

Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleiere føler seg presset og stresset fordi de må prioritere praktiske oppgaver og medisinsk behandling fremfor å følge opp deprimerte pasienter.

Matilde Efskin Sjøset

Spesialsykepleier og demenskoordinator
Hjemmetjenesten, Leirfjord kommune

Ann Karin Helgesen

Professor
Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag, Høgskolen i Østfold og Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Hjemmesykepleien

Erfaring

Eldre

Depresjon

Kvalitativ studie

Sykepleien 2021 109 (87177) (e-87177)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.87177

Hovedbudskap

Artikkelen presenterer resultatene fra en studie om hjemmesykepleieres erfaringer med å følge opp eldre med depresjon. Resultatene viser at oppfølging av pasientgruppen ikke er en prioritert sykepleieoppgave. Mangel på kontinuitet gjør det utfordrende å iverksette koordinerte tiltak. Deltakerne gjør det beste ut av situasjonen og tar grep for å få mer tid til oppfølging. De beskrev at de ofte er alene i arbeidet, og at det ikke er kultur for faglig refleksjon. Det konstante presset påvirker dem.

I årene som kommer, vil eldre utgjøre en større del av den norske befolkningen. Aldersgruppen 80 år og eldre vil nesten fordoble seg de neste 20 årene (1). Med økt alder stiger andelen eldre som trenger omsorgstjenester fra kommunene (2).

Ifølge Verdens helseorganisasjon er depresjon den vanligste psykiske lidelsen blant den eldre delen av befolkningen i verden. Omtrent 7 prosent av eldre kan komme under denne kategorien (3). Internasjonale studier bekrefter at depresjon hos eldre er utbredt (4), og nasjonale studier beskriver det samme (5).

Dersom forekomsten av eldre med depresjon holder seg stabil i årene fremover, er det forventet at hjemmetjenesten oftere vil møte denne pasientgruppen. Sykdomsbildet til eldre med depresjon kan være annerledes enn hos den yngre aldersgruppen (6).

Studier påpeker at symptomer på depresjon som ikke oppfyller diagnosekriteriene, kan forekomme to-tre ganger hyppigere enn depresjon hos eldre (7). I nasjonale retningslinjer for behandling av voksne med depresjon er eldre beskrevet som en særskilt pasientgruppe med spesielle behov (8).

«Hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å vurdere endringer hos denne pasientgruppen.»

Hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å vurdere endringer hos denne pasientgruppen (9). Forskning viser at depresjon hos eldre har sammenheng med redusert livskvalitet, svekket helse og økt risiko for selvmord (7).

Flere lovpålagte oppgaver, begrensede ressurser og flere pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester medfører at det er behov for mer effektivitet i hjemmetjenesten (10, 11).

Samtidig har sykepleiere beskrevet at tidspress går ut over kvaliteten på tjenesten, og at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er for stor til at de ønsker å fortsette i arbeidet (12).

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å følge opp eldre med depresjon.

Metode

For å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer anvendte vi et kvalitativt forskningsdesign. Vi analyserte dataene med systematisk tekstkondensering (13). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansenummeret er 284668. Studien er publisert i *Geriatrisk sykepleie* som forskningsartikkel (14).

Deltakerne i studien kommer fra to ulike kommuner i Nord-Norge. Kommunene har over 7000 innbyggere. Til sammen rekrutterte vi fire kvinner og én mann til studien. Deltakerne hadde mellom 12 og 30 års ansiennitet som sykepleiere.

Datainnsamlingen foregikk med semistrukturerte intervjuer. På forhånd fikk deltakerne informasjon om temaet for intervjuet og samtykkeerklæringen. Intervjuene foregikk i deltakernes arbeidstid i egnede lokaler på arbeidsplassen og varte mellom 60 og 70 minutter.

De to kommunene benytter seg av bestiller-utfører-modellen (15), som innebærer at ansatte på bestillerenheten mottar søknader om en tjeneste, gjør vurderinger og innvilger tjenesten. Enkeltvedtaket sendes videre til utførertjenesten, som i denne sammenhengen er hjemmesykepleien, som skal arbeide etter beskrivelsen i vedtaket.

Resultater

Det er lite oppmerksomhet på eldre med depresjon

Deltakerne fortalte at det er lite oppmerksomhet på eldre med depresjon i hjemmetjenesten, og at oppfølging av pasientgruppen ikke er en prioritert sykepleieoppgave.

Dette fører blant annet til at symptomer på depresjon ikke blir systematisk kartlagt, og oppfølging av selve depresjonen blir sjelden dokumentert i journalen. Det mangler felles mål for oppfølgingen, og hjemmetjenesten samarbeider ikke med psykiatritjenesten. Det gjør det utfordrende å iverksette koordinerte tiltak.

