem, var tid. Flere av sykepleierne erfarte at tidspress i stor grad preget deres arbeid. Situasjonen kunne oppleves spesielt utfordrende

når de skulle bistå eldre pasienter med depresjon, da det ofte krever mer tid og krefter å bistå disse pasientene.

Alle sykepleierne beskrev i likhet med forskning mangel på tid som en dominerende og begrensende faktor for å yte omsorg til den eldre pasienten med depresjon (Waterworth et al., 2015, s. 2565-2566; McCabe et al., 2009, s. 57). Sykepleierne beskrev i den sammenheng en hektisk arbeidshverdag, hvor det var mange arbeidsoppgaver som skulle utføres. I tillegg kom sykepleieoppgaver og enkeltpasienter med omfattende behov, som de opplevde at krevde en stor del av tiden tilgjengelig. Dette samsvarer med annen forskning som har vist at utviklingen av sykehjemmene gjennom årene har bidratt til økt arbeidspress og dårligere muligheter til å gi god omsorg (Dale et al., 2015, s. 41-42; Haukelien, 2015, s. 27-33; Gautun et al., 2016, s. 77). En stor arbeidsmengde medførte at det måtte foretas prioriteringer. Sykepleierne beskrev at arbeidshverdagen var preget av stadige prioriteringer om hva, og hvem, de skal bruke tid og ressurser på. Sykepleierne opplevde at når ressursene er slik de er, kunne ikke pasientene få hjelp til alt de behøver hjelp til. De følte seg forpliktet til å prioritere oppgaver som er konkrete og som haster, der de konkrete behovene ble beskrevet som hjelp til personlig hygiene, utlevering av medisiner og matservering. Det at det foretas stadige prioriteringer i arbeidshverdagen til sykepleiere, grunnet stor arbeidsmengde, er belyst gjennom forskning (Slettebø et al., 2010, s. 536; Munkeby et al., 2023, s. 25-26).

Det å prioritere hvem som behøver hjelp med en gang, og hvem som kan vente, er et vanskelig valg for sykepleierne. Samtidig føler sykepleierne seg presset til å måtte prioritere, grunnet mangel på tid og bemanning. Resultatene viser at det er hensynet til arbeidsmengden og pasientgruppen på det aktuelle tidspunktet som veier tyngst i en slik prioritering, og som avgjør hvor mye hjelp den eldre pasienten med depresjon kan få. Det er de fysiske og konkrete behovene, samt sykepleieoppgaver som må gjøres, som får forrang. Slik situasjonen er må sykepleierne gi hjelp til pasienter de antar ikke kan vente på hjelp. Konsekvensen blir at de psykososiale behovene nedprioriteres, selv om sykepleierne ser behovet for å ivareta slike behov. Dette samsvarer med forskning innen sykehjemkonteksten, som viser at det gis liten tid til å ivareta pasientens behov for sosial kontakt og omsorg (Haukelien et al., 2015, s. 27-28), og der psykiske plager og problemer ikke blir ivaretatt godt nok (Gautun et al., 2016, s. 49). Konsekvensen blir, som sykepleierne beskriver, at det blir lite fokus på depresjon.

Beskrivelsene av sykepleiernes arbeidshverdag viser at det er mye det er fokus på, fordi det er mye i deres arbeidshverdag som setter fokus på seg selv. Den eldre pasienten med depresjon er i motsatt sted av dette aspektet. Det er kjent at depresjon kan innebære resignasjon, passivitet og tilbaketrekning fra andre mennesker (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 22-27). Dermed kan det forstås slik at det ikke kun omhandler at det er lite fokus på depresjon, men også at depresjon er noe som kan bli usynlig og vanskelig å oppdage. Alle arbeidsoppgavene i sykepleierens arbeidshverdag roper på oppmerksomhet, unntatt depresjonen. Slik kan det forstås at depresjonens symptombilde kan gjøre det vanskelig å få tak i pasienten med depresjon, alt annet krever sykepleieren, unntatt den eldre pasienten med depresjon. Dette kan nyansere sykepleierens opplevelse av at det er utfordrende.

Sykepleiernes situasjon later derfor å være i sterk kontrast med ambisjonene en finner i offentlige dokumenter, der blant annet «Leve Hele livet»-reformen legger føringer for at pleie- og omsorgstjenesten skal være god, og at den eldre skal få hjelp til å mestre livet best mulig. Den eldre skal få mulighet til samtale, motivasjon og støtte når livet er sårbart (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10-14). Det kan dermed stilles spørsmål til om sykepleierne har nødvendige forutsetninger for å kunne legge til rette for dette, når de som Martinsen (2021, s. 44) beskriver ikke får fri fra klokketiden for å være i hendelsene sammen med pasienten. Sykepleierne tvinges slik ut av tiden, ut av den erfarte tiden sammen med pasientene.

5.1.2 Individualisering av ansvar

Det kommer tydelig frem at sykepleierne opplever et sprik mellom deres ønske om å hjelpe den eldre pasienten med depresjon og de tildelte ressursene. Sykepleierne opplever et misforhold mellom hvordan de ønsker at praksisutøvelsen skal være, og hva som er mulig. Flere av sykepleierne forteller at de vil bruke mer tid sammen med pasientene, de ønsker å hjelpe pasientene med det de har behov for, men dette utfordres i en travel hverdag. Flere av sykepleierne beskrev hvordan dette ofte gav en dårlig følelse. En informant beskrev det slik:

«For du vet jo at disse gamle sitter inne på rommene sine og er ensomme og har vonde følelser inni seg som du ikke får gjort... som du som regel ikke har mulighet til å gjøre noe med fordi du ikke har tid... og selvfølgelig er det ikke noe... det er ikke noe god følelse».

Ser vi til Martinsen (2014), beskriver hun at det finnes to travelheter i helsevesenets rom. En travelhet som er vond, der sårbarheten ikke blir møtt, og der den profesjonelle løper fra ansvaret og unnlater å hjelpe den andre som hun kunne hatt muligheter for å hjelpe. Den gode travelheten derimot er en travelhet der den profesjonelle tar vare på og har ansvaret for det andre menneskets liv. Det å ta vare på den andre på en best mulig måte er en travelhet som er ontologisk, gitt med livet selv (Martinsen, 2014, s. 231-233).

