



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Psykiske lidelser og eldre/
Mental illness and the elderly**

Jenny Domitila Solheim

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 25.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gerd-Anne Bråttvik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.05.2012

Antall ord: 9995

Forord

Husker du?

Nå går årene baklengs.

Husker du da og da?

Husker du stevnemøter?

Husker du hva han sa?

Husker du gledens gullstøt?

Husker du smertens ild?

dengang da øyeblikket

og intet annet var til?

Langsynt blir alderdommen.

Bra er vel også det.

Godt at vi har en fortid

som vi kan huske med!

Inger Hagerup.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling	2
2.1	Begrepsforklaring i forhold til problemstillingen.	3
2.1.1	Eldre/- aldring.....	3
2.1.2	Helse.....	4
2.1.3	Sykehjem.....	4
3.0	Metode	4
3.1	Hva kjennetegner metode?.....	4
3.2	Litteraturstudie som metode.....	5
3.3	Forforståelse og etikk.....	6
4.0	Hovedinnhold	7
4.1	Teoridel.....	7
4.1.2	Eldre på sykehjem.....	7
4.1.3	Psykiske lidelser.....	8
4.1.3	Depresjon.....	9
	Depresjon hos eldre.....	10
	Symptomer på depresjon.....	11
	Grad av depresjon.....	12
	Grad av depresjon hos eldre.....	12
	Kjennetegn og forekomst hos eldre.....	13
	Behandling.....	14
	Terapi.....	14
4.1.4	Miljøarbeid.....	15
	Helhetlig arbeidsmodell.....	16
	Kommunikasjon.....	17
	Brukermedvirkning.....	18
4.1.5	Vernepleierens kompetanse.....	19
4.1.6	Kasusbeskrivelse.....	22
5.0	Drøfting	22
6.0	Avslutning	30
6.1	Sammendrag.....	30
6.2	Konklusjon.....	30
6.3	Refleksjon.....	31
	Litteraturhenvisning	33

1.0 Innledning.

Denne oppgaven er en fordypningsoppgave for vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Molde. Studier viser at 1-4 % av den eldre befolkningen har en alvorlig depresjonslidelse. Sammenlignet med den øvrige befolkningen er forekomsten dobbelt så høy i aldersgruppen 70-85 år (Norsk helseinformatikk – NHI.no 2012).

Oppgaven er basert på fagkunnskaper, praktiske erfaringer og deltakelse i undervisningen gjennom hele studieforløpet. Temaet for oppgaven er psykiske lidelser og eldre. I denne oppgaven vil jeg skrive om eldre som bor på sykehjem og hvordan jeg som profesjonell vernepleier kan være med på å forebygge depresjon.

I følge Hovdenes (2002), er det ca. 46.000 som bor i aldersinstitusjon, hvorav 30.000 bor på sykehjem. Og i årene som kommer vil antall eldre øke. Dette vil kreve mye av omsorgsapparatet, og her vil nytenkning bli en nødvendighet, samt fleksible løsninger. Dette for å hjelpe de eldre med å få en god alderdom. Derfor anser jeg valg av tema som svært relevant med tanke på hvordan helse- og sosialprofesjoner kan bidra med sin kompetanse for å forebygge og tilrettelegge. Forebygge depresjon hos eldre og tilrettelegge hverdagen deres, slik at de vil få en god alderdom. Bakgrunnen for valg av tema vil derfor være depresjon blant eldre i sykehjem, og hva vernepleiere i sykehjem kan gjøre for å redusere dette problemet. Som nevnt tidligere vil antall eldre i befolkningen øke i årene som kommer som følge av «eldrebølgen». Hvorav forekomsten til depresjon vil øke i takt med «eldrebølgen», med begrepet «eldrebølgen» definerer Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) et stadig økende antall eldre – hvor økningen også går i bølger.

De eldre i dagens samfunn har lett for å bli omtalt med flere benevnelser i dagligtalen. Som for eksempel, pasienter, brukere, beboere eller medmennesker. I denne oppgaven velger jeg å omtale de eldre som brukere.

Det foreligger god dokumentasjon på psykiske lidelser og eldre. Før valget mitt falt på å konsentrere oppgaven rundt eldre, var jeg bevisst på at gjennom litteratursøk så ville fokuset være mer rettet mot de demente. Mye av grunnen til det er at depresjon blant de eldre er veldig likt depresjon blant de som er demente. I starten av denne oppgaven velger

jeg å trekke frem relevant teori i forbindelse med depresjon generelt og deretter knytte det opp i mot eldre.

Ved bruk av relevant kartleggingsverktøy er en stor del av vernepleierens fagfelt når det gjelder å observere ferdigheter hos personer med mental svikt. Som for eksempel nedsatt hukommelse som forårsaker ADL svikt (dagliglivets funksjoner) eller svikt i sosialfungeringsevne. For å belyse problemstillingen har jeg valgt en teoretisk overbygging som tar for seg teori rundt psykiske lidelser generelt hvor hovedtyngden ligger i begrepet depresjon og eldre på sykehjem.

2.0 Problemstilling.

Til denne oppgaven har jeg valgt å ta med en hovedproblemstilling, med et underspørsmål.

Hvordan kan jeg som vernepleier forebygge depresjon hos eldre på sykehjem?

- *Kan miljøarbeid være med på å gi de eldre en god livskvalitet?*

Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

Helsepersonell-loven tilsier at man som vernepleier er autorisert helsepersonell. Per dags dato er vi i et samfunn hvor antall eldre vil øke betraktelig. Og for å kunne hjelpe de eldre til å få en god alderdom i form av gode relasjoner, aktiviteter, god helse og materiell standard, kan jeg bidra med miljøarbeid. Dette fordi vi som vernepleiere har kompetanse i å arbeide med samspill, relasjonskompetanse og vi legger stor vekt på kommunikasjon med kolleger og brukere. Et sentralt aspekt ved vernepleierens helsefaglige kompetanse er det å kunne observere og reagere konsist på symptomer og signaler som ofte ikke er lette å tyde.

I et sykehjem er det ikke så vanlig å ansette vernepleiere, men som nevnt tidligere innehar vernepleiere helsefaglig kompetanse og miljøarbeid. Som vernepleier rår vi også over et bredere kunnskapsspekter og grundigere forståelse av hva som innebærer i miljøarbeid, og det er denne kompetansen som er særs viktig for denne yrkesgruppen. Ut i fra egne observasjoner som jeg har gjort gjennom praksis og i yrkessammenheng, har jeg lagt

merke til hvordan de eldre har det på et sykehjem. Jeg har blant annet lagt merke til at de blir mer stille av seg, livsgnisten forsvinner som regel, og mye av dette kan tyde på psykiske lidelser av en eller annen art. Med tanke på at det stadig blir flere eldre på sykehjem vil jeg som vernepleier være med på å forebygge depresjon og bidra til at de får en god alderdom.

Gjennom innhenting av litteratur, teoretisk skriving og drøfting av problemstillingen vil jeg tilegne meg kunnskap om hvordan jeg som fremtidig vernepleier kan være med på å øke livskvaliteten hos eldre på sykehjem. Hvordan kan jeg være med på å tilrettelegge en mer meningsfylt hverdag for de eldre? Man kan omtale en plass på sykehjem, som siste stoppested. Dette kan for mange virke nedstemmende.

Avgrensning av problemstillingen.

Som nevnt innledningsvis, falt temaet mitt på psykiske lidelser og eldre. Siden psykiske lidelser er et stort og omfattende tema vil det kreve en avgrensning i en slik oppgave. Derfor velger jeg å presisere at mitt utgangspunkt er eldre på 67 år og oppover som bor på sykehjem. Videre vil jeg se nærmere på hvordan miljøarbeid kan være med på å bidra til en bedre mental helse for de eldre. Og hvordan miljøarbeid kan være med på å forebygge depresjon.

2.1 Begrepsforklaring i forhold til problemstillingen.

2.1.1 Eldre/- aldring.

Med eldre i denne oppgaven, mener jeg personer som er 67 år eller mer. Denne definisjonen faller sammen med den alminnelige pensjonsalderen i folketrygden. Samfunnets holdning til eldre har konsekvenser for den enkelte Eldres selvoppfatning.

2.1.2 Helse.

Både fysisk og mental helse. Hva er de sentrale verdiene i et godt liv?

I følge WHO – verdens helseorganisasjon kan man definere helse slik: «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.» (Hjort 2010:191).

2.1.3 Sykehjem.

Sykehjem er for de eldre som er syke og som trenger medisinsk behandling og pleie.

Enkelte har behov for faste plasser og andre er innom på korttidsopphold. Grunnene til korttidsopphold skyldes at han/hun har behov for rehabilitering eller fordi pårørende har behov for avlastning (Karoliussen og Smebye 1997).

3.0 Metode.

3.1 Hva kjennetegner metode?

I følge Dalland (1993) forteller metoden hvordan man skal gå til anskaffelse av nødvendige data som vil være relevant i forhold til oppgaven. Sagt på en annen måte kan man omtale metode som et redskap i en undersøkelse. Til denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie av hensiktsmessige årsaker. Dette fordi jeg som student er på jakt etter kvalitative data, fordi bacheloroppgaven bygges på gyldighet og nøyaktighet.

Datainnsamling i kvalitative forskningsmetoder baseres hovedsakelig på intervju eller på egne observasjoner. Derfor bruker man ikke-statistiske metoder for å analysere videre funn.

