

Masteroppgave

Master i psykisk helsearbeid

Februar 2021

«Det er som å dra ned rullegardina»

[En kvalitativ studie om årsaker til depresjon på sykehjem sett ut ifra et
beboerperspektiv]

Kandidatnummer: 102

MAPSD5900_1

Antall ord: 18 596

30 Studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Denne masteroppgaven er en avslutning på deltidsstudiet ved masterutdanningen på OsloMet storbyuniversitet. Psykisk helse er noe jeg har vært fascinert over i lengere tid, men som virkelig fanget min interesse etter praksisperiode på Vinderen DPS i regi av ergoterapiutdanningen. Det var ingen tvil om at en master i psykisk helsearbeid var noe jeg ville gå glipp av.

Arbeidet med oppgaven har vært krevende og meget vanskelig å kombinere med en fulltidsjobb, men erfaringen og kunnskapen jeg sitter igjen med ønsker jeg ikke å være foruten. Denne prosessen og studieforløpet føler jeg har gjort meg til en bedre person og profesjonsyter.

Først og fremst vil jeg rette all min takknemlighet til min dyktige veileder Dag Øystein Nordanger, spesialist i klinisk psykologi som til en hver tid har vært tilgjengelig med gode veiledningstimer, tilbakemeldinger, diskusjoner og god fleksibilitet. Det har vært en ære å samarbeide med deg, tusen takk!

I tillegg vil jeg takk alle mine informanter som med glede valgte å delta i studiet med gode og reflekterte besvarelser. Uten dere hadde ikke prosjektet vært mulig å gjennomføre og deres oppfatninger og erfaringer har hjulpet meg å se deres hverdag på en helt ny måte. Deres opplevelser er noe jeg vil jobbe videre med å formidle ut til både min arbeidsplass og andre sykehjem, for å i større grad kunne gjøre deres hverdag lettere.

Tusen takk til min familie, mine nærmeste venner for all støtte og positiv energi.

Sist men ikke minst, takk til min kjære samboer som alltid har vært tilgjengelig og vist enorm interesse for meg og mitt fagfelt, kommet med gode innspill og vært tilbøyelig i hektiske perioder.

Oslo, 14.02.2021

Dino Filipovic

Sammendrag

Depresjon er den vanligste psykiske lidelsen i blant eldre i samfunnet og i følge norsk helseinformatikk (2018) er 32% av alle sykehjemsbeboere deprimerte. Depresjon på sykehjem har en flerfaktorell årsakssammenheng og det er kjent at personer med demens kan utvikle depresjonslignende atferd som en reaksjon på hjernens biologiske endringer grunnet sykdommen. Er dette en av årsakene til at depresjonstallene på sykehjem er så høye?

I denne masteroppgaven var det ønskelig å intervjuer kognitivt friske sykehjemsbeboere for å høre deres antakelser, meninger eller erfaringer om hvorfor eldre kan oppleve å bli deprimerte på sykehjem. Utvalget var begrenset til beboere uten diagnostisert demens slik at problemstilling i størst mulig grad skulle besvares på bakgrunn av subjektive meninger, antakelser eller erfaringer fremfor biologiske endringer i hjernen som i stor grad gir depresjonslignende atferd hos personer med demens. I tillegg kan det ofte være vanskelig å kommunisere med beboere med demens grunnet personens reduserte kognitiv fungering og kapasitet. Oppgaven skulle i størst mulig grad være åpen og eksplorerende og det ble av den grunn benyttet en kvalitativ metode med semi-strukturerte individuelle intervjuer som videre skulle analyseres ved hjelp av Virginia Braun og Victoria Clarks (2006) tematiske analyse.

Gjennom analysen av datamaterialet fremkom det fire hovedtema: **Sosiale relasjoner, profesjonell omsorg, autonomi og rolleforandring**, med to underkategorier per hovedtema. Funnene beskrev en hverdag hvor manglende sosial kontakt med andre, manglende omsorg, redusert autonomi og en krevende omstilling var sett på som årsaker til depresjon på sykehjem, sett ut i fra informantenes livsverden.

Diskusjonen kunne videre avdekke at hovedkategoriene ikke var gjensidig utelukkende og at funnene ofte gikk inn i hverandre. Depresjon på sykehjem kunne dermed ses på som en reaksjon på mulig tap av identitet og verdighet, hvor det var helsetjenesten -og personell sin oppgave å bevare disse verdiene og behovene i størst mulig grad.

Nøkkelord: eldre, sykehjem, depresjon, identitet, verdighet, behov.

Abstract

Depression is the most common mental illness among the elderly in our society and according to norsk helseinformatikk (2018), 32% of all nursing home residents are depressed. Depression in a nursing home has a multifactorial cause and it is known that people with dementia can develop depression-like behavior as a reaction to the biological changes in the brain due to the disease. Is this one of the reasons why depression rates are so high in nursing homes?

In this master's thesis I wanted to interview nursing home residents without dementia to hear what their assumptions, opinions or experiences are about why the elderly may experience depression in nursing homes. The sample was limited to residents without dementia to ensure that the topic could be answered as much as possible on the basis of subjective opinions, assumptions or experiences rather than emotional reactions due to the biological changes in the brain caused by dementia. In addition, it can often be difficult to communicate with patients with dementia as a result to reduced cognitive functioning and capacity.

The scientist wanted the thesis to be as open and exploratory as possible and for that reason I used a qualitative method with semi-structured individual interviews and further analyzed using Virginia Braun and Victoria Clark's (2006) thematic analysis.

Through the analysis of the data, four main themes emerged: *social relations*, *professional care*, *autonomy* and *role change*, with two subcategories per main theme.

These findings described an everyday life seen by the informants and showed that lack of social contact with others, lack of quality care, reduced autonomy and a demanding adjustment were seen as possible causes of depression in nursing homes.

The discussion could further reveal that the main categories were not mutually exclusive and that the findings often emerged into each other. Depression in nursing homes could thus be seen as a reaction to possible loss of identity and dignity, and it is up to the health services and personnel to preserve these values and needs to the greatest extent possible.

Keywords: Elderly, nursing home, depression, identity, dignity, needs.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 TIDLIGERE FORSKNING	9
1.2 BEGRUNNELSE FOR OPPGAVENS VALG OG AVGRENSNING	11
1.3 PROBLEMSTILLING	11
1.4 BEGREPSAVKLARING	12
1.4.1 DEPRESJON	12
1.4.2 ELDRE MED DEPRESJON	12
1.4.3 SYKEHJEM	12
2.0 METODE	14
2.1 FENOMENOLOGI – ET TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1.1 FENOMENOLOGISK – HERMENEUTISK TILNÆRMING	15
2.2 UTVALG AV DELTAKERE	15
2.3 DATAINNSAMLING – DET KVALITATIVE INTERVJUET	17
2.3.1 INTERVJUGUIDE	17
2.3.2 DOKUMENTERING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	18
2.4 TEMATISK ANALYSE	19
2.4.1 BESKRIVELSE AV ANALYSEN	19
2.5 KVALITETSSIKRING AV FORSKNINGSPROSJEKTET	22
2.5.1 PÅLITELIGHET	22
2.5.2 VALIDITET	23
2.5.2.1 Intern validitet - troverdighet	23
2.5.2.2 Ekstern validitet - overførbarhet	24
2.5.3 REFLEKSIVITET	25
2.6 FORSKNINGSETIKK	25
2.6.1 INFORMERT SAMTYKKE	26
2.6.2 KONFIDENSIALITET	27
2.6.3 KONSEKVENSER (FORSVARLIGHETSPERSPEKTIVET)	27
3.0 PRESENTASJON AV FUNN	29
3.1 SOSIALE RELASJONER	30
3.1.1 ISOLASJON/ENSOMHET	31
3.1.2 AKTIVITETS OG DELTAKELSE	32
3.2 PROFESJONELL OMSORG	32
3.2.1 TILGJENGELIGHET	33
3.2.2 ANERKJENNELSE	34
3.3 AUTONOMI	35
3.3.1 BRUKERMEDVIRKNING	35
3.3.2 SELVSTENDIGHET	36
3.4 ROLLEFORANDRING	37
3.4.1 KREVENDE OMSTILLING	37
3.4.2 FUNKSJONSSVIKT/SYKDOM	38

4.0 DISKUSJON	40
4.1 BETYDNINGEN AV SOSIALE RELASJONER	42
4.2 BETYDNINGEN AV PROFESJONELL OMSORG	44
4.3 VIKTIGHETEN AV AUTONOMI	46
4.4 ROLLEFORANDRINGENS PÅVIRKNING	49
4.5 ER DEPRESJON PÅ SYKEHJEM FORSTÅELIG?	51
4.6 SVAKHETER OG STYRKER VED METODEVALGET	53
4.7 IMPLIKASJONER TIL PRAKSIS	55
5.0 KONKLUSJON	58
6.0 LITTERATURLISTE	59
VEDLEGG 1	67
VEDLEGG 2	70
VEDLEGG 3	74

1.0 Introduksjon

I følge helsedirektoratet (2016) vil en fjerdedel av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet hvor depresjon regnes å være den vanligste formen. Depresjon er og den vanligste psykiske lidelsen på verdensbasis, hvor det antas at omlag 264 millioner har diagnosen (WHO, 2019). I Norge alene kostet psykiske lidelser i 2013 samfunnet 82 millioner kroner og var rangert den største samfunnsøkonomiske utgiften innen helse (Kinge et al., 2017. s. 693).

Depresjon ses og på som den vanligste psykiske lidelsen blant eldre hvor statistikk viser til en prevalens på 15% i samfunnet, 25% blant allmennpasienter (Mountain, 2004. s. 60) og 32% på norske sykehjem (Norsk helseinformatikk, 2018). Årsaksforklaringene er beskrevet som varierende, og på sykehjem kan depresjon være vanskelig å oppdage og diagnostisere grunnet forvekslingen av Alzheimers sykdom og deres overlappende symptomer (Bystad, Pettersen & Grønli, 2014. s. 525). Alzheimers sykdom er i tillegg den mest fremtredende typen av demens med 60-70% av alle tilfeller (Rosness, 2015. s. 1346), men Uwe Erth og Dag Årslund (2005) beskriver depresjon som et vanlig fenomen ved alle demensformer.

Demens er paraplybetegnelsen på en degenerativ hjerne tilstand som først og fremst påvirker personens kognitive ferdigheter og man legger merke til og ser en tydelig reduksjon av kognitiv fungering sammenlignet med tidligere (Brækhus, 2017. s. 214). Sykdommen påvirker også personens psykiske tilstand og atferd hvor vandring, angst og depresjon er de hyppigste forstyrrelsene. Dette betyr at depresjon på sykehjem ofte kan bortforklares av mer «sannsynlige» årsaker grunnet brukergruppen ettersom 80% av alle sykehjemsbeboere har en demensdiagnose (Mjørud et al., 2017. s. 1). Dette kan føre til feildiagnostisering og feil behandling med fare for alvorlige konsekvenser for både beboeren, pårørende og samfunnet, men stiller og spørsmålet om dette er en av årsakene til at depresjonstallene på sykehjem er så høye?

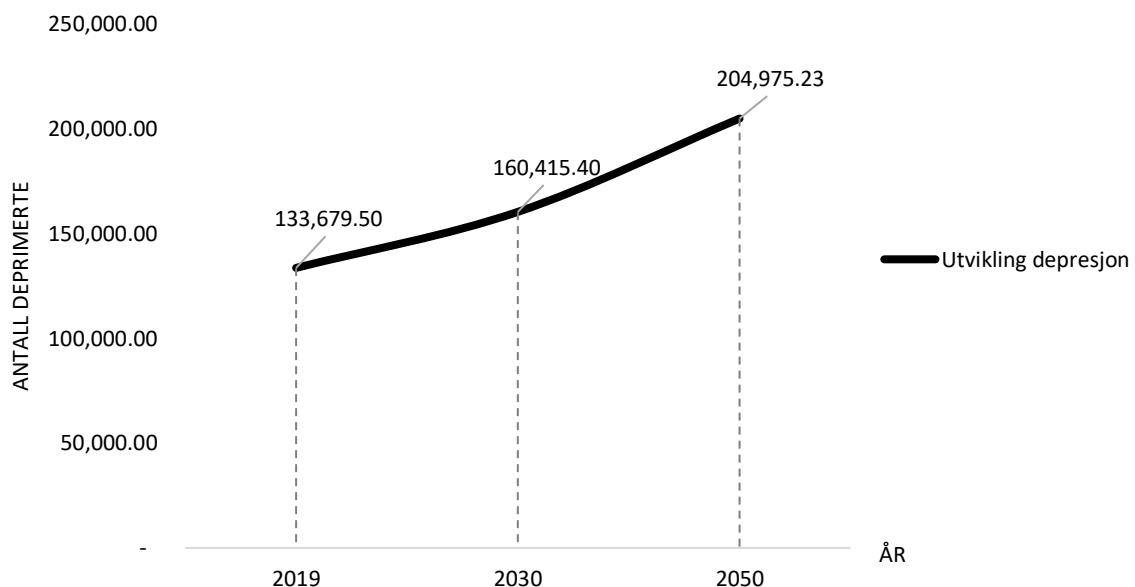
Prognosen for depresjon i alderdom er dårlig hvis pasienten ikke får riktig behandling siden tilstanden ofte har tendens til å bli kronisk noe som øker risikoen for selvmord (Engedal, 2003), (Kjølseth, Ekeberg & Teige, 2002), (Skårderud et al., 2018. s. 155), og i følge Eline Feiring (2011) begår 100-120 personer over 60 år selvmord årlig.

Man har i lengre tid trodd at aldersdepresjon er annerledes sammenlignet med vanlig depresjon, men dette er blitt avkreftet (Erth & Årslund, 2005. s. 22). Knut Engedal (2003)

skriver at årsaksforklaringene for depresjon hos eldre er i likhet med den generelle befolkningen knyttet til manglende mestring og tilpasning til tap av noe eller noen. Alderdom fører i tillegg til naturlige aldersforandringer i hjernen som gjør at eldre dårligere mestrer påkjenninger og av den grunn betraktes som en mer sårbar gruppe sammenlignet med andre.

Statistisk sentralbyrå (2019) viser til 39 466 registrerte sykehjemsplasser i Norge, med 288 personer på venteliste sist oppdatert 18. juni 2020. Antageligvis betyr dette at 12 629 beboere på sykehjem har en depresjon samtidig som at andelen trolig vil øke fremover grunnet samfunnets utvikling, teknologi og moderne medisin som holder eldre i livet lengre (Syse, Pham & Keilman, 2016. s. 25).

SSB (2019) viser til økt levetid hos eldre sammenlignet med tidligere, noe som med stor sannsynlighet vil føre til en økning av antall eldre personer med behov for pleie og omsorg på sykehjem. I grafen under illustreres den antatte befolkningsveksten av eldre gjengitt av SSB (2019) og sammenligner dagens depresjonsprosent på 17% hos eldre med hva det kan bli hvis prosentandelen ikke går ned innen 2050 og eldrebølgen ender opp på 23%.



1.1 Tidligere forskning

Det er godt dokumentert i tidligere forskning og litteratur at sykehjemsbeboere ofte står i fare for å utvikle depresjon på sykehjem. Konsekvensene for det psykiske helsevern er store fordi forekomsten av psykiske lidelser øker med alderen (Erth & Årslund, 2005. s. 22) og prevalensen for alvorlig depresjon på sykehus, eller sykehjem er over dobbelt så høy som i den generelle eldrebefolkningen (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003. s. 929). Antall deprimerte sykehjemsbeboere varierer, hvor enkelte studier rapporterer en prevalens på 1.6-19% mens andre studier viser til depresjonstall så høyt som 50% (Barca, Engedal, Laks & Selbaek, 2010. s. 1).

Gjennom OsloMet søkte forsker på forskningsartikler via godkjente databaser innenfor psykisk helsearbeid.

DATABASE	SØKEORD	AVGRENSNING	TREFF
OTSeeker	Depression «AND» Nursing home	- «NOT» dementia	36
PubPsych	Depression «AND» Nursing home	- «NOT» dementia - 2018-2019	704 37
PsychInfo	Depression (Emotion, subjectively, quality of life) «AND» Nursing home	- «AND» no dementia - «AND» no cognitive impairment - «AND» no cognitive dysfunction	95 0 0 0
APA PsychNet	Depression «AND» Nursing home	- «NOT» dementia - 5 years	60 13

Forskning beskriver felles nevropatologiske mekanismer ved depresjon og demens hvor begge tilstander viser til en ubalanse i cortisolstoffskiftet (Ehrt & Årslund, 2005. s. 22). Det beskrives videre en komplisert og omfattende sammenheng mellom depresjon og demens, hvor disse to syndromene kan ha samme årsaksforhold og overlappende symptomologi. Dette betyr at depresjon gir økt risiko for demens, samtidig som demens gir økt risiko for depresjon. I tillegg, slik en kan se på depresjonstallene på sykehjem som en misoppfatning grunnet demensens naturlige utvikling, kan depresjon og misforståes ved at symptomene ses på som et tidlig stadium av påbegynnende demens noe som føre til at riktig behandling ikke iverksettes grunnet feildiagnostisering.

I en studie fra Watson m. fl (2003) ble det vist til høy forekomst av depresjon blant sykehjemsbeboere som hadde bodd på institusjon i mindre enn tre måneder. Det ble konkludert med at adaptasjon til et liv på sykehjem, tap av autonomi og kontakt med familie medlemmer var en fellesbetegnelse for risikoen for å utviklingen av depresjon. Studiet skilte ikke mellom beboere med og uten demens, men viste til at krevende livsoverganger kunne være årsaken til utvikling av psykiske lidelser slik som depresjon. Kognitiv reduksjon, grunnet demenssykdom forekommer hyppigere i eldre år (Brækhus, 2017. s. 217) og demens er et syndrom som omfatter kognitiv svikt, endring i atferd eller og/eller sosial funksjon og svikt i dagliglivets funksjoner (Bergh et al., 2012. s. 1956) tatt i betraktning hvor lang de har kommet i sykdomsforløpet. Grunnet nedsatt kognitivt fungering kan de fleste med demens være mer sårbare for ytre stimuli, noe som kan påvirke dem negativt. Det betyr at en omstilling i nye og ukjente miljøer ofte kan oppleves som mentalt krevende og utfordrende for vedkommende som mangler faste og kjente holdepunkter.

I en norsk studie fra 2010 viste forskere til resultater knyttet til depresjonsforekomst hos sykehjemsbeboere ved høy alder, dårlig fysisk helse og dårlig fysisk fungering i dagliglivets aktiviteter (Barca et al., 2010. s. 5). Studiet skilte heller ikke her mellom beboere med og uten demens. Uwe Ehrt og Dag Årslund (2005) beskriver depresjon som en reaksjon på funksjonsnedsettelsen hos pasienter med begynnende demens, men med innsikt i egen svikt, hvor pasienten opplever feilhandlinger i dagliglivet og redusert evne til å fungere i sosiale sammenhenger. Dette er pasientgruppen som betraktes å ha kognitiv svikt av så mild grad at de merker endringer og forverringer i eget funksjonsnivå og har en følelsesmessig reaksjon på disse fysiske og kognitive forandringene.