Travelheten sykepleierne kjenner på, kan se ut til å være en annen. Det er en travelhet der de opplever å ikke strekke til, der de ikke får mulighet til å ta vare på den eldre pasienten med depresjon slik de ønsker. Å se nærmere på Martinsens (2014, s. 232) beskrivelse av at de to travelhetene ofte er til stede samtidig i helsevesenets rom, kan være nyttig for å forstå den travelheten som sykepleierne i studien kjenner på. Her beskrives det at den vonde travelheten ofte kan føre med seg inntrykkene av arbeidsdagen i etterkant, det vil si skyldfølelsen over det ugjorte. Dette kan være en skyldfølelse påført utenfra, grunnet mange arbeidsoppgaver og at en dermed ikke makter å møte pasienten. Inntrykkene fra pasienten berører sykepleieren, der hun blir minnet om en travelhet der hun skylder den andre, altså den ontologiske travelheten. Det beskrives at det er noe spontant i skyldfølelsen som kaller sykepleieren til et omsorgsansvar (Martinsen, 2014, s. 232-235).

Det kan tolkes som at Martinsen påpeker at ved å ha skyldfølelse, av den vonde travelheten, vil det medføre at sykepleieren blir minnet på den gode travelheten, som vil bidra til at sykepleieren tar på seg ansvaret for å ta vare på den andre best mulig. Det er mye som kan tyde på at Martinsens beskrivelser av travelhet og omsorg, er et budskap som har nådd frem til studiens sykepleiere. Dette vises spesielt gjennom sykepleiernes ønske om å hjelpe pasienten å make sin tilværelse, og kompenseringen med å «strekke seg langt», som vil beskrives i neste delkapittel, og flere av sykepleiernes opplevelse av maktesløshet og motløshet når de ikke klarer å bedre situasjonen til den eldre pasienten med depresjon. Men med en slik forståelse av travelhet som Martinsen beskriver, kan det se ut til at sykepleierne blir pålagt å ta på seg ansvaret for å løse det, og sykepleierne har vondt fordi de ikke klarer å løse det uløselige. I perspektivet av Martinsen kan det dermed forstås slik at sykepleieren bærer ansvaret for at omsorgen skal være god. Dette kan utdypes videre gjennom Vikes et al. (2002, s. 167) sine beskrivelser av at Martinsens kritikk ikke

primært er en kritikk av strukturelle forhold, men av den enkeltes sykepleiers manglende evne til å hjelpe, og det forutsettes at sykepleien skal påta seg ansvaret med å gjennomføre korreksjonen.

Det å enten løfte det frem som den vonde eller gode travelheten, eller en kombinasjon av disse, å la det være med det, vil dermed være problematisk. Det må også tas i betraktning de ytre forholdene rundt sykepleierne. Å se nærmere på Vike et al. (2002) kan være nyttig for en slik forståelse. Her påpekes det at siden arbeidet utføres i møte med mennesker som opplever lidelse eller konkrete behov for hjelp, er dette en opplevelse som er knyttet til samvittighet, identitet og moral. Den enkelte opplever et misforhold mellom det ens faglighet og samvittighet krever at en gjør på den ene siden, og det som det er avsatt tid og økonomiske ressurser til å gjøre på den andre siden, slik sykepleierne i studien også synes å oppleve (Vike et al., 2002, s. 80). På individnivå opplever sykepleieren dette som et identitetsproblem og følelse av utilstrekkelighet, og kan relateres til sykepleierens beskrivelser av å ikke strekke til, noe som gir en vond følelse. Problemene opplevs og erfares på individnivå, og dermed blir også ansvaret plassert der. Dette mener Vike et al. (2002, s. 80) er feilaktig, og at misforholdet må settes i sammenheng med organisasjonens betingelser og virkemåte.

5.1.3 Kompensering med å «strekke seg langt»

Ansvaret den enkelte sykepleier beskriver, er et ansvar som kan oppleves utfordrende. Sykepleierne beskriver at de føler seg alene i arbeidet med å følge opp eldre pasienter med depresjon, denne opplevelsen rommer blant annet manglende faglig refleksjon, påfyll og samarbeid. Følelsen av maktesløshet og motløshet når sykepleieren ikke klarer å bedre situasjonen til pasienten, gjør at ansvaret kan oppleves enda større. Sykepleierne føler på et ansvar for å hjelpe den eldre pasienten med depresjon, for å bedre pasientens situasjon.

Resultatene viser at informantene gjorde det beste ut av situasjonen for at den eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt, og der sykepleierne tar i bruk strategier for å løse utfordringene som følger av knapphet på tid. En utbredt strategi er at sykepleierne strekker seg langt for å imøtekomme pasientens behov og for å kunne bruke mer tid hos pasientene. Det kan se ut til at sykepleierne sitter med en opplevelse av at dersom den enkelte selv ikke strekker seg langt, vil innebære en risiko for at pasienten med depresjon blir stående uten hjelp. I lys av dette, og i

perspektivet av Vike et al. (2002, s. 65) blir ansvaret om å sørge for å imøtekomme pasientens behov for hjelp, desentralisert til å bli sykepleierne ved sykehjemmets dilemma. Ansvaret og dilemmaene flyttes slik ned til den enkelte sykepleier, som kan tenkes å forsterkes ytterligere av Martinsens påpekning om den vonde travelheten, der sykepleieren kalles til et omsorgsansvar (Martinsen, 2014, s. 235). Slik løser sykepleieren det uløselige, ved å intensivere egen arbeidsinnsats gjennom å «strekke seg langt», samtidig som de kan oppleve å gå hjem med dårlig samvittighet over alt de ikke har rukket å gjøre (Vike et al., 2002, s. 13). I et slikt perspektiv blir det altså den enkelte sykepleier ved sykehjemmet som bærer hovedtyngden av et misforhold mellom kapasitet og ambisjoner i velferdssammenheng. Det handler om at den enkelte sykepleier bærer organisasjonens ansvar for å hjelpe den eldre pasienten med depresjon, på sine egne skuldre i møtet ansikt-til-ansikt med den eksterne verden av pasienter (Vike et al., 2002, s. 65). Sykepleiernes beskrivelser av å «strekke seg langt», kan i dette perspektivet sees som en mulig parallell med Vikes et al. (2002, s. 89-91) beskrivelse av hvordan tjenesteyterne i en norsk kontekst prioriterer å strekke seg lengre enn de egentlig behøver i møtet med behov som er uttalte i føringer, men som det oppleves å egentlig ikke finnes ressurser til å imøtekomme i praksis.