Når man tar i bruk litteraturstudie som metode innhentes nødvendig data fra eksisterende litteratur. Ved å ta i bruk en slik metode vil man få en tilgang til store mengder av materiale. Dette vil være med på å skape en dybdeinnsikt og man tilegner seg flere meninger om det valgte tema (Dalland 1993). Jeg har ikke tatt i bruk metoden intervju i denne oppgaven, dermed stiller ikke oppgaven krav til taushetsplikt samt andre etiske spørsmål.

Feilkilder.

Når man foretar innhenting av data er jeg bevisst på at feilkilder kan oppstå i besvarelsen min. Jeg velger her å trekke frem begrep som validitet og reliabilitet. I følge Langdridge (2004) er validitet det samme som gyldigheten på produktet. Det vil si produktets forhold til virkeligheten og relevans sentralt. Sagt på en annen måte handler validitet om hvorvidt en test eller målemetode faktisk måler det man ønsker å måle. Videre omtaler han reliabilitet som hvorvidt det vi måler er stabilt – det vil da si påliteligheten i produktet. Kan jeg stole på materialet mitt?

3.2 Litteraturstudie som metode.

For å kunne innhente de nødvendige data som jeg trenger, har jeg valgt å ta i bruk bibliotekets søkemotor: BIBSYS. Videre har jeg tatt i bruk pensumlitteratur, selvvalgt pensum og andre søkemotorer på internett. På søkemotorene har jeg for det meste tatt i bruk ulike begreper som: psykiske lidelser, depresjon, eldre-/aldring og fysisk aktivitet.

Når jeg har tatt i bruk søkemotorer på internett, har jeg valgt å holde meg kritisk til de funn jeg har gjort. Grunnen til at jeg har holdt meg kritisk til innhenting og bruk av data fra ulike søkemotorer er fordi det lett kan oppstå feilkilder. I form av at de data som ligger ute på (internett)kan bestå av feilaktige og irrelevante fakta. Og slike data kan man ikke ta i bruk i en slik oppgave. Dette har jeg alt begrunnet i det foregående avsnitt. Ved å holde seg kritisk til anvendt litteratur viser det at man forholder seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven. Da oppnår man at leseren av oppgaven vil få en oversikt over litteratur som er tilgjengelig og hva som er vektlagt som kriterier under utvelgelsen (Dalland 1993). Videre er det viktig at man stiller seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur. Her er teksten da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren.

Til å besvare denne oppgaven har jeg lagt vekt på følgende bøker: Eknes (2006) «Depresjon og Mani», Eknes (2008) «Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker», og Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) «Geriatrisk sykepleie, - God omsorg til den gamle pasienten».

Innhenting av nødvendig data er noe jeg har brukt mye tid på. Dette fordi valget av tema er så vidt og at det finnes mye litteratur man kan ta i bruk. Videre vil jeg nevne min forforståelse i forhold til valg av tema. Jeg har i en tre- års periode arbeidet på Sanitetsforeningens- sykehjem i min hjemkommune, og i tillegg har jeg gjennom studieforløpet vært utplassert på et sykehjem. Gjennom arbeidet på disse institusjonene har jeg observert at mange eldre på sykehjem er deprimerte i den forstand at de ikke orker mer, interesser som de før har hatt, visner, og de gir uttrykk for at de føler seg alene og i veien.

Litteraturstudie kan brukes både ved kvalitativ og kvantitativ metode. Jeg velger å basere denne oppgaven ved å ta i bruk den kvalitative metoden. I følge Olsson og Sörensen (2003) blir denne formen for studie ofte tatt i bruk som bakgrunn for hovedoppgaver og skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode.

3.3 Forforståelse og etikk.

Forforståelse.

For å kunne illustrere bedre hva jeg mener i drøftingsdelen velger jeg å ta med egne erfaringer for å belyse og gjøre det lettere å forstå. Min forforståelse vil jeg derfor knytte opp mot relevant teori. I følge Aadland (2004) kommer begrepet forforståelse av våre egne erfaringer. Altså de erfaringer man gjør seg selv. Disse erfaringene er likeså gode og verdifulle som andres nedskrevne erfaringer. For en dyktig vernepleier vil det å eie kunnskap i form av et godt håndlag, en evne til innlevelse og et oppmerksomt blikk for helheten og mulighetene – de ligger der, men de kan også skapes, være en viktig del i det å kunne ta i bruk sin kompetanse ut i feltet.

Jeg vil konkludere med at min forforståelse ikke vil legge noen begrensinger for mitt hovedsyn, og det vil heller ikke bli for lite nyansert og farget av min forforståelse.

Etikk.

Videre vil jeg nevne kort hva som ligger i begrepet hermeneutiske tenkningen som også vil ligge til grunn i besvarelsen min.

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap som igjen tar for seg ulike teorier som handler om prosessen og fortolkningen av en tekst. Sagt på en annen måte blir det fokusert på forforståelsen og fortolkningen for å forstå, er min egen forforståelse, eller «briller».

I følge Aadland (2004) Hermeneutikken som fokuserer på hvordan jeg kan forstå og tolke mine omgivelser.

4.0 Hovedinnhold.

4.1 Teoridel.

4.1.2 Eldre på sykehjem.

Eldre på sykehjem – livet i en institusjon

I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) har dagens sykehjem ulik organisering og forskjellige tjenestetilbud til de eldre som trenger kortsiktig opptrening og hjelp, eller til de som er så syke og skrøpelige at de ikke lenger kan bo hjemme. De fleste eldre som bor på sykehjem vil også ha behov for omfattende hjelp, både medisinsk og pleiemessig. Videre sier de blant annet at i den første tiden på et sykehjem vil mange av de eldre oppleve at de er overmannet av sine egne følelser, og de lengter hjem, gråter og føler seg ofte ensom. Det å flytte inn på et sykehjem vil for mange eldre oppleves som å krysse en grense hvor kjente familiefortellinger ikke lenger fungerer (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

I følge Garsjø (2003) er en institusjon et sted hvor mennesker oppholder seg over kortere eller lengre tid for å oppnå et felles formål. Videre definerer Garsjø (2003) begrepet institusjon på bakgrunn av Sundin sin definisjon: «..sosiale systemer hvor et stort antall individer i samme situasjon og isolert fra resten av samfunnet for en viss tid lever sammen på en formelt innelukket, administrativ måte» (Garsjø 2003:102).

Witsø og Teksum (1998) skriver følgende «boformen vil definere de fysiske rammene som personen skal leve innenfor, de såkalte levekårsdimensjonene, men sier lite om kvaliteten på innholdet» (Witsø og Teksum 1998:35). For de eldre på sykehjem er det viktig å skape en hjemlig atmosfære som vil være med på å øke både trivsel og å være en naturlig og gjenkjennelig ramme rundt de daglige gjøremål. Dette kan i større grad være med til å vise respekt overfor dem som bor der enn hva en upersonlig bolig ville ha gjort.

4.1.3 Psykiske lidelser.

Psykiske lidelser er et samlebegrep som omfatter ulike lidelser og sykdommer. Dette er lidelser som i første rekke rammer sinnet og bevisstheten, ikke den fysiske kroppen. Det blir sagt at psykiske lidelser er en av de største sykdomsgruppene i vårt samfunn. En undersøkelse gjort av Psykiatrisk institutt ved Universitetet i Oslo påpeker at hver fjerde voksne nordmann blir psykisk syk i løpet av livet. I følge Berge og Repål (2006) har WHO – verdens helseorganisasjon, anslått at det årlig er over 300 millioner mennesker som sliter med depressive lidelser. Antall mennesker som blir berørt av at en venn, arbeidskollega eller et familiemedlem går inn i en depresjon, er selvsagt mye større. Man kan anslå at depressive lidelser er et representerende problem i verdensmålestokk.

Angst og depresjon er de vanligste lidelsene blant psykisk syke. I følge Snoek og Engedal (2001) kan man betrakte psykiske lidelser som en sykdom når det gjelder tilgang på behandlingsmuligheter, trygderettigheter og lignende.

Ordet psykisk kommer fra det greske «psykhe» som betyr sjel. Begrepet illustrerer det åndelige eller sansemessige i motsetning til det fysiske, nemlig det kroppslige (Snoek og Engedal 2001:23).

I følge Karoliussen og Smebye (1997) oppstår *psykiske kriser* hos eldre når en situasjon blir svært vanskelig, problemene så store eller at stresset blir så høyt at mestring ikke er mulig. Hos de eldre vil en slik krise ta overtaket fordi betingelsene for mestring uteblir. Og de kjente mestringsmetodene vil ikke kunne hjelpe i en slik situasjon. For eldre vil en psykisk krise føre til at han/hun opplever angst for å miste tilliten til livets orden, fornuft og mening. Videre vil denne krisen forårsake en opplevelse av å være ensom, utenfor og verdiløs.

4.1.3 Depresjon.

Boken til Berge og Repål (2003), Lykketyvene, har med et sitat fra Richard Ford i Sportsjournalisten. Sitatet handler om depresjon og derfor velger jeg å ta det med i denne delen av oppgaven. Videre vil jeg komme med en samlebetegnelse på hva som ligger i begrepet depresjon.