Det er ikke en prioritert sykepleieoppgave

Deltakerne fortalte at en stor del av sykepleiernes arbeidstid blir brukt hos pasienter som krever avansert medisinsk behandling og legemiddelhåndtering. Eldre med depresjon blir ikke sett på som så syke at det er behov for at en sykepleier har den regelmessige oppfølgingen.

Først når tilstanden er blitt så alvorlig at pasienten har sluttet å spise, ikke vil stå opp av sengen eller at risikoen for selvmord vurderes som høy, blir deltakerne kontaktet av sine kollegaer.

Dataene viser at symptomer på depresjon ikke kartlegges, og at det ikke tilbys støttesamtaler til den eldre med depresjon: «Vi har ikke noe måleverktøy eller... Da går det mer på å føle seg frem» (sykepleier 1). En annen deltaker sa det slik: «Samtale med deprimerte er ikke det som står øverst på sykepleieragendaen» (sykepleier 3).

Deltakerne fremhevet at oppfølging av depresjon i liten grad er nevnt i enkeltvedtaket eldre har om hjemmetjeneste, og at det sjelden er beregnet tid til samtale som gjelder den psykiske helsen: «Så lenge de har andre ting de sliter med eller... andre vedtak, da, så kan man følge de opp. Men jeg tror ikke det blir noe gehør for å følge opp... i gåseøyne om de BARE er deprimerte» (sykepleier 5).

Samarbeidet med psykiatritjenesten er mangelfullt

Deltakerne fortalte at det mangler felles mål for å følge opp eldre med depresjon. De visste lite om hvilke utfordringer kollegaer møter hos disse pasientene, og hvilke vurderinger som gjøres med tanke på deres psykiske helse.

Deltakerne beskrev at dette henger sammen med at depresjon sjelden blir tatt opp som tema i muntlige og skriftlige rapporter: «Kanskje observerer vi forskjellige ting. Vi er ulike sånn. Ulike personer, pleiere som er inne hos pasienten» (sykepleier 2).

Deltakerne beskrev at det ofte er tilfeldig om hjemmetjenesten kjenner til om pasienten også har oppfølging fra psykiatritjenesten. Deltakerne uttrykte et sterkt ønske om samarbeid med psykiatritjenesten og muligheten til å få råd og veiledning i vanskelige situasjoner:

«Det er jo på en måte psykiatritjenesten som har disse samtalene, men det er jo som jeg sier i sted, vi har jo ikke noe samarbeid med dem. Vi vet jo ikke hva de har pratet om» (sykepleier 4).

Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen

Deltakerne fortalte at de gjør det beste ut av situasjonen når de skal følge opp eldre med depresjon. De beskrev at det er viktig for dem at pasientene skal føle seg ivaretatt, og at de tar grep for å kunne bruke mer tid hos dem.

Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt

Deltakerne fortalte at de er bevisst på å gi eldre med depresjon sin fulle oppmerksomhet når de er på tilsyn. De tar av seg jakken og setter seg ned, og med rolig prat forsøker de å formidle at de er til stede for pasienten.

I situasjoner der pasienten er urolig eller har sterk angst, forsøker deltakerne å finne årsaken og undersøker om symptomene kan ha sammenheng med smerter eller andre sykdommer. De er fleksible når det gjelder å imøtekomme pasientens ønsker.

«Mangel på tid kan føre til at sykepleierne velger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtaler om sin psykiske helse.»

Deltakerne beskrev at tiden som er avsatt til å få hjelp til for eksempel å dusje, heller kan bli brukt til samtale: «Men det å gi seg tid til å se pasienten og gjøre en liten forskjell for de, det tenker jeg er kjempeviktig. Nesten viktigere enn medisin i mine øyne» (sykepleier 2).

Deltakerne beskrev at de er avhengig av å ha en trygg og tillitsfull relasjon til pasienten for at de skal åpne seg og snakke om vanskelige følelser. Mangel på kontinuitet i pleiesituasjonen kan hemme dette. Mangel på tid kan føre til at sykepleierne velger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtaler om sin psykiske helse.

I travle situasjoner prioriterer sykepleieren heller å hjelpe til med praktiske oppgaver som å ta ut søppelet eller vaske koppene: «Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp, det er jo... den stunden å kunne prate litt... det blir jo ikke aktuelt» (sykepleier 5).

Sykepleieren tar grep

Deltakerne fremhevet at de er nøye med å prioritere tiden de har til rådighet for å kunne bruke mer tid hos eldre med depresjon. Dokumentasjon og egen matpause blir trukket frem som eksempler på hva deltakerne velger å bruke mindre tid på.

Mulighetene deltakerne har for å disponere sin egen arbeidstid, er avgjørende for at de ønsker å fortsette å arbeide i hjemmetjenesten: «Den dagen de kommer og sier at du skal huske å bare bruke de minuttene, og stå med en stoppeklokke, da drar søster xxx til en annen plass» (sykepleier 2).