Funnene i disse artiklene korresponderer godt med tidligere empiri om årsaker til hvorfor eldre kan utvikle depresjon på et generelt grunnlag, men de skiller ikke mellom personer med og uten diagnostisert demensdiagnose. Et liv på sykehjem blir ofte beskrevet som institusjonaliserende og representerer tap av sosiale relasjoner, privatliv, medbestemmelse og tilknytning, hvor det er antatt at livskvaliteten ofte sterkt blir påvirket (Haugan & Drageset, 2014. s. 9).

1.2 Begrunnelse for oppgavens valg og avgrensning

Depresjon på sykehjem er vanlig (Mountain, 2004. s. 77) og som ergoterapeut på et sykehjem i Norge har forsker ved flere anledninger vært i kontakt med beboere med antatt, eller diagnostisert depresjon. Andelen deprimerte beboere på norskesykehjem er oppe i 32%, men ettersom forskning beskriver sammenhengen mellom demens og depresjon, kan dette være en av årsakene til at depresjonsandelen er så høy?

Da litteratursøkene ikke skilte mellom depresjon hos beboere med og uten demens var det ønskelig å gjennomføre et forskningsprosjekt med fokus på beboere uten diagnostisert demenssykdom for å høre deres subjektive meninger, oppfatninger eller til og erfaringer om mulige årsaker til at depresjon oppstår på sykehjem. Det kan og være utfordrende å gjennomføre intervjuer med personer med demens da sykdommen svekker personens kognitive fungering noe som i stor grad vil kunne prege forståelsen av spørsmål, evne til resonnering og muligens evnen til å svare. For å videre kunne knytte meningsinnholdet i datamaterialet opp mot tidligere litteratur og forskning for å belyse fenomenet på best mulig måte var dette vurdert som nødvendig.

1.3 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er bygget rundt en eksplorerende tilnærming hvor informantene som i det daglige bor i et miljø med høy depresjonsforekomst skulle dele sine meninger, oppfatninger eller hvis ønskelig erfaringer til hvorfor de tror eldre kan utvikle depresjon på sykehjem.

«Hvilke oppfatninger har eldre norske sykehjemsbeboere uten diagnostisert demens, om årsaker til at depresjon oppstår på sykehjem?»

1.4 Begrepsavklaring

Oppgaven baserer seg på diverse begreper og terminologi som i dette avsnittet vil gjøres rede for.

1.4.1 Depresjon

For de fleste av oss går livet opp og ned og det å være å være trist fra en tid til annen er normalt. Mennesket er et vesen med et rikt følelsesliv som reagerer følelsesmessig i forskjellige omstendigheter, hvor sorg er en reaksjon knyttet til tap hvor vi mister noe eller noen. Sorg er en naturlig reaksjon i tapssituasjoner og er sett på som en sunn mental menneskelig kompetanse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018. s. 30).

Depresjon betegnes som en affektiv -eller stemningslidelse med et bredt spekter av årsaksforklaringer, men har en fellesnevner med sorg hvor man opplever manglende mestring og tilpasnings til tap (Engedal, 2003). Depresjon kjennetegnes som en psykisk lidelse når følelsen av nedstemthet og energitap er vedvarende og påvirker vår evne til å fungere normalt i dagliglivet.

1.4.2 Eldre med depresjon

I Norge benytter statistisk sentralbyrå betegnelsen «eldre» hos norske myndige personer fra fylte 67 år. Statistisk sentralbyrå (2019) viser til at dagens andel av personer over 67 år ligger på 15%, hvor analyser viser at prosentandelen vil øke til 18% innen 2030 og 23% innen 2050. Depresjon hos eldre er som tidligere nevnt den vanligste psykiske lidelsen, hvor de utløsende årsakene er flerfaktorelle men som oftest er knyttet til dødsfall av en kjær person, tap av kapasitet, engstelse, rolletap og generell stress (Skårderud et al., 2018. s. 455.), (Mountain, 2004. s. 60). I tillegg har enkelte eldre et negativt syn på alderdom som kan gjøre det vanskelig å akseptere de fysiske forandringer som vanligvis fører til funksjonstap og tap av mestringsevne (Taylor & Kielhofner, 2017. s. 152).

1.4.3 Sykehjem

Et sykehjem er en helseinstitusjon med heldøgn bemanning som skal yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp for dem med innvilget opphold. Beboere som får innvilget sykehjemsplass er de som nødvendigvis ikke krever behandling på sykehus men allikevel har

behov for en større helsefaglig innsats enn det som er mulig eller forsvarlig å gi i vedkommende sitt hjem.

Statistisk sentralbyrå (2019) viser til 39 466 registrerte sykehjemsplasser i Norge, med 288 personer på venteliste, sist oppdatert 18. juni 2020

2.0 Metode

Oppgavens problemstilling går ut på å undersøke hvilke oppfatninger eldre sykehjemsbeboere, uten diagnostisert demens har til årsaker for at depresjon oppstår på norske sykehjem. For å kunne studere et fenomen basert på subjektiv forståelse eller beskrivelse er det naturlig å benytte seg av kvalitative metoder (Johannessen et al., 2016. s 95) siden metoden gir mulighet til å forske på et fenomen sett ut ifra deltakerne sitt verdensbilde.

Johannessen m. fl (2016) skriver videre at mennesker har lett for å overgeneralisere og trekke konklusjoner basert på egne inntrykk, noe som gjør at forskningsbasert kunnskap må tilegnes gjennom systematiske og grundige metoder selv om den ofte tar utgangspunkt i hverdagskunnskapen. Det å bruke en metode betyr at vi velger en bestemt vei mot et mål. Depresjon er en personlig opplevelse og oppgavens problemstilling inviterer til en kvalitativ tilnærming, hvor forsker gjennom den kvalitative metoden får mulighet å være eksplorerende og å sette beboerperspektivet i fokus gjennom informantene sine egne subjektive oppfatninger om fenomenet som skulle belyses. Metodetilnærmingen var induktiv noe som ga mulighet for å finne generelle mønstre som videre kunne gjøres om til teori eller begreper (Johannessen et al., 2016. s 47).

Forsker valgte å ta i bruk semi-strukturerte individuelle intervjuer for å ha anledning til å stille åpne spørsmål informantene kunne besvare med fyldige og detaljerte beskrivelser av egen forståelse og refleksjon. Metodevalget i dette forskningsprosjektet er basert på det forsker tror vil belyse og besvare problemstillingen på best mulig måte.

2.1 Fenomenologi – Et teoretisk rammeverk

Et teoretisk utgangspunkt er de brillene vi har når vi leser vårt materiale og identifiserer mønstre (Malterud, 2017. s. 47), og når man tar i bruk fenomenologi som en metodisk tilnærming kreves det en mest mulig forutsetningsløs undersøkelse hvor vi setter alle teorier, antakelser og forventninger til side som vi vanligvis møter erfaringen med (Thomassen, 2006. s. 84).

Metoden for dette forskningsprosjektet er fenomenologisk ettersom fokuset ligger i de oppfatningene, meningene eller erfaringene informantene har om fenomenet. I et kvalitativt design betyr en fenomenologisk tilnærming at man utforsker og beskriver mennesker slik de

oppfatter deres livsverden (Johannessen et al., 2016. s. 78), (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 45) og for å gjennomføre dette på best mulig måte ble det brukt et «innenfra»-perspektiv som i fenomenologien går ut på å undersøke et fenomen på bakgrunn av hvordan individet selv erfarer det (Thomassen, 2006. s. 179). Mennesker er forskjellige og kan ha forskjellige meninger om ulike fenomener. Den eksplorerende tilnærmingen i metoden og intervjusituasjonen gjorde det mulig for forsker å i større grad stille seg undrende til informantene sine oppfatninger om tema som skulle diskuteres og lede samtalen på bakgrunn av deres svar fremfor forsker sine egne antakelser og tidligere erfaring.

2.1.1 Fenomenologisk – Hermeneutisk tilnærming

Tradisjonelt krever en fenomenologisk beskrivelse å sette til side alle antagelser, forventninger og all forståelse til side slik at fenomenet selv klarest mulig skal kunne tre frem, og i følge Thomassen (2004) er teoretikere uenige i hvilken grad en forforståelse kan settes til side eller hvilken sider ved forforståelsen som er nødvendige for å forstå fenomenet. I følge den hermeneutiske vendingen i fenomenologien er det en anerkjent oppfatning at en beskrivelse alltid har en fortolkning liggende i bunn (Thomassen, 2006. s. 171), noe som betyr at en beskrivelse aldri er helt åpen og forutsetningsløs. Forsker ønsket å ha en fenomenologisk tilnærming til forskningsprosjektet men forforståelsen som blir tatt med inn i oppgaven er ikke noe som kan settes til side. Dette betyr at tidligere kjennskap til fenomenet og målgruppen vil kunne prege valgene som blir tatt under datainnsamlingen og hvilken fremgangsmåte som brukes videre i oppgaven. Fenomenologi og hermeneutikk kan virke motsigende men kan og ses på som en hensiktsmessig kombinasjon. I følge Johannessen m. fl (2016) går den hermeneutiske sirkel ut på at all fortolkning består i stadig bevegelser mellom sin helhet og del, mellom det som skal tolkes, konteksten det tolkes i og vår egen forståelse. Den hermeneutiske sirkelen betraktes ikke som en «ond sirkel», men heller en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 217).

2.2 Utvalg av deltakere

Alle informantene i dette studiet var beboere i en alder av 67 år og oppover uten kjent demenssykdom med fast langtidsplass på det samme sykehjemmet i Oslo som forsker jobber

på. Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål, noe som betyr at tilfeldig trekning av et utvalg er lite egnet (Johannessen et al., 2016. s. 113). I dette studiet ble utvalget gjort strategisk for å sikre god informasjonsstyrke, og for å besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte var det nødvendig å opprette ulike utvalgskriterier for forskningsprosjektet.

Det var ønskelig at fenomenet i størst mulig grad skulle belyses på bakgrunn av egne tanker og meninger fremfor biologiske endringer i hjernen grunnet demenssykdom. Dermed var et av kriteriene å ekskludere beboere med påvist demens, siden forskning viser til at sykdommens naturlige utvikling ofte fører til depresjonslignende atferd eller tilstand (Bystad et al., 2014. s. 525). I tillegg kan intervjuer av personer med demens være krevende grunnet sykdommens kognitive begrensninger som i stor grad kan påvirke kommunikasjon mellom partene. Det var ikke stilt krav til depresjon på et tidligere eller nåværende tidspunkt, men dersom det skulle vise seg å være tilfellet var dette kun sett på som en fordel da det kan tenkes at fenomenet i større grad ville blitt belyst på bakgrunn av synspunkter som representerer en personlig erfaring i et miljø med høy depresjonsforekomst. Det var viktig at utvalget hadde tilstrekkelig variasjon noe som kunne gi mulighet for ulike oppfatninger ved fenomenet, spesielt med tanke på kjønn og oppholdstid. For å øke variasjonsbredden ble det rekruttert tre kvinner og tre menn i en alder av 74 til 88 år med variert oppholdstid på cirka to uker og opp til seks år.

Et av forskningsetikkens hovedprinsipper handler om ivaretagelse av informantenes anonymitet i behandling og fremstilling av sensitiv informasjon (Thagaard, 2018. s. 28), og av hensyn til informantene og deres identitet har forsker brukt pseudonymer. Forsker valgte å gi informantene fiktive navn fremfor nummerkoder slik at funnene ble gitt et menneskelig preg.

- Roger. Bodd på sykehjem fem måneder.
- Kari. Bodd på sykehjem seks måneder.
- Hege. Bodd på sykehjem seks år.
- Trine. Bodd på sykehjem tre år.
- Vegard. Bodd på sykehjem tre måneder.
- Håkon. Bodd på sykehjem 14 dager.

2.3 Datainnsamling – Det kvalitative intervjuet

I dette studiet benyttet forsker seg av individuelle intervjuer for datainnsamling, som i kvalitativ forskning er den mest brukte innsamlingsmetoden. I følge Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2015) er en-til-en intervjuer en samtale med en struktur og et formål som egner seg når vi ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer noe som var oppgavens ønske. Individuelle intervjuer i semi-strukturert form var vurdert som det beste alternativet til besvarelse av oppgavens problemstilling.

Individuelle intervjuer ga forsker god kontroll og fleksibilitet, noe som var vurdert som nødvendig ettersom eldre sykehjemsbeboere i større grad har variert allmenntilstand og er utsatt for akutt sykdom eller sykehus innleggelse. Dersom uventede hendelser oppstod og dem ikke var tilgjengelige for intervju, var det enkelt å planlegge på nytt og være fleksibel for tilpasninger og avtale om nytt tidspunkt. For forsker var det meget viktig at informantene ikke følte seg tvunget til å gjennomføre intervjuet, og hvis det ikke lot seg gjøre etter avtalt tid ville fleksibiliteten i større grad kunne føre til at de samme informantene ønsket å delta på et senere tidspunkt.

En-til-en intervjuer er i tillegg beskrevet å være hensiktsmessige når tema som diskuteres er intimt eller personlig (Johannessen et al., 2016. s. 146) og depresjon kan oppleves som både skremmende og personlig å snakke om, spesielt hvis svarene baserte seg på personlig erfaring. Av den grunn var det naturlig for forsker å sørge for trygghet blant deltakerne gjennom hele intervjusituasjonen slik at dem ikke skulle føle press eller invasjon. Alle intervjuene ble gjennomført inne på hvert enkelt beboerrom noe som ga informantene en tryggere ramme med større frihet til å uttrykke seg selv og sine meninger.

2.3.1 Intervjuguide

En intervjuguide er ment som en struktur i intervjusituasjonen. Spørsmålene i dette forskningsprosjektet var vurdert ut fra informasjonsbehovet og tok dermed utgangspunktet i sykehjemsbeboere egne oppfatninger, meninger eller erfaringer om fenomenet som skulle belyses. En intervjuguide er ikke et spørreskjema, men en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås og spørsmålene baseres på problemstillingen i undersøkelsen (Malterud, 2017. s. 133). I første omgang ble spørsmålene utarbeidet som eksempler, og videre nyansert med hjelp av veileder til å være relevante for å belyse fenomenet på best mulig måte.

Spørsmålene var konkret knyttet opp mot depresjon på sykehjem, slik at forsker i større grad kunne forsikre seg at det ikke oppstod misforståelser om konteksten. Den semi-strukturerte intervjuformen var ledet av åpne spørsmål og ga mulighet for oppmuntring til at informantene kunne komme med utdypende informasjon ved hjelp av underpunkter eller underspørsmål som ble notert og vurdert underveis i intervjuforløpet. Malterud (2017) bekrefter at en slik utforming gir informanter mulighet til en grundigere belysning av fenomenet, når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen.

2.3.2 Dokumentering og gjennomføring av intervju

Det er ulike måter å dokumentere et intervju på, men de vanligste formene er lydopptak, lyd- og bildeopptak eller notater (Johannessen et al., 2016. s. 155). I følge Tove Thagaard (2018) er lydopptak foretrukket i intervjusituasjoner da det i stor grad gir et helhetlig nyansert bilde av intervjuet.

Informantene måtte skriftlig samtykke til intervjudeltakelse, og etter at det var gjort ble tidspunkt for intervjuet avtalt. Før intervjuet startet gikk forsker uformelt igjennom informantenes rettigheter og samtykkeskjema på nytt for å forsikre seg om at de var klar over studiets hensikt.

Intervjuene ble gjennomført inne på deltakerne sine beboerrom for å sikre trygghet i personlige og kjente omgivelser, skjermet fra andre. Som et hjelpemiddel for sikring av god datainnsamlingen ble det benyttet digital diktafon lånt ved OsloMet storbyuniversitet. Diktafonen som ble brukt er sikret etter retningslinjer for informasjonssikkerhet ved behandling av sensitiv informasjon. Medbragt til intervjuet hadde forsker en notisblokk, som ga mulighet til notering av stikkord og aspekter ved intervjuet som virket interessant og som kunne brukes til oppfølgingsspørsmål i etterkant. Forsker har fra tidligere av erfaring fra beboersamtaler hvor informasjon noteres underveis, og på bakgrunn av denne erfaringen var det mulig å tilsikte tilstrekkelig med fokus til informanten, flyten og relasjonen under hele intervjuforløpet noe som bidro til å opprettholde gjensidighet og respekt ovenfor deltakeren.

2.4 Tematisk analyse

I denne oppgaven analyserte forsker innhentet datamateriale ved hjelp av den tematiske analysen (TA) inspirert av Virginia Braun og Victoria Clarke (2006). Modellen er en fleksibel metode for å analysere kvalitative data siden den identifiserer, analyserer og rapporterer mønstre (tema) i dataen og hjelper forsker å beskrive datamaterialet i detalj (Braun & Clarke, 2006. s. 77). Fordelen med den tematiske analyse er dens fleksibilitet men og enkle struktur som forenkler gjennomføringen av kvalitative analyser for lite erfarne forskere (Braun & Clarke, 2006. s. 79), noe forsker i denne sammenhengen er. TA stiller heller ingen krav til analyse på bakgrunn av en teoretisk referanseramme som enkelte andre kvalitative metoder noe som gjorde at forsker i større grad fikk mulighet til å forholde seg åpen som mulig. Dette var førende med tanke på oppgavens problemstilling ettersom forskningsprosjektet gikk ut på å innhente data gjengitt fra beboere og deres livsverden og videre bidra til å belyse forskningsspørsmålet gjennom tidligere empiri og teori. Før man begynner med gjennomføringen av analysen er det visse beslutninger som må tas (Braune & Clarke, 2006. s. 82). Hva er tema og hvor stort behøver det å være? Denne studien gikk ut på å undersøke hva eldre sykehjemsbeboere uten diagnostisert demens tror kan være årsaken til at man utvikler depresjon på sykehjem. Det var sentralt at tema ble funnet på tvers av datamaterialet hvor meningsinnhold baserte seg på deltakerne sine egne oppfatninger, tanker eller til og med erfaringer om fenomenet. Oppgavens problemstilling er som tidligere nevnt fortolkende og empirisk drevet og forsker sin analyse skulle i minst mulig grad være preget av forståelsen til fenomenet. Ved å ta i bruk den induktive/bottom-up metoden fikk forsker og anledning til å frigjøre seg fra tidligere teori og fokusere på å fortolke og abstrahere funn gjengitt i datamaterialet.