Det hender så mye i livet, og mye kan skje midt i det: Foreldrene dine kan dø, ekteskapet ditt kan forandre seg og til og med gå fra deg, et barn kan gå bort, yrket ditt kan forekomme deg meningsløst. Du kan komme til å miste alt håp. Bare noe av dette ville være nok til å gå deg ut av kurs. Og på samme tid er det vanskelig å si hva som forårsaker hva, ettersom alt på én meget viktig måte forårsaker alt annet (Berge og Repål 2003:26).

Eknes (2006:29) definerer begrepet depresjon slik: *Ordet depresjon kommer fra det latinske verbet, deprimere, som betyr å presse ned.*

I det 17. århundre ble begrepet først anvendt, og da som en stemningslidelse (Gilbert, 2001). Det tok likevel lang tid før det ble tatt inn i diagnosesystemet som en egen diagnosebetegnelse. På 1900-tallet ble begrepene psykosenevrose eller nevrose brukt.

Betegnelsen omtales både i hverdagspråket og som en diagnose. Når folk snakker om at de er deprimerte, henviser de til en følelse av sorg og fortvilelse. Og når betegnelsen brukes som diagnose, omfatter det ikke bare følelseslivet, men hele menneskets psykiske tilstand (Eknes, 2006).

Videre omtaler Eknes (2006) begrepet depresjon som en felles betegnelse på en gruppe lidelser, med en rekke forskjellige årsaker. Det blir også sagt følgende:

Depresjon dreier seg om et syndrom som rammer personers tanke og følelsesliv, og ettersom dette i utgangspunktet er svært forskjellig fra person til person allerede

før de rammes av depresjon, er det naturlig at problemene depresjon medfører, også slår forskjellig ut (Eknes 2006:29).

Depresjon kan i faglig sammenheng forstås som et syndrom, med en rekke kjennetegn som til sammen tegner et bilde av en bestemt psykisk lidelse. Den omfatter både tanker, følelser, atferd og kroppslige forstyrrelser. Et av symptomene kan være den depressive følelsen. Depresjon er en betegnelse på en gruppe lidelser, med en rekke forskjellige årsaker. Depresjon kan utvikle seg hurtig, både over dager og-/eller uker (Eknes 2006).

Depresjon hos eldre.

Eknes (2006) uttaler at depresjon hos eldre er nærmest fire ganger mer vanlig enn i den øvrige befolkningen.

Depresjon går vanligvis helt eller delvis over også hos den eldre garden som hos den yngre. Men 10-20 % utvikler kronisk depresjon som varer livet ut.

Videre sier Eknes (2006) følgende: «Når eldre personer i løpet av få uker blir mer opptatt av smerter og sykdom, klager mer over angst og uro, føler seg til overs, skal vi være oppmerksom på at det kan være del av en depresjon Eknes (2006:46).»

Depresjon forekommer hyppig i høy alder og er også knyttet til kroniske sykdommer. Denne psykiske lidelsen er i følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) en alvorlig tilstand. Dette fordi den kan gi økt selvmordsfare, økt dødelighet og større risiko for hjerte- og karsykdommer og slag.

Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) definerer depresjon hos eldre slik:

Depresjon er en hyppig forekommende psykisk lidelse hos gamle, men blir likevel ofte oversett. Det er alvorlig, fordi depresjon er forbundet med kortere levetid og redusert nytteeffekt av rehabiliteringstilbud (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008:119).

I følge Solheim (2009) innebærer det å bli gammel i seg selv mange tap. «Andre påkjenninger kan være sykdom, skade eller annen psykisk påkjenning. Slike traumer av en eller annen karakter kan være utløsende årsak til depresjon» (Solheim 2009:35).

Witsø og Teksum (1998) skriver at «depresjon hos eldre kan for eksempel påvirke både kognitiv funksjon og hukommelse. Depresjon kan imidlertid behandles» (Witsø og Teksum 1998:25). Videre skriver de følgende « Dersom det foreligger en stadig forverrelse av psykiske, viljemessige og kognitive funksjoner, bør man imidlertid mistenke at det skyldes demens» (Witsø og Teksum 1998:25).

Symptomer på depresjon.

Symptomer på depresjon vil variere fra person til person. Årsakene til depresjon er sammensatte, og påvirker oss på flere områder. En felles forståelse av hvilke symptomer som kjennetegnes ved depresjon er mange. I denne oppgaven velger jeg å ta utgangspunkt i helsedirektoratet sin definisjon.

Mennesker som opplever depresjon kan ha følgende symptomer: En vedvarende følelse av dysterhet og tristhet, mangel på energi, søvnproblemer, indre urofølelse, redusert interesse for omverdenen, nedsatt livslyst og dårlig konsentrasjonsvansker (Psykia A/S).

Symptomer som nedstemthet/tristhet, tap av interesser/gleder og nedsatt energi/økt tretthet regnes i dag som kjernesymptomer. For å kunne stille diagnosen depresjonslidelse må minst to av disse punktene være til stede.

I følge Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) vil depresjon i mange tilfeller være lettere å diagnostisere fordi diagnosen i hovedsak krever at det foreligger en forandring i personens funksjonsnivå i en kortere, identifiserbar periode.

Symptomene hos eldre fremstår gjerne noe annerledes enn hos yngre. De eldre blir gjerne mer irritable, de bekymrer seg gjerne litt mer, noe som igjen kan føre til at de blir mer engstelige. Videre vil opplevelsen av tomhet og håpløshet virke mer markert. Andre på sin side kan oppleve stor grad av rastløshet, som kan videre føre til at de klager og maser om

de samme tingene gang på gang. Og noen kan fremstå som svært manipulerende, krevende og selvopptatte. Alt dette vil variere fra person til person, men uavhengig av kjønn (Eknes 2006).

Grad av depresjon.

I følge Buckman og Charlish (2002) kan man dele inn depresjon i ulike kategorier: Mild depresjon, moderat depresjon og alvorlig depresjon. Jeg velger å starte med mild depresjon hvor depresjonen eller angstnevrosen ikke går over, selv om den ytre årsaken fjernes. Mange av oss har en mild depresjon som har med det å vende tilbake. Med moderat depresjon «blir symptomene sterkere, og det blir vanskeligere å fungere normalt hjemme og på jobben», videre sier Buckman og Charlish (2002) at «moderat depresjon er en «ekstrem form for elendighet som går ut over det som anses som normalt for omstendighetene» (Buckman og Charlish 2002:15). Alvorlig depresjon oppstår når personen mister kontakten med virkeligheten og ikke fungerer normalt. En slik diagnose faller inn under kategorien psykose hvor man opplever en følelse av tristhet og elendighet, hvor virkelighetsoppfatningen fordreies, i form av vrangforestillinger/hallusinasjoner (Buckman og Charlish, 2002).

I følge Lykketyvene (2003) kan alvorlig depresjon føre til nedsatt oppmerksomhet, reaksjonsevne og hukommelse. Og på lik linje med Buckman og Charlish (2002) kan personer i verste fall gå inn i en apatisk tilstand med tilbaketrekning og isolasjon.

Grad av depresjon hos eldre.

Hos de eldre kan depresjon opptre som symptom og som lidelser. Her velger jeg å ta for meg depressive lidelser som kan deles inn i mild depresjon, maskert depresjon, demensliknende depresjon og atypisk depresjon. Kirkevold m.fl. (2008) definerer mild depresjon slik: «Mild depresjon blir ofte oversett og bagatellisert. Men sykdommen kan utvikles til alvorligere stadier av depressive lidelser og forverre somatisk sykdom»(Kirkevold m.fl. 2008:387).

Videre definerer Kirkevold m.fl.(2008) begrepet maskert depresjon slik: «Maskert depresjon er ledsaget av kroppslige symptomer, men mangler det karakteristiske triste stemningsleiet»(Kirkevold m.fl. 2008:387).

Og de definerer demensliknende depresjon slik: «Demensliknende depresjon kan forveksles med demenstilstander, fordi pasienten ofte har konsentrasjonsvansker og ikke bryr seg noe særlig om omverdenen. Tilstanden kan forveksles med varig redusert hukommelse, som ses ved demens»(Kirkevold m.fl. 2008:387).

Helt til slutt defineres atypisk depresjon slik « Atypisk depresjon har ikke de karakteristiske symptomene som er vanlige ved depresjon. Symptomene kan være vektøkning, økt appetitt, lite søvn, angst og uro med aggressive utfall» (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008:387).

Kjennetegn og forekomst hos eldre.

I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) vil kjennetegn ved lett, moderat eller alvorlig grad av depresjon være følgende:

- 1. Generelle kriterier: Varighet av depressiv episode minst to uker, ingen tidligere episode med mani/hypomani eller blandingstilstand, organisk etiologi utelukkes.*
- 2. Kjernesymptomer: Nedtrykthet (depressivt stemningsleie), nedsatt lyst (glede) eller interesse for omgivelsene og andre, nedsatt energi eller økt tretthet.*
- 3. Ledsagende symptomer: Nedsatt selvtillit eller selvfølelse, selvbebreidelse eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller konsentrasjonsforstyrrelser, agitasjon eller hemning, søvnforstyrrelser og appetitt- eller vektendring* (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008: 388).

Forekomsten av depresjon hos eldre i sykehjem utgjør hele 40 % og lidelser ca. 20-25 %. I sykehjem er kjønnsforskjellene uklare, men studiene tyder på at kvinner har en høyere forekomst enn menn (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Når det er snakk om eldre og depresjon, er det ikke unaturlig at man ser en sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom. Her kan depresjon være en følge av en somatisk

sykdom, et eksempel på dette kan være en somatisk sykdom som for eksempel kreft – og denne diagnosen kan ha depresjonsliknende symptomer (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Behandling.