Det kan derfor tolkes slik at sykepleieren kompenserer for spriket mellom de faktiske ressursene og kapasiteten opp mot behovet ved å ta større ansvar, gjennom å strekke seg langt. Det er spesielt ansvaret de føler på for å hjelpe den eldre pasienten med depresjon som ser ut til å motivere sykepleierne, slik at de gir av sin egen tid og strekker seg lenger for pasientene. Dette gjør de for å kunne bruke mer tid sammen med pasienten. Dette har de imidlertid valgt selv, selv om de også kunne valgt minimumsløsninger for å utføre arbeidet. Dette kan også tenkes å bidra til å kamuflere ressursutfordringene som sykepleierne i studien erfarer. Det er som Vike (2004, s. 87) beskriver, når ressursene øker langsommere enn behovene, er det den naive tilliten blant dem som kompenserer for misforholdet i praksis, som hindrer det i å bli skandaløst tydelig.

5.2 Behov for støtte

Denne delen av kapitlet vil rette oppmerksomheten mot behov som må være til stede dersom utfordringene som sykepleierne opplever, skal bli mindre, og ønsket om å hjelpe den eldre pasienten med depresjon i større grad skal kunne innfris. Sykepleierne beskriver at de føler seg alene i arbeidet med å følge opp eldre pasienter med depresjon, og behovet for støtte gjennom kunnskap og samarbeid kan forstås som en motvekt til dette.

5.2.1 Behovet for kunnskap for å kunne hjelpe

Det var flere av sykepleierne som la vekt på nødvendigheten av å ha kunnskap for et godt arbeid med pasientgruppen, samtidig som de opplevde at deres egen kompetanse omkring depresjon var mangelfull. En kan undres over hvordan det har seg at sykepleiere som skal observere, vurdere og bistå denne gruppen eldre ikke har tilstrekkelig med kompetanse om depresjon. Dette når forskning viser til betydningen av kunnskap som grunnleggende for å håndtere depressive symptomer, og der kunnskap hos sykepleieren var av betydning for om pasienten fikk individuell oppfølging relatert til sin depresjonsdiagnose (Borglin et al., 2019, s. 6-7; Waterworth et al., 2015, s. 2565-2568).

Det var flere av sykepleierne som hadde erfart hvor utfordrende det var å mangel kunnskap og kompetanse i møte med den eldre pasienten med depresjon. Å komme til kort var vondt, og som en sa: «Så du føler at de tingene du gjør ikke alltid hjelper så mye». Den som yter omsorg, kan som Martinsen (2003, s. 79) beskriver, selv ha behov for støtte og omsorg fra andre. Faktorer som underbemanning og tidspress kan derimot føre til at det sjeldent kan vises den omsorg for hverandre som ville være til hjelp for deres omsorg for den andre, påpeker hun. Det å ikke klare å bedre situasjonen til den eldre deprimerte pasienten, grunnet mangel på kompetanse, var en stor utfordring for flere av informantene i studien. Det ser ut til at sykepleierne i studien har dette til felles med annet helsepersonell som møter pasienter med depresjon og psykiske lidelser, som også opplever det utfordrende å bistå denne pasientgruppen grunnet mangel på kompetanse (Sæterstrand & Holm, 2016, s. 24; McCabe et al., 2009, s. 60).

Flere av sykepleierne beskrev at de ikke har nødvendig kunnskap og kompetanse til å gi pasientene hjelpen de behøver. Ifølge *Helsepersonelloven*, har sykepleieren en plikt til å «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra

helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette er et lovpålagt ansvar, men selv om den enkelte sykepleier er ansvarlig for å sørge for at pasientene får en forsvarlig og omsorgsfull hjelp, er det også et ledelsesansvar å sørge for at «virksomheten organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsepersonelloven, 1999, §16). Under samtalene med sykepleierne kommer det samtidig frem at flere etterlyser kompetanseutviklingsmuligheter, for bedre å kunne ivareta den eldre pasienten med depresjon. Ansvaret for slik kompetanseutvikling ligger ikke ene og alene på sykepleieren, og ut fra lovverk som *Helse- og omsorgstjenesteloven* (2011, §4-1) plikter kommunene å sørge for at helsepersonell får mulighet til å være faglig kompetente utøvere, noe som er nødvendig for at helse- og omsorgstjenesten kan bli forsvarlig.

Samtlige sykepleiere i studien beskriver nødvendigheten av å kunne utveksle erfaringer med andre kollegaer i avdelingen. Sykepleierne beskriver at det var lite rom for å reflektere systematisk over faglige og etiske problemstillinger som omhandlet eldre med depresjon på deres arbeidsplass, og var noe de savnet. Det er som Vråle (2020, s. 307) skriver krevende å arbeide med eldre som strever med psykisk sykdom, og en kan oppleve å stå i situasjoner der en strever med å oppfylle de etiske og faglige kravene en selv eller andre setter. Sykepleierne i studien har behov for å diskutere situasjoner og erfaringer de møter sammen med sine arbeidskollegaer. Informantene mente at slike samtaler kunne bidratt til å øke bevisstheten rundt og sette fokus på pasientgruppen, og ville gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner. Faglig veiledning kan være et slikt virkemiddel, og kan gi mulighet til kompetanseutvikling gjennom økt innsikt og økt bevissthet i situasjoner eller utfordringer som de ansatte møter på i arbeidet med eldre med psykiske helseutfordringer (Vråle, 2020, s. 307-309). Studiens resultater viser at sykepleierne må tilbys muligheter for faglig utvikling gjennom kurs, undervisning og veiledning, noe sykepleierne beskriver behovet for.

Det er riktignok enkelte som har lang erfaring med pasientgruppen, noe som er en viktig ressurs, men dette fremstår som en kompetanse som sykepleieren ikke får muligheten til å benytte slik de ønsker i arbeidet grunnet mangel på tid og manglende fokus. Når denne ressursen ikke brukes målrettet, kan en stille seg undrende til om den forblir privat. I den sammenheng ble det av en sykepleier beskrevet at hun var opptatt av miljøarbeid, og at hun kunne bidratt mer dersom rammene hadde vært større og det hadde vært tilrettelagt for å kunne arbeide med et slikt fokus.