2.4.1 Beskrivelse av analysen

I samsvar med Braun & Clarke (2006) sin anbefaling om tematiske analyse bestod forsker sin analyse av alle seks fasene. De fem første fasene blir beskrevet i dette avsnittet, hvor den siste fasen er ferdigstillingen av resultatene og belyses i neste kapittel. Fase seks bidrar til transparens (gjennomsiktighet) som er viktig i kvalitativ forskning fordi metoden kan gjennomføres på mange forskjellige måter og ikke må forveksles med «anything goes» (Johannessen et al., 2016. s. 77).

1. **Bli kjent med datamaterialet:** Første fase gikk ut på å bli kjent med datamaterialet ved å transkribere alle intervjuene og gjøre materialet visuelt og detaljert for videre analyse. Transkripsjonen er en prosess hvor man tidlig får muligheten for å bli kjent med datamaterialet og utvikle en bedre forståelse for den (Braun & Clarke, 2006. s. 87). Denne hjalp forsker å bedre bli kjent med datamaterialet ved at det ble skrevet ned i rikelig detalj. Dataen ble videre lest aktivt og åpent ved flere anledninger for å lettere kunne se etter mønstre i materialet.
2. **Kodegenerering:** Under fase to ble datamaterialet satt inn i koder som senere skulle omformuleres til tema. Igjennom spørsmål to til seks, formulert på følgende måter; «hva som kunne være årsaken til depresjon på sykehjem», «hva som øker velvære på sykehjem» og «hva et personal/tjeneste kan gjøre bedre» ble kodene generert. Spørsmålene var sentrale gjennom hele intervjusituasjonen og vurdert til å kunne grundigere belyse fenomenet sett fra forskjellige vinkler. Kodene ble generert på bakgrunn av besvarelsene gjengitt fra informantene og disse kom i varierende rekkefølge, uavhengig av deltakerne. De ble senere delt inn i 25 koder: **vanskelig omstilling, dårlig kommunikasjon, tjenestens utforming, lav grad av autonomi, sykdommer, relasjonsdannelse, rolleforandring, trygghet, tjenestens rutiner, lav omsorg, lite kontroll, viktigheten av aktivitet, tilværelsen, isolasjon, ensomhet, behov for tilrettelegging, matutvalget, politikk, personalets grad av empati, tvangstiltak, savnet av fortiden, vanskelig overgang, føle seg til bry, følelsen av hjelpeløshet og brukermedvirkning.** Det kunne tenkes at datamaterialet hadde mulighet for å inneholde flere koder enn beskrevet, men ettersom disse falt under samme kontekst kun sagt på forskjellige måter var dette etter forsker sin oppfatning unyttig for oppgavens struktur. Alt datamaterialet ble gitt like mye oppmerksomhet gjennom hele kodebearbeidelsen og identifisert i henhold til dataene som viste seg interessante for analysen (Braun & Clarke, 2006. s. 89) sett ut i fra informantenes perspektiv av fenomenet.
3. **Temasøking:** I fase tre ble alle kodene for første gang sortert. Prosessen ble iverksatt ved å analysere de forskjellige kodene og bestemme hvordan de kunne kombineres for å danne et overordnet tema (Braun & Clarke, 2006. s. 89). Hver individuelle intervju fikk et eget tankekart hvor det var mulig å skrive inn potensielle koder for visualisering. Etter at alle seks intervjuene ble gjennomført på samme måte ble potensielle koder skrevet ned for å se hvilke av temaene som gikk på tvers av hverandre. Forsker valgte å ta i bruk

Attride-Sterling (2001) sin thematic network analysis, hvor koder og potensielle tema settes inn i tabeller. Tabellen ga forsker en mer strukturert og visuell oversikt sammenlignet med tankekartene, og genererte frem åtte potensielle tema som viste seg å være vesentlige for besvarelsen av forskningsspørsmålet; ***utfordrende omstilling, relasjon med andre, isolasjon, ensomhet, lav grad av autonomi, rolleforandringen, tjenestens utforming, personalets arbeidsutførelse.***

4. **Temagjennomgang:** Analysens fjerde fase gikk ut på at alle temaene ble gjennomgått på nytt og raffinert. Denne fasen handlet om å se om hvilke tema som passer overens med de genererte kodene og det totale datasettet. Prosessen bestod av av to nivåer slik beskrevet i Braun & Clarke (2006), hvor det første steget gikk ut på å gjennomgå utdragene av kodene i datamaterialet og se om dem opptrer i et sammenhengende mønster. Nivå to omhandlet en lignende prosess, men sett i lys av hele datasettet. Enkelte koder viste seg å videre kunne brukes som underkategorier for temaene da dem kunne ytterligere bidra til å belyse oppgavens problemstilling. Andre ble vurdert å være unyttige og ble av den grunn forkastet.
5. **Definering av tema:** I fase fem ble alle temaene navngitt og definert. Disse ble betegnet som hovedtemaene for oppgaven. Forsker vurderte på et tidspunkt å ytterligere komprimere temaene men avslå dette senere, for å videre kunne opprettholde en struktur som muliggjorde grundigere og ryddigere belysning av fenomenet. Temaene ble fordelt i fire hovedtema:
 - ◇ ***Sosiale relasjoner***
 - ◇ ***Omsorg***
 - ◇ ***Autonomi***
 - ◇ ***Rolleforandring***

2.5 Kvalitetssikring av forskningsprosjektet

Alle forskningsmetoder har sine styrker og svakheter, hvor man innenfor kvalitativ forskning bruker reliabilitet (pålitelighet) og ulike validitetsformer som kriterier for forskningens kvalitet (Johannesen et al., 2016. s. 231). I dette forskningsprosjektet valgte forsker å benytte seg av den kvalitative forskningsmetoden for å kunne belyse oppgavens problemstilling på best mulig måte.

2.5.1 Pålitelighet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er dataens pålitelighet som knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, hvordan den samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2016. s. 231). I kvalitativ forskning bruker forsker seg selv som instrument og ingen andre har samme erfarings bakgrunn i denne settingen. Det er god grunn til å tro at en annen forsker kunne fått andre resultater på bakgrunn av sin vinkling eller syn på fenomenet.

Alle informantene var beboere på forsker sin arbeidsplass noe som kan ha sine utfordringer når det kommer til reliabilitet. Malterud (2017) skriver at intervjuer skjer i relasjon og menneskelige faktorer vil alltid kunne være med på å påvirke resultatet. Ønsket informantene å tilfredsstille forsker med «gode svar»? Kunne dem føle seg tvunget til å svare «riktig» ettersom forsker i det daglige har rollen som behandler? Om dette er tilfellet er vanskelig å si, men det kan tenkes at forsker sin rolle vil kunne ha påvirket informantene til å svare slik de tror er forventet av dem, noe som er truende for reliabiliteten. På den andre siden kan den samme situasjonen sees på som en klar fordel hvor en god relasjon til informantene og terapeutisk allianse fører til økt trygghet til å uttrykke seg fritt og være ærlige i henhold til fenomenet som skal belyses.

Det var meget viktig for forsker at datamaterialet var et resultat sett ut fra informantenes livsverden, noe som og var årsaken til at hovedspørsmålene i intervjuguiden var åpne. Informantene skulle få mulighet til å komme med egne subjektive antakelser om fenomenet og ikke ledes mot et spesifikt tema. De spørsmålene som kunne virke «ledende» under samtalen var oppfølgingsspørsmål som var basert på informantenes egne besvarelser, eller når det var ønskelig med konfirmering av informantenes egne utsagn og forsker sin oppsummering av intervjuet. Dette ble gjort som forsikring om at de selv og forsker var gjort seg forstått og noe ikke ble oversett eller usagt.

Det kan og tenkes at enkelte beboere på sykehjem har fått en mangelfull utredning når det kommer til deres sykdom. Et av eksklusjonskriteriene for dette studiet var informanter uten diagnostisert demens, men har vedkommende blitt utredet godt nok i nyere tid? Demens er en sykdom som i de fleste tilfeller progredierer sakte og det kan ta flere år før man ser atferdsendringer. I dette tilfellet kan det kun stilles spørsmål ved om man i tide har oppdaget endringer før informantene potensielt sett er kognitivt svekket nok til å kunne oppleve depresjonslignende atferd og basere svarene sine på bakgrunn av dem. Dette er truende ovenfor oppgavens pålitelighet og problemstilling, men det er og viktig å bemerke seg at forsker ikke er kvalifisert nok eller har myndighet til å sette diagnoser og kan kun forholde seg til opplysningene gjengitt i legejournalen som er blitt brukt for å sikre så riktig utvalg som mulig. I perioden informantene ble rekruttert til intervju var det ikke tegn eller mistanke til demens hos noen av dem, og alle var vurdert til å være kvalifisert til å delta i forskningsprosjektet sett ut fra utvalgskriteriene.

2.5.2 Validitet

Validitet må ikke oppfattes som noe absolutt, som om data er valide eller ikke, men det er et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt (Johannesen et al., 2016. s. 67). Ifølge forskere er ikke kvalitative studier valide siden de ikke kan kvantifiseres (måles), men de kan dreie seg om hvor vidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke.

2.5.2.1 Intern validitet - troverdighet

Intern validitet går ut på om den kvalitative undersøkelsen måler det vi tror den måler (Johannesen et al., 2016. s. 232). Hvor troverdig er datamaterialet?

I dette studiet valgte forsker å benytte seg av semi-strukturerte intervjuer som fremmer muligheten til å utforske eldre sykehjemsbeboere sine antakelser om årsaker til depresjon på sykehjem. Johannesen mfl. (2016) skriver videre at menneskers erfaringer og oppfatninger kommer best frem når informantene selv kan være med på å bestemme selv hva som tas opp i intervjuet, noe som betyr at intervjuformen er godt egnet som datainnsamlingsmetode når tilnærmingen er eksplorerende.

Intervjuguiden bestod av få åpne hovedspørsmål som skulle sikre at informantens beskrivelser eller erfaringer ble satt i fokus, uten påvirkning av forsker sin forforståelse.

Intervjusituasjonen er situasjonsbestemt noe som betyr at forsker måtte strukturere hvert enkelt intervju etter informantene sine beskrivelser og basere oppfølgingsspørsmålene etter de temaene som var nevnt i intervjusituasjonen. Dette kan ses på som en svakhet for overførbarheten, men formålet med dataanalysen i kvalitative studier går allikevel ut på å finne likheter i meningsinnholdet selv om informantene beskriver fenomenet på forskjellige måter. I tillegg ble resultatene «tilbakeført» ved at veileder gikk igjennom funnene og anerkjente med sin fagbakgrunn og ekspertise at beskrivelsene kunne være konkrete årsaker til depresjon på sykehjem. Dette er med på å styrke oppgavens troverdighet.

Man kan og stille spørsmål til transkripsjonens gyldighet. I følge Kvale og Brinkmann (2015) så kan gyldighet trues ved at det er dårlig kvalitet på båndopptaket, har man har oppfattet informanten feil eller andre elementer slik som lange pauser, komma, punktum eller om forsker tar med de emosjonelle aspektene ved samtalen som en observasjon. Sett ut ifra situasjonen kan det tenkes at resultatene fra transkripsjonen ville vært annerledes hvis en annen forsker gikk igjennom lydfilen.

Utvalget var strategisk for å sikre at problemstillingen skulle belyses på best mulig måte. Kvalitative undersøkelser har et klart formål noe som gjør at et representativt, tilfeldighetsbasert utvalg kan virke truende ovenfor gyldigheten (Malterud, 2017. s. 58). Forsker ønsket å fokusere på informasjonsstyrken ved å rekruttere informanter som i det daglige bor i et miljø med høy depresjonsforekomst. Deres opplevelser og antakelser vil av den grunn kunne bære preg av egen situasjon noe som vil gjøre at datamaterialets reliabilitet øker sett ut fra informasjonsbehovet og problemstillingen.

2.5.2.2 Ekstern validitet - overførbarhet

Ekstern validitet også kjent som overførbarhet, går ut på om resultater fra et forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener (Johannesen et al., 2016. s. 233). Om kunnskapen kan overføres til lignende situasjoner som for eksempel andre sykehjemsbeboere på andre institusjoner i Norge.

Kvalitative metoder bygger sjeldent på empirisk data fra et stort antall enheter (Malterud, 2017. s. 63) og dette truer overførbarheten siden datamaterialet er basert på et fåtall informanter, men for å øke overførbarheten benyttet forsker seg av ulike tiltak hvor et av dem var et utvalg med økt informasjonsstyrke slik som beskrevet under intern validitet. Malterud (2017) skriver at et utvalg med høy informasjonsstyrke kan være med på å gi

rikelig datamaterialet selv med få informanter noe som både øker intern validitet men og overførbarhet til andre lignende situasjoner. I tillegg ønsket forsker å øke variasjon ved å rekruttere tre kvinner og tre menn. Dette kunne og bidra til økt overførbarhet når vi vurderer fenomenet ut fra begge kjønn, samtidig som at den økte variasjonsbredde fremmer muligheten for blandede synspunkter ved et og samme fenomen (Johannessen et al., 2016. s. 146), (Malterud, 2017. s. 59).

2.5.3 Refleksivitet

Forskerens rolle som person og integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutningene som treffes i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 92), hvor refleksivitet er forsker sin evne til å se betydningen av egen rolle i samhandling med informanten, datamaterialet, teorien og forforståelsen en tar med seg inn i forskningen (Malterud, 2017. s. 19).

Som ergoterapeut på et norsk sykehjem i over fem år har forsker vært i kontakt med flere sykehjemsbeboere med depresjon eller depresjonslignende atferd. Forsker har gjennom alminnelige samtaler med beboere fått et inntrykk av depresjon både direkte og indirekte, som videre har blitt undersøkt med godkjent screeningverktøy i geriatrien som har som mål å avdekke årsaker eller grad av tilstanden. På bakgrunn av slik erfaring fra klinisk praksis og egen interesse for psykisk helse er det umulig for forsker å stille seg helt uforstående til hvorfor eldre kan oppleve å utvikle depresjon på sykehjem. Dette er noe forsker har vært oppmerksom på under hele prosessen og er klar over at både rollen og kunnskapen kan påvirke analysen, hva som vekker oppmerksomheten i intervjusituasjonen og veien videre i oppgaven.

Forsker har allikevel ønsket å stille seg så åpen til sinns som mulig og være eksplorerende ovenfor fenomenet, men som et menneske med egne meninger og tolkninger av et fenomen var det kun mulig å forholde seg åpen for egen tvil, ettertanke og uventede konklusjoner ved å foreta en kvalifisert og systematisk tolkning av det som ble tilegnet under hele prosessen.

2.6 Forskningsetikk

Etikk dreier seg først og fremst om forholdet mellom mennesker, det vi kan og ikke gjøre mot hverandre (Johannessen et al., 2016. s. 83). I kvalitativ forskning har datainnsamlingen

ofte en personlig karakter som må behandles varsomt med respekt for informantene og tilliten de gir oss ved å delta i studiet. Det er av den grunn en rekke etiske problemstillinger forsker må ta hensyn til når en driver med en undersøkelse, slik at forsker skal ta riktige beslutninger under forskningsprosjektet som utføres.

Kvale og Brinkmann (2015) stiller tradisjonelt fire krav til punkter som skal diskuteres i etiske retningslinjer for forskning. Punkt fire som omhandler «forsker sin rolle» er allerede belyst under avsnittet om refleksivitet og vil ytterligere diskuteres i diskusjonskapitlet.

1. *Informert samtykke*
2. *Konfidensialitet*
3. *Konsekvenser (forsvarlighetsperspektivet)*

2.6.1 Informert samtykke

Informert samtykke betyr at informanten informeres om undersøkelsens overordnende formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som om mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 88). Ved all kvalitativ forskning må det sendes søknad til personvernombudet (NSD - Norsk senter for dataforskning) for godkjenning av prosjektet før man igangsetter datainnsamling med informanter (*Vedlegg 1*). Under utarbeidelsen av informasjonsskrivet, ble NSD sin veiledende mal fulgt etter den nye lovendringen 20.juli.2018. Malen har som hensikt å sikre at alle informantene får et oppdatert og godkjent informativt samtykkeskriv før man skriftlig godkjenner deltakelse i forskningsprosjektet (*Vedlegg 2*).

Det ble og sendt fremleggs vurdering til REK (Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) for vurdering av søknadsplikt i henhold til virkeområdet til helseforskningsloven. Denne ble vurdert ikke fremleggs pliktig grunnet oppgavens utforming (*Vedlegg 3*).

Informantene ble muntlig og skriftlig informert om deres rettigheter, og om rett til innsyn i egne opplysninger og data under hele prosessen. Informantene ble gjort klar over at deres deltakelse er frivillig og at de til en hver tid hadde mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte oppgi grunn, selv om de på forhånd hadde samtykket til å delta. Deres beslutninger skulle ikke ha noe innvirkning i videre behandling på sykehjemmet.

2.6.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet er et annet grunnleggende prinsipp innenfor etisk forskning. Konfidensialitet i forskning innebærer at private data som identifiserer deltakeren ikke kan avsløres (Kvale og Brinkmann, 2015. s. 90). Ifølge forvaltningsloven er all informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner, *taushetsbelagt* (Johannessen et al., 2016. s. 91).

I etterkant av intervjuene ble lydfilen lagret på en kryptert minnepenn og sikret i et låsbart skap. Transkriberingen fant sted på OsloMet storbyuniversitet sine serverrom, koblet fra nettverk til en hver tid. For å sikre taushetsplikten ble all persondata anonymisert slik at transkripsjonsfilen ikke kunne spores tilbake til enkeltperson dersom den skulle komme på avveie. Lydfilen ble slettet umiddelbart etter transkripsjonen, og transkripsjonen ble makulert rett etter analysen og kodingen av tema. Dette var vurdert riktig basert på de forskningsetiske retningslinjene og anonymitet.

2.6.3 Konsekvenser (forsvarlighetsperspektivet)

Fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av den oppnådde kunnskapen veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren, og dermed gjøre det berettiget å gjennomføre undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 91). Det etiske prinsippet om *velgjørenhet* betyr at risikoen for å skade en deltaker bør være lavest mulig. Informantens rettigheter, sikkerhet og trygghet har under hele forløpet vært oppgavens hovedprioritet og det ble i intervjusituasjonen gjort kontinuerlige vurderinger av beboer sine opplevelser, slik at de ikke ga uttrykk for ubehag eller psykisk uro uten at det ble håndtert. Igjennom informasjonsskrivet sikret forsker dem en skriftlig forklaring av deres rettigheter, med muligheten om å trekke seg når tid som helst uten å måtte oppgi grunn. Deltakerne fikk også kontaktinformasjon til forsker, veileder, NSD og OsloMet sitt interne personvernombud, med mulighet for ytterligere informasjon om studiet og egne rettigheter dersom det var nødvendig.