Under dette punktet velger jeg å holde meg kritisk til bruken av medikamentell behandling som metode for å redusere depresjon hos eldre. I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) blir det tatt i bruk medikamentell behandling hos de aller fleste eldre med depresjon. De nevner også følgende «enkelte som har begynt med antidepressive legemidler, har ikke fått tilstrekkelig oppfølging og har blitt stående på behandlingen til tross for liten eller ingen effekt» (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008:389).

I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) er de mest brukte legemidlene hos de eldre med depresjon, selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) som citalopram, escitalopram, fluoksetin, paroksetin og sertralin. Eknes (2006) omtaler serotonin som et nødvendig signalstoff for hjernens daglige kontroll av stemningsleiet, som igjen har en stor innvirkning på hjernens fungering under depresjon. Denne behandlingsformen benyttes i kommunikasjon mellom nerveceller.

De vanligste bivirkningene ved bruk av SSRI-preparater er kvalme, diaré, uvelhet, hovdeverk, tretthet, irritasjon, nedsatt seksuell lyst eller evne, og forsinket orgasmerefleks både hos kvinner og menn (Eknes 2006). Videre sier Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) at bivirkningene kommer først etter noen ukers bruk, og at de fleste tåler disse legemidlene godt.

Terapi.

Det har blitt dokumentert at de to behandlingsformene som har vist effekt på både angst og depresjon, er psykoterapi og medikamentell behandling. I følge Eknes (2006) ligger psykoterapi til grunn i den psykososiale modellen for utviklingen av depresjon. Hensikten

ved å ta i bruk psykoterapi som metode for behandling av depresjon, er at man bidrar til bedre mental helse, følelsesmessige og/-eller atferdsmessige problemer.

En annen behandlingsform som jeg anser som relevant i forhold til de eldre med diagnosen depresjon er, kognitiv atferdsterapi. Denne behandlingsformen omtales i følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) som en løsningsorientert behandlingsform. Videre sier de følgende:

Denne terapiformen har for det meste nåtid og framtid i fokus og legger liten vekt på fortiden. Tanker, følelser og atferd har nære forbindelser, og kognitiv atferdsterapi går ut på at en lærer å gjenkjenne og forandre negative tankemønstre. Behandlingen kan gjennomføres i grupper og individuelt, og man arbeider mot stadig nye mål for å gjenvinne, fornye og kanskje øke mestringsrepertoaret (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008: 390).

Det er ikke bare medikamentell behandling man kan ta i bruk for å redusere depresjon hos eldre på sykehjem. Miljøarbeid kan også være en form for behandlingsmetode for å forebygge depresjon hos eldre.

4.1.4 Miljøarbeid.

I dette kapitlet vil jeg belyse hvor viktig det er med miljøarbeid i sykehjem. Og hva som ligger i begrepet miljøarbeid. Vernepleierens kompetanse ligger nettopp i begrepet miljøarbeid. Det er ikke nødvendigvis medikamentell behandling som er det eneste behandlings alternativet for eldre med depresjon. Det finnes andre løsninger også.

I følge Linde og Norlund (2006) er miljøarbeid både faglige avveininger og vurderinger, eventuelt valg av metode, datainnsamling, gjennomføring og evaluering.

Videre omtaler de begrepet miljøarbeid som en forståelse og begrunnelse for gjennomføringen av en systematisk planlagt handling sammen med eller for en tjenestemottaker. Det vil da si at miljøarbeidet er avhengig av relevant teoritilgang. I det profesjonelle miljøarbeid ligger et krav om eksplisitt redegjørelse for mål, metode og begrunnelse (Linde og Norlund 2006).

Som vernepleier har man anledning til å bidra med ulike alternativer i eldreomsorgen, da spesielt med tanke på miljøarbeid. I følge Solheim (2009) må man som vernepleier «finne ut når symptomene på depresjon startet, samtidig som en hører med både pasienten og pasientens nettverk om det i løpet av det siste året har skjedd påkjenninger av betydning for pasienten» (Solheim 2009:35).

I følge Solheim (2009) er hovedmålsettingen for miljøbehandling å bedre livskvaliteten for det enkelte individ. Dette kan gjøres ved å bidra til at brukerne bevarer sin identitet, selvstendighet og egenverd så lenge som det er mulig. At brukeren opplever trygghet og at han/hun får mulighet til å holde på sine vaner og ferdigheter i dagliglivet. Og ved å utvikle et godt og nært samarbeid mellom pårørende, brukeren og det nødvendige helsepersonell i kommunehelsetjenesten hvor dette er hensiktsmessig.

Helhetlig arbeidsmodell.

I følge Fo - Fellesorganisasjonen (2008) er den helhetlige arbeidsmodell (et arbeidsverktøy) en arbeidsmodell for målrettet tiltaksarbeid. Modellen er med på å illustrere at vernepleierens arbeidsmåte kan forstås som en prosess. Arbeidsmodellen består av ulike faser, og disse fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. De ulike fasene i modellen er: kartlegging, analyse, mål, tiltak og evaluering.

Som vernepleier må man ta i bruk arbeidsmodellen for å komme frem til ulike begrunnende løsningsforslag. Og for å begrepsfeste ulike faser i en målrettet arbeidsprosess. Videre vil det bli lettere å systematisere og dokumentere sammenhengen mellom utfordringer i yrkesutøvelsen og begrunnede løsningsforslag.

Kommunikasjon.

I følge Grung, Wærness og Brunvand (2010) inngår ferdighetstrening i kommunikasjon og samspill i fagplanen til vernepleierne. Å ha kunnskap i forhold til dette området er helt nødvendig i eldreomsorgen, i tillegg til å kjenne brukernes bakgrunn. Når man skal kommunisere med brukere på det emosjonelle planet er det snakk om *validering*. Her bekrefter eller avkrefter vi brukerens verbale utsagns, men prøver å fange opp det følelsesmessige innholdet, og deretter kommunisere ut i fra det. Videre sier Grung m.fl (2010) noe om reminisens (minneaktivitet) og realitetsorientering. De sier følgende:

Reminisens forutsetter også til en viss grad at vernepleieren har kjennskap til brukerens historikk. Å bla i gamle album kan vekke til live mange gode minner. Gammel redskap og bruksgjenstander kan også være et godt utgangspunkt for å få til den gode samtalen. Visualiseringen her er viktig; og har sammenheng med at gjenkjenningsevnen som oftest er bedre bevart enn gjenkallingsevnen (Grung m.fl 2010:134).

Med realitetsorientering forstås det slik: «I det fysiske miljøet er det viktig med skilting på dører etc. for å skape trygghet og oversikt. Som kommunikasjonsform kan realitetsorientering være greit for noen brukere, mens andre kan føle det provoserende» (Grung m.fl. 2010:134).

Et godt kontaktforhold mellom sosial- og helsearbeidere og eldre brukere er viktig for å skape et godt grunnlag for et mest mulig hensiktsmessig samarbeid mellom partene. For å kunne samarbeide på tvers av disse partene forutsettes det at partene forstår hverandre. Og da må kommunikasjonen være klarest mulig.

I følge Heap (2002) defineres begrepet kommunikasjon slik «Vi kan i all enkelhet si at vi med kommunikasjon mener å formidle mening ved gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art» (Heap 2002:43).

Man kommuniserer for å kunne utføre ulike funksjoner som blant annet å:

gi og søke informasjon og instruksjon. Formidle opplevelser og reaksjoner. Gi respons og klargjøre meddelelser til og fra hverandre. Gi uttrykk for holdninger og meninger. Påvirke hverandre (Heap 2002:43).

Gundersen og Moynahan (2006) presiserer at man som miljøarbeider ikke har mandat til å regulere brukeres oppførsel ut fra egne normer og verdier. Dette gjenspeiler seg om samspillet mellom to eller flere personer oppleves som positivt. Noe som igjen vil være avhengig av om partene klarer å regulere sin væremåte slik at begge parter har positiv utbytte av situasjonen.

Mye av vår atferd kan betraktes som kommunikasjon. Ut i fra hva man gjør, måten man handler på – og hvordan man signaliserer vår egen vilje, våre intensjoner og våre prioriteringer. Atferd som kommunikasjon kan ofte være uhyre viktig og innholdsrik. Og i følge Heap (2002) utdyper han at «Det vi gjør, er noen ganger i strid med det vi sier, slik at atferden til tider faktisk kan være et klarere og mer pålitelig kommunikasjonsmiddel enn ordene våre» (Heap 2002:44).

Validering – kommunikasjonsform man tar i bruk i møte med pasienter på det emosjonelle planet. I følge Vernepleierboka (2010) blir validering omtalt slik: «Det betyr for eksempel at vi verken bekrefter eller avkrefter pasientens verbale utsagn, men prøver å fange opp det følelsesmessige innholdet og kommunisere» (Grung, Wærness og Ellingsen 2010:133).

Brukermedvirkning.

Jeg har valgt å komme med en kort definisjon på hva som menes med begrepet brukermedvirkning. Dette er et bevisst valg jeg har tatt fordi dette er et viktig moment å ta med når man arbeider som vernepleier.

