



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

4BACH

Nina Karethe Norgreen og Lene Cecilie Lillestu

Veileder: Jan Stensland Holte

«Den vet best hvor skoen trykker, den som har
den på»

”Only the wearer knows where the shoe
pinches”

Antall ord: 12345

Bachelor i sykepleie, BASY 2011, Kull 123

13. Januar – 07. Mars

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Norsk tittel: «Den vet best hvor skoen trykker, den som har den på».

Engelsk tittel: «Only the wearer knows where the shoe pinches».

Introduksjon: Depresjon er en stor trussel mot folkehelsen i hele verden, også i Norge. Det forventes at depresjon innen år 2020 vil være den nest største folkesykdommen i verden, og også ledende årsak til uførhet. Vi har valgt å undersøke hvordan sykepleier kan styrke en pasient med depresjon til å gjenvinne psykisk helse ut i fra et recovery perspektiv.

Metoden vi har brukt i oppgaven er litteraturstudie.

Hensikten med oppgaven er å finne frem til ulike tiltak som kan fremme pasientens psykiske helse, og unngå tilbakefall. Vi har drøftet depresjon opp mot «det gode møtet», «stille krav mot å gi rom» og «sosial støtte».

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne styrke pasienten må hun hjelpe han til å se- og ta i bruk sine ressurser. Pasienten må i stor grad få muligheten til å medvirke i egen behandling, for å kunne oppnå recovery. Sosial støtte er viktig i denne prosessen, både fra nære personer men også fra profesjonelle yrkesutøvere.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 2 |
| 1.0 Innledning | 4 |
| 1.1 <i>Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema</i> | 4 |
| 1.2 <i>Problemstilling og avgrensning</i> | 6 |
| 1.3 <i>Oppgavens disposisjon</i> | 7 |
| 2.0 Metode | 8 |
| 2.1 <i>Valg av litteratur</i> | 8 |
| 2.2 <i>Kildekritikk</i> | 9 |
| 3.0 Teori | 11 |
| 3.1 <i>Sykepleieperspektivet</i> | 11 |
| 3.2 <i>Psykisk helse</i> | 12 |
| 3.2.1 <i>Psykisk lidelse</i> | 13 |
| 3.2.2 <i>Sorg og Depresjon</i> | 13 |
| 3.3 <i>Recovery</i> | 14 |
| 3.4 <i>Salutogenese</i> | 16 |
| 3.5 <i>Brukermedvirkning og empowerment</i> | 18 |
| 4.0 Drøfting | 21 |
| 4.1 <i>Det gode møtet</i> | 21 |
| 4.2 <i>Stille krav mot å gi rom</i> | 23 |
| 4.3 <i>Sosial støtte</i> | 26 |
| 5.0 Konklusjon | 30 |
| 6.0 Litteratur | 33 |
| Vedlegg 1 - søkeskjema | 37 |

1.0 Innledning

Vi vil i dette kapittelet si hva oppgaven skal omhandle. Vi vil si noe om bakgrunnen for vårt valg av tema og vil videre begrunne valget, samt komme frem til en problemstilling. Påfølgende vil vi komme med aktuelle avgrensinger. Til sist i kapittelet kommer en disposisjon over oppgaven.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Depresjon er en vanlig psykisk lidelse som i dag utgjør en av vår tids største trusler mot folkehelsen. Rundt 350 millioner mennesker lider av depresjon verden over, noe som gjør lidelsen til verdens fjerde største folkesykdom. Samtidig er dette en lidelse som ikke assosieres med spesifikke geografiske eller sosiale områder, derimot rammer den på tvers av ulike samfunnslag; 12 % av befolkningen i den vestlige verden rammes, i utviklingsland er tallet enda høyere (Kvaal, 2009). Årsaksforholdene til depresjon er mange, og de mest kjente er tap av en nærstående person ved død eller separasjon, tap av arbeid og økonomi, og ved sykdom og skade. Depresjon kan også være genetisk betinget (Hummelvoll, 2012). Det er ikke sjeldent at depresjon hos voksne kan oppstå fra «intet», og da er det vanskelig å finne en ytre utløsende årsak til depresjonen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Utviklingen og omfanget av denne lidelsen på verdensbasis, samt det komplekse årsaksbildet har bidratt til at depresjon i dag er anslått å bli ledende årsak til uførhet, og at den per 2020 vil være den nest største folkesykdommen i verden (World Health Organization, 2012).