En annen informant hadde en lignende erfaring som omhandlet at det fokuseres for mye på medikamentell behandling med antidepressiva i stedet for andre typer tiltak, slik som aktiviteter, miljøbehandling og samtaleterapi som hun tenkte kunne vært virkningsfulle, men som det er lite fokus på. I likhet vises det i studien til Iden et al. (2011, s. 254) at selv om sykepleierne var klar over de gunstige effektene av ikke-medikamentelle tiltak som miljøterapi, ble dette i mindre grad gjennomført. Dette begrunnes her med økonomiske begrensninger, konservative behandlingstradisjoner og ansattes holdninger, noe som er ulikt fra mine funn.

5.2.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Sykepleierne i studien uttrykte et ønske om samarbeid med spesialisthelsetjenesten omkring pasienter med depresjon, noe samhandlingsreformen legger føringer for (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13). Nå opplevde informantene at samarbeidet ikke er slik det burde være. Det var utfordrende for flere av sykepleierne å ikke få veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten, slik at kunnskapen kunne styrkes, og mangelen på samarbeid gjorde at de følte seg alene i arbeidet med å følge opp eldre med depresjon.

Samhandling på tvers av tjenester skal gi et helhetlig hjelpetilbud til mennesker med psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2014, s. 98). Forskning fremhever at samarbeid mellom profesjoner var grunnleggende for å støtte eldre pasienter med depresjon (Borglin et al., 2019, s. 6-8). Dog viser studiens funn til et mangelfullt samarbeid med og varierende kjennskap til spesialisthelsetjenesten. Flere av sykepleierne visste ikke om det fantes tilbud rettet mot sykehjemmet, og en sykepleier trakk frem at terskelen for å ta kontakt var høy. Dette samsvarer med funnene fra Nåvik et al. (2014, s. 20) sin studie, som tar for seg samhandling med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, hvor flere ansatte i kommunen i varierende grad kjente til tilbudene som ble gitt.

Siden funnene viser at samarbeidet er mangelfullt, vil det være viktig å finne måter for at samhandlingen skal forekomme i større grad. Flere av sykepleierne beskrev at det ville vært nyttig å møtes fysisk, eksempelvis at spesialisthelsetjenesten kunne kommet til sykehjemmet for å vise seg frem og «være en av oss på en måte». Slik kunne det bidratt til et bedre samarbeid, og oppfølging av pasientgruppen. Dette samsvarer med en studie av Elstad et al. (2013, s. 301) som undersøkte

samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid, der de ansatte fremhevet viktigheten av å møtes fysisk og samarbeide ansikt til ansikt. På den måten ble de kjent med hverandres hjelpetilbud og det var lettere å ta kontakt neste gang det var behov for det.

Flere av informantene i studien deler beskrivelser av at det er eldre pasienter med depresjon som er i behov av hjelp, men som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Spesifikt ble det nevnt behovet for samtaleterapi, noe sykepleierne i studien ikke hadde kompetanse til å kunne tilby. En informant uttrykte behovet for at spesialisthelsetjenesten, her alderspsykiatrisk avdeling, kunne gi tilbud til eldre pasienter med depresjon uten at de måtte reise ut fra sykehjemmet. Dette ble begrunnet med at flere eldre ikke mestret å måtte reise ut fra sykehjemmet for eventuell behandling. Dette er i tråd med studien til Nåvik et al. (2014, s. 20) som fant at fra kommunenes side var det et ønske om økt grad av ambulant virksomhet fra alderspsykiatrisk enhet, og det ble påpekt viktigheten av at mange pasienter har godt av å bli vurdert og behandlet på stedet de er, enten det er eget hjem eller institusjon. En slik ambulant virksomhet er en del av tjenesten til de fleste alderspsykiatriske enhetene, som er underlagt spesialisthelsetjenesten, og inngår som en del av den daglige praksisen. Ambulant virksomhet kan foregå både til brukernes hjem og til institusjoner (Norsk psykiatrisk forening, 2022, s. 16). Dette er i tråd med de føringene samhandlingsreformen legger opp til, hvor det er mål om at ambulant virksomhet skal styrkes (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 66).

Foruten samarbeid med spesialisthelsetjenesten, trekkes det også innen kommunehelsetjenesten frem psykisk helseteam og kommunepsykologer som naturlige samarbeidspartnere i oppfølgingen av eldre pasienter med psykiske sykdommer (Ledang, 2020, s. 199-201). Det viser seg imidlertid at det er stor variasjon i forhold til hvordan kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sitt (Ledang, 2020, s. 196), og en undersøkelse fra SINTEF tilsier at eldre får et mangelfullt tilbud fra kommunal psykisk helsetjeneste og at det er få kommuner som kartlegger Eldres behov for tjenester innen psykisk helse (Ose & Kaspersen, 2022, s. 266-267). Sykepleierne i studien snakket ikke om slike tilbud innad i kommunen, og en kan stille spørsmål til om årsaken er at sykepleierne ikke vet om slike tilbud eller at det ikke foreligger et slikt tilbud til eldre pasienter med depresjon i kommunene.

5.3 Metodediskusjon

Vitenskapelig kunnskap kjennetegnes av at forskeren erkjenner at det valgte designet har begrensninger og svakheter, og i sin presentasjon av studien ikke bare forsvaret sin egen fremgangsmåte (Malterud, 2017, s. 25). I det følgende vil analyseprosessen og egen forforståelse diskuteres, samt rekrutteringsutfordringer, utvalgets sammensetning og intervjuteknikk.