Videre omtaler Vatne (2003) hvor viktig det er å ha med brukermedvirkning som målsetting i en hjelperelasjon. En slik målsetting vil si å fokusere på samarbeidet om hjelpen. Dette gjennom dialoger hvor man deler opplevelser og oppfatninger av brukerens situasjon. Kort forklart handler brukermedvirkning om forståelsen av ideologi, formål og fokus. I følge Vatne (2003) blir begrepet brukermedvirkning definert slik:

Brukermedvirkning har som mål at pasientene skal være deltaker i egen behandling. Vi ser at dette skjer ved at hjelpen rettes mot det som er pasientens interesser og grunnleggende behov. Tiltakene som hjelperne utvikler sammen med pasienten, blir derfor annerledes enn om pasienten ikke medvirker (Vatne 2003:20).

4.1.5 Vernepleierens kompetanse.

Grung m.fl.(2010) har skrevet boken Vernepleierboka som er en håndbok for vernepleierutdanningen, hvor det blant annet blir konkretisert hva som skiller en vernepleier fra andre helse- og omsorgsprofesjoner. I den nasjonale rammeplanen for vernepleierutdanningen står det blant annet at «Vernepleieren må ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør ham/henne sensitiv og lydhør overfor brukernes signaler og være i stand til å omsette vedkommendes ønsker og behov til praktisk bistand og tjenesteyting» (Vernepleierboka 2010:128).

Som vernepleier har man en spesialkompetanse i forhold til handling og samhandling som igjen er basert på teori og erfaringsbasert kunnskap. Begrepet selvbestemmelse står sentralt i vernepleierens vokabular, hvor det er viktig å ha fokus rettet mot det. Videre vil vernepleiere samhandle med et mangfold av mennesker med ulike behov. I følge Fo – Fellesorganisasjonen (2008) står det blant annet at:

En stor andel av vernepleiere arbeider innenfor tjenestene til personer med utviklingshemning, blant annet i kommunale hjemmetjenester, dagtilbud eller i spesialisthelsetjenesten. Vernepleieren arbeider også i rusomsorgen, psykisk helsevern, eldreomsorgen, omsorgen for personer med fysisk funksjonshemning og i ulike deler av skole- og undervisningssektoren.

Videre behersker vernepleiere ulike teorier, analyseredskaper og praktiske ferdigheter som er med på å bidra til å gjøre det mulig å kompensere ulike grader av funksjonssvikt.

«Bruk av relevant kartleggingsverktøy er en del av vernepleierens fagfelt når det gjelder å observere ferdigheter hos personer med mental svikt» (Grung m.fl. 2010:132:133).

Det sies også at vernepleiere er mer forståelsesfull i den grad at de tar i bruk etiske refleksjoner, veier for og imot – er problemløsningsorientert og spesielt interessert i det området han/hun velger å fokusere på. Dette gjenspeiler seg gjerne ved at vernepleierne har varme hender, et godt hjerte og et klokt hode.

Hovedfokuset for en vernepleier er å ha fokus på det hele mennesket. I følge Grung m.fl. - Vernepleierboka (2010) velger jeg kort å trekke frem målsetningen med miljøterapi «Målsetningen med miljøterapi er at den skal bidra til økt livskvalitet og skape gode øyeblikk for pasienten» (Grung m.fl. 2010:130). Dette fordi man som vernepleier også har opparbeidet seg kunnskaper om hvilke sykdommer som forekommer hos de eldre, og her, ikke bare de eldre på sykehjem, men de eldre over 69 år.

Når man arbeider på et sykehjem er det viktig med etisk kompetanse, noe som også er et viktig grunnlag for all god pleie og behandling i eldreomsorgen. Sagt på en annen måte, kan man si at som vernepleier har man i stor grad livet til brukerne i våre hender. Dette krever at man til enhver tid er klar på vår maktposisjon som hjelpere – her er det lett for at man kan misbruke den, unngå dette!

Videre vil jeg trekke inn hvor viktig det er å reflektere over hva man har gjort, hvorfor og hvordan. Dette er nødvendig for å handle til brukerens beste, og er med på å forebygge unødig bruk av tvang og makt.

Helt til slutt vil jeg påpeke at det er viktig å huske på at det er personalet sin oppgave å tilpasse seg brukernes atferd, og ikke motsatt!

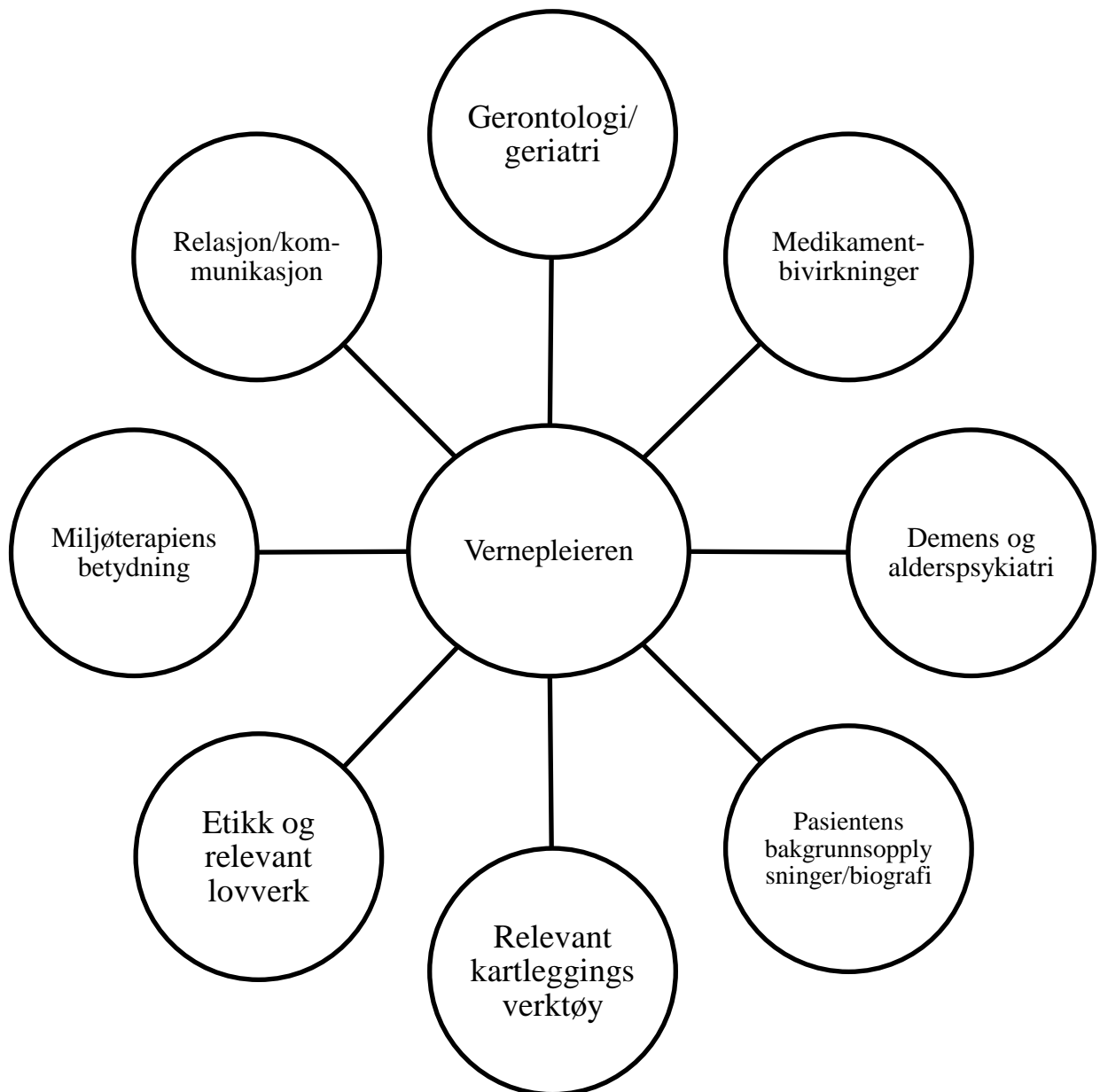


Fig.1. Grung, Wærness og Ellingsen (2010:135).

Jeg har valgt å ta med denne illustrasjonen for den er med på å belyse hvilke kompetanser en vernepleier bør ha i forbindelse med å arbeide i demens/- eldreomsorgen. Vernepleieren bør ha kunnskap og ferdigheter rundt disse punktene som er illustrert i diagrammet overfor. Dette for å kunne stå til tjeneste å hjelpe de brukerne som har behov for det. Med en slik allsidig kompetanse er man bedre rustet til det.

4.1.6 Kasusbeskrivelse.

For å belyse og underbygge problemstillingen min i denne besvarelsen, velger jeg å trekke inn en kasusbeskrivelse. Dette for å illustrere fakta fra virkeligheten, og drøfte dette opp i mot teori fra teorikapittelet.

Olaug er ei eldre dame på 70 år som nylig har fått tildelt sykehjemsplass i sin hjemkommune. Hun er gift og har to barn, som ikke bor en flytur unna. Barna er godt voksne og har for lengst startet sin egen familie med barn.. Olaugs mann Rolf, bor fremdeles i parets villa et steinkast unna sykehjemmet hvor Olaug nå bor. For Olaug ble det en sterk påkjenning å få tildelt sykehjemsplass, dette fordi hun ikke kunne skjønne hvorfor hun ikke kunne bli boende hjemm, sammen med sin mann lenger. Men for Rolf ble det tyngre og tyngre å ha sin kone boende i samme hus. Mye av grunnen skyldes at Rolf ble alene om å hjelpe sin kone, etter et stygt fall hun hadde på badegulvet for en stund tilbake.