Utviklingen og omfanget av depresjon som årsak til uførhet på verdensbasis reflekterer også utviklingen og omfanget av dette i Norge. Omkring en tredjedel av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av et år, og så mange som halvparten rammes i løpet av livet. I 2008 ble det kjent at 13,8 % av sykefraværet var grunnet psykiske lidelser, samtidig som flere blir uføretrygdet med dette som årsak. I tillegg øker dødeligheten som følge av psykiske lidelser gjennom blant annet selvmord og alkoholmisbruk (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). En rapport fra Folkehelseinstituttet (2011) viser at 395 000 nordmenn var betydelig plaget av symptomer på angst eller depresjon, 640 000 hadde søvnevansker og 950 000 opplevde liten grad av kontroll og mestring (Folkehelseinstituttet, 2011). Med andre ord,

depresjon er en psykisk lidelse som på grunn av omfang og konsekvenser er en voksende trussel mot folkehelsen, også i Norge.

Vi ønsker å se på denne folkelidelsen og hva man kan gjøre for å forebygge tilbakefall. Ut i fra litteraturen vi har lest forstår vi at det er viktig å forebygge andre gangs depresjon, for å unngå tilbakefall også flere ganger. Spesielt vil fokuset være på brukermedvirkning til pasienter med psykiske lidelser. Brukermedvirkning er lovpålagt, og pasienten har ut i fra diagnosen ulike muligheter til å delta i beslutningsprosessene vedrørende egen behandling. I praksis erfarte vi at brukermedvirkning er utfordrende og at det ikke alltid er like lett for en sykepleier å følge opp pasienten som teorien tilsier. Vi tror det kan være særlig viktig å aktivere pasientens egne ressurser. Mange avgjørelser for både mål og tiltak for behandlingen blir tatt på vegne av- og ikke med pasienten. Det vi ser er at når pasienten ikke selv er delaktig blir det vanskeligere å motivere pasienten til å nå disse målene. Pasienten må eie sine egne mål og eie sin egen bedringsprosess. Det er derfor viktig at pasienten får bidra til egen behandling, fordi dette kan være med på å skape motivasjon og mestringsfølelse. I den forbindelse blir sykepleierens rolle viktig, fordi sykepleieren har i stor grad direkte kontakt med pasienten. Denne oppgaven vil derfor ta for seg sykepleierens rolle i behandlingen av pasienter med depresjon for å vise at sykepleierens viktigste funksjon her er å hjelpe pasienten til å fylle opp verktøykassa, og bidra til at pasienten selv vet når og hvordan verktøyene skal brukes: Selv om sykepleieren kjenner pasienten og situasjonen, så er det pasienten selv som kjenner hvor skoen trykker.

Karlsen (2012) har forsket på idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. Han skriver at brukermedvirkning, likeverdighet og mestring er noen av flere viktige begreper innenfor det moderne psykiske helsearbeid. Forfatteren nærleste 48 pasientjournaler fra ulike avdelinger og kommuner, for å finne ut om idealene samsvarer med realitetene innenfor det moderne psykiske helsearbeid. Når det gjelder de viktige begrepene brukermedvirkning, likeverdighet og mestring, fant de ut gjennom forskningen at få av brukerne var aktive deltagere i egen behandling. Og både relasjonen mellom pleier og pasient, og tiltak rettet mot pasientens mestringsfølelse mangler dokumentasjon i journalene. Dermed konkluderes det med at realiteten ikke samsvarer helt med idealene i det moderne psykiske helsearbeid (Karlsen, 2012).