Sykepleieren føler seg alene

Resultatene viser at sykepleierne føler seg alene i arbeidet. Det er ikke kultur for faglig refleksjon, og det konstante presset påvirker dem.

Det er ikke kultur for faglig refleksjon

Deltakerne fortalte at det ikke er satt av tid til faglig refleksjon, og at det kunne gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner. De beskrev at mangel på kultur for faglig refleksjon er årsaken til at det er vanskelig å ta opp faglige og etiske problemstillinger med kollegaene: «Det er ikke alltid jeg føler meg tøff nok til å si at... ja, til å tørre å si det» (sykepleier 2).

Konstant press påvirker sykepleierne

Deltakerne beskrev at de føler et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver som det forventes at de utfører, og deres eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Særlig tyngende er det når den eldre ikke har nettverk, og hjemmetjenesten er de eneste som er innom.

Deltakerne fortalte at de har få muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen: «Mange ganger føler jeg at det er helt for jævlig at vi sitter med alt dette. For vi vet jo at vi ikke klarer å følge dem opp godt nok» (sykepleier 4).

Deltakerne beskrev at de tenker på hvordan det går med disse pasientene også etter arbeidstid. Søvn blir påvirket, og et indre stress setter seg i kroppen: «Mange ganger har du det travelt, og det går kanskje ikke sånn inn på deg. Men det er etterpå at du tenker på den enkelte» (sykepleier 3).

«Deltakerne beskrev at de er engstelige for å bli følelsesmessig kalde.»

En annen deltaker uttalte: «Å se et menneske som slutter å spise, slutter å ha kontakt med omverdenen, bli mer og mer likegyldig til seg selv, er som å se på en sakte død» (sykepleier 3).

Deltakerne beskrev at de er engstelige for å bli følelsesmessig kalde, og at det er sårt å bli fratatt kvalitetstid med eldre som er deprimerte. De fremhevet at det ikke er mulig med «et sakte arbeid» i hjemmetjenesten: «Man må jo bare... innse at dette er et sakte arbeid. Evigvarende. Så det går mer i sirkel enn det går fremover» (sykepleier 5).

Diskusjon

Det er oppsiktsvekkende at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieroppgave i hjemmetjenesten. Depresjon som ofte arter seg atypisk hos eldre, gir økt risiko for alvorlig sykdom, komplikasjoner og selvmord (6).

Det er derfor avgjørende med god sykepleiefaglig og personsentrert oppfølging der hjemmesykepleierne bør ha en nøkkelrolle (16). Deltakerne beskrev at det ikke er beregnet tid i vedtakene til å følge opp depresjon hos eldre.

Det står i sterk kontrast til forståelsen av sykepleiefaget som en kyndig hjelp til å leve gjennom sykdom og behandling, der behovene for hjelp endres ut fra den enkeltes situasjon og helsetilstand (17).

På den andre siden støtter resultatet forskning som viser at enkeltvedtak ofte er styrende når det gjelder å utøve sykepleiepraksis, og at dette begrenser sykepleieren i å utøve helhetlig omsorg (18).

Resultatene viser videre at det mangler felles mål for å følge opp eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten. Systematisk kartlegging samt muntlig og skriftlig rapportering er begrenset. Et overordnet mål i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten er et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (19).

For å kunne planlegge og utføre helsehjelpen slik at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt, er det nødvendig at dokumentasjon og informasjonsutveksling blir gjort strukturert og systematisk (20).

Konstant stress påvirker sykepleierne

Studien viser at deltakerne gjør det beste for å skape en trygg og tillitsfull relasjon slik at den eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Et viktig resultat er at sykepleierne tar grep ved å ta kortere matpauser og skyve på andre oppgaver slik at det blir mer tid ved tilsyn hos denne pasientgruppen.

Helsepersonells evne til empati og personsentrert tilnærming har tidligere vist seg å være av vesentlig betydning for reduksjon i opplevd ensomhet blant pasienter i hjemmetjenesten (21). Skatvedt og Andvig (22) fremhever betydningen av hverdagspraten mellom eldre med psykiske lidelser og ansatte i hjemmetjenesten.

Resultatene viser at deltakerne sjelden har anledning til å diskutere sine egne erfaringer og føler seg alene i arbeidet. De formidler et sterkt ønske om veiledning og faglig refleksjon. Slik viser deltakerne initiativ og vilje til å forankre en kultur for faglig og personlig utvikling på arbeidsplassen.

«Langvarig stress kan gå ut over sykepleiernes helse i form av depresjon og utbrenthet.»

Tidligere studier viser at kollegastøtte og refleksjon er viktig for hjemmesykepleiere i arbeidet med å følge opp eldre med psykiske lidelser (9, 23).