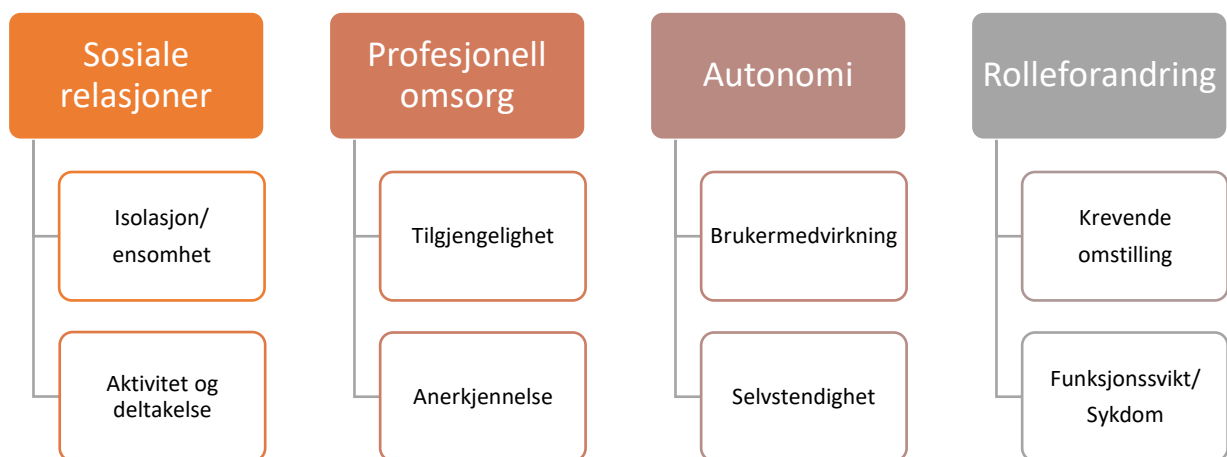
Formålet med undersøkelsen var å finne ut hva sykehjemsbeboere uten diagnostisert demens tror kan være årsaker til at eldre utvikler depresjon på sykehjem. Ved å intervju beboere som i det daglige bor i et miljø med høy depresjonsforekomst og høre deres oppfatninger, kan det tenkes at denne kunnskapen i fremtiden vil kunne brukes som et ledd til å sikre helsepersonell en dypere forståelse for eldre sine opplevelser av å flytte inn på sykehjem. Ved hjelp av slik kunnskap vil det kunne opprettes behandlingsstrategier eller

prosedyrer på hvordan å avverge eller oppdage depresjon tidligere, noe som vil kunne hjelpe med tilrettelegging for bedre behandling i fremtiden. Det var ikke stilt krav til at informantene på et nåværende eller tidligere tidspunkt har hatt depresjon, og dette var for å unngå å utsette vedkommende for samtaler som kunne være vanskelig å prate om og virke triggende ovenfor psykisk stress. Dersom de ønsket å være mer personlige i deres besvarelser var det av fri vilje, samtidig som at forsker til en hver tid under intervjusituasjonen var oppmerksom på at samtaleemnet ikke skulle virke stressende ovenfor informanten uten at det ble adressert og løst etter best mulig evne.

3.0 Presentasjon av funn

Gjennom den tematiske analysen av datamaterialet ble informantene sine uttalelser omgjort til fire hovedtema: **sosiale relasjoner**, **profesjonell omsorg**, **autonomi** og **rolleforandring**.

Hver av disse temaene hadde to underkategorier som ytterligere skulle hjelpe til å belyse fenomenet. Forsker vil under presentasjon av resultatene gå mer i dybden på informantenes beskrivelser.



Fokuset faller på å finne fellestrekk og forskjeller innenfor temaet og underkategoriene som er relevante for problemstillingen. Sitatene er forklaringen gjengitt fra informantene og fungerer dermed som funn i forskningssammenhengen. Av hensyn til flyt i teksten er enkelte sitater forenklet uten at det går ut over meningsinnholdet. Fyllord som «hehe», «eh/ehm», lengre betenkingspauser eller latenstid er tatt bort slik at sitatene blir mindre oppstykket og uoversiktlig. Sitater markert med (...) symboliserer at informanten har sagt noe før eller etter sitatet som er utelatt fordi det regnes som mindre relevant, slik at funnene kunne bli presentert på en mer oversiktlig måte. Enkelte sitater kan oppleves som korte, direkte og lite formulert men er allikevel brukt for å nyansere hovedtemaene og underkategoriene slik at fenomenet kunne belyses ytterligere med en dypere forståelse.

3.1 Sosiale relasjoner

Flere av deltakerne i studiet fortalte om en hverdag bemerket av manglende mulighet for relasjonsdannelse og kommunikasjon av ulike årsaker. Deres meninger bar i all hovedsak preg av personlige erfaringer som de videre antok kunne være årsaker til depresjon på sykehjem. Vegard forteller om erfaringer knytte til at det var vanskelig å prate med noen på avdelingen og han har på bakgrunn av dette kunne føle på ensomhet. Han antok også at manglende kommunikasjon kunne føre depresjon med tiden.

«Jeg mener jo, eller. Syntes det er vanskelig å prate med noen. Jeg skravler, det hører du sikkert, men der ute. Alle er så stille. Alle sover på plassene sine. Det er litt trist (...) Man føler jo seg ensom (...) man kan kanskje bli litt deprimert med tiden. Ikke ha en samtale med noen, sitte alene. Er vel ikke sånn det skal være».

Informantene for forskningen var beboere uten diagnostisert demensdiagnose, noe som i all hovedsak betød at dem var mer kognitivt oppegående sammenlignet med de fleste av deres med beboere på institusjonen. Dette var noe de kunne kjenne på i det daglige og så på som en av årsakene til manglende kommunikasjon og relasjonsdannelse med andre beboere.

Roger innså at hans antakelse om hvordan det ville være på sykehjem kontra hvordan realiteten var, var helt annerledes i henhold til det sosiale *«Jeg har kanskje fått et feil inntrykk fordi jeg trodde det var mer mulighet for å snakke med folk (...) Det er for lite kontakt med andre. Her sitter det mye folk som er veldig, veldig langt borte»*. Kari hadde lagt merke til mye av det samme som Roger ved at demenssykdommen hos medbeboere fører til en utfordring knyttet til kommunikasjons og relasjonsdannelse *«Det er aldri vært noen å prate med. Det er veldig vanskelig. Man vet ikke om alle som bor her alltid snakker sant eller om det er sykdommen eller. Noen ganger hører man de samme historiene hver morgen»*.

Den manglende kommunikasjonen og relasjonsdannelse skyldes ikke kun demenssykdoms hindringer ifølge informantene men også manglende initiativ for samtale fra andre beboere.

Hege opplevde at andre beboere ikke ønsker å ta kontakt grunnet manglende interesse.

«Ja, også er det ikke så mange mennesker man kan snakke med. Som man kan sitte og snakke med (...) de andre beboerne tar ikke noe kontakt. Det kan ta veldig lang tid å komme i kontakt med dem».

Flere av informantene som igjennom intervjuet snakket om manglende kommunikasjon og relasjonsdannelse uttrykte ved flere anledninger at man vil kunne oppleve økt velvære på

sykehjem ved å ha noen å prate med. Men stilte seg litt kritiske til om det var mulig å gjennomføre. Roger ordlegger seg på følgende måte: *«Det er kanskje vanskelig å gjennomføre, men det hadde vært veldig hyggelig. Hyggelig å ha noen å snakke mer med. Snakke med noen øker velvære tror jeg»*. Vegard sier mer eller mindre det samme som Roger *«Nei, hva skal jeg si. Sagt det jeg må tenker jeg. Men hadde jo også vært fint å ha noen å snakke med (...) det syntes jeg er viktig»*. Kari er selv enig i at kommunikasjon og sosiale relasjoner øker velvære, men ønsker mer tilrettelegging fra personal eller avdelingen for få dette i gang *«Ja der mener jeg ting. At de der kunne tilpasset det litt bedre. At sin sidemann (...) ja en som passer meg bedre. Ha en sidemann jeg kan snakke med»*.

3.1.1 Isolasjon/ensomhet

Noen av informantene erfarte at dem valgte en form for selvvalgt isolasjon, som en reaksjon på at det ikke var noen å snakke med i fellesarealene. Det var for noen bedre å bli værende inne på rommet alene fremfor å være i fellesskapet hvor det allikevel ikke var mulighet for å sosialisere seg med andre. Vegard følte på nettopp dette.

«Jeg oppholder jo meg litt mye på rommet (...) syntes at det er vanskelig å prate med noen (...) Alle er så stille. Man føler jo seg ensom, syntes nå jeg. Så jeg sitter jo mye på rommet av den grunn».

Noen av informantene mente at man som følge av dette valget ved å bli værende inne på rommet fremfor å være ute kunne gi en følelse av ensomhet, hvor Roger i stor grad var enig med det Vegard uttrykte men mente at isolasjonen kunne bli sett på som direkte medvirkende til depresjon grunnet mangelen på sosiale relasjoner sammen med de andre medbeboerne i miljøet. *«Du blir litt mer isolert enn det jeg trodde (...) Og ja det kan være sterkt medvirkende til depresjon fordi du snakker for lite med andre»*.

Både Roger og Vegard hadde klare formeningar om at samtale og sosiale relasjoner var konkrete tiltak som kunne være med på å øke velvære på avdelingen. *«Det hadde vært hyggelig å ha noen å snakke med. Snakke med noen øker velvære tror jeg (...) det er ønskelig med litt mer kontakt»*.

3.1.2 Aktivitets og deltakelse

Aktivitet og deltakelse var noe flere av beboere hadde fått med seg og erfart var viktige tiltak på sykehjem. Den sosiale kontakten mente Kari kunne løses med bedre omgivelsestilrettelegging som muligens kunne være med på å gi økt sosialisering beboere i mellom. «*Ja der mener jeg ting. At de der kunne tilpasset det litt bedre (...) ha en sidemann jeg kan snakke med (...) en som passer meg bedre*». Vegard hadde et lignende syn på problemet men mente at personalet kunne iverksette «samtalegruppe/aktivitet» for de som ønsket å være litt mer sosiale. Dette var tiltak informantene mente i sin helhet kunne begrense følelsen av isolasjon og ensomhet.

Enkelte informanter opplevde hverdagstilværelsen på avdelingen som veldig rutine preget og lik. Dette var noe som kunne medføre til en kjedeligere hverdag. Hege hadde selv erfart viktigheten av aktivitetstilbudet på avdelingen og antok at dette kunne være med på å bruke opp de daglige mønstrene, samtidig som at det var noe som kunne være viktig som den enkelte.

«Det er liksom, jeg tror at det hjelper at vi har så mye aktivitet (...) Man deltar, det kan være hva som helst. Strikking, musikk. Det foregår noe (...) Dette med sengetøy, at jeg får gå og ta sengetøy nede og ta det med opp og få det på plass på lagerrommet. Jeg ser på det som en aktivitet som jeg kan ha».

Aktivitet og aktivitetstilbud var noen de fleste av informantene både antok og selv hadde erfart var gode tiltak mot ensomhet, isolasjon og kjedsomhet i en hverdag som i stor grad var preget av rutine.

3.2 Profesjonell omsorg

Flere av informantene hadde personlige erfaringer og antakelser om at en manglende profesjonell omsorg blant personal og en følelse av å ikke bli godt nok ivaretatt kunne være en årsak til å utvikle depresjon på sykehjem. Håkon beskrev det på følgende måte:

«Det er vel dette med å bo her, er vel en av tingene. I tillegg til at det dreier seg om å følge opp pasientene (...) det kan jo tenkes at man kan føle seg for lite i varetatt (...) her ser du jo ikke de som jobber engang. Du ser ikke pleierne sånn stort sett».

Samtidig erfarte Roger at det var splittelse mellom personalets omsorgsevne, noe som kunne påvirke hvilken behandling og omsorg han fikk den dagen. *«Du blir behandlet på en måte. Som godt, men det kan være litt for dårlig tid av og til (...) Vi har de som er veldig dyktige. Også er det de som er kun her fordi det er en jobb».*

Omsorgssvikten og mangelen på varme og empati førte til at Kari måtte ty til utradisjonelle metoder for å bli sett og lagt merke til, av de som var på jobb. *«Og for å få hjelp. At en ville høre på meg. Da simulerte jeg at jeg datt i gulvet (...) Da ønsket jeg bare en å prate med (...) Det manglet varme».*

Enkelte informanter hadde og erfart hvor raskt deres eget humør kunne endres ved at man fikk bistand av et personal som både var blide og hyggelige. De følte at personalets humør kunne smittes over på deres eget, noe som førte til trygghet. Hege hadde en personlig erfaring hvor hennes trygghet var knyttet opp mot at personalet hun hadde rundt seg var oppmerksomme på henne og at de tok tak i hennes problemer og utfordringer. *«Jeg må si at det som hjalp meg når jeg ble syk, var at de så kjapt tok tak i det (...) Det gjorde at jeg bare føler meg så trygg».*

3.2.1 Tilgjengelighet

Flere av informanter hadde følt på en mangelfull tilgjengelighet fra personalet. Årsakene kunne være ulike, men Trine fortalte om hverdager hvor hun kunne bli liggende i sengen lenge og vente på hjelp etter å ha ringt på signalanlegget. En kan føle å bli oversett og lure på om bistanden fra personalet i det heletatt kommer. Den følelsen av usikkerhet og det å bli oversett kunne i følge Trine føre til at man kan bli deprimert.

«Når du kommer i en situasjon når du ikke kan hjelpe deg selv (...) også ligger du liksom og venter på hjelp og tenker, ja jøss kommer det ingen? (...) Hvis man får følelsen av å være oversett. Det regner jeg med at man kunne blitt deprimert av».

Hos noen av informantene kunne dette og være såpass gjentakende og utenfor deres kontroll at de måtte finne strategier for å godta det. Flere av informantene som nevnte tilgjengelighet som en utfordring, sa dem kunne føle en opplevelse av skyld for å i det heletatt spørre om hjelp da det kunne tenkes at det var så mange andre beboere med et større bistandsbehov enn en selv. Hvis man måtte ha hjelp, så var det fordi det var høyest nødvendig. Hege ordlegger seg på følgende måte: *«Nei, det. Det er jo det at man må gjøre*

slik det må gjøres. Man blir liggende og tenkte. Det er jo andre som er så dårligere enn deg og (...) Det må være noe for å spørre (...) Det er så mange som, som har behov for hjelp. Det er ikke nok med det du trenger».

Hvor enkelte informanter opplevde at bistand var noe personalet måtte prioritere, opplevde Kari det annerledes. Hun kunne ofte få beskjed om at dem ikke hadde tid eller ressurser til å bistå eller følge opp, men dette var i følge henne selv ikke tilfellet. *«Du trengte hjelp, så var dem ikke der. Og det var et problem, hvis du ville ha følge og trengte noe (...) da var det ingen som fulgte opp (...) Det gikk på det at dem ikke hadde tid, hadde ikke ting. Men det hadde dem».*

Håkon opplevde manglende kontroll over hvilken personal som hadde ansvaret for han den vakten. Som følge av dette følte han seg utrygg når han ikke hadde kontroll og oversikt over egen hverdag. Den situasjonen beskrev han som en direkte antatt årsak til depresjon.

«Her ser du jo ikke de som jobber engang (...) på det andre stedet kom dem innom når dem hadde vakt skifte for eksempel også kom dem innom og hilste og sånn når nye folk kom på og ja. Presenterte seg og (...) Jeg hadde litt mer oversikt (...) Hadde i hvert fall gitt en form for trygghet».

3.2.2 Anerkjennelse

Mangelen på anerkjennelse var et tema som ble nevnt av noen av informantene. Til tross for at dem hadde forståelse for helsepersonellens hektiske hverdag, som i stor grad preges av prioriteringer av nødvendigheter som stell, medisiner og andre arbeidsoppgaver, kunne noen føle på at personalet ikke hadde nok tid til å anerkjenne dem som medmennesker. Kari opplevde dette hvor *«dem føler at dem ikke har noe igjen for å prate med oss (...) eller bare at dem tok seg tiden til den, den du er».* Vegard hadde mye av den samme oppfatningen som Kari, hvor personalet kunne bruke med tid på personen og ikke i så stor grad styres av alle arbeidsoppgavene. *«Ja jeg tenker at man kan bruke litt mer tid på personen (...) ikke bare suse forbi i alle arbeidsoppgavene».*

Hege var en av de informantene som hadde erfart den positive siden ved å nettopp bli lagt merke til, hilst på og behandlet som hvilken som helst annen person i det daglige. *«Jeg syntes det er veldig fint at når noen ser meg, så sier dem hei Hege, hvordan går det? Det er det veldig mange som gjør (...) at betjeningen er obs på at jeg er til».*

3.3 Autonomi

Flere av informantene hadde erfaringer og formeninger knyttet opp mot at autonomien i større grad forsvinner når man bor i et fellesskap med andre styrt av rutiner og regler. Håkon opplevde en følelse av svekket medbestemmelsesrett når det var ønskelig at han skulle flytte inn på sykehjem. Dette var noe som allerede var forhåndsbestemt, og han forstod at livet fra nå av ville preges av manglende styringsrett grunnet sykehjemmets etablerte rutiner, regler og faste tidspunkter. *«Beskjeden var i seg selv sjokkerende. Tok nesten fra meg mitt ord. Ja det måtte bare bli sånn (...) Det var nok allerede bestemt på forhånd (...) Man føler man bor på et sted hvor noen andre bestemmer (...) det er faste tidspunkter, det er litt rart. Hjemme var det jo annerledes. Der styrte man selv kan en si».*

Hege opplevde manglende bevegelsesfrihet som ga henne en følelse av lite autonomi.

Den manglende evnen til å kunne påvirke og styre sin egen hverdag var så sterk for henne at hun gikk inni en alvorlig depresjon som kunne endt fatalt dersom den hadde fortsatt.

«Det er jo det med at det må gjøres slik det må gjøres (...) De får ikke lov å gå ut, de kan ikke gå ut (...) og jeg var så deprimert selv at jeg. Jeg så dem åpne vinduet, hvor jeg hadde lyst å hoppe, for da orket jeg ikke mer».

3.3.1 Brukermedvirkning

Selv om brukermedvirkning og autonomi ofte kan brukes i samme kontekst ble dette tema ved flere anledninger nevnt. Alle informantene hadde enten en mening eller personlig erfaring knyttet opp til det å bo på en institusjon styrt av regulerte forhold som man måtte forholde seg til. Selv om de hadde forståelse for at livet nå baserte seg på å bo i et fellesskap hvor man må ta hensyn til andre, Opplevde flesteparten av informantene savnet over friheten man tidligere hadde i eget hjem. Vegard opplevde en mangelfull medbestemmelsesrett og så på brukermedvirkning som et viktig aspekt i alle menneskers liv.