Utfordringen er at selv med like diagnoser er det stor individuell variasjon for sykdomsforløp blant pasienter. En psykisk lidelse er også på mange måter «en usynlig» sykdom i motsetning

til for eksempel en fysisk skade som et brudd. Vi kan gå forbi mange personer på gata uten å se at de har en depresjon. Etter undervisning og praksis innenfor dette emnet, ser vi at brukermedvirkning kan være en viktig forutsetning for god behandling og for å unngå tilbakefall. På et personligplan vil depresjon kunne føre til et ødelagt liv for pasienten, noe som også vil påvirke dens familie og omgangskrets. På et samfunnsplan vil depresjon kunne føre til tapte arbeidsår på grunn av sykemelding og uførhet. Samt tapte leveår med tanke på at pasienten glemmer å leve da han står fast i sorgen, og selvmord som mange ser som eneste utvei. Selv om man er i livet betyr ikke det nødvendigvis at man lever.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen vi har valgt for denne oppgaven er: **Hvordan kan sykepleier styrke en pasient med depresjon til å gjenvinne psykisk helse ut i fra et «recovery»-perspektiv?**

Det vi legger i å styrke pasienten går ut på å fremme ressursene pasienten allerede har, og øke kunnskapen angående hvordan han skal bruke dem. Det handler om hjelp til selvhjelp.

Vi har valgt og ikke ha et eget underkapittel med «definisjon av begreper», da disse vil bli definert fortløpende i teoridelen. Først vil det bli gjort rede for valgte avgrensninger. På grunn av oppgavens størrelse og relevans til problemstillingen begrenses fokuset på brukermedvirkning til individnivå og tar ikke for seg systemnivå. Angst er heller ikke tatt med i betraktningen, selv om depresjon og angst henger sammen og over 70 % av deprimerte pasienter opplever angst (Hummelvoll, 2012). En tredje avgrensning er at oppgaven ikke inkluderer medikamenter, selv om dette utgjør en stor del av behandlingen av pasienter med psykiske lidelser. Kun lovverk som er aktuell for oppgaven vil bli inkludert.

Videre vil det, for å unngå forvirring bli referert til sykepleieren som «hun» og pasienten som «han». «Hun», sykepleieren, er en fagutdannet person som er ansatt på institusjon og utfører sykepleien. Funksjonen sykepleieren har i helsetjenesten blitt rettet mot helsefremmende arbeid. I det ligger forebygging, behandling, rehabilitering og miljøterapeutiske aktiviteter, samt pleie- og omsorgsoppgaver (Holter & Mekki, 2011).

«Han», pasienten, tilhører oppgavens fokusgruppe, og er en mann på 40 år. Han mistet sin ektefelle og jobbet seg aldri gjennom sorgen. Dette førte til at han ble innlagt på institusjon for første gang, med diagnosen moderat depresjon. Hummelvoll (2012) sier at nedtrykthet og

sorg er en nødvendig og mulig følelse hos alle mennesker, disse vil være en del av livet. Følelsen av sorg kommer ofte av tap av nær person ved separasjon eller død. Det å miste noen vil føre til sorg, lidelse, nedsatt funksjonsdyktighet og smerte. For å komme seg igjennom sorgen må disse følelsene bearbeides. Hummelvoll (2012) sier videre at hvis sorgen ikke blir bearbeidet kan dette føre til depresjon, i dette tilfellet moderat depresjon. Pasienten har nå vært innlagt i en lengre periode og er nå på bedringens vei. utfordringen for sykepleieren er å styrke pasienten gjennom ulike tiltak for å hindre tilbakefall når pasienten blir utskrivningsklar. Pasienten har ingen egne barn, men har både søsken og foreldre som bor i nærområdet. Han jobbet tidligere som snekker, men har etter konas død vært sykmeldt. Han trivdes godt i jobben og hadde der mange gode kollegaer. Vi har fokusert på en pasient som er mer generell, og som kan sammenlignes med en større gruppe pasienter. Vi er klar over at alle personer er forskjellige, noe som gjør dette utfordrende med tanke på behandling. Som vi har lest litteraturen tror vi at brukervedvirkning og recovery kan hjelpe til bedring hos pasienten.