Olaug på sin side, vil ikke ha fremmede folk inn i huset sitt som skal «ta vare» på henne. Hun innser ikke at hun trenger ekstra oppfølging i personlig hygiene, husstell og andre gjøremål i hverdagen som krever finmotorikk.

Olaug utviklet fort depresjon etter at hun flyttet på sykehjem. Dette i form av at hun ble lett tappet for energi, livsgnisten forsvant og en grad av nedstemthet oppstod som ikke ville gi slipp. Videre ble konsentrasjonsvanskene hyppigere, i den grad at det å strikke en gryteklut ble en stor utfordring. Hun følte seg også alene, som en slags form for intens hjelpeløshet og oppgitthet. Veien videre ble sett på som tung og vanskelig,, hvor livet ble sett på som meningsløst og verdiløst. Savnet etter Rolf og de trygge omgivelsene ble bare større og større.

5.0 Drøfting.

I drøftingen vil jeg ta for meg hvordan jeg som vernepleier kan ta i bruk miljøarbeid i arbeid med de eldre på sykehjem med depresjon. Dette ut i fra litteraturfunn, hvor jeg har valgt litteraturstudie av hensiktsmessige årsaker. Dette har jeg nevnt i 3.0 Metode. Videre vil drøftingsdelen være basert på egne erfaringer som jeg har opparbeidet meg gjennom

studieforløpet og i gjennom yrkeslivet. Dette for å kunne illustrere bedre hva jeg vil formidle gjennom anvendelsen av teori. Videre velger jeg å ta med en kasusbeskrivelse for å skildre og konkretisere hvorfor jeg har valgt den teorien og hvordan jeg som vernepleier kan yte best mulig hjelp – i form av miljøarbeid.

Jeg har valgt å ta med litteratur fra følgende bøker: Eknes Jarle, Jon A. Løkke, Trine Lise og Ivar Mæhle (2008). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*, og Linde, Sølvi og Inger Norlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*.

Hvordan kan jeg som vernepleier forebygge depresjon hos eldre på sykehjem?

I teorikapittelet under eldre på sykehjem kommer det tydelig frem at de eldre har en delt oppfatning om det å få tildelt en sykehjems plass. Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) definerer begrepet sykehjem som et tjenestetilbud til de eldre som trenger kortsiktig opp trening og eller hjelp. For mange eldre vil det å bli plassert på et sykehjem fortone seg som slutten, at man ikke får muligheten til å komme seg hjem, og at dette forblir deres siste stoppested. Videre omtaler Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) at et sykehjem også er til for de som er så syke og skrøpelige at de ikke lenger kan bo hjemme. I sykehjemspraksisen observerte jeg blant annet hvordan mange eldre har det på sykehjem. Og noe som jeg ofte observerte var at mange ble overlatt mye til seg selv på rommene sine. Dette kan være med på å utløse en følelsesmessig reaksjon ved å føle seg ensom og forlatt av sine kjære. De eldre opplever i følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) at den første tiden på sykehjem innebærer at de føler seg overmannet av sine egne følelser, hvor de da lengter mye hjem, gråter og føler seg ensom. Dette kan være med på å bidra til at de eldre opplever en form for depresjon. Videre omtaler Witsø og Teksum (1998) hvor viktig det er å skape en hjemlig atmosfære for de eldre som bor på sykehjem. Dette vil antakeligvis øke både trivsel og være en naturlig og gjenkjennelig ramme rundt de daglige gjøremål. Dette kan bidra til å vise respekt overfor dem som bor der, enn hva en upersonlig bolig ville gjort.

Flere eldre liker ikke tanken på å bli plassert på et sykehjem, kan det ligge noe bak at et sykehjem ofte blir omtalt som en institusjon i dagligtalen? I følge Garsjø (2003) er en institusjon et sted hvor mennesker oppholder seg over kortere eller lengre tid for å oppnå et felles formål. For Olaug vil det formålet være å få hjelp i form av tilrettelegging av hverdagslige gjøremål. Noe som vil være med på å øke mestringsfølelsen og det å føle seg inkludert i samfunnet igjen.

For mange eldre er det en stor overgang å flytte fra egen bolig til sykehjem. Fra det å bo i kjente og ofte kjære omgivelser og flytte inn på et lite areal hvor man ikke har muligheten til å ta med seg det en måtte ønske hjemmefra er også tøft for mange. Videre må de eldre lære seg å forholde seg til mange ukjente mennesker, derfor kan overgangen bli stor. Han/hun må også tilpasse seg nye rutiner, ny døgnrytme, må venne seg til institusjonsmaten og måten dagligdagse gjøremål blir utført på.

Snoek og Engedal (2001) sier at psykiske lidelser er et samlebegrep som omfatter ulike lidelser og sykdommer. Videre kan man betrakte psykiske lidelser som en sykdom når det gjelder tilgang på behandlingsmuligheter, tyngderettigheter og lignende. Ut i fra kasusbeskrivelsen blir Olaug rammet av en psykisk lidelse, nærmere bestemt depresjon. Etter at hun falt på badegulvet og ble mer immobil, ble hun dermed tildelt plass på et sykehjem. Dette kan for Olaug anses som en krise, og i følge Karoliussen og Smebye (1997) blir denne krisen definert som en psykisk krise. Dette er en krise som oppstår hos eldre når en situasjon blir svært vanskelig å takle. Hvor problemene blir så store eller at stresset så høyt, at mestring uteblir. Videre vil en psykisk krise for eldre føre til at han/hun opplever angst for å miste tilliten til livets orden, fornuft og mening. Noe som vil være med på å forårsake en opplevelse av å være ensom, utenfor og verdiløs. Ut i fra kasusbeskrivelsen har Olaug opplevd noe som kan tilsies å ligne på tap – dette ut i fra at hun får en følelse av å miste sin identitet etter å ha blitt overflyttet til et sykehjem. Videre vil hun slite med å se at hennes fremtidsplaner viskes ut, hun får ikke lenger den friheten hun før hadde.

Slik det kommer frem i teorien omtaler Eknes (2006) begrepet depresjon som en felles betegnelse på en gruppe lidelser. Hos eldre er ikke depresjon en naturlig del av alderdommen, men en tilstand som er underdiagnostisert og underbehandlet. Videre

nevner Eknes (2006) at en depresjon hos de eldre er nærmest fire ganger mer vanlig enn i den øvrige befolkningen.

Ut i fra kasusbeskrivelsen kommer det tydelig frem at Olaug er plaget av depresjon. Mye av grunnen til det er at hun lider av en kronisk sykdom slik at de psykososiale faktorene utpeker seg. Dette kan være alt i fra tap av funksjon, tap av nære personer – hvor Olaug føler seg alene ettersom at hun nå har flyttet inn på sykehjem uten sin mann. Videre kan de psykososiale faktorene være posisjonering og en oppfatning av at det ikke er noe mer mening med livet og dette vil igjen gjenspeile seg på det sosiale nettverket til den det gjelder.

Med tanke på at antallet eldre øker i dagens samfunn, vil det ikke være unaturlig at det vil bli flere eldre mennesker med depresjoner eller en annen form for psykiske lidelser.

Grunnen til dette er at befolkningen øker i takt med at det er tidligere store barnekull som nå er kommet i den alderen at de vil ha behov for en sykehjemsplass.

Som sagt viser forskningen at antall eldre øker i dagens samfunn, Eknes (2006) nevner kort at depresjon blant eldre er nærmest fire ganger mer vanlig enn i den øvrige befolkningen. Og i følge Eknes (2006) vil 10-30 % av den eldre befolkningsgruppen utvikle kronisk depresjon som vil vare helt til livets slutt.

Depresjon hos eldre kan deles inn i ulike kategorier og i følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) velger de å dele inn depressive lidelser i en mild depresjon, maskert depresjon, demensliknende depresjon og atypisk depresjon. På generell basis velger Buckman og Charlish (2002) å dele inn depresjon i følgende kategorier som mild depresjon, moderat depresjon og alvorlig depresjon. Når vi ser på Olaugs situasjon kan det tyde på at hun holder på å utvikle atypisk depresjon, som er en depresjons- lignende tilstand som ikke har de karakteristiske symptomene som er vanlig ved en depresjon. Men symptomene kan være for eksempel vektøkning, økt appetitt, lite søvn, angst og uro med aggressive utfall. Når det er snakk om forekomsten av depresjon hos eldre på sykehjem utgjør den hele 40 % og lidelser ca. 20-25 %. Som det kommer frem av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) er det i sykehjem uklare kjønnsforskjeller over hvem det er som har størst forekomst av depresjon. Men i studiene tyder det på at det er kvinnene som har en større sannsynlighet for å utvikle depresjon enn menn. Mye tyder også på at

utviklingen av depresjon hos eldre henger sammen med somatisk sykdom, som for eksempel kreft.