Resultatene viser at konstant press påvirker sykepleierne. De beskrev en følelse av å gå på akkord med seg selv i arbeidet, de tar bekymringer med hjem, og søvnen blir påvirket. Moralsk stress har vist seg å kunne oppstå i situasjoner der sykepleiere hindres i å utføre etiske handlinger fordi profesjonelle forpliktelser gjør det umulig å handle ut fra hva som oppleves som moralsk riktig (24).

Langvarig stress kan gå ut over sykepleiernes helse i form av depresjon og utbrenthet (25). Organisasjonen bør ha et kritisk blikk på om arbeidsmiljøet og praksiskulturen legger til rette for en moralsk forsvarlig praksis. Et sentralt ledd i dette arbeidet bør være å styrke sykepleiernes kompetanse og å mestre moralsk stress (26).

Konklusjon

Resultatene viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieoppgave i hjemmetjenesten, selv om depresjon er forbundet med alvorlig sykdom og komplikasjoner. I tjenestevedtakene er det ikke beregnet tid til oppfølging av depresjon.

Det kan hindre individuell personsentrert oppfølging ettersom vedtakene ofte er styrende for helsehjelpen som blir gitt. Begrenset kartlegging og rapportering samt mangel på samarbeid med psykiatritjenesten gjør det vanskelig å innfri kvalitetsforskriftens mål om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Sykepleierne gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Det er av stor betydning for eldre med psykiske lidelser at helsepersonell møter dem med empati og tar hensyn til individuelle behov. Sykepleierne tar grep ved å skyve på andre gjøremål for å få mer tid til eldre med depresjon.

Samtidig fører det til at det blir mindre tid til andre arbeidsoppgaver og deres egen matpause. Mangel på kultur for faglig refleksjon og mangel på veiledning gjør at sykepleierne føler seg alene i arbeidet.

Veiledning må forankres hos ledelsen for å bli en etablert del av sykepleiepraksisen. Studien viser at sykepleierne føler et konstant press ved å bli dradd mellom organisasjonens krav på den ene siden og deres eget ønske om å følge opp disse pasientene på den andre siden. Langvarig stress kan gi økt risiko for utbrenthet og manglende motivasjon for å fortsette i arbeidet.

Det krevende arbeidet sykepleierne har med å følge opp eldre med depresjon, må anerkjennes ved å legge til rette for bedre kontinuitet i arbeidet, faglig utvikling og mestring av moralsk stress. Studien kan benyttes som grunnlag i arbeidet med å forbedre tilbudet til eldre med depresjon samt å beholde og utvikle kompetente sykepleiere i eldreomsorgen.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Nasjonale befolkningsframskrivninger. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11668/> (nedlastet 06.10.2021).
2. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm20172018001500oddpdfs.pdf> (nedlastet 06.10.2021).
3. Verdens helseorganisasjon (WHO). Mental health of older adults. Genève: WHO; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (nedlastet 04.03.2020).
4. Sylke A, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. 2017;210(2):125–31.
5. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbaek G. Eldre med depresjon – oppfølging over tre år. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2019;139(16).
6. Engedal K, Tveito M, red. Alderspsykiatri. 1. utg. Tønsberg: Aldring og helse akademisk; 2019.
7. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in «a minor» can «b major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011;129(1–3):126–42.
8. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561.
9. Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *J Clin Nurs*. 2015;24(17–18):2562–70.

10. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf> (nedlastet 06.10.2021).
11. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019. Rapporter 2019/11. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368 (nedlastet 06.10.2021).
12. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser for mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: NOVA; 2016. Rapport 6/2016. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf (nedlastet 06.10.2021).
13. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
14. Sjøset ME, Helgesen AK. En kvalitativ studie om hjemmesykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon. Geriatrisk sykepleie. 2021;01:16–23.
15. Fjørtoft A-K. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
16. McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. Health Soc Care Community. 2009;17(1):83–91.
17. Elstad I. Sjukepleietenkning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
18. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. Nursing Ethics. 2011;18(3):386–96.
19. Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften%20i%20pleie%20og%20omsorg> (nedlastet 06.10.2021).
20. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1):18–26.

21. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;(03):266–82.
22. Skatvedt A, Andvig E. Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. Sykepleien Forskning. 2014;9(1):64–70. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0034](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0034)
23. Janlöv A-C, Johansson L, Clausson EK. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. Scand J Caring Sci. 2018;32(2):987–96.
24. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. J Health Psychol. 2017;22(1):51–67.
25. Deschenes S, Kunyk D. Situating moral distress within relational ethics. Nursing Ethics. 2020;27(3):767–77.
26. Hetzel-Riggin DM, Swords BA, Tuang HL, Deck JM, Spurgeon SN. Work engagement and resiliency impact the relationship between nursing stress and burnout. Psychol Rep. 2020;123(5):1835–53.