«Kunne vært greit å bestemme litt mer. Eller nei, det kom ut feil. Vi har jo rettigheter. Ønsket er jo kanskje innerst inne å være like fri som hjemme (...) Hvis man kan tilrettelegge for ønsker så tror jeg mange vil bli glade. Ja. Det tenker jeg (...) Se på behovene vi har. Vi er jo alle forskjellige. Tilrettelegge for hver av oss»

Roger er inne på mye av det samme som Vegard og har selv opplevd at forholdene er satt til faste rammer man ikke er vandt med fra før: *«For å si det slik, de regulerte forholdene.*

Systemet, tror jeg og gjør at man ikke helt har styringsrett (...) vi som bor her, vi har noen ganger veldig lite påvirkningskraft. Det er som å dra ned rullegardina».

Brukermedvirkning var spesielt viktig for de fleste av informantene og Trine forteller om positive erfaringer knyttet til god tilrettelegging av personlige ønsker, fleksibilitet og tilpasningsdyktige personal. «Ja, nå er det jo sånn at her er det veldig bra (...) Han lukker opp døren når klokken er åtte: er du klar for og stå opp? Også sier jeg ja og da hjelper han meg (...) Jeg får lov å bestemme litt selv. For alle disse informantene var det viktig å kunne ha medbestemmelse i hverdagen og de fleste antok at det samme prinsippet gjaldt for de andre beboerne også.

3.3.2 Selvstendighet

Flere av informantene i dette forskningsprosjektet nevnte hvor viktig det er å være selvstendig. Dette var noe dem priset høyt og antok at og kunne gjelde for andre også. Vegard kunne oppleve at personalgruppen tok over kontrollen når det kom til stell og andre bistandsområder, da deres syn på eldre var at dem har behov for hjelp i deres daglige liv.

«Tenk å ville noe, men ikke få lov? (...) Jeg er jo et menneske. Ja gammel og skrall, men jeg kan fremdeles. Kanskje ikke like mye, men noe. Ikke ta det fra meg (...) føler de tror at de må gjøre alt. Sånn vil jeg ikke ha det.»

Informantene som nevnte selvstendighet var alle klare over at både dem selv og deres medbeboere kunne være eldre med nedsatt evne og fysisk kapasitet, men allikevel hadde tilstrekkelig nok med ressurser til å gjennomføre aktiviteter av egen interesse. Hege mente at dette var noe man skulle få lov å bruke, dersom en selv ønsket det: «Det blir til at, når man er såpass klar i hodet (...) Jeg sa at, jeg vil ikke holde på her og være som på hotell. Jeg er ikke på hotell. Du må gi meg noe som jeg kan gjøre».

På den andre siden ble det og nevnt negative følelser knyttet opp mot å ikke få lov til å være selvstendig. Trine er enig i mye av det Hege og Vegard nevner og sier selv at hun hadde opplevd en følelse av håpløshet ved å ikke ha muligheten av å være selvstendig. «Det er viktig å kunne ønske å gjøre det man vil selv (...) nå tenker jeg at jeg kan litt i hvert fall (...) men hadde følt meg hjelpes løs hvis jeg ikke fikk lov».

3.4 Rolleforandring

Rolleforandring er nært tilknyttet underkategorien «krevende omstilling» og omhandler i stor grad det samme konseptet, hvor beboerne sine roller endres og erstattes med en ny tilværelse. Disse velger forsker allikevel å skille for å nyansere forskjellene mellom den fysiske rolleendringen og den mer følelsesmessige komponenten knyttet til endringen av miljø og tilværelse. Flere av informantene har erfart og kjent på dette med rolleforandring og Roger har forståelse for den kan være krevende: «Jeg skjønner godt at når folk kommer hit, det er ikke lett. Det er ikke lett å stille seg om i denne fasen». Det ble nevnt følelser knyttet opp mot det å minste noe man har hatt og hvor vanskelig det kan være, noe de fleste av informantene hadde kjente på selv og antok andre kunne føle også. En stor livsstilsendring mente noen av informantene kunne være medvirkende i utviklingen av en depresjon. Et liv man kanskje ikke så får seg man ville havne i, men ble allikevel en del av. Dette var noe Kari hadde erfart personlig: «Nei det er det med å minste, hvis jeg kan si det sånn. Miste det man har hatt (...) Det er liksom. Jeg har jobbet som drosjesjåfør og. Ja jeg har kjørt mange gamle, dårlige på sykehjem. Jeg har heletiden tenkt på at sykehjem ikke er noe for meg og dit vil jeg ikke. Men så plutselig måtte jeg». Rolleendringen kunne informantene føle var krevende og kombinasjonen med å flytte inn på sykehjem og minste kontakten med sitt tidligere liv var ifølge Roger nok til få en depresjon på sykehjem.

«Når du kommer til et sykehjem, som her. Langt unna og så videre. Så mister du, kontakten i stor grad med hjemme (...) Man har et avvik i hvordan man har levd tidligere (...) Rolleforandringen er mye større ja. Større når man kommer på sykehjem. Ganske mye større enn det man skulle tro (...) det gjør at du føler deg mye vanskeligere. Jeg tror det er en vesentlig del av årsaken til depresjon».

3.4.1 Krevende omstilling

Det er ikke gitt at en rolleforandring oppleves som krevende, men for informantene i min forskning kjente flertallet på nettopp det. Det å være kjent med noe fra før av, som eget hjem og plutselig få tilværelsen endret da man ikke lenger er vurdert til å kunne klare seg selv. Dette kunne i følge noen av informantene bli sett på som en stor og krevende utfordring psykisk, spesielt når situasjonen er utenfor deres kontroll. Dette var noe Vegard kjente på, «Nei, altså. Se på det her da. Lite rom, tilværelsen, nei er ikke rart spør du meg (...)

det er jo en stor forandring. Jeg personlig klarte meg relativt greit hjemme. Ja. Også plutselig når en finner ut at sykehjem er neste stoppested. Det er en tøff beskjed (...) må ærlig si at jeg var litt nede selv»

Hege sier mye av det samme som Vegard men formulerer seg på en annen måte ved å mene at endringer fra kjente omgivelser, hvor hun har vært vandt med å leve med sitt til en sykehjemsplass kan gi en følelse av depresjon fordi man kan føle seg utrygg. Man går fra noe man er kjent med, til noe man ikke kjenner og har kontroll på. «Ja jeg tror det er veldig mange som er deprimerte når de kommer inn (...) fordi de har levd hjemme og de har vært vandt til å leve med sitt (...) Man føler jo seg ikke trygg på samme måte som man hadde gjort hjemme kanskje (...) Minste noe eller flytte fra noe man er kjent med. Til noe man ikke er kjent med».

3.4.2 Funksjonssvikt/sykdom

Noen av informanter nevnte og funksjonssvikt og sykdom som en årsak til utvikling av depresjon. Enkelte av informantene hadde personlige erfaringer med utfordringer i henhold til hverdagslige aktiviteter som personlig hygiene og komme seg ut av sengen. Dette kjente Håkon på og syntes det var deprimerende følelse, «*Jeg kan og si at det som var litt deprimerende for meg, det var at jeg. Det at jeg føler at jeg ikke kommer meg ut av sengen ordentlig*». Roger er inne på mye av det samme som Håkon og har selv kjent på de fysiske utfordringene hvor syn og hørselssansen har blitt svekket «*Så har jeg jo, samtidig som at jeg kom hit, så har hørselen blitt dårligere og dårligere og synet blitt dårligere og dårligere. Så det gjør at jeg er litt utenfor*». Trine er også en av informantene som har fysiske utfordringer og sier mye av det samme, hun ønsker ikke å bli gammel med det livet hun har nå.

«Ja det kan være, man er jo liksom vandt til å kunne klare seg selv og plutselig kan man ikke gå på do selv engang (...) også begynner jeg å miste synet i tillegg da. Ikke kan en se TV, ikke kan jeg lese (...) Ja så er det jo det å få følelsen av at ting svikter.

Det kan jo og føre til depresjon (...) Sånn som jeg føler det nå. Det at beinet svikter og jeg ser dårligere og sånn, så har jeg jo ikke et ønske om å bli 90 år altså».

Alle Informantene som i dette prosjektet hadde større fysiske utfordringer eller sykdom som hemmet dere i daglige aktivitet, kjente på en negativ følelse knyttet opp mot tilstanden eller situasjonen som medførte til disse begrensingene. Trine nevner videre ut i intervjuet at dersom hennes funksjonsnivå skulle til å reduseres ytterligere, er det en sjans for at hun selv

utvikler en depresjon «Jeg tror at hvis jeg hadde blitt totalt avhengig (...) hvis det hender at jeg ikke lenger klarer meg, da kan det tenke seg at jeg synker ned».

4.0 Diskusjon

Tidligere forskning og litteratur har god dokumentasjon om utbredelsen av depresjon blant eldre beboere på sykehjem, og årsaksfaktorene er beskrevet som varierte. Samtidig viser forskning til at demenssykdom og depresjonslignende atferd korrelerer, noe som stiller spørsmålet om dette kan være en av årsakene til at antallet deprimerte på sykehjem er så høyt når omlag 80% av alle beboere har en demensdiagnose?

Kognitivt intakte beboere responderer oftere emosjonelt til tap noe som var årsaken til at oppgavens utvalg kun skulle inkludere sykehjemsbeboere uten kjent demensdiagnose. Det var ønskelig at fenomenet i størst mulig grad skulle besvares på bakgrunn av emosjonelle følelser, antakelser eller formeninge fremfor demensens naturlige utvikling.

Opgaven har som mål å videre kunne brukes som et ledd for å øke helsetjenesten og personell sin forståelse og kompetanse for hvorfor eldre kan oppleve å bli deprimerte på sykehjem. Videre vil man kunne være mer oppmerksomme på depresjonssymptomer og ha en bedre forståelse for hvorfor et liv på sykehjem kan oppleves som vanskelig.

Datamaterialet ble gjennomgått ved hjelp av stegene i den tematiske analysen, hvor det fremkom fire hovedtema som var satt opp til diskusjon. **Sosiale relasjoner** var et av dem og flere av informantene mente at det å danne sosiale relasjoner med andre beboere på avdelingen kunne være utfordrende. Årsakene var beskrevet som varierende, men opplevelsen av å ikke ha noen å sosialisere seg med opplevdes deprimereende. Enkelte mente at det kunne være utfordrende å sosialisere seg med beboere med demens, mens andre erfarte at sensoriske nedsettelse hos en selv eller andre påvirket muligheten for etablering av kontakt. I andre tilfeller dreiet det seg om manglende interesse for å være sosial, og som en reaksjon på disse utfordringene kunne mange oppleve å isolere seg selv på rommet og bli ensomme. Ensomhet var en av underkategoriene til hovedtema om sosiale relasjoner og hjalp til med å belyse oppgavens problemstilling i dypere grad. Sosiale tiltak slik som aktiviteter og deltakelse i dagliglivet var sett på som konkrete tiltak for forebygging av ensomhet og depresjon og var den siste underkategorien for dette hovedtema.

Alle informantene valgte å dele personlige erfaringer i variert grad og under **profesjonell omsorg** opplevde flere manglende varme og empati fra personalet. Den manglende omsorgen og ivaretagelsen fra helsepersonell kunne fra informantenes ståsted være en av årsakene for depresjon på sykehjem. Denne omsorgssvikten var ikke kun et resultat av

personalet selv, men også hektiske hverdager og tidsbegrensninger som kunne føre til at personalet ikke var tilgjengelig. Tilgjengelighet var brukt som en underkategori og spesielt de informantene med økt pleietrengende behov kunne oppleve å bli liggende i sengen i lengere perioder og vente på hjelp. Dette ga en følelse av neglekt og nedprioritering som i følge informantene selv kunne føre til en depresjon.

Anerkjennelse var og beskrevet som en underkategori under profesjonell omsorg hvor enkelte mente og antok at sykehjemsbeboere var stigmatisert som pleietrengende. De la vekt på viktigheten ved å bli lagt merke til for den dem er, og mente denne manglende anerkjennelsen kunne føre til depresjon på sykehjemmet.

En overgang på sykehjem kan for mange oppleves overveldende og truende i forhold til autonomien og brukermedvirkningen man vanligvis er vant med når man bor hjemme.

Autonomi ble definert som et hovedtema og flere av informantene antok og opplevde en manglende kontroll og selvbestemmelse over eget liv på sykehjem, og dette var sett på som en konkret årsak til depresjon. Sykehjem styres i stor grad av prosedyrer og tidsfrister noe som fører til at informantene kunne oppleve at personalet ofte tok kontroll over stell fordi det var sett på som mer effektivt i henhold til resten av arbeidsdagen deres. Andre informanter opplevde som nevnt en stigmatiserende holdning ovenfor beboere og så på dem som en målgruppe med økt assistansebehov i daglige gjøremål. Informantene mente at eldre som regel har nok fysisk kapasitet til å delvis være selvstendig i hverdagen og at dette burde bli sett på som en ressurs. Her ble det lagt vekt på viktigheten ved bruk av brukermedvirkning og selvstendighet som var to av underkategoriene under hovedtema autonomi.

Flere av informantene både erfarte og mente at store livsstilsendring kunne være medvirkende til utviklingen av depresjon på sykehjem. Det siste hovedtema i studiet var dermed var definert som **rolleforandring**, og i dette forskningsprosjektet var det nært knyttet opp mot underkategorien krevende omstilling. Her kunne informantene oppleve at man måtte forlate en kjent tilværelse ved å flytte til noe ukjent. I tillegg kan sykdom føre til funksjonssvikt, og det er godt kjent at de fleste sykehjemsbeboere nå til dags krever kontinuerlig oppfølging og omsorg. Økende svikt i egen funksjon og sykkelighet var også sett på som en årsak til depresjon, og dette var de informantene med betraktelig funksjonssvikt som beskrev sin situasjon som deprimerende.

Underveis i diskusjonen viste det seg at funnene tidvis gikk inn i hverandre og påvirket hverandre. Disse fellestrekkene vil senere belyses og drøftes som en mulig dypere årsak for depresjon på sykehjem.

4.1 Betydningen av sosiale relasjoner

Flere av informantene i dette studiet hadde en opplevelse eller antakelse om hvor utfordrende det kunne være å sosialisere seg med andre på sykehjem. Årsakene for dette var beskrevet som varierende, men de hadde en felles formening om at manglende sosiale relasjoner med andre kunne føre til depresjon. Mennesker er sosiale vesen og har et stort behov for å være en del av et fellesskap. Dette ses på som et psykologisk behov og møtet mellom andre medmennesker er noe av det største og viktigste vi erfarer samtidig som at vi igjennom relasjon med andre lærer å kjenne oss selv (Bø & Schiefloe, 2007. s. 79). Nære sosiale relasjoner hos eldre er like viktig sammenlignet med den generelle befolkningen når det kommer til god livskvalitet (Mountain, 2004. s. 33) og studier viser at måten beboere oppfatter sin sosial støtte, har en essensiell betydning i utviklingen av depresjon hos eldre (Borza, 2017. s. 35). Weiss (1973) så forskjellig på ensomhet knyttet til sosial isolasjon og emosjonell isolasjon (DiTommaso & Spinner, 1997. s. 417). I følge Weiss var sosial isolasjon et resultat av et fraværende sosialt nettverk som kun kan løses ved å ha tilgang til et annet tilfredsstillende sosialt nettverk, mens emosjonell isolasjon omhandlet fravær eller tap av et nært tilknytningsforhold som kun kunne lindres ved etablering av et nytt tilfredsstillende forhold av samme kvalitet av det som var gått tapt. På et sykehjem kan det være flere årsaker til at beboere opplever en mangelfull sosialrelasjon til andre, og Weiss sin teori stemmer med hva enkelte informanter forteller i intervjuene. De fleste av informantene opplevde og mente at lite sosial omgang, ensomhet og isolasjon er medvirkende depresjon på sykehjem. I de fleste tilfeller er isolasjon og ensomhet relatert, men det viktig å påpeke at de nødvendigvis ikke må brukes sammen. Det å være alene og ensom er ikke det samme, da enkelte trives godt i eget selskap mens andre føler ensomhet til tross for være midt i et stort sosialt nettverk. Det er måten hvordan vi tolker vår virkelighet eller oppfatning av å være en del av et sosialt nettverk det som er avgjørende (Tomaka et al., 2016. s. 360) og dette kan være forklarende for hvorfor mange sykehjemsbeboere opplever depresjon som en reaksjon på ensomhet. Dette er personer som forlater allerede kjente omgivelser og etablerte sosiale nettverk, til et fellesskap som vanskeliggjør erstatning eller dannelsen av nye relasjoner på

bakgrunn ulike problemområder. Disse beboerne kan kategoriseres etter Weiss sin teori å være emosjonelt isolerte. En av informantene bekrefter dette under «omstilling» og sier at en drastisk endring kan oppleves deprimerende siden man forlater noe og noen man allerede er vandt og kjent med. Ett tap av nære relasjoner og tidligere sosialt nettverk kan føre til depresjon (Dow et al., 2011. s. 687) og det hender at beboer ikke klarer å erstatte det på sykehjem.

Da omlag 80% av sykehjemsbeboere i Norge har en demensdiagnose, opplevde flere av informantene i forskningsprosjektet at sosial kommunikasjon og relasjonsdannelse med andre beboere ofte kunne være vanskelig grunnet vedkommende sin kognitive svikt. Forskning bekrefter at demens som oftest kan føre til redusert evne for sosialatferd og fungering (Borza, 2017. s 27) og selv om informantene forstod hindringene som lå til grunn for samtale og relasjon med beboergruppen valgte enkelte å ikke prøve i det heletatt, eller prøve på nytt. Hvor noen informanter mente og opplevde demenssykdommen som en hindring, erfarte andre at sensoriske hemninger som utfordrende. Forskning bekrefter at nedsatt syn eller hørsel, enten det er alders eller sykdomsrelatert, begrenser evnen til å etablere eller opprettholde en sosial relasjon (Cimarolli & Jung, 2016. s. 939), og to av informantene i dette studiet kunne bekrefte at det å føre en samtale når en selv eller samtaleparter ikke hører godt er meget utfordrende og til tider demotiverende.

Årsaken for manglende sosialrelasjon var som nevnt varierende men resultatet av å ikke ha noen å snakke med kunne ofte føre til at informantene ikke hadde noen annet valg enn å være alene og isolere seg selv. Til tross for at isolasjonen var selvvalgt ga det allikevel en følelse av ensomhet for deltakerne i dette studiet. Weiss har lenge spekulert at ensomhet kan assosieres med økt forekomst av depresjon (DiTommaso & Spinner, 1997. s. 418) og forskning har i ettertid bekreftet at sosial isolasjon har en negativ innvirkning på helse og velvære, spesielt hos den eldre befolkningen (Hawton, 2010. s. 57). Hawton (2010) skriver videre at sosial isolasjon er definert som fraværet av menneskelig kontakt med andre, og sees på som en nøkkelfaktor når man ønsker å utforske viktigheten av sosiale relasjoner opp mot livskvalitet. Dette betyr med andre ord at isolasjon, som hemmer mulighet for relasjonsdannelse ofte kan føre til dårligere livskvalitet og muligens depresjon for den det gjelder. Funn gjengitt i datamaterialet fra forskningsprosjektet støtter dette utsagnet, og flere av informanter mener og har opplevd selv at manglende sosial kontakt kan føre til depresjon. Empiri bekrefter også at sosiale relasjoner spiller en vesentlig rolle for god mental

helse og psykologisk velvære, spesielt med tanke på depresjon (Bøen, Dalgard & Bjertness, 2012. s 2).