1.3 Oppgavens disposisjon

I neste del av oppgaven kommer et metodekapittel hvor valg av litteratur og forskning vil bli beskrevet, begrunnet og vurdert som kilder. I tredje kapittel kommer teorifundamentet for oppgaven. I dette teorikapittelet tar vi for oss sykepleieperspektivet hvor vi vil presentere sykepleieteoretikerne vi har valg som referanseramme og hva de står for, psykisk helse hvor vi videre går inn på psykiske lidelser og sorg og depresjon, så kommer recovery, salutogenese, brukervedvirkning og empowerment. I fjerde kapittel vil denne teorien bli drøftet opp mot vår problemstilling. I drøftingen har vi forsøkt å belyse depresjonen fra tre ulike synsvinkler; Det gode møtet, stille krav mot å gi rom og sosial støtte. Femte kapittel vil oppsummere funnene og tilby en konklusjon, etterfulgt av litteraturliste over brukte kilder og skjema over søkehistorikk.

2.0 Metode

En metode er et redskap som kan brukes til å samle inn data og informasjon om noe man vil undersøke. En metode defineres som et middel og en fremgangsmåte for å finne ny kunnskap, og til å løse problemer (Dalland, 2012). Vi skal i dette kapittelet beskrive hvordan vi har funnet forskning og annen aktuell litteratur som vi har benyttet oss av i oppgaven. Vi beskriver også hvordan vi har vært kritiske til kildene vi har brukt.

2.1 Valg av litteratur

Bacheloroppgaven er en fordypningsoppgave som bygger på litteratur, erfaringer fra praksis og aktuell forskning. Vi har valgt ut et tema vi vil gå i dybden på, og en problemstilling vi vil finne svar på. Vi har benyttet både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i denne litteraturstudien. Dalland (2012) sier at et litteraturstudie handler om å skrive en oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Sykepleieteoretikerne vi har valgt å støtte oss til er Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll da vi mener at deres tenkning og teorier er mest relevant i forhold til problemstillingen vi har valgt.

Kvantitative metoder kan gi data i form av tall som kan brukes til å finne frem til et gjennomsnitt eller prosenter av det man ønsker å undersøke. Kvalitative metoder sier mer om opplevelser og meninger fra en mindre gruppe, som ikke lar seg måle i en kvantitativ metode (Dalland, 2012). Vi har forsøkt å finne forskning på erfaringer, opplevelser og verdier. Vi vil med dette få frem pasientens/sykepleierens opplevelse av ulike ting. Kvalitativ forskning er gjort på et fåtall personer, og går derfor mer i dybden. Det sier noe om hva personen erfarer eller har opplevd. Hva opplevde de hjalp dem når de var i den situasjonen?

Når vi søkte etter forskning brukte vi ulike søkeord, og ulike sammensetninger av disse i forskjellige databaser. Et utfyllende skjema ligger ved oppgaven (se vedlegg 1). Vi startet med å søke på Oria da dette er en oversiktsdatabase som finner både bøker, artikler, oversiktsartikler, studentoppgaver og annet aktuelt stoff. På denne siden kan man bli ført videre til andre databaser som Ebscohost Cinahl, idunn og ProQuest Nursing blant annet. Vi