Hos eldre som utvikler depresjon og/eller en annen form for psykiske lidelser, vil det forekomme ulike behandlingsstrategier. Jeg har som nevnt tidligere i oppgaven min valgt å holde meg kritisk til valg av medikamentell behandling. Dette fordi det er også andre virkemidler og behandlingsformer som kan tas inn i behandlingen av depresjoner. Enkelte som har begynt med antidepressive legemidler, har blant annet ikke fått tilstrekkelig med oppfølging og har blitt stående på behandlingen til tross for liten eller ingen effekt. Videre sier Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) at de mest brukte legemidlene hos de eldre med depresjon, er selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) som citalopram, escitalopram, fluoksetin, praoksetin og setralin. I følge Norsk helseinformatikk er SSRI et medikament mot depresjon. Dette medikamentet er skreddersydd for kun å ha effekt på serotonin-nivået i hjernen, uten samtidig å virke på alle de andre stoffene i hjernen som er viktig for normal hjernefunksjon (NHI – Norsk Helseinformatikk 2012).

Hos eldre kan denne behandlingsformen utløse eller være med på å forsterke et depressivt stemningsleie. Og i verst fall kan lykkepillespising øke ved kjedsomhet. Dette kan i verste fall føre til andre problemer for de eldre.

Kan miljøarbeid være med på å gi de eldre en god livskvalitet?

Under dette kapitlet velger jeg i hovedsak å holde fokuset rettet mot kasusbeskrivelsen i teorikapitlet. Dette for å kunne illustrere bedre hvor man som vernepleier kan ta i bruk miljøarbeid for å gi de eldre en god livskvalitet på sykehjem.

Som vernepleier tar vi i bruk miljøarbeid når vi skal samhandle med ulike brukergrupper. Dette gjør vi ved å arbeide for å styrke eller opprettholde den eldre kompetanse eller ferdigheter i hverdagslivet. Her gjelder det å finne en god balanse mellom omsorg og selvstendighet. Når man tar i bruk miljøarbeid som metode for å bidra til at de eldre får en god alderdom, innebærer det at man må arbeide helhetlig og kontinuerlig. Sagt på en

annen måte må man arbeide systematisk og oversiktlig – og utforme gjennomførbare og klare mål, samt evalueringsrutiner. Dette karakteriserer denne arbeidsformen.

I følge Grung, Wærness og Brunvand (2010) må en vernepleier ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør ham/henne sensitiv og lydhør overfor brukernes signaler og være i stand til å omsette vedkommendes ønsker og behov til praktisk bistand og tjenesteyting. Videre står begrepet selvbestemmelse sentralt i vernepleierens vokabular. Og ut i fra dette forstår vi at det er brukerens selvbestemmelse det er snakk om. Som vernepleier behersker man ulike teorier, analyseredskaper og praktiske ferdigheter som vil være med på å bidra til å gjøre det mulig å kompensere de ulike gradene med funksjonssvikt som man kan møte på.

Sett ut i fra kasesbeskrivelsen vil det i første rekke være riktig at Olaug tar del i prosessen og er med å forme sin nye hverdag. For å kunne gjøre en kartlegging på Olaug sin situasjon, vil det være gunstig å foreta en kartlegging på hennes egne premisser og da gjerne i en uformell situasjon. Gjennom kartleggingen som er blitt utført, kommer det tydelig frem at Olaug var veldig glad i å strikke, det var hennes hobby. Det daglige husstellet og andre hverdagslige gjøremål, var også Olaug sitt ansvarsområde. For å skape en relasjon med Olaug kan en for eksempel ta del i Olaugs strikkehobby – for å skape 1:1 relasjon, og deretter utføre en uformell kartlegging. Dette vil nok gjøre det lettere for Olaug å slappe av og føle at hun har noen som bryr seg om henne, og noen hun kan lene seg til når depresjonen og hjemlengselen oppstår.

Det å betrakte mennesket som en helhet, er et av hovedfokusene til en vernepleier. For å kunne ha fokus på det hele mennesket bør man ta i betraktning menneskenes flersidighet og mangfold av behov. Derfor må vernepleieren i dette tilfellet ta utgangspunkt i Olaugs ønsker og behov. Og la henne se betydningen av å bidra med det hun kan, for at personalet skal kunne klare å tilrettelegge og hjelpe henne. Igjen vil jeg trekke frem hvor viktig det er å se muligheter fremfor begrensninger. Dette er noe vi som vernepleiere anser som et av våre hovedfokus.

Videre vil det å skape en god relasjon med de andre beboerne på sykehjemmet være veldig viktig for Olaug. Det å kunne ha et stabilt og trygt nettverk vil bidra til å gjøre hverdagen til Olaug mye lettere. For at Olaug skal føle seg fortrolig med personalet, kan en av

løsningene være at personalet på sykehjemmet tar kontakt med pårørende for å få vite litt om Olaug sin historie, relasjoner og interesser hun har hatt opp gjennom årene. Da har de muligheten til å få et større helhetlig bilde av situasjonen. For en vernepleier vil det å arbeide tverrfaglig være med på å gi en helhetlig behandling og omsorg. Her må alle profesjoner dele sin kompetanse med hverandre. Det å kunne dele kunnskap og erfaring profesjoner i mellom vil være med på å danne grunnlaget for kompetanseutvikling. I Olaugs situasjon vil det være lønnsomt å arbeide i et tverrfaglig team hvor flere profesjoner bidrar med sin kompetanse for å hjelpe Olaug til å bli mer livsglad og motivert til å utføre/mestre sine hverdagslige gjøremål.

Vernepleiere skal beherske relevant teori og hvordan de kan ta i bruk analyseredskaper og praktiske ferdigheter for å kunne analysere den aktuelle situasjonen til brukere med ulik grad av funksjonssvikt. Dette kan gjøres ved å samarbeide med brukeren selv, som i dette tilfellet er Olaug. Grunnen til at det er viktig med et godt samarbeid mellom profesjonene og brukerne er fordi man skal sette opp realistiske mål og tiltak som brukeren selv føler eierskap til..

Kartleggingen som har blitt gjennomført tilsier at Olaug lider av en mild depresjon. I følge Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) blir en slik diagnose ofte oversett og bagatellisert. Men sykdommen kan også utvikles til alvorligere stadier av depressive lidelser som kan være med på å forverre den eventuelle somatiske sykdommen. Buckman og Charlish (2002) følger opp det trioene Kirkevold mfl.(2008) allerede har nevnt, at en mild depresjon kan tyde på at selve depresjonen eller angstnevrosen ikke vil gå over av seg selv, selv om den ytre årsaken til diagnosen fjernes. Det sies at flere av oss kan ha en mild depresjon i løpet av livsløpet, som kan vende tilbake. Dette med tanke på at man kan føle seg deprimert av hverdagslige fenomener som for eksempel krangling med ektefelle, barn eller konflikter som kan oppstå på arbeidsplassen. En slik tilstand kan blant annet føre til at selvbildet blir dårlig, og man kan føle seg deprimert.

Om vernepleieren skal sette opp realistiske mål for Olaug bør hun som nevnt tidligere få ta del i denne planleggingen. Dette for at Olaug skal føle seg inkludert i form av å bli hørt og tatt på alvor. Gjennom å skape trygge relasjoner rundt Olaug vil man straks legge merke til hvor viktig det er med miljøbehandling for eldre som lider av depresjon. I følge Solheim (2009) er en av hovedmålsettingene for denne behandlingen å bedre livskvaliteten for det

enkelte individ. Dette gjøres ved at målene og miljøarbeidet utføres slik at Olaug bevarer sin identitet, selvstendighet og egenverd så lenge som over hodet mulig. For å kunne sysselsette Olaug og skape en mer meningsfylt hverdag for henne må hun selv få ta del i denne prosessen. Og da vil det å skape en god dialog og et godt samarbeid være viktig. Dette for å skape et godt grunnlag for et mest mulig hensiktsmessig samarbeid mellom begge parter. For at samarbeidet skal fungere godt vil det forutsi at partene forstår hverandre, og da må kommunikasjonen være klarest mulig. I følge Grung, Wærness og Brunvand (2010) inngår ferdighetstrening i kommunikasjon og samspill i fagplanen til vernepleierne. Det å ha kunnskap i forhold til dette området er helt nødvendig i eldreomsorgen, i tillegg til å kjenne brukernes bakgrunn. Når vi nå går tilbake på kasusbeskrivelsen om Olaugs situasjon vil hun nok føle seg tryggere på sine pleiere og de andre brukerne som bor på sykehjemmet dersom kommunikasjonen er samkjørt, slik at hun får muligheten til å bli forstått. Dette vil igjen føre til at Olaug vil åpne seg mer og det vil bli lettere å samarbeide med henne, samtidig som at det vil bli lettere å hjelpe Olaug ut av depresjonen.

Videre nevner Grung m.fl.(2010) hvor viktig det er at man som vernepleier kan anvende ulike prinsipper i kommunikasjonen. De nevner validering, reminisens og realitetsorientering. Med validering møter man brukeren på det emosjonelle planet, ved reminisens bør vernepleieren ha kjennskap til brukeren, og sammen bla i gamle album som kan være med på å vekke til live gode minner, realitetsorientering spiller mye på det fysiske miljøet – hvor det er viktig med skilting på dører osv. Alt dette vil være med på å skape trygghet og oversikt for brukeren. Som vernepleier har man tradisjon for å vurdere tjenestebehovet for brukerne med grunnlag i holistisk tenkning, og identifisere og tilrettelegge rammebetingelser i miljøet. Dette blir sett på som gode forutsetninger for å skape gode relasjoner.