I intervjuet ble informantene også spurt om hva de syntes kunne vært gjort annerledes eller bedre, og under sosiale relasjoner var de fleste klare på at økt aktivitet og deltakelse kunne være med på å fremme sosial omgang med andre og være motvirkende til isolasjon og depresjon. Omgivelsestilrettelegging eller samtalestunder for de som selv ønsket det var et av forslagene og forskning støtter ideen ved å beskrive at det er viktig å øke muligheten for sosialaktivering for sykehjemsbeboere, da de representerer en meget emosjonell sårbar populasjon (Diegelmann et al., 2017. s 166).

4.2 Betydningen av profesjonell omsorg

Informantene mente og opplevde at manglende profesjonell omsorg kunne være medvirkende til depresjon på sykehjem. Sykehjemsbeboere er avhengig av døgkontinuerlig pleie og omsorg som oftest grunnet et lavere funksjonsnivå enten fysisk eller kognitivt. En systematisk gjennomgang med et forløp på åtte år viste at omlag ni av ti beboere på et typisk norsk sykehjem med 150 plasser hadde behov for bistand i stell situasjoner (Haugen & Drageset 2014. s. 9) og det kan av den grunn tenkes at en av årsakene til at depresjon oppstår på sykehjem er fordi brukergruppen i stor grad kan være avhengige av helsepersonell og påvirkes av den hjelpen de får og ikke får. Enkelte informanter kunne oppleve at manglende omsorg var et resultat av at personal ofte må prioritere arbeidsoppgaver eller andre beboere. Her kunne man oppleve å bli liggende i uvitenhet om når hjelp kom, og selv om informantene hadde forståelse for medbeboerne sine bistandsbehov la dem ikke skjul på at omsorgssvikten påvirket dem som hjelpetrengende også. En av informantene opplevde en følelse av utrygghet knyttet til liten grad av ivaretagelse, og selv om trygghet ikke et av hovedtemaene opp for diskusjon er det allikevel en reaksjon på omsorgen avdelingen yter. I følge Abraham Maslow sin behovspyramide er trygghet et av de grunnleggende psykologiske behovene vi mennesker har (McLeod, 2018), noe som betyr at trygghet kan knyttes opp til omsorgsykket når yrket omhandler å ivareta vedkommende sine behov. Sykehjemsbeboere har med andre ord rett til omsorg og følelse av trygghet, og sett ut ifra den karitative omsorgsteorien til Katie Eriksson er det helsepersonell sitt ansvar å legge til rette for dette (Frøland et al., 2018. 202). Katie Eriksson er en pioner innen omsorgsforskning og hennes teori gir grunnlag for å bevare menneskets

absolutte verdighet, hvor omsorg går ut på at det legges til rette for realisering av ønsker, behov og potensialer (Frøland et al., 2018. s. 200). Autonomi og selvstendighet drøftes ytterligere i neste underkapittel, og tidligere forskning beskriver at behovsivaretagelse er viktig for å kunne opprettholde god livskvalitet på sykehjem (Bradshaw et al., 2012. s. 435), (Høy et al., 2016. s. 92).

Det er viktig å påpeke at selv om personalmangel på sykehjem kan ses på som en form for omsorgssvikt som fører til depresjon, kan personalholdninger alene være årsak til at tilstrekkelig omsorg ikke blir gitt. Kari Eriksson deler menneskelig lidelse inn i tre former, hvor pleielidelsen er den vanligste formen for krenkelse av menneskets verdighet. Denne lidelsen eksisterer ikke i utgangspunktet slik som livslidelse og sykdomslidelse, men påføres gjennom holdninger og handlinger fra omsorgsyterene. For at beboere skal kunne føle på trygghet og ha tillitt til helseomsorgen må personalet ha gode holdninger (Choi et al., 2008. s. 439) og informantene kunne til tider oppleve at det manglet «varme» fra enkelte i personalgruppen. Dette førte til at informantene følte manglende anerkjennelse ved at personalet ikke tok seg tid til dem, og dette er klare eksempler på pleielidelse hvor beboere reagerer negativt på et personal som ikke er empatiske i arbeidet sitt og ikke har tid eller tar seg tid til å anerkjenne dem som egne. Litteratur sier at helsepersonell som ikke viser interesse til beboer, eller har dårlige holdninger ovenfor dem kan krenke beboer sin verdighet (Edlund, 2017. s. 366) noe som kan skape en følelse av skyld og skam hos personen som opplever det. Dette var en skyld og skam informantene kunne relatere seg til da dem følte at det måtte være en god grunn til å ringe etter hjelp.

Et av helsepersonalets viktigste egenskaper i pleie og omsorgsyirket er å kunne være empatisk ovenfor dem man yter helsehjelp til. Anerkjennelse og empati er to begreper som går inn i hverandre og baserer seg på å kunne sette seg inn i noen andre sin situasjon (Von der Lippe & Rønnestad, 2011. s. 55), (Schibbye, 2012. s. 257). I følge Anne-Lise Løvlie Schibbye innebærer en anerkjennende holdning forståelse, lytting, bekreftelse og aksept, noe som betyr at helsepersonell må kunne tilby beboere en trygg omgivelse hvor man skal kunne kjenne på seg selv og sine egne behov. Disse aspektene for anerkjennelse trues på sykehjem i følge flesteparten av informantene da pleiere ofte ikke har tid eller ikke tar seg tid til dem.

Vi vet at empati og anerkjennelse er viktig for god psykisk helse siden det ivaretar menneskets verdighet (Høy et al., 2016. s. 92), og siden anerkjennelse handler om å være

egen kan det bety at beboere som ikke anerkjennes, begynner å sammenligne sin sosiale status og selvfølelse med andre, noe som kan være med på å skape depressive reaksjoner siden det virker truende på vår menneskelige verdighet og identitet (Wang, 2012. s. 7). I følge Lysaker (2011) fører anerkjennelsesunderskudd til manglende handlingsmotivasjon, noe som kan bety at hvis en beboer ikke føler å bli anerkjent vil vedkommende kunne være demotivert for aktivitet. I neste underkapittel vil autonomi diskuteres i lys av selvbestemmelsesteorien til Edward L. Deci og Richard Ryan som beskriver mennesket som et aktivitetsdrevet vesen styrt av motivasjon. Her vil viktigheten av aktivitet og motivasjon ytterligere belyses og hvorfor det i følge forskning gir mennesker god psykisk helse. Dette vil være med på å begrunne hvorfor anerkjennelse ses på som en aktivitetsmotivator og er viktig for mennesker generelt.

Selv om informantene hadde forskjellige antakelser eller erfaringer knyttet opp mot hva som var deres syn til manglende omsorg, delte de en felles oppfatning om at omsorgssvikt kunne føre til depresjon på sykehjem.

4.3 Viktigheten av autonomi

Flere av informantene opplevde at det å flytte inn på sykehjem kunne virke truende ovenfor selvbestemmelsen deres, og i følge informantene selv vil følelsen av manglende kontroll i eget liv kunne føre til en depresjon. Autonomi er referert som menneskets egne følelse og vilje til å handle etter frie valg, noe som betyr at vi mennesker har en grunnleggende rett til å ta bestemmelser i eget liv. For sykehjemsbeboere handler autonomi om å kunne ta hverdagslige avgjørelser noe forskning i stor grad belyser at dem mangler (Sacco-Peterson & Borella, 2004. s. 376), for eksempel på grunn av institusjonens regime og reguleringer (Urdaneta & Mugdha, 2010. s. 22). Enkelte av informantene i dette studiet opplevde liten grad av autonomi slik forskningen beskriver, hvor sykehjemets struktur og rutiner var til hindring for selvbestemmelsen de tidligere hadde i eget hjem. En av informantene beskriver dette ved å si at «systemet» førte til at vedkommende hadde manglende styringsrett og påvirkningskraft i hverdagslivet. Dette var en situasjon som opplevdes deprimerende og flere av informantene kunne oppleve at de i større grad måtte tilpasse seg sykehjemmet fremfor at sykehjemmet skulle tilpasse seg dem. Utvalget for dette forskningsprosjektet var kun beboere uten kjent demensdiagnose og forskning bekrefter at manglende autonomi for beboere med god kognitiv fungering øker risikoen for depresjon på sykehjem (Dow et al.,

2011. s. 687). Allikevel er det god kunnskap om at manglende autonomi i hverdagslivet generelt sett kan virke psykisk belastende og deprimerende.

I følge informantene var den manglende autonomien et resultat av flere faktorer og baserte seg ofte på effektivisering av tidsbruk hos hver enkelt beboer. Noen opplevde at personalet arbeidet etter en rutine som var til fordel for dem selv og videre arbeidsoppgaver, mens andre opplevde at effektiviseringen var et resultat av for få ansatte på jobb.

Uansett hva som var årsaken virker utfallet å påvirke beboerne sin følelse av autonomi, siden graden av bistanden var basert på hvordan pleierne gjorde jobben, fremfor beboer sine egne ønsker og hva dem selv syntes er best. Dette kan føre til en følelse av uverdighet, siden autonomi ses på som et grunnleggende behov for oss mennesker (Nordenfelt, 2004. s. 77).

I hvilke situasjoner den manglende autonomien oppstod var varierende, men informantene delte en felles opplevelse og mening om at manglende kontroll i eget liv kunne føre til depresjon på sykehjem. I følge Katie Eriksson er det sykehjemmet og personalet sin oppgave å gi pasienten mulighet til å oppleve sin fulle verdighet, men den må bygges på bakgrunn av gode personalholdninger. Personalholdninger er allerede drøftet i avsnittet «betydningen av profesjonell omsorg», men en av informantene beskriver at personalholdninger kan virke truende ovenfor autonomien siden de gjennomfører aktivitet etter egne premisser. Samme informant forstår at det er en vanlig antakelse at eldre sykehjemsbeboere har redusert fysisk funksjon, men nevner at de fleste allikevel har gjenværende ressurser som skal kunne tas i bruk ved eget ønske. Her må personalet kun bistå med tilpasning av aktiviteten. Denne stigmatiseringen førte til at aktiviteten ble gjennomført på bakgrunn av synet man har ovenfor brukergruppen, noe som i stor grad virker truende ovenfor autonomien ettersom personalet gjennomfører arbeidsoppgaver etter egne antakelser og igjen ikke etter vedkommende sine egne ønsker.

Manglende autonomi og verdighet er som tidligere nevnt godt forankret i forskningen til å være en vesentlig årsak til depresjon på sykehjem, samtidig som at det er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at beboere skal ha rettighet til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. I situasjoner hvor beboere opplever å bli fratatt kontroll over egen aktivitet mister dem og muligheten til å være selvstendig, noe flere informanter forteller er viktig for dem. Forskning belyser at beboere som tar i bruk personlige ressurser i dagliglivet opplever økt følelse av mestring ved gjennomføring av

aktiviteten, noe som i stor grad kan virke forebyggende for depresjon hos den eldre sykehjemsbeboer (Drageset et al., 2013. s. 879). Selvstendighet bygger på prinsippet om autonomi, hvor man ønsker å være egen i utførelse av selvvalgt og ønsket aktivitet. Menneskets verdighet handler om personen sin frihet (Eriksson, 2013. s. 70), og integritet og verdighet er viktig når det kommer til å bevare identitet. Identitet -og aktivitetstap diskuteres i neste underkapittel og vil belyses ytterligere i arbeidet mot depresjon på sykehjem.

Pasientautonomi kan drøftes i lys av flere innfallsvinkler og teorier. Vi kan begrunne autonomi i lys av selvbestemmelsesteorien til Edward L. Deci og Richard Ryan (1985) som beskriver mennesket som et aktivitetsdrevet vesen styrt av motivasjon (Deci et al., 1994. s. 120) og engasjert av frivillige aktivitetsvalg de finner viktige (Gagné & Deci, 2005. s. 334). Teorien har i all hovedsak et organisk syn på mennesket og ser på oss som et vesen med et medfødt driv til å utvikle oss selv. Teorien kan også forklares ved den dialektiske tilnærmingen hvor ulike kontekster påvirker menneskets motivasjon og trivsel på en positiv eller negativ måte (Deci & Ryan, 2002. s. 5). I dette forskningsprosjektet vil man kunne beskrive den dialektiske tilnærmingen som personalholdninger eller rutiner på systemnivå som påvirker beboere sin mulighet til å bestemme selv. I følge Reeve (2018) blir trivsel brukt som en felles betegnelse på god psykisk helse, god fungering og indre motivasjon i selvbestemmelsesteorien. Hvis man knytter Reeve sitt utsagn opp mot informantene sine erfaringer og oppfatninger gjengitt i datamaterialet, kan man anta at beboere ikke opplever trivsel på sykehjem grunnet ytre faktorer som hindrer dem å gjennomføre aktivitet som virker motiverende og viktig. Manglende trivsel kan føre til depresjon, samtidig som at manglende autonomi kan føre til et anerkjennelsesunderskudd. Anerkjennelsesunderskudd er som tidligere nevnt demotiverende for videre handling og kan virke truende ovenfor egen identitet siden mennesker.

Alle informantene som var innom tema om autonomi, hadde en klar formening eller erfaring om at tap av kontroll og selvbestemmelse i eget liv kan føre til depresjon, noe tidligere forskningen og litteratur støtter i stor grad (Urdaneta & Mugdha, 2010. s. 22), (Barca, et al., 2010. s. 142).

4.4 Rolleforandringens påvirkning

Det å flytte inn på sykehjem eller bli alvorlig syk var ifølge flere av informantene meget krevende, og omstillingen kunne i stor grad føre til en depresjon. I 2012 ble samhandlingsreformen vedtatt og et viktig siktemål var å redusere behovet for kostbare spesialisthelsetjenester (Nødland & Hilmar, 2019. s. 177). Et av fokusene skulle være med på å jobbe forbyggende og iverksette rehabilitering i eget hjem for utskrevne pasienter eller dem med behov i hjemmet. Dette betyr at personer som nå får utdelt sykehjemsplass er de som ikke lenger egner seg å bo trygt i eget hjem til tross for kommunale tjenester som hjemmesykepleie, tilrettelagt bolig og oppfølging.

Sykehjemsbeboere har et mye større bistandsbehov nå sammenlignet med før, samtidig som at det å flytte inn på sykehjem er beskrevet som en krevende rolleendring når rollen som hjemmeboende og selvstendig erstattes med beboer og sannsynligvis avhengig. I følge Ralph Linton (1936) er våre roller definert som rettigheter og plikter som følger vår identitet (Jenkins, 2014. s. 164). Dette betyr at en rolleendring kan virke truende ovenfor vår identitet. Gary Kielhofner, gjengitt i Taylor (2017) beskriver at en identitetsendring kan føre til depresjon hos eldre, noe enkelte av informantene i studiet bekrefter basert på meninger eller erfaringer. Rolleendringer oppstår under forskjellige omstendigheter men i dette studiet var en av årsakene sterkt nedsatt fysisk funksjon grunnet somatisk sykdom. Enkelte av informantene i forskningsprosjektet var beboere med fysiske utfordringer hvor deres sykdom og funksjonsbegrensninger var sett på som en risikofaktor for utvikling av depresjon på sykehjem. Forskningen bekrefter at kroniske utfordringer er assosiert med økt grad av depresjon (Muscatell et al., 2009. s. 154) noe som støttes opp av andre resultater i internasjonale epidemiologiske studier (Jackobsen & Stiles, 2012).

I følge aktivitetsteorien for eldre er det en positiv forbindelse mellom eldre sitt aktivitetsnivå og graden av livskvalitet (Diggs, 2008. s. 79). Den beskriver at eldre som fremdeles har mulighet til å gjennomføre aktivitet i dagliglivet har bedre selvbilde og lavere risiko for nedsatt psykisk helse. Teorien beskriver videre at eldre har like stor nytte av aktivitet og deltakelse i hverdagslivet sammenlignet med den generelle befolkningen. Mennesker er aktivitetsdrevne og vi danner seg en aktivitetsidentitet igjennom hele vårt livsforløpet. Denne aktivitetsidentiteten gir oss en sammensatt følelse av hvem vi er og hva vi ønsker å gjøre (Brandt et al., 2019. s. 66), (Diggs, 2008. s. 80). Aktivitet og deltakelse er rolleskapende noe som betyr at, ettersom funksjonssvikt kan virke hemmende i aktivitet kan

rolleendringen grunnet kroniske utfordringer virke frafallende fra hvem man ønsker å være og hvilke mål en har videre i livet. En informants utsagn beskriver nettopp dette, hvor hennes rolletap var beskrevet som en «avsporing» av det livet hun hadde sett for seg og gjorde henne deprimert. Våre roller har en essensiell betydning i vår identitet og selvværd og en rolleendring kan for enkelte forstyrre synet vi har om oss selv og hvordan vi ønsker at omgivelsene oppfatter oss. Og selv om noen av informantene i dette forskningsprosjektet hadde tatt innover seg livsendringen og godtatt den til en viss grad, hadde dem allikevel en klar formening om at dette ikke var et liv de ønsket å leve lenge med. En av informantene som i stor grad var pleietrengende persisterte at ytterligere funksjonsforverring i egen tilstand ville trolig kunne føre til en depresjon. Store og uforutsette endringer i livet var ifølge informantene en vesentlig grunn utvikling av depresjon på sykehjem.

Individuell identitet er meget mangfoldig og baseres på flere faktorer som gir grunnlaget for hvem vi betrakter oss selv for å være. Noe som betyr at til tross for god adapteringsevne blant enkelte eldre på sykehjem, kan det allikevel oppstå utfordringer i henhold til identitetsbevaring i den nye rollen. En identitetsendring trenger ikke alltid å være et resultat av sykdom, den kan og som tidligere nevnt komme av generelle livsendringer eller overganger som å flytte inn på sykehjem.