Min egen forforståelse er noe jeg har arbeidet mye med gjennom hele forskningsprosessen. Under analysens trinn gikk jeg flere ganger tilbake for å kontrollere at det informantene hadde sagt, var forstått og analysert slik det faktisk var uttalt og ment, og ikke tolket en annen vei påvirket av egen forforståelse eller for-dommer. Under arbeidet med diskusjonsdelen stoppet jeg opp flere ganger og reflekterte for å være tro mot informantenes stemmer. Å være oppmerksom på at egen forforståelse fort kan ta over, spesielt når jeg som forsker har kjennskap til feltet som undersøkes, var noe jeg var bevisst på. Jeg måtte flere ganger endre retning i diskusjonsdelen, da egen forforståelse ble for fremtredende. Da var det nyttig å se på transkripsjonene. Det var også nyttig å diskutere med veileder. Gjennom arbeidet med studien har jeg lært mye nytt, og ved å stille meg åpen og undrende mener jeg at jeg har håndtert min egen forforståelse og egne for-dommer på en god måte.

Det var utfordrende å rekruttere informanter til studien, og derfor ble det åpnet opp for å inkludere informanter fra to kommuner. Utvalget endte opp med å bestå av fire sykepleiere, fra tre sykehjem i to kommuner. Selv med et lite utvalg kan informantenes erfaringer føre til gode, relevante data (Malterud, 2017, s. 63). Dersom jeg hadde hatt med flere informanter av ulike yrkesgrupper, kan det hende at tilgangen til informanter hadde vært større. Dog ønsket jeg i studien å fokusere på sykepleieres erfaringer, og en viktig forutsetning for å belyse problemstillingen var derfor at informantene var sykepleiere. Til tross for få informanter, opplevde jeg at det kom frem rike og nyanserte beskrivelser.

I denne studien ble det gjennomført semistrukturerte intervju som metode for datainnsamling. Når jeg i etterkant lyttet til opptaket fra de første intervjuene, kunne jeg vært mer bevisst på ytterligere pauser for å gi informantene mer rom for å reflektere rundt spørsmålene. Det kunne også vært stilt flere oppfølgingsspørsmål til det informantene beskrev. Ifølge Thagaard (2018, s. 95) er fordelene med slike oppfølgingsspørsmål at informantene får større mulighet til å fortelle om erfaringen de

har. Slik kunne jeg fanget opp ytterligere erfaringer hos informantene. Samtidig så uttrykte informantene seg godt, slik at jeg fikk gode innblikk i deres erfaringer, og derfor er det ikke alltid nødvendig med oppfølgingsspørsmål (Thagaard, 2018, s. 95). Jeg var også mer bevisst dette ved de neste intervjuene, og informantene ble dessuten stilt spørsmål om det var noe mer de ønsket å fortelle. Slik kan det tenkes at de fikk ytterligere anledning til å tenke over spørsmålene. Det trekkes frem at det er viktig å kommentere eller stille spørsmål til det informantene uttrykker. Ved å benytte prober signaliserer den som stiller spørsmålene interesse, og kan oppmuntre til å snakke mer (Thagaard, 2018, s. 96). Under intervjuene benyttet jeg slike prober, ved at jeg responderte med «ja» og «mm». Videre ønsket jeg bekreftelse på at jeg forsto det informantene uttrykte, og stilte derfor spørsmål som «forstår jeg deg rett når du sier» og «mener du at».

Innen kvalitativ forskning er det sjeldent slik at forskeren kan svare «ja» eller «nei» på om resultatene er sanne. Det som blir viktig er å identifisere hva resultatene kan gi sannhet om, og hva datamaterialet gir anledning til å si noe om, altså intern validitet. Relevans er et sentralt begrep her (Malterud, 2017, s. 23). Det kan tenkes at dersom studien hadde vært gjennomført av en annen forsker, med en annen bakgrunn eller relativt lik bakgrunn, men med en annen forståelseshorisont, kunne resultatene vært annerledes. Etter en nøye gjennomført analyseprosess og gjennomlesninger av datamaterialet, samt bevissthet rundt egen rolle som forsker, mener jeg at det som har kommet frem i studien kan dekke noe av kunnskapshullet som omhandler sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon i norske sykehjem.

Studiens resultater har trolig ingen direkte overføringsverdi til anvendelse for alle sykepleiere på alle sykehjem i Norge. Informantene som deltok har gitt rike beskrivelser av sine erfaringer, og det har kommet frem flere interessante aspekter. Resultatene som er presentert gjennom analysen og diskusjonen, sammen med litteratur og aktuell forskning på feltet, kan bidra til en økt forståelse for temaet og inspirere til videre forskning på feltet.

6 Konklusjon

Denne studien hadde til hensikt å undersøke hvordan sykepleiere på langtidsavdeling på sykehjem erfarer å arbeide med eldre pasienter med depresjon, med følgende forskingsspørsmål:

- Hvordan beskriver sykepleieren oppfølgingen av eldre pasienter med depresjon på sykehjem?
- Hvordan beskriver sykepleiere hva som tilrettelegger for og hva som hindrer dem i arbeidet med depresjon på sykehjem?

Funnene i denne studien viser at sykepleierne har mye oppmerksomhet vendt mot at den eldre pasienten med depresjon skal føle seg ivaretatt, og det å lytte og være til stede gjennom samtale blir beskrevet som et av de viktigste tiltakene sykepleierne benytter i arbeidet med pasientgruppen. Dette blir beskrevet som en hjelp de gir for at eldre kan dele tanker og følelser. Sykepleierne problematiserer også omkringliggende forhold som er til hinder for arbeidet. Tidspress, manglende ressurser og påfølgende prioriteringer er slike ytre begrensninger, som bidrar til at det blir lite fokus på depresjon, og der sykepleierne opplever å få mindre mulighet til å være sammen med pasientene.

Det var gjennomgående at sykepleierne opplever et sprik mellom deres ønske om å hjelpe den eldre pasienten med depresjon, og de tildelte ressursene. Sykepleierne opplever et misforhold mellom hvordan de ønsker at praksisutøvelsen skal være, og hva som er mulig. Som følge av dette føler sykepleierne på en personlig travelhet, der de opplever å ikke strekke til, der de ikke får mulighet til å ta vare på den eldre pasienten med depresjon slik de ønsker. De får begrenset mulighet til å være sammen med pasientene, noe sykepleierne mener er nødvendig for et godt arbeid med pasientgruppen. Misforholdet mellom kapasitet og ambisjoner bæres derfor, slik jeg har vist tidligere med utgangspunkt i Vikes et al., resonnementer, av sykepleierne som i møte med den eldre pasienten med depresjon kompenserer med å strekke seg langt for å imøtekomme pasientens behov og for å kunne bruke mer tid hos pasientene.