søkte også direkte inne på SveMed+ og Ebscohost Cinahl. Vi leste mange abstrakter og ekskluderte flere artikler etter dette da de ikke var relevant for oppgaven vår. De artiklene hvor abstraktene var aktuelle, leste vi så nøye gjennom artikkelen i fulltekst. Artiklene vi valgte å bruke i oppgaven er: «Sykepleierens erfaringer med brukerveiledning i psykiatriske dagsentra» skrevet av Sæterstrand og Møllersen (2010), «Idealiser og realiteter i moderne psykisk helsearbeid» skrevet av Karlsen (2012), «The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems - A randomised controlled trial» skrevet av Langeland m. flere (2006), «The recovery imperative: A critical examination of mid-life women's recovery from depression» skrevet av O'Brien (2012), «Depressive menneskers opplevelse af transitionen mellem at være indlagt og at være hjemme: et interview studie» skrevet av Rossen m. flere (2009), «Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study» skrevet av Skärsäter m. flere (2005). Vi valgte disse seks artiklene for å belyse problemstillingen fra ulike vinklinger, og ved å gjøre det prøve å finne svar på spørsmålet vi har stilt. Ut i fra forskningen vi har valgt får vi frem både sykepleierens erfaringer, pasientens erfaringer og generelt litt forskning som er gjort på feltet psykisk helsearbeid. Disse artiklene omhandler brukermedvirkning og empowerment i forhold til pasienter med psykiske lidelser, samspillet mellom sykepleier og pasient, hva som påvirker bedringsprosessen og pasientens opplevelse av det å være syk. Vi kommer tilbake til disse artiklene i teoridelen og i drøftingen.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode for å finne ut om en kilde er pålitelig. Kildekritikk vil si å kunne vurdere kilder som benyttes, og brukes for å fastslå om en kilde inneholder verifiserte opplysninger eller spekulasjoner (Dalland, 2012). Lærebøkene og fagbøkene vi har benyttet oss av er pålitelige og relevante i forhold til denne oppgaven, og er blitt anbefalt fra skolen. Pensumlitteraturen er av nyere dato (fra 2008 eller nyere), mens den selvvalgte litteraturen er fra henholdsvis 2006 og 2011. Boken av dato 2011 er her oversatt på norsk, men stammer opprinnelig fra Joyce Travelbees bok av eldre dato. Hennes teorier er de samme som for mange år tilbake, og er like aktuell nå som da. Den andre selvvalgte boken fra 2006 har blant annet blitt brukt som referanse av Hummelvoll (2012) i «Helt – ikke stykkevis og delt».

Forskningen vi har valgt er av nyere dato, fra 2004 og nyere. Vi søkte etter fagfelle-vurderte artikler, slik vet vi at forskningen er gjennomgått av flere fagpersoner med høy kompetanse.

Noen av artiklene er også utgitt i anerkjente tidsskrift. På mange av søkene fikk vi mange treff, og det er dermed ikke sikkert at de artiklene vi valgte er de beste. Men de har hjulpet oss i denne oppgaven med å belyse emnet fra ulike vinkler. I utvelgelsesprosessen leste vi mange abstracter og ekskluderte fortløpende artikler som ikke var relevant for oppgaven, fordi mange av artiklene vi fant ikke omhandlet vårt problemområde. Mange av artiklene vedrørende depresjon var ofte knyttet opp mot kreft eller rusproblematikk, og er dermed ikke aktuelle for denne oppgaven.

3.0 Teori

Dette kapittelet tar for seg teorien som skal drøftes senere i oppgaven. Her kommer også utdypende definisjoner av sentrale begreper. All teori er knyttet opp mot problemstillingen og er et ledd for å finne svar på denne.

3.1 Sykepleieperspektivet

Relasjonsorientert sykepleie, der kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, pårørende og andre involverte er sentral (Eide & Eide, 2008), er den teoretiske referanseramme for denne oppgaven. Med vinklingen til sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll som utgangspunkt. Den tidligere psykiatriske sykepleieren Joyce Travelbee, ser mennesket som et unikt individ, og som grunnsteinen i sykepleie. Sykepleie er ifølge henne en interaksjonsprosess som har fokus på utvikling av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren skal aldri ha handlinger i seg selv som mål, men bruke det som et middel for å hjelpe pasient og pårørende til å mestre eller forebygge lidelse og sykdom, og til å finne mening i det de har erfart. Derfor bør sykepleier hige etter et «menneske-til-menneske»-forhold og ikke et «sykepleier-pasient»-forhold. (Travelbee, 2011).

Et «menneske-til-menneske»-forhold vil si at sykepleieren og pasienten ser hverandre som likeverdige mennesker, og for at denne relasjonen skal være genuin må den tradisjonelle sykepleierrollen overskrides. Det betyr at sykepleieren må se hver enkelt pasient som et unikt individ og også la pasienten se henne som et menneske. Med andre ord må sykepleieren bygge opp pasientens tillit til henne, og bevisst gå inn for å bli kjent med pasienten samtidig som hun ivaretar hans behov. Dette kaller Travelbee (2011) å bruke seg selv terapeutisk og benytte seg av en disiplinært intellektuell tilnæringsmåte. Dette gjøres ved å orientere alt sykepleieren gjør direkte mot den som mottar omsorgen. Gjensidig forståelse og kontakt er synonymt brukt opp mot «menneske-til-menneske»-forhold. For eksempel kan en eller flere opplevelser og erfaringer som sykepleieren og pasienten deler bidra til et slikt forhold (Travelbee, 2011). Dette vil vi gå nærmere inn på i drøftingen.