I følge Holst & Eldberg (2011) erfarer mennesker rolleforandring forskjellig og det tenkes at mange beboere på sykehjem vil kunne oppleve rolleendringen som utfordrende. Flere av informantene i forskningsprosjektet opplevde nettopp dette og nevnte at rollen som sykehjemsbeboer var vanskelig å godta og tilpasse seg til, og beskrev sin situasjon var som psykisk belastende. Årsakene for rolleendringen var ulike, men baserte seg på den livsendringen som hadde oppstått. Datamaterialet gjengitt av informantene samsvarer med tidligere forskning hvor pasienter med et tildelt korttidsopphold på under tre måneder som var til utredning, viste høyest depresjonsforekomst blant beboere på sykehjem grunnet manglende evne til adaptasjon til et nytt liv på sykehjem (Barca, et al., 2010. s. 142). I likhet med studiets korte oppholdstid, gjenforteller informantene selv om manglende evne til tilpasning av nye roller og situasjoner, spesielt i tiden etter at dem først flyttet inn. Forskning og litteratur bekrefter også at stressende og dramatiske livsendringer kan føre til depresjon (Stroud et al., 2008. s. 206) og beskrives som en truende faktor i sammenheng med den enkeltes identitet og selvværd da rolleendringen og omstillingen hindrer dem i å ha kontroll over en selv og fremtiden.

4.5 Er depresjon på sykehjem forståelig?

Studiets formål var å utforske hvilke antakelser eldre sykehjemsbeboere har for at depresjon oppstår på sykehjem. Det var ikke stilt krav til at informantene på et tidligere eller nåværende tidspunkt hadde en depresjonsdiagnose, men alle informantene valgte allikevel å belyse fenomenet med eksempler gitt fra personlige opplevelser og erfaringer som virket vanskelig for dem. Kan det tenkes at de selv har depressive tanker angående egen situasjon? Er det slik at deres egne følelser er det eneste de relaterer seg til og dermed antar at andre vil kunne oppleve det samme?

Et av forskningsspørsmålene som virket motiverende for forsker i oppgavens startfase var å kaste lys over om den høye andelen deprimerte på sykehjem skyldes antall beboere med demens og sykdommens naturlige utvikling. Men i etterkant av intervjuprosessen, analysen og drøfting av resultater var det heller ønskelig å stille spørsmålet om det faktisk er forståelig at eldre opplever å bli deprimerte på sykehjem?

Resultatene fra datamaterialet viste seg til tider å henge sammen, overlapse og ikke nødvendigvis være gjensidig utelukkende. Dette kan bety at det kan være perspektiver som knytter dem sammen, noe som bygger på forutsetningen om det egentlig er en dypere forståelse for depresjon på sykehjem enn kun sosiale relasjoner, profesjonell omsorg, autonomi og rolleforandring?

Sett ut i fra datamaterialet og tidligere forskning kan en omstilling til sykehjem oppleves som krevende på flere områder. Ser man på hovedtemaene i oppgaven hver for seg så vil alle perspektivene på egenhånd å være truende ovenfor beboerne sin psykiske helse, men overlappingen og påvirkningen resulterer nesten alltid i en følelse av tapt identitet og verdighet sett ut ifra tidligere teorier og forskning. Vi vet og fra tidligere av at tap av identitet og verdighet kan være en vesentlig årsak til depresjon på sykehjem (Choi et al., 2008. s. 545), (Frøland et al., 2018. s. 205).

Hvis man tar for seg et eksempel om en beboer med sterkt nedsatt fysisk funksjon, noe som utelukkende kan virke truende for ens identitet grunnet aktivitetsbegrensninger, men vedkommende har godtatt sin situasjon, så kan andre faktorer som redusert personalkapasitet eller dårlige holdninger føre til at vedkommende opplever redusert autonomi eller tilrettelegging. Dårlig tid, struktur og rutine på sykehjemmet eller manglende anerkjennelse fra personal vet vi kan prege vedkommende selvfølelse siden vår identitet er knyttet opp mot følelsen av aksept for personlige egenskaper, egenverdi og en inter-

subjektiv verdi assosiert med å være menneske (Høy et al., 2016. s. 92). Dette betyr at rolleendringen nødvendigvis ikke har en direkte og gjensidig utelukkende årsaksforklaring til depresjonen på sykehjem, men heller den manglende anerkjennelsen eller bestemmelsen i eget liv som virker truende ovenfor vedkommende sin identitet og verdighet.

Et annet eksempel er beboere som opplever manglende sosial omgang med andre mennesker. Lite sosial kontakt kan alene være en årsak til depresjon på sykehjem grunnet ensomhet og isolasjon, men hvis den sosiale konteksten ligger til rette på avdelingen, vil andre faktorer kunne påvirke beboerne sin evne til å være sosial. Dette kan være sykdom eller sensoriske utfordringer som nedsatt syn og hørsel, noe som påvirker kommunikasjonskvaliteten og muligheten til vedkommende. Igjen ser vi at en og samme årsak kan påvirkes av ulike årsaker og forskning har som tidligere nevnt at sosial omgang er viktig for oss mennesker siden det hjelper oss å vurdere vår egen identitet og hvordan vi ser på oss selv. Det betyr at det sjeldent foreligger en enkel forklaring, noe som kan være grunnen til at depresjon på sykehjem ses på som flerfaktorelle og kompliserte nettopp fordi de virker så overlappende. I denne studien viser resultatene fra datamaterialet helt tydelig at hovedtemaene påvirker hverandre og at dem ender som oftest med å påvirke beboere sin identitet og verdighetsfølelse. Mennesker har et iboende behov for kontroll over eget liv og sykehjemtilværelsen vil i stor grad kunne utfordre denne friheten. De behovene som ikke møtes vil kunne true verdigheten til vedkommende (Høy et al., 2016. s. 94) enten det er grunnet økt pleie og omsorgsbehov som følge av sykdom eller redusert grad av autonomi grunnet ytre faktorer som institusjonens rutiner eller personalets holdninger. Mennesker er som tidligere nevnt aktivitetsdrevet og selvbestemmelsesteorien beskriver oss som et vesen som tar beviste aktivitetsvalg på bakgrunn av ønsker og motivasjon, og dette gjelder eldre i like stor grad som den generelle befolkningen. Aktiviteter er i hovedsak alt vi gjør i løpet av en dag enten det er å gå en tur, se på tv eller pusse tennene. Dette er aktiviteter man selv velger fordi de er meningsfulle for oss og de gjenspeiler våres egen identitet og verdighet, noe som betyr at en hver aktivitet som begrenses i dagliglivet enten det er grunnet indre eller ytre omstendigheter vil kunne være truende ovenfor vår egen selvfølelse og hvem vi betrakter oss selv å være.

Høy m. fl (2016) skriver at verdighet og identitet er en hårfin balanse mellom avhengighet og selvstendighet som påvirkes av faktorer som følelse av kontroll i eget liv, respekt og anerkjennelse. Ettersom kontroll, respekt og anerkjennelse er begreper med bred

påvirkningskraft enten det er snakk om interne og eksterne situasjoner, vil en opplevelse av å bo på sykehjem kunne være en konkret årsak til utvikling av depresjon siden livsendringen virker truende ovenfor beboerne sin identitet og verdighet. Redusert autonomi, lite anerkjennelse og respekt for egne ressurser var noe alle informantene i dette forskningsprosjektet mente, erfarte og antok kunne være årsaker til depresjon på sykehjem.

4.6 Svakheter og styrker ved metodevalget

Alle forskningsmetoder har sine styrker og svakheter, og kvalitative metoder brukes ofte når problemstillingen er åpen og spørrende.

Kvalitative metoder har kort rekkevidde noe som gjør at resultatene ikke kan generaliseres til en større populasjon. En inklusjon av flere informanter hadde vært gunstig, men grunnet metodens utforming og forsker sin kapasitet var dette ikke gjennomførbart. Ifølge

Johannessen m. fl (2016) er det heller ikke å anbefale i kvalitative studier ettersom at det gjør materialet uoversiktlig og analysen overfladisk, kalt for «The 1000 Page problem».

I tillegg kan en stille spørsmålet om utvalget av kun kognitivt friske sykehjemsbeboere kan overføres til den generelle sykehjemsbefolkningen hvor 80% har en demensdiagnose.

Det er fra tidligere av kjent at samhandling med personer med demens kan være vanskelig grunnet deres reduserte kognitive fungering og for å i størst mulig grad å forsikre seg om at datamaterialets innhold var basert på informantenes antakelser, meninger eller erfaringer var det nødvendig å ekskludere denne brukergruppen og heller begrunne funnene opp mot hvordan vi kjenner til fenomenet fra tidligere av og deretter vurdere det opp mot den generelle sykehjemsbefolkningen. Ser man på resultatene gjennom teoretisk generalisering, som går ut på å identifisere mønstre i eget datamaterialet og trekke paralleller med hva andre forskningsprosjekter og tidligere litteratur har kommet frem til, kan det tenkes at resultatene i dette forskningsprosjektet er noe andre sykehjemsbeboere kan kjenne seg igjen i. Dette er kjent som analytisk generalisering og er et begrep som begrunner at funn i en studie kan bli brukt som rettleiding i andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 266).

Det var i utgangspunktet ønskelig å gjennomføre et fokusgruppeintervju med fem-åtte informanter for å kunne avdekke bredden av synspunkter, holdninger eller fortolkninger (Johannessen et al., 2016. 147), (Malterud, 2017. s. 138). Dette måtte forsker se bort i fra både på bakgrunn av oppgavens tema og sensitivitet, men og organiseringen som måtte ligge til grunn. Til tross for at oppgaven ikke nødvendigvis var ute etter individuelle

erfaringer var det ikke å se bort i fra at synspunkter fra eget hverdagsliv ikke ville bære grunnlaget for deres besvarelser. I tillegg er eldre, spesielt sykehjemsbeboere som tidligere nevnt en meget sårbar gruppe noe som i stor grad vil kunne true muligheten til å samle alle deltakerne til et gitt tidspunkt. Samtidig var det vurdert at fenomenet var ønsket grundig belyst og i et fokusgruppeintervju får hver informant mindre tid sammenlignet ved individuelle intervjuer, i tillegg til at mennesker fungerer forskjellig i grupper. Noen har lettere for å delta og ta ordet mens andre kan syntes det er ubehagelig i en større forsamling og heller ønsker å være stille. Under de individuelle intervjuene hadde forsker av den grunn mulighet til å rette sitt fulle fokus til hver enkelt informant, tilpasse vedkommende og være oppmuntrende og støttende under samtalen til et fenomen som kunne virke ubehagelig og vanskelig å snakke om.

I kvalitative metoder er bekreftbarhet viktig slik at funnene ses på som et resultat av forskningen og ikke forskerens subjektive holdninger (Johannesen et al., 2016. s. 234). Dette er vanskelig å gjennomføre og ses på som en kvalitetsmessig begrensning ettersom forsker i kvalitative metoder bruker seg selv som målingsinstrument for datainnsamling og tolkning, og siden forsker selv er profesjonsyter i det daglige og sitter igjen med en forforståelse av fenomenet, vil dette i stor grad kunne ha vært med på å påvirke fremgangsmåten og funnene. For å i større grad kunne stille seg åpen, eksplorerende og undrende til informantenes livsverden har forsker valg en empirisk drevet tilnæringsmetode og tatt i bruk individuelle intervjuer i semi-strukturert form, aktivt lyttet til informantene, stilt åpne spørsmål og generert underspørsmål på bakgrunn av deres besvarelser. Erfaringen og forforståelsen er ikke noe forsker kan gjøre noe med, men ved å være oppmerksom på det var det i større grad mulig å forholde seg åpen for egen tvil og ettertanke under datainnsamlingen og tolkningen av materialet.

Ulempen ved kvalitative studier vil alltid være at forsker ikke har anledning til å stille seg totalt utenforstående og vurdere datamaterialet slik en fenomenologisk studie ønsker, men fordelen ved forforståelsen er den mulighet man får til å se helheten og få en innsikt i en informant sin opplevelse som det ikke var mulig å vite om noe på forhånd.

4.7 Implikasjoner til praksis

Studien har som mål å øke helsetjenesten sin forståelse om hvorfor eldre beboere opplever å bli deprimert på sykehjem. Studien tar utgangspunkt i informantenes livsverden og skal belyse fenomenet sett gjennom antakelser, meninger eller erfaringer gjengitt fra et beboerperspektiv som til daglig bor i et miljø med høy depresjonsforekomst.

Kunnskapen vil kunne føre til økt kompetanse i helsetjenesten og fremme oppmerksomhet ovenfor brukergruppen og fenomenet.

Selv om studien er kvalitativ og ikke kan generaliseres, vet vi basert på tidligere forskning og litteratur at depresjon har en flerfaktorell årsaksforklaring på sykehjem, ofte knyttet til avhengighet av andre, tap av frihet, tap av tidligere liv, følelsen av å bli sosialt isolert, tap av privatliv, manglende autonomi grunnet sykehjemmets regime og reguleringer og hyppige bytter av personell (Urdaneta & Mugdha, 2010. s. 22).

Personsentrert omsorg eller tilnærming er en omsorgsfilosofi bygget rundt individuelle behov som går ut på å bli kjent med beboere gjennom etablering av et mellommenneskelig forhold (Fazio et al., 2018. s. 10). Tom Kitwood introduserte tilnærmingen tilbake i 1988 hovedsakelig i arbeid med eldre personer med demens, men omsorgen baserer seg på de grunnleggende menneskelige behov som trøst, identitet, tilhørighet, inkludering og meningsfullaktivitet som kan overføres til den generelle sykehjemsbefolkningen.

Grunnet geriatriens kompleksitet er det viktig at helsepersonell har god kompetanse og tar seg tid til utøvelse av pleie og omsorg. Skårderud (2018) definerer omsorg som «en god samhandling som har kjennetegn av å springe ut av en grunnleggende forståelse for at vi mennesker er bundet sammen i avhengighet». Hvis vi ser på omsorgen som ytes mot spedbarn, så er barnet fullstendig avhengig av omsorgsgiver for å kunne tilfredsstille sine behov. Retter vi omsorgsbehovet mot eldre vil helsepersonell være omsorgsgiveren som bidrar til å tilfredsstille sykehjemsbeboere sine behov. Et av de viktigste tiltakene for trivsel på sykehjem er etablering av gode miljøtiltak, men disse må bygges på bakgrunn at et humanistisk ideal som baserer seg på omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet (Lillevik & Øyen, 2015. s. 5). For å kunne yte god omsorg, gi anerkjennelse og respekt må personalet ha gode holdninger ovenfor brukergruppen, noe som betyr at faglighet og verdighet i alt arbeid på sykehjem bør være en tiltrengt holdning blant alle yrkesgruppene.

«Hva er viktig for deg?» er et spørsmål som bygger på ideologien om pasientsentrert omsorg. Den gir mulighet for medbestemmelse i dagliglivet men krever fleksibilitet og tilpasningsdyktighet fra personalet og avdelingen. Spørsmålet åpner opp for en mindre stigmatiserende holdning ettersom oppmerksomheten rettes mot beboer sine ønsker og behov, fremfor helsepersonell sine egne antakelser om hva vedkommende trenger. Dette er med på å forhindre paternalisme, samtidig som at det gir autonomi til beboeren og fører til at pasienten blir sett og anerkjent som et eget individ noe man vet opprettholder følelsen av verdighet, identitet og virker depresjonsforebyggende (Høy et al., 2016. s. 94). I tillegg fører det til en positiv holdning knyttet til å bo på sykehjem (Maenhou et al., 2019. s. 2), noe som for mange kan være vanskelig. Som tidligere nevnt er mennesket indre motivert til å utføre aktivitet som er iboende interessant eller fordi den gir indre glede og trivsel. Trivsel er en felles betegnelse på god psykisk helse og fungering, noe som betyr at beboere på sykehjem i større grad burde oppleve meningsfulle aktiviteter i hverdagen til den grad det er mulig. Meningsfullaktivitet er i tillegg med på å bevare identitetsfølelsen.

Autonomi handler om selvbestemmelse men det er viktig å påpeke at for beboere på sykehjem handler det ikke alltid om å være totalt uavhengig av andre, men heller følelsen av å bli inkludert i behandlingsforløpet og eget liv. Forskning viser til at autonomi og være avhengig av hjelp kan assosieres med god trivsel så lenge utførelsen eller handling er basert på bruker sine egne ønsker (Deci & Ryan, 2000. s. 242), (Paque et al., 2016. s. 910). Dette betyr at sykehjemsbeboere har forståelse av eget bistandsbehov, men ønsker kun å være så selvstendige som mulig etter egne evner, ønske og funksjonsnivå. Selvstendighet fremmer mestringsfølelse og forskning beskriver at personell som bistår beboere i dagliglivet og stimulerer til ADL-aktivitet gir personen en følelse av at deres autonomi og identitet respekteres noe som virker forebyggende ovenfor depresjon på sykehjem (Drageset et al., 2011. s. 3116), (Sacco-Peterson & Borell, 2004. s. 383). Men dette krever igjen fleksibilitet og tilrettelegging.

God omsorg og holdninger er ikke kun ønskelig i eldreomsorgen men også lovpålagt slik tidligere beskrevet, og i forskriften om verdighetsgaranti (2010) står det at eldre skal oppleve en tilrettelagt hverdag som bidrar til verdighet, trygghet og en meningsfull alderdom. Dette er lettere sagt enn gjort, og depresjonen på sykehjem kan selvfølgelig ikke kun sees på som et resultat av helsepersonalets holdninger og arbeidsutførelse. Det er godt kjent fra tidligere av at sykehjem har redusert personalkapasitet (Urdaneta & Mugdha, 2010.

s. 22), noe som har en negativ overføringsverdi når det kommer til tid og ressurser for å kunne yte god omsorg. Omsorgssvikt kan gi økt fare for depresjon på sykehjem (Ehrt & Åsland, 2005. s. 24), men for å kunne ta seg god tid må man ha god tid. Dette er ofte lite realistisk i en setting som er ustabil, situasjonsbestemt, har et stort arbeidspress og preges av uforutsette hendelser. Dette betyr at helsepersonell kan ha gode holdninger, men de begrenses av ytre faktorer slik som daglige gjøremål. De ansatte kan kun jobbe med de ressurser som er tilgjengelige og disse har til tider vist seg å gå ut over institusjonens overordnede hovedmål, det å yte god og tilstrekkelig omsorg ovenfor beboerne.

På sykehjem bor det flere beboere med alvorlige somatiske sykdommer noe som påvirker deres hverdag i stor grad. Ivaretagelse av roller kan dermed være vanskelig å opprettholde når livet får en drastisk endring og i slike situasjoner er en empatisk tilnærming ovenfor beboeren viktig siden den gjør at vedkommende føler seg sett, hørt, verdsatt og beskyttet i en håpløs situasjon. Forskning viser også til at større grad av empati blant personalet fører til en økt hjelpende oppførsel (Eisenberg & Miller, 1987. s. 113), noe som betyr at en empatisk holdning fører til et naturlig hjelpende driv hos personalet samtidig som at sykehjemsbeboere i større grad vil kunne oppleve god ivaretagelse og omsorg.