Funnene viser at sykepleierne opplever å være alene med ansvaret for pasientgruppen, som de ikke har nødvendige forutsetninger for å kunne hjelpe, både på grunn av tidspress, begrensninger i

kunnskap og manglende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det å mangle kunnskap og kompetanse er utfordrende for samtlige i studien. Det å skulle ta hånd om eldre pasienter med depresjon er noe sykepleierne kan oppleve som krevende og en utfordrende situasjon å være i. Sykepleierne har behov for mer støtte i arbeidet med pasientgruppen, for å oppleve å kunne hjelpe. Her beskriver sykepleierne behov de har for kompetanseutvikling og veiledning, men mulighetene for dette er begrenset. Det er en utfordring for alle sykepleierne i studien at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er mangelfullt. Flere informanter i studien opplever at det er nødvendig med et bedre samarbeid og samhandling mellom sykehjemmet og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med depresjon. Slike faktorer er vist gjennom sykepleiernes beskrivelser å både kunne hindre arbeidet med pasientgruppen, dersom de ikke er til stede, men også tilrettelegge for arbeidet med pasientgruppen på sykehjem dersom de imøtekommes.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studiens resultater kan tyde på at det er et kompetansegap i kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjem, når det gjelder arbeid med eldre pasienter med depresjon. Dette bør reduseres for å sikre at pasientgruppen får tilpassede og gode helse- og omsorgstjenester. Økt kompetanse og bevissthet vil også kunne gi økt trygghet blant sykepleiere som utøver tjenestene. Videre vil det være viktig at sykepleierne også har tilstrekkelig med tid og kapasitet til å anvende denne kompetansen i praksis, i arbeidet med pasienter med depresjon.

Det bør også tilstrebes et mer tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å kunne dra nytte av all tilgjengelig kompetanse. Som et eksempel kan det legges opp til mer ambulerende virksomhet, også for å bedre kunne hjelpe pasientene der de er.

6.2 Videre forskning

Studien viser hvordan et lite utvalg av sykepleiere erfarer det å arbeide med eldre pasienter med depresjon ved langtidsavdeling på sykehjem. Det er viktig at sykepleiere blir hørt og lyttet til, da det er disse som er blant dem som står nærmest pasientgruppen i praksis. Det er derfor nødvendig at det forskes videre for å få frem sykepleiernes stemme tydeligere, ved å undersøke og belyse deres

erfaringer nærmere i videre studier. Det kunne også være interessant som videre forskning på tema, å intervjuere eldre pasienter med depresjon, andre pleiegrupper og sykehjemsleger ved sykehjem. Disse personene vil kunne bringe inn andre erfaringer, og slik bidra til flere innfallsvinkler.

Litteraturliste

- Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J. & Selbaek, G. (2010). A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 141-148.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.028>
- Bjørkløf, G. H. & Barca, M. L. (2020). Depresjon hos eldre. I S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 21-43). Aldring og helse.
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser: Filosofi og vitenskapsteori*. Cappelen Damm Akademisk.
- Borglin, G., Räthel, K., Paulsson, H. & Forss, K. S. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*, 18(43). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0368-5>
- Borza, T., Engedal, K., Bergh, S. & Selbæk, G. (2019). Older people with depression- a three-year follow-up. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(4).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0968>
- Brofoss, K. E. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. Norges forskningsråd.
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
- Buczak-Stec, E. W., Löbner, M., Stein, J., Stark, A., Kaduskiewicz, H., Werle, J., Hesper, K., Wiese, B., Weyerer, S., Wagner, M., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., König, H-H. & Hajek, A. (2022). Depressive Symptoms and Healthcare Utilization in Late Life. Longitudinal Evidence From the AgeMooDe Study. *Frontiers in medicine*, 9, Artikkel 924309.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.924309>
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015* (nr. 12/2015). Senter for omsorgsforskning. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2375414/rapport_12_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Departementene (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

- Elstad, T. A., Steen, T. K. & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskriftet for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-02>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer* (Folkehelse rapportens temautgave 2022). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelse rapporten---temautgave-2022.pdf>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus: Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (NOVA rapport nr. 14/20). Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet. https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende: Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (Rapport nr. 6/16). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3460/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gleditsch, R. F. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivinger, 2020-2100: Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Haugan, G., & Innstrand, S. T. & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of clinical nursing*, 22(15-16), 2192-2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Telemarksforskning. <https://www.telemarksforsking.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Sider/default.aspx>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2023-04-28-8). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristiansen, A., Rasmussen, I. & Bjerkmann, I. L. (2019). *Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg!* (Rapport 2019/27). Vista Analyse. <https://www.vista-analyse.no/no/nyheter/ingen-gar-i-fakkeltog-for-pleie-og-omsorg/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Iden, K. R., Engedal, K., Hjørleifsson, S. & Ruths, S. (2013). Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 37(3-4), 154-162. <https://doi.org/10.1159/000355427>
- Iden, K. R., Hjørleifsson, S. & Ruths, S. (2011). Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(4), 252-256. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628240>
- Langballe, E. M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/eldre-i-norge-pdf.pdf>
- Ledang, K. (2020). Organisering, oppfølging og samarbeid. I S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 191-213). Aldring og helse.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Luppa, M., König, H.-H., Heider, D., Leicht, H., Motzek, T., Schomerus, G. & Riedel-Heller, S. G. (2013). Direct costs associated with depressive symptoms in late life: a 4.5-year prospective study. *International psychogeriatrics*, 25(2), 292-302.
<https://doi.org/10.1017/s1041610212001688>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.
- Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 225-244). Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- McCabe, M. P., Davison, T., Mellor, D. & George, K. (2009). Barriers to care for depressed older people: perceptions of aged care among medical professionals. *International journal of aging & human development*, 68(1), 53-64. <https://doi.org/10.2190/ag.68.1.c>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. & Jeste, D. V. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 126-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Munkeby, H., Bratberg, G. & Devik, S. A. (2023). Meanings of troubled conscience in nursing homes: nurses lived experience. *Nursing ethics*, 30(1), 20-31. <https://doi.org/10.1177/09697330221117261>
- Norsk Psykiatrisk forening. (2022). *Plan for norsk alderspsykiatri 2022-2030*. <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2022/09/plandokument-alderspsykiatri-2022-2030.pdf>
- Nåvik, M., Gordner, V., Semb, B., Holst, S., Haugen, P. K. & Ulstein, I. (2014). Hva skal det være? Hva ønsker kommuner i Telemark og Vestfold fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?