Den andre sykepleieteoretikeren som brukes gjennomgående i denne oppgaven er formulert av Jan Kåre Hummelvoll, professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid, som skrev sin doktorgrad i folkehelsevitenskap. Hummelvoll mener, akkurat som Travelbee, at for å

kunne gi god omsorg må sykepleier se, forstå og møte den enkelte med sin lidelse og ressurser i en livssammenheng. I forhold til Travelbee legger Hummelvoll (2012) mer vekt på viktigheten av å se pasienten ut fra et helhetsperspektiv, og han legger mye fokus på recovery-teori.

For denne oppgaven er definisjonen av begrepet «sykepleie» hentet fra sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (2011): «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene». I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» og at «Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert». Videre i retningslinjene står det at sykepleieren har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom gjennom sin sykepleiepraksis samt understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Oppgaven er skrevet ut fra et recovery-perspektiv som vil si at det tar utgangspunkt i en humanistisk tilnærming hvor man ser mennesket før diagnosen. Recovery kan oversettes til bedring, som vil si å ta tilbake kontrollen og å gjenvinne makten over eget liv. Dette er en prosess bestående av mange ulike aspekter som rehabilitering, empowerment, restituering, egenomsorg, mestring, heling, motstandskraft og velvære (Hummelvoll, 2012). Recovery er noe pasienten selv gjør for å bli frisk, og fra sykepleierens side handler det om «hjelp til selvhjelp». Mer om dette kommer senere i teoridelen.

3.2 Psykisk helse

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (World Health Organization, 2014). I følge Hummelvoll (2012) er helse et relativt begrep og forbindes med livskvalitet – det relateres til lidelse – og avhenger av håp. Helse og uhelse står hverandre nært, det er som en dynamisk bølgebevegelse; store hendelser som skjer i livet og situasjoner som er av belastende natur, sosial støtte og psykisk helse synes å ha en sammenheng med hverandre.

3.2.1 Psykisk lidelse

I følge Skårderud *et al.* (2010) er å lide psykisk «ikke det samme som å ha en psykisk lidelse. Å lide psykisk kan være et sunnhetstegn, mens en psykisk lidelse oppleves som fravær av sunnhet». Psykiske lidelser er et stort begrep som kan defineres på mange forskjellige måter. Det finnes ingen klare skiller mellom følelser man forventer å tåle, og når følelsene blir en lidelse slik at behandling og omsorg er nødvendig. Følelsene kan være sorg, frykt og «god» skam, som kan føre til depresjon, angst og «dårlig» skam. Psykiske lidelser kan også deles inn i kategorier som lidelser, syndromer eller sykdommer (Skårderud *et al.*, 2010). Antropolog og sykepleier Pasquali definerer psykisk sykdom som «psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte» (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 30).

3.2.2 Sorg og Depresjon

Sorg dreier seg om tap og mangel på livslyst, og kan oppstå ved tap av et menneske som har stått deg nær. En sørgende person kan føle at smerten og tristheten er endeløs, og interesserer seg i mindre grad i det som skjer rundt han (Hummelvoll, 2012). Skårderud *et al.* (2010) sier at sorg, tristhet, skuffelse og sinne er naturlige reaksjoner på motgang og avvisning. Hvilke følelser slike hendelser utløser hos den enkelte kommer an på hvor godt man takler motgang, og hvor godt man er rustet psykisk og sosialt. Hendelser som tap av ektefelle, alvorlig sykdom, tap av arbeidsmulighet eller andre alvorlige hendelser kan føre til en dyp og langvarig sorgreaksjon. En slik sorg kan gå over med tiden hvis det finnes ressurser som kan hjelpe til med å finne mening og glede i livet. Prosessen fra motgang inntreffer til livsmotet kommer tilbake kalles en sorgprosess. Hvis denne prosessen ikke skjer, kan man havne i en gjennomgripende nedstemthet som er vanskelig å komme ut av. Videre kan dette føre til depresjon (Skårderud *et al.*, 2010).