Hovedfokuset for en vernepleier er som nevnt tidligere å ha fokus på det hele mennesket. Fra Grung m.fl (2010) velger jeg kort å trekke frem målsetningen med miljøterapi som er alfa og omega for en vernepleier i arbeid med ulike brukergrupper. Målsetningen med miljøterapi er at den skal bidra til økt livskvalitet og skape gode øyeblikk for brukerne.

6.0 Avslutning.

6.1 Sammendrag.

Hovedpunktene i denne oppgaven handler om psykiske lidelser, hvorav depresjon hos eldre på sykehjem er mitt hovedfokus. Andre hovedpunkter i oppgaven bygger på miljøarbeid og vernepleierens kompetanse innenfor dette feltet. For å skape en rød tråd gjennom hele oppgaven har jeg valgt å ta i bruk en kasusbeskrivelse som vil gjøre det lettere å belyse problemstillingen min, og drøfte dette opp i mot relevant teori. I teoridelen har jeg valgt å starte punktene med en generell forståelse av ulike begreper og deretter rette dette mer mot de eldre. Videre ser jeg på hvordan de eldre har det i sin første tid på et nytt sted, utenfor kjente omgivelser.

Jeg synes det har vært lettere å forholde meg til en kasusbeskrivelse gjennom drøftingsdelen. Dette fordi den er med på å belyse hva jeg vil frem til med problemstillingen min, og den er med på å illustrere min forforståelse. Forforståelsen har jeg opparbeidet meg gjennom studieforløpet og gjennom arbeidet mitt på sykehjem. Med forforståelse mener jeg egne observasjoner, tanker og refleksjoner som jeg har gjort i løpet av denne tiden.

Jeg har gjennom studieforløpet og gjennom yrkeslivet opparbeidet meg en større forståelse for hvor viktig det er at de eldre med ulike depresjoner får en komplett behandling gjennom oppholdet sitt på sykehjem. Jeg har også fått en forståelse for hvor viktig det er at man går systematisk til verks for å hjelpe de eldre som har behov for litt mer tilrettelegging og hjelp i sin hverdag.

6.2 Konklusjon.

Gjennom litteratursøk har jeg funnet relevant teori i forhold til problemstillingen min, og underspørsmålet. Ut i fra litteraturen har jeg valgt å drøfte dette opp i mot hverandre og det

tyder på at det er en viss sammenheng at eldre på sykehjem har en tendens til å utvikle psykiske lidelser/depresjoner.

Eldre på sykehjem har lett for å følge seg alene og forlatt av sine kjære. De forstår som regel ikke hvorfor de har fått seg et nytt hjem utenfor sine trygge og vante omgivelser. Mange av de eldre vil i starten føle seg sviktet og hjemlengselen vil derfor bli stor. I denne oppgaven har dette vært et sentralt hovedtema som gjenspeiler seg gjennom hele oppgaven. Hovedtemaet om hvorvidt de eldre vil føle seg ensom og forlatt kun den første tiden på sykehjem, eller om dette vil avta etter hvert som brukerne føler seg mer tilpass i sin nye tilværelse, har jeg ikke noe grunnlag for å si noe om.

Etter at de eldre har flyttet inn på sykehjem vil kontrastene fort bli store, det er mye nytt å forholde seg til, som for eksempel leggetider, måltider, hverdagslige gjøremål – der man får veiledning og hjelp fra en «fremmed». Dette kan fort føre til at det vil bli vanskeligere å tilpasse seg den nye tilværelsen, og kunne slå seg til ro med den. Dette kan man kalle en tilvenningsprosess.

Å utvikle en form for depresjon i så høy alder, kan oppleves som vanskelig. Mange av oppgavene ligger på oss som vernepleiere og andre helsepersonell som arbeider på et sykehjem, for å kunne tilrettelegge, veilede og hjelpe brukerne i tilvenningsprosessen. I denne prosessen vil det være viktig å ta vare på de ferdighetene og den mestringen brukerne alt har. Tålmodighet, et varmt smil om munnen, varme hender og et kroppsspråk som tyder på at du er der for dem, for å hjelpe og veilede, vil være en god støtte for brukerne i tilvenningsprosessen.

6.3 Refleksjon.

I denne oppgaven har jeg forsøkt å få en bedre forståelse over hvordan det henger sammen med eldre og depresjon, og hvorvidt depresjonen blir sterkere etter at de har flyttet inn på sykehjem. Det å føle at man blir etterlatt på en fremmed plass av sine kjære, vil for mange være en sterk påkjenning både fysisk og psykisk. Ikke bare blant de eldre, men også hos de pårørende. Det er ingen som liker å bli forlatt av sine kjære. Hvor man må starte på nytt,

med nye vaner, i form av nytt søvnmønster, ny kost, nytt oppholdsrom og nye mennesker. Som man må forholde seg til gjennom hverdagen.

Jeg har gjennom denne oppgaven lært og fått en bedre forståelse over hva som ligger i begrepet psykiske lidelser, og jeg har valgt å rette det mot eldre med depresjon, på sykehjem. Det å opparbeide seg kunnskap og bruke ulike søkemotorer har vært en fin og lærerik prosess.

Min forståelse for eldre har i en lengre periode vært at jeg har sett på de eldre som gamle. Og det er flere i min generasjon som fortsatt omtaler de eldre som gamle. Etter at jeg nå har arbeidet med denne oppgaven og opparbeidet meg en bedre forståelse, ser jeg på de eldre som en viktig ressurs i dagens samfunn.

Videre har min forståelse av psykiske lidelser og depresjoner hos eldre, vært at det blir stadig blir flere og flere eldre i dagens samfunn. Dette kan føre til at det vil bli en økt etterspørsel etter flere helse- og omsorgsarbeidere, og da kanskje spesielt vernepleiere. Helse og omsorgsarbeidere med høyere utdanning kan bli i stor grad etterspurte fagpersoner. Som fremtidig vernepleier bør jeg som fagperson sette meg inn i ulike diagnosekriterier og ha en forståelse av at ulike hendelser i livet kan være med på å skape sykdomsbildet. Dette gjelder både barn, ungdom og eldre. Eldre med depresjon som bor på sykehjem, har krav på å bli sett og hørt slik at de får den hjelpen de har behov for, slik at de kan fungere og håndtere hverdagslige gjøremål i størst mulig grad selv.

Litteraturhenvisning.

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Amstrup, Kirsten og Ingrid Paulsen (2004). *Geriatrici en tværfaglig udfordring*. København: Munksgaard Danmark.

Berge, Torkil og Arne Repål (2003). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon?* Oslo: Aschehoug & Co. Side 61-86.

Buckman, Dr. Robert og Anne Charlish (2002). *Alt du trenger å vite om å leve med depresjon*. Oslo: Notabene forlag AS.

Dalland, Olav (1993). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes Jarle, Jon A. Løkke, Trine Lise og Ivar Mæhle (2008). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlag.

Fellesorganisasjonen (FO) (2008). Om vernepleieryrket. På internett:
http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf (Lest: 27.04.2012)

Garsjø, Olav (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heap, Ken (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner- kriser- sorg*. Oslo: Kommuneforlag AS. 3. utgave.

Helse Norge. Den offentlige helseportalen. På internett:
<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Depresjon/Symptomer.aspx> (Lest: 25.04.2012)

Hovdenes, Gørill Haugen (2002). *Pleier- pasient- relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. Vård I Norden. Vol. 22. No.3*

Hjort, Peter F (2010). *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlag AS

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1 utgave, 2. opplag.

Langdridge, Darran (2004). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir akademisk forlag. Side 40-50.

Linde, Sølvi og Inger Norlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2.utgave,3.opplag.

Markussen, Eifred (2008). *Menneskeverd, funksjonshemmet i Norge*. Gyldendal Akademisk.

Norsk helseinformatikk. Depresjon hos eldre. På internett:

<http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre-15306.html> (Lest: 04.05.12)

Norsk helseinformatikk. SSRI mot depresjon. På internett:

<http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/ssri-antidepressivum-3106.html> (Lest: 18.05.2012)

Olsson, Henny og Stefan Sörensen (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk. 3. opplag.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2001). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe.

Solheim, Kirsti (2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget. 2. utgave.

Vatne, Solfrid (2003). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen-Sandviken. 3. opplag.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Tano Aschehoug AS

Selvvalgt litteratur:

Amstrup, Kirsten og Ingrid Paulsen (2004). *Geriatrici en tværfaglig udfordring*. København: Munksgaard Danmark.

Berge, Torkil og Anne Repål (2003). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon?* Oslo: Aschehoug & Co.

S. 11-19, 61-86 og 204 = 148 sider.

Buckman, Dr. Robert og Anne Charlish (2002). *Alt du trenger å vite om å leve med depresjon*. Oslo: Notabene forlag A/S.

S. 22-23 = 2 sider.

Eknes Jarle, Jon A. Løkke, Trine Lise og Ivar Mæhle (2008). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo:

Universitetsforlag.

S. 132 – 149 = 14 sider.

Heap, Ken (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner- kriser- sorg*. Oslo: Kommuneforlag AS. 3. utgave.

S. 43-44 = 1 side.

Hovdenes, Gørill Haugen (2002). *Pleier- pasient- relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. Vård I Norden*. Vol. 22. No.3

S. 21 – 26 = 6 sider.

Hjort, Peter F (2010). *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlag AS

S. 191 = 1 side.

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo:

Universitetsforlaget. 2. utgave.

S. 132. 173-174 = 3 sider.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2001). *Psykisatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*.

Trondheim: Akribe.

S. 23 = 1 side.