- Tidsskriftet aldring og helse*, 18(4), 18-21. <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2020/08/demens-4-2014-web-ny.pdf>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/3044247/SINTEF_Rapport2022_01271.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015-2016)). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Romøren, T. I. (2018). Helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I A. Hatland, S. Kuhnle & T. I. Romøren (Red.), *Den norske velferdsstaten* (5. utg., s. 178-198). Gyldendal Akademisk.
- Selmer-Anderssen, I. (2018, 14. mai). Over halvparten av oss blir over 80 år, og stadig sprekere. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/over-halvparten-av-oss-blir-over-80-ar-og-stadig-sprekere>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G. & Helvik, A-S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 40(5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Slettebø, A., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes- a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 533-540. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>
- Solhaug, H. I., Romuld, U. & Stordal, E. (2012). Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year-follow-up in the general population. The HUNT study. *International psychogeriatrics*, 24(1), 151-158. <https://doi.org/10.1017/s1041610211001141>
- St. Meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sæterstrand, T. M. & Holm, S. G. (2016). Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme. *Geriatrisk sykepleie*, 2(8), 16-25. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2407715/Saterstrand.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5 utg.). Fagbokforlaget.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). *Bemanning, kompetanse og kvalitet: status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (MENON-publikasjon nr. 51/2018). Menon economics. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sODVXAehmX7qfhnjCyRO0GFJRO4KgsG7Y9DvYF0CEXTm3Bksd0.pdf>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget. Universitetet i Sørøst-Norge. (u.å.). *Håndtering av forskningsdata*. <https://bibliotek.usn.no/getfile.php/13610306-1582631799/bibliotek.usn.no/Forskningsdata/20200225H%C3%A5ndtering%20av%20forskningsdata%20digitalt%20%281%29%282%29.pdf>
- Universitetet i Sørøst-Norge (2019). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge*. https://www.usn.no/getfile.php/13547769-1546934679/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20i%20student-%20og%20forskerprosjekter%20ved%20USN.pdf
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (Red.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten: politikk, styring og tjenester* (s. 14-37). Gyldendal Akademisk.
- Vråle, G. B. (2020). Veiledning og oppfølging av personellet. I S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 307-321). Aldring og helse.
- Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J. & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2562-2570. <https://doi.org/10.1111/jocn.12863>
- World Health Organization. (2017, 12. desember). *Mental Health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Tollånes, M. C. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk

Factors Study 2016 (GBD 2016) (Rapport 2018). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide

Introduksjon:

- Presentasjon av meg selv og hva jeg arbeider med til daglig.
- Presentasjon av studien, inkludert problemstilling og hensikt.
- Informasjon om hvordan intervjuet skal gjennomføres.
- Informasjon om informert samtykke og konfidensialitet.

Bakgrunnsinformasjon om informant:

- Hvilken utdanning har du?
- Hvor lenge har du arbeidet på sykehjem?

Intervjuguide:

Hovedtema 1: Erfaringer med arbeidet.

- I forkant av intervjuet ble du bedt om å tenke på pasientsituasjoner der du har møtt eldre sykehjemspasienter med depresjon. Kan du fortelle om erfaringene du har hatt i ditt arbeid med eldre pasienter med depresjon?
- Kan du si noe om rutinene sykehjemmet har i forbindelse med denne pasientgruppen?
- Hvordan opplever du din egen kompetanse i forhold til denne pasientgruppen?
- Hvilke utfordringer møter du i forhold til den eldre sykehjemspasienten med depresjon?
- Erfarer du at pasientgruppen får den oppfølgingen de har behov for?
- Er det noe du savner for å kunne følge opp den eldre sykehjemspasienten med depresjon ytterligere?

Hovedtema 2: Erfaringer knyttet til pasientmøtet.

- Hva er din rolle i oppfølgingen av den eldre sykehjemspasienten med depresjon?
- Hvilke tiltak iverksetter du i møte med denne pasientgruppen?
- Hva erfarer du at hjelper den eldre sykehjemspasienten med depresjon?

- Hvordan erfarer du det å stå i slike situasjoner der du møter eldre sykehjemspasienter med depresjon?

Hovedtema 3: Erfaringer med organiseringen av arbeidet.

- Hvilke forutsetninger har du til å ivareta den eldre sykehjemspasienten med depresjon innenfor sykehjemmets rammer?
- Hva tenker du kunne vært gjort annerledes i måten arbeidet rundt denne pasientgruppen blir organisert på?
- Hvordan vurderer du bruk av tid i møte med denne pasientgruppen?
- Opplever du at temaer omkring denne pasientgruppen blir snakket om blant kollegaer?
- Er det satt av tid til veiledning eller refleksjon omkring denne pasientgruppen?
- Hvilke erfaringer har du med samarbeid med spesialisthelsetjenesten, eventuelt andre instanser, i forhold til denne pasientgruppen? Kan du eventuelt si noe om hvordan du tenker at samhandlingen mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten kan økes?

Helt til slutt: er det noe mer du vil fortelle om eldre og depresjon på sykehjem?

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle mer?
- Hva observerte du? Hvilke tanker hadde du?
- Hvordan handlet du?
- Hvilke alternativer hadde du?
- Hvilken kunnskap trengte du?
- Forstår jeg deg rett? Mener du at?

7.2 Vedlegg 2: Søknad til NSD

15.09.2023, 10:36

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjo...](#) / Eksport

Meldeskjema

Referansenummer

854211

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Informantene vil bli bedt om at det under intervjuet ikke nevnes navn og arbeidssted. Jeg vil kun innhente opplysninger om deres stilling.

Prosjektinformasjon

Tittel

Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon på sykehjem: en kvalitativ studie.