En variant av psykisk lidelse som er hovedfokuset i denne oppgaven, er depresjon; en lidelse med et variert og komplekst årsaks- og sykdomsbilde. Med depresjon menes en stemningslidelse, altså at man blir værende i en gjennomgripende nedstemthet som det er vanskelig å komme ut av. Nedstemtheten har da blitt til en psykisk lidelse (Skårderud *et al.*, 2010). Tristhet, lav selvaktelse og pessimisme er de mest fremtredende symptomene på depresjon. Etter det kommer kraftløsheten, pasienten har verken fysisk eller psykisk energi til å utføre hverdagslige gjøremål. Den deprimerte overveldes av håpløshet og kan føle seg

utslått. Nedsatt konsentrasjonsevne, forstoppelse, nedsatt appetitt, smerter, søvnforstyrrelser, nedsatt potens/sekseuell lyst og menstruasjonsforstyrrelser er også karakteristiske kjennetegn på depresjon (Hummelvoll, 2012). Det finnes ulike grader av depresjon (fra mild til alvorlig), og i denne oppgaven vil fokuset være på moderat depresjon utløst av sorg.

Moderat depresjon preges av større tendens til fordreid virkelighetsoppfatning. Pasienten overfører egen utilstrekkelighet over på andre, og tror med dette at andre personer misliker han. Det med mistolking kommer også av nedsatt dømmekraft, og pasienten undervurderer seg selv. Virkelighetsfølelsen er forstyrret. Pasienten ser negativt på seg selv, har nedsatt selvbilde og lav selvaktelse. Pasienten har vanskeligheter med å føle glede når depresjonsfølelsen er så fremtredende. Impulskontrollen kan enten være mangelfull eller overkontrollert. Pasienten har lett for å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse. Tankeprosessen blir langsom og pasienten blir lett distraheret; pasienten bruker ofte tid på å tenke på eksistensielle spørsmål. Kommunikasjonen vil i tillegg til å være langsom og ordknapp, være preget av tvil og blokkeringer; og pasienten snakker ofte negativt om seg selv (Hummelvoll, 2012).

3.3 Recovery

William Anthony (1993) definerer recovery slik:

«Recovery (bedring) beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensende rammen sykdommen skaper. Bedringen krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak deg» (sitert i Topor, 2006, s. 19).

Begrepet bedring blir ofte sett på som en prosess i motsetning til en tilstand. Det er en prosess fordi mennesket hele tiden utvikler seg, og i en prosess er det både oppturer og nedturer. Det som er utfordrende med denne definisjonen er at det ikke er noen tydelig ende på prosessen (Topor, 2006). Recovery-begrepet kan deles i tre deler: som en spontan og naturlig hendelse; hvor man kan oppleve bedring uten behandling, som en konsekvens av behandling; hvor man er symptomfri og mestrer hverdagen, og som en opplevelse; hvor man fortsatt har en svikt, men håpet om å leve et godt liv fortsatt er tilstede (Hummelvoll, 2012).

Når det gjelder psykiske lidelser ser vi ofte i tradisjonell psykiatrisk behandling at oppmerksomheten rettes ene og alene mot problemene til pasienten og dens behov for hjelp, i motsetning til å se hva som kan ha forårsaket disse problemene. Dette er noe vi også har erfart i praksis. Den psykisk syke pasienten blir ofte nedgradert til sykdommen de bærer. Det blir sagt at pasienten er schizofren i motsetning til at han har fått diagnosen schizofreni. Dette bidrar til at sykepleieren ser på pasienten som en sykdom/diagnose og ikke som en hel person som har noe å bidra med. Det kan virke som at fokuset ligger på forandringen pasienten har gjennomgått, men mest sannsynlig ligger den største forandringen i hvordan miljøet og personene rundt har endret sin måte å møte vedkommende på. Situasjonen kan føles helt håpløs ut for pasienten, og det motvirker den positive utviklingen i bedringsprosessen (Topor, 2006). Følelsen av å miste kontrollen kan føre til angst hos pasienten, det å miste retten til å bestemme over seg selv føles ydmykende og nedverdiggende. For å oppnå bedring er aktiv medvirkning, selvbestemmelse og det å delta i drøftingen av eget behandlingsopplegg sentrale faktorer. Å gjenvinne troen på seg selv er en forutsetning for bedring. Verdifult psykisk helsearbeid går ut på å hjelpe pasienten til å finne seg selv, godta seg selv og klare å samhandle med andre (Hummelvoll, 2012).