Isolasjon og ensomhet blant beboere har en medvirkende årsak til depresjon på sykehjem av ulike grunner. Hørselshemming som følge av sykdom eller generell alderdom kan tilrettelegges ved hjelp av hjelpemidler, men i enkelte tilfeller kan manglende interesse fra medbeboere eller demenssykdom være årsaken til at personer føler seg ensomme og isolerte. Sosiale treffpunkter er et godt møtested for å bli kjent med andre mennesker (Bø & Schiefloe, 2007. s. 78) og det å ha en god, tillitsfull og varig relasjon med andre betraktes som et menneskelig behov. Personalet har som tidligere nevnt en hektisk hverdag styrt av uforutsigbarheter og prioriteringer, noe som gjør at gode og meningsfulle samtaler med beboere uten avbrudd ofte kan være vanskelig å gjennomføre. Besøksvenn fra Røde Kors eller andre frivillige organisasjoner kan være et alternativ for beboere som føler seg ensomme siden en besøksvenn ofte skaper en situasjon der vedkommende tar seg tid til beboer og i tillegg gir besøksverten anerkjennelse for hvem de er.

5.0 Konklusjon

Depresjon på sykehjem er et komplisert fenomen med allikevel forståelig sett ut ifra et beboerperspektiv. Den har en flerfaktorell forklaring, men basert på funn fra dette forskningsprosjektet knyttet opp mot tidligere litteratur og forskning, virker det som at situasjonen i størst grad påvirker eldre sin følelse av identitet og verdighet grunnet en krevende rolleforandring, lite sosial stimulering, redusert autonomi og lav grad av omsorg. Sykehjemsbeboere har behov for gode pleie -og omsorgstjenester men dette er som oftest lettere sagt enn gjort. Alvorlig sykdom, lav grad av autonomi, følelsen av å være avhengig av andre, liten forutsigbarhet, ensomhet og rolleendringer krever god tilrettelegging og omsorg men tid og ressurser er en mangelvare på sykehjem som påvirker avdelingens evne til å yte tilstrekkelig ovenfor beboerne sine behov. Sykehjemmets reguleringer og mangel på personal påvirker avdelingens evne, og må løses og organiseres på et høyere ledernivå. Personalet kan i slike situasjoner kun yte pleie og omsorg etter best evne med den tiden og de ressursene dem har til rådighet, men gode personalholdninger innad i gruppen har en positiv effekt på målgruppen hvor anerkjennelse og respekt ovenfor hver enkelt beboer vil kunne gi vedkommende en følelse av økt verdighet. Mennesker er aktivitetsdrevne og vi baserer våre valg etter vår motivasjon. Vi velger med andre ord aktivitet basert på det som virker meningsfullt for oss, og noe vi gjenkjenner oss i. Derfor er fleksibilitet i tilpasningen av bistanden for hver enkelt beboer viktig for å kunne opprettholde beboer sin autonomi og identitet i størst mulig grad. I enkelte situasjoner er dette både vanskelig og til og med umulig med tanke på beboer sin sykdom og utfordring, men det å være empatisk og respektere deres ønsker viser at man anerkjenner beboeren som egen og har tatt stilling til deres valg og identitet. Helsepersonell kan kun tilrettelegge for aktivitets og deltakelse i hverdagen så langt det lar seg gjøre, men det er viktig at man gjør det man kan med de mulighetene man har. Som oftest betraktes livet på sykehjem og andre høyt regulerte medisinske institusjoner som en negativ opplevelse, og av den grunn er det viktig å jobbe for å finne de behagelige opplevelsene som øker vedkommende sin livskvalitet i større grad (Roscoe & Hyer, 2008. s. 2).

6.0 Litteraturliste

- Attride-Stirling, J. (2016). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research : QR*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bahus, M. K., Friis, P., & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi - en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss (Online)*, 56(2), 56-78. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>
- Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J., & Selbaek, G. (2009). A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord*, 120(1), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.028>
- Barca, M. L., Engedal, K., & Selbaek, G. (2010). A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 29(5), 438-447. <https://doi.org/10.1159/000313533>
- Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, K., & Selbæk, G. (2012). Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 132(17), 1956-1959. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0194>
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing*, 41(4), 429-440. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs069>
- Brandt, Å., Peoples, H., & Pedersen, U. (2019). *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (4. udg. ed.). Munksgaard.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brækhus, A. (2017). Testasjonshabilitet og kognitive symptomer. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*(3), 213-223. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2017-03-03>
- Bystad, M., Pettersen, K., & Grønli, O. K. (2014). Depresjon eller demens av Alzheimers type? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(5), 525-528. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0364>

- Bø, I., & Schiefloe, P. M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital : innføring i nettverkstenkning*. Universitetsforlaget.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr*, 12(1), 27-27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging Ment Health*, 12(5), 536-547. <https://doi.org/10.1080/13607860802343001>
- Cimarolli, V. R. P., & Jung, S. P. (2016). Intensity of Occupational Therapy Utilization in Nursing Home Residents: The Role of Sensory Impairments. *J Am Med Dir Assoc*, 17(10), 939-942. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.023>
- Dataforskning, N. s. f. (2018, 23.01.2019). *Hva må jeg informere om?* Norsk datasenter for forskning. https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating Internalization: The Self-Determination Theory Perspective. *J Pers*, 62(1), 119-142. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00797.x>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.
- Diegelmann, M., Wahl, H.-W., Schilling, O. K., Jansen, C.-P., Classen, K., & Hauer, K. (2017). A new look at nursing home residents' depressive symptoms: the role of basic versus expanded everyday competence. *Int. Psychogeriatr*, 29(1), 165-175. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001563>
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of weiss' typology of loneliness. *Personality and individual differences*, 22(3), 417-427. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(96\)00204-8](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(96)00204-8)

- Dow, B., Lin, X., Tinney, J., Haralambous, B., & Ames, D. (2011). Depression in older people living in residential homes. *Int Psychogeriatr*, 23(5), 681-699. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000494>
- Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2011). Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment: Depression and activity of daily living. *Journal of clinical nursing*, 20(21-22), 3111-3118. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03663.x>
- Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scand J Caring Sci*, 27(4), 872-881. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x>
- Ehrt, U., & Årslund, D. (2005, 04/17). Depresjon og demens: en differensialdiagnostisk utfordring. *Suicidologi*, 10. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1696>
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The Relation of Empathy to Prosocial and Related Behaviors. *Psychol Bull*, 101(1), 91-119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Engedal, K. (2003). After seventy all is trouble and sorrow. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(7), 915-915.
- Eriksson, K. (2013). Jag var där, jag såg, jag vitt-nade och jag blev ansvarig – den vårdande etikens mantra. In H. B. Alvsvåg, Ådel.; Frøland, O (Red.) (Ed.), *Nødvendige veier* (pp. 69-84).
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196-214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of organizational behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. ed.). Fagbokforl.

- Haugan, G., & Drageset, J. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale— Dimensionality, reliability and construct validity among cognitively intact nursing home patients. *J Affect Disord*, *165*, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.042>
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2010). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res*, *20*(1), 57-67. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2>
- Helsedirektoratet. (2016, 21.06.2016). *Depresjon*. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helseinformatikk, N. (2018, 28.03.2018). *Depresjon hos eldre*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>
- Holst, G., & Edberg, A.-K. (2011). Wellbeing among people with dementia and their next of kin over a period of 3 years. *Scand J Caring Sci*, *25*(3), 549-557. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00863.x>
- Høy, B., Lillestø, B., Slettebø, Å., Sæteren, B., Heggstad, A. K. T., Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Råholm, M.-B., Lindwall, L., & Nåden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *Int J Nurs Stud*, *60*, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011>
- Jackobsen, H. B. S., Tore Charles. (2012, 5. januar 2012). *Når somatikk og depresjon opptrer sammen - en utfordring for psykologer* <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2012/01/nar-somatikk-og-depresjon-opptrer-sammen-en-utfordring-psykologer>
- Jenkins, R. (2014). *Social Identity*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315887104>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Abstrakt.
- Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E., & Norheim, O. F. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, *121*(6), 691-698. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.020>

- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Teige, B. (2002). Suicide among the elderly in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(15), 1457.
- Kloos, N., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2019). Longitudinal associations of autonomy, relatedness, and competence with the well-being of nursing home residents. *Gerontologist*, 59(4), 635-643.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny005>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien forskning (Oslo)*(5), 60.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Lysaker, O. (2011). Anerkjennelse og menneskeverdets forankring: Henimot en transnasjonal anerkjennelsespolitikk. *Etikk i praksis*, 5(2). <https://doi.org/10.5324/eip.v5i2.1773>
- Maenhout, A., Cornelis, E., Van de Velde, D., Desmet, V., Gorus, E., Van Malderen, L., Vanbosseghem, R., & De Vriendt, P. (2019). The relationship between quality of life in a nursing home and personal, organizational, activity-related factors and social satisfaction: a cross-sectional study with multiple linear regression analyses. *Aging Ment Health*, 24(4), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571014>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- McLeod, S. A. (2018, 03.2020). *Maslow's hierarchy of needs*.
<https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J., & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 93-93. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>
- Mountain, G. A. (2004). *Occupational therapy with older people*. Whurr.
- Muscatell, K. A., Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Stressful Life Events, Chronic Difficulties, and the Symptoms of Clinical Depression. *J Nerv Ment Dis*, 197(3), 154-160. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318199f77b>

- Nordenfelt, L. (2004). The Varieties of Dignity. *Health Care Anal*, 12(2), 69-81.
<https://doi.org/10.1023/b:hcan.0000041183.78435.4b>
- Nødland, S. I., & Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), 166-188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Paque, K., Goossens, K., Elseviers, M., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2017). Autonomy and social functioning of recently admitted nursing home residents. *Aging Ment Health*, 21(9), 910-916. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1181711>
- Lov om pasient -og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63), (1999).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reeve, J. (2018). *Understanding motivation and emotion* (7th ed. ed.). Hoboken.
<http://lib.ugent.be/catalog/rug01:001994232>
- Roscoe, L. A. P., & Hyer, K. P. M. P. P. (2008). Quality of Life at the End of Life for Nursing Home Residents: Perceptions of Hospice and Nursing Home Staff Members. *J Pain Symptom Manage*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.035>
- Rosenvinge, B. H., & Rosenvinge, J. H. (2003). Occurrence of depression in the elderly--a systematic review of 55 prevalence studies from 1990-2001. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(7), 928-929.
- Rosness, T. A. (2015). Betyr Alzheimers sykdom demens? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 135(15), 1346-1346. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0577>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol*, 25(1), 54-67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Sacco-Peterson, M., & Borell, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scand J Caring Sci*, 18(4), 376-386. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00292.x>
- sentralbyrå, S. (2018, 03.09.2018). Dette er Norge 2018. Tall som forteller. 44.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/359877?ts=166ca623630>

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Gyldendal.
- SSB. (2019, 18.juni 2020). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/pleie/>
- Stroud, C. B., Davila, J., & Moyer, A. (2008). The Relationship Between Stress and Depression in First Onsets Versus Recurrences: A Meta-Analytic Review. *J Abnorm Psychol*, 117(1), 206-213. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.206>
- Syste, A. P., Dinh Q;Kielman, Nico. . (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyse, 03*(Statistisk sentralbyrå), 25-36. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-2016-2100-dodelighet-og-levaalder>
- Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's model of human occupation : theory and application* (Fifth edition. ed.). Wolters Kluwer.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2016). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *J Aging Health*, 18(3), 359-384. <https://doi.org/10.1177/0898264305280993>
- Urdaneta, C., & Thakur, M. (2010, 01/01). Management of Late-Life Depression in the Nursing Home. *Psychiatric Annals - PSYCHIAT ANN*, 40, 20-28. <https://doi.org/10.3928/00485718-20091229-02>
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426), (2010). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wang, C. (2012, 01/01). Et evolusjonsperspektiv på depresjon: samfunnspolitiske og psykologfaglige utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 5-13.
- Watson, L. C., Garrett, J. M., Sloane, P. D., Gruber-Baldini, A. L., & Zimmerman, S. (2003, Sep-Oct). Depression in assisted living: results from a four-state study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11(5), 534-542.

WHO. (2020, 30. januar 2020). *Depression*. World Health Organization
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Vedlegg 1

27.1.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Risikofaktorer til depresjon på sykehjem.

Referansenummer

660100

Registrert

18.10.2019 av Dino Filipovic - s165965@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Dag Nordanger, Dag.Nordanger@oslomet.no, tlf: 67236081

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Dino Filipovic, filipovic_d@hotmail.com, tlf: 90273773

Prosjektperiode

19.08.2019 - 15.05.2020

Status

05.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d63b9f1-c9af-4799-9c03-800e198d825f>

1/3

hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

27.1.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet **årsaken til at depresjon oppstår på norske sykehjem?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet blir og undersøke eldre beboere uten demens diagnose sin opplevelse av å kunne bli deprimerte på norske sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Som en del av masterutdanningen i psykisk helse ved OsloMet storbyuniversitet vil jeg gjennomføre et prosjekt som tar del i å finne ut av følgende problemstilling:

«Hvilke risikofaktorer kan være årsaken til at kognitivt friske beboere over 65 år kan utvikle depresjon på norske sykehjem?»

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilke risikofaktorer de eldre tror kan være årsaken for at man utvikler depresjon på norske sykehjem. Ved hjelp av en intervjuguide vil jeg gjennomføre individuelle intervjuer hos fire til syv personer på sykehjemmet, som videre transkriberes for og få et klarere oversikt deres erfaringer, meninger og oppfatninger. Masteroppgaven går ut på å fremme en større forståelse for hvorfor noen beboere kan oppleve å bli deprimerte etter å ha flyttet på sykehjem.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dag Nordanger er professor ii ved OsloMet og er ansvarlig for prosjektet. Han vil fungerer som min veileder under masteroppgaven.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deltakerne for intervjuprosjektet rekrutteres på bakgrunn av utvalgsriterier: De må være sykehjemsbeboere i en alder av 65 år og oppover uten diagnostisert demens diagnose som bor på et norsk sykehjem. Siden du oppfyller disse kravene, er det ønskelig at du rekrutteres for deltakelse i dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil det foregå et individuelt intervju på ditt rom. Spørsmålene stilles ved hjelp av en intervjuguide som er en liste med spørsmål intervjuer har skrevet ned. Alle deltakerne får samme spørsmål. Intervjuformen er semi-strukturert, noe som betyr at jeg kan komme til å stille «underspørsmål» basert på de svarene som blir gitt.

I etterkant av intervjuet vil det skje en transkriberingsprosess, noe som betyr at jeg ordrett skriver ned intervjuer. For at dette skal være mulig vil et lydopptak benyttes under intervjuet som et hjelpemiddel for intervjuer. I tillegg til lydopptaket vil jeg ha med en notisblokk for å kunne skrive ned observasjoner eller tema som skiller seg ut.

Jeg vil i tillegg ha tilgang til dine journaler gjennom journalsystemet Gericia slik at jeg er sikker på at du oppfyller kravene til å være deltaker i prosjektet. Dato for intervjuene kommer ved en senere anledning, men i god tid slik at du kan godkjenne tidspunktet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å takke nei eller senere velger å trekke deg. Dette vil ikke påvirke din behandlingsavklaring i etterkant.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- De som til ha tilgang til dine opplysninger ved OsloMet – institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid vil være intervjuer, Dino Filipovic og veileder, Dag Øystein Nordanger.
- Dine opplysninger vil holdes konfidensielt ved at ditt navn, fødselsdato, bosted (adresse, beliggenhet m.m) erstattes med fiktiv informasjon. Ingen uvedkommende vil få tilgang til dine personopplysninger hvor båndopptaker og datamaterialet (intervjuet) vil være innelåst og transkribering foregå på en forskningsserver innelåst og kryptert på OsloMet storbyuniversitet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i slutten av mai 2020, hvor opplysninger, datainnsamlingen (lydopptaket, intervjuet) og transkriberingen vil slettes/makuleres etter at masteroppgaven er ferdigstilt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet storbyuniversitet: institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, ved Nordanger, Dag Øystein, professor ii, fakultet for helsevitenskap, dag.nordanger@oslomet.no 67 23 60 81.
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, personvernombud@oslomet.no 67 23 55 34
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Dino Filipovic, Student

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «årsaken til at depresjon oppstår på norske sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju med lydopptak.
- å gi forsker tilgang til legejournal (gericakode 122) for å avkrefte demensdiagnose og bekrefte fødselsdato.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. slutten av mai 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst A	Elin Evju Sagbakken	22845502	05.12.2019	76704
			Deres referanse:	

Dino Filipovic

76704 Hva kan være årsaken til eldre utvikler depresjon på sykehjem, i følge beboerne selv?

Forskningsansvarlig: OsloMet - storbyuniversitetet

Søker: Dino Filipovic

Søkers beskrivelse av formål:

Kognitivt friske sykehjemsbeboere fra 65år og oppover.

Datainnsamlingen vil skje ved hjelp av individuelle intervju og tas opp med diktafon før transkribering og analyseres ved hjelp av tematisk analyse.

Benytter den kvalitative metoden for å få subjektive, utdypende og gode svar gjennom den semi-strukturerte intervjuguiden.

Prosjektet er basert på svar fra subjektive tanker, meninger og holdninger fra informanter som bor i et miljø hvor det er høy forekomst av psykiske lidelser, spesielt depresjon (32%). Svarene fra informantene vil i fremtiden kunne gi oss helsepersonell en bredere forståelse for risikofaktorer for hvorfor eldre kan oppleve å bli deprimerte på sykehjem. Tidligere forskning har skrevet mye om depresjon på sykehjem, uten å skille mellom beboere med og uten demens. Depresjon kan være en naturlig reaksjon på den biologiske endringen i hjernen etter å ha fått demens, så kan det tenkes at de hadde blitt deprimert uansett? Kan man tilrette legge annerledes?

REKs vurdering

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 28.11.2019.

Fremleggingsvurderingen er vurdert av leder i komiteen i REK sør-øst.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Slik prosjektet og dets formål vurderes, basert på de opplysninger som fremkommer av framleggingsvurderingen er hensikten å undersøke hva beboere på sykehjem selv tror kan være årsak til at man utvikler depresjon.

Prosjektet går ut på å intervju sykehjemsbeboere, men spørsmålene i oppgaven er knyttet opp mot meninger, tanker om hvorfor de eldre selv tror man kan bli deprimert på sykehjem.

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilke risikofaktorer de eldre tror kan være årsaken for at man utvikler depresjon på norske sykehjem.

De skal intervju kognitivt friske sykehjemsbeboere fra 65 år og oppover.

Datainnsamlingen vil skje ved hjelp av individuelle intervju og tas opp med diktafon før transkribering og analyseres ved hjelp av tematisk analyse.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven da formålet er å kartlegge beboernes egne tanker om hvorfor de eldre tror man kan bli deprimert på sykehjem.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <https://rekportalen.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder REK sør-øst A

Elin Evju Sagbakken
Seniorrådgiver
REK sør-øst