Sammendrag

Hensikten med studien er å få økt kunnskap og forståelse for arbeidet med eldre med depresjon på sykehjem, ved å utforske erfaringer hos sykepleiere. Den søker også å få kunnskap om faktorer som bidrar til å tilrettelegge for og som hindrer sykepleiere i dette arbeidet. Problemstilling for dette prosjektet er: Hvordan erfarer sykepleiere på sykehjem å arbeide med eldre pasienter med depresjon? Som hjelp for å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utformet: 1. Hvordan følger sykepleieren opp eldre pasienter med depresjon? 2. Hvordan beskriver sykepleiere hva som tilrettelegger for og hva som hindrer dem i arbeidet med depresjon på sykehjem?

Hvorfor er det nødvendig å behandle personopplysningene?

Det vil benyttes lydopptak, og informantene vil bli bedt om at det under intervjuet ikke nevnes navn og arbeidssted. Foruten stilling, vil ikke andre personopplysninger bli behandlet.

Prosjektbeskrivelse

[Prosjektbeskrivelse.docx](#)

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tanita Alvarez Larsen, tanitaalarsen@gmail.com, tlf: 93809942

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Truls Juritzen, Truls.Juritzen@usn.no, tlf: 95228465

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Sykepleiere med minimum bachelornivå, som har erfaring med depresjon på sykehjem.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

<https://meldeskjema.sikt.no/626797c5-3417-4662-bded-4941c2a21581/eksport>

1/3

Det vil tas kontakt over telefon med tilbud om å sende mer informasjon per epost, med enhetsledere for åtte sykehjem i to kommuner i Sør-Norge for å rekruttere informanter til studien, der det er ønskelig med 1-2 informanter fra hvert sykehjem, totalt 5-8 informanter.

Alder

21 - 67

Hvilke personopplysninger skal du behandle for utvalg {{i}}? 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**Personlig intervju****Vedlegg**[Intervjuguide.docx](#)**Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1**Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?**

Ja

Hvordan informeres utvalget?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv[Informasjons og samtykkeskriv.doc](#)**Tredjepersoner****Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?**

Nei

Dokumentasjon**Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Informasjons- og samtykkeskrivet deltakerne får gir informasjon om at deltakeren når som helst kan trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det står også kontaktinformasjon til veileder og meg, slik at deltakeren kan ta kontakt.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Jeg vil kun innhente informasjon om stilling og deltakernes erfaringer, og datamaterialet vil avidentifiseres under transkriberingen. På denne måten vil ikke deltakeren kunne identifiseres i datamaterialet.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser**Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?**

Ikke utfyllt

Personverntiltak**Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?**

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende
- Opplysningene krypteres under lagring

- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Oppbevarer notater innelåst, har kodelås på mobile enheter og pc.

Hvor behandles personopplysningene?

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)
- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Studenten (meg).

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Varighet

Prosjektperiode

27.05.2022 - 02.01.2024

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres
- Koblingsnøkkelen slettes

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

7.3 Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

15.09.2023, 10:43

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depres...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

854211

Vurderingstype

Standard

Dato

15.09.2022

Tittel

Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon på sykehjem: en kvalitativ studie.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Truls Juritzen

Student

Tanita Alvarez Larsen

Prosjektperiode

27.05.2022 - 02.01.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 02.01.2024.

[Meldeskjema](#) ↗

Kommentar

Vi viser til endring registrert i meldeskjemaet. Vi kan ikke se at det er gjort noen oppdateringer i meldeskjemaet eller vedlegg som har innvirkning på vår vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

7.4 Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon på sykehjem?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt forståelse for arbeidet med depresjon på sykehjem, ved å utforske erfaringer hos sykepleiere. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å få økt kunnskap og forståelse for arbeidet med eldre med depresjon på sykehjem, ved å utforske erfaringer hos sykepleiere. Den søker også å få kunnskap om faktorer som bidrar til å tilrettelegge for og som hindrer sykepleiere i dette arbeidet. For å eventuelt kunne utvikle og bedre tjenestene for personer med depresjon på sykehjem, er det av betydning å belyse nåværende arbeid og oppfølging.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan erfarer sykepleiere på sykehjem å arbeide med eldre pasienter med depresjon?*

Som hjelp for å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utformet:

1. Hvordan følger sykepleieren opp eldre pasienter med depresjon?
2. Hvordan beskriver sykepleieren hva som tilrettelegger for og hva som hindrer dem i arbeidet med depresjon på sykehjem?

Jeg studerer ved Universitetet i Sørøst-Norge, hvor jeg tar en mastergrad i Klinisk helsearbeid: sammensatte helsetilstander. Jeg skal gjennomføre dette forskningsprosjektet i forbindelse med min masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å rekruttere deltakere til forskningsprosjektet har jeg vært i kontakt med lederen din. Du er invitert fordi du har minimum 3-årig høyskole utdanning som sykepleier og har erfaring med å møte eldre sykehjempasienter som har en depresjon.

Det er til sammen åtte personer som vil få denne henvendelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at jeg vil intervju deg. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om hvilke erfaringer du har i møte med eldre sykehjempasienter som har depresjon, din rolle i arbeidet og hvilke tiltak du iverksetter, eventuelle utfordringer og hvordan samarbeid med andre aktører erfares. Under intervjuet vil det benyttes båndopptaker. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern- hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er prosjektansvarlig og jeg som vil ha tilgang til opplysningene du gir. Jeg vil ikke registrere navn til opplysningene. Lydopptakene vil oppbevares innelåst, og etter at prosjektet avsluttes vil lydopptakene slettes. Datamaterialet blir lagret på Kryptert minnepenn/ekstern harddisk, og oppbevares innelåst.

Ved en eventuell publisering vil du ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, cirka januar 2024. Etter prosjektslutt vil alle personidentifiserte data bli slettet, og kun anonymiserte data fra prosjektet lagres etter masterprosjektet er avsluttet. Du vil bli bedt om å ikke nevne personidentifiserbare opplysninger under intervjuet, og informasjonen du gir vil bli aidentifisert under arbeidet med datamaterialet. Når prosjektet blir avsluttet vil intervjuene på lydopptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- *Universitetet i Sørøst-Norge* ved førsteamanuensis Truls Juritzen, tlf. 95228465
Universitetet i Sørøst-Norge ved student, tlf.:
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg ved Universitetet i Sørøst-Norge, tlf. 91860041

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Truls Juritzen
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Tanita Alvarez Larsen
Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleieres erfaringer med arbeid og oppfølging av eldre med depresjon på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)