Viktig kunnskap om bedringsprosesser har kommet ut av forskning, det at pasient selv har den største og mest sentrale rollen i sin egen bedringsprosess er et eksempel på dette. Noe som ofte blir glemt i behandlingen av den psykisk syke er nettopp det. Man ser ut i fra dokumentasjon som sykepleieren har gjort på dette feltet at mennesket som er sykt blir borte i dens lidelser, og at historien deres blir borte i manglene den nå innehar. Det blir sjeldent skrevet noe som kan nyansere dette bildet, som hvilke kunnskaper og ressurser pasienten innehar (Topor, 2006). Pasientens søken etter seg selv er det vi kaller for bedring. Mange psykisk syke ønsker å bli den de var før lidelsen. Det kan skyldes at de med lidelsen føler at de har noe fremmed inni seg, noe som ikke skal være der. For å bli «frisk» må pasienten selv bestemme seg for at dette er noe den selv ønsker. Men det i seg selv er ikke tilstrekkelig. Man må også finne verktøyet som gjør dette mulig, og for å klare dette trenger de hjelp og støtte utenfra (Topor, 2006).

O'Brien (2012) viser i sin forskning at pasienten ved å være aktivt involvert i egen omsorg og behandling, og selv ha et ansvar for å samarbeide med tjenesteyterne bygger tett opp mot recovery. Fokuset her er på «å spore fremgang» og oppnå positive og ønskede utfall som retur til produktivitet. Recovery posisjonerer pasienten som «fri men likevel ansvarlig», «initiativrik men likevel forsvarlig», «gjennomfører livet på en nøye utregnet måte med tanke

på fremtiden». Gjennom deres frihet til å fatte beslutninger, følge opp sine preferanser og søke om å maksimere kvaliteten på deres liv, i tråd med målene til de som styrer. Slik at de som lider av depresjon ikke bare styrer seg selv for å hindre tilbakefall men også oppfyller sin plikt til å maksimere sitt livs potensiale (O'Brien, 2012).

Mens vedtakelsen av en recovery-orientering ble hyllet som et stort sprang fremover når det gjelder politikk og tjenesteyting, hvor den enkelte selv er ansvarlig for å optimalisere sine muligheter for recovery, la dette også en ekstra byrde på kvinnene som var deprimerte da disse allerede hadde overveldende forventninger til seg selv. Medisinering og psykologisk ekspertise er blant de behandlingsmetodene som er «fastlåst» i det gamle mønsteret av sykt/friskt, normalt/unormalt. Og bygger nettopp på kunnskap, makt og institusjonelle mekanismer som ofte utelukker andre måter og tenke og snakke om recovery på. Slik praksis viser dominerende kunnskap i forhold til hvordan kvinner bør bli friske fra depresjon, at de selv har ansvar for egen recovery, og hvis de opplever tilbakefall er det fordi de er mislykkede borgere (O'Brien, 2012). Denne forskningen bygger på intervjuer med 31 kvinner i midt-livs alderen som har eller har hatt en til flere depresjoner. De fleste av kvinnene som ble intervjuet sa at de hadde store forventninger til seg selv, og de følte også at samfunnet stilte høye krav. Selvoppofrelse, det å tilfredsstille andre, morskaps skyldfølelse, føle ansvar for andres velvære, perfektjonisme og følelsen av å måtte være superkvinnen har bidratt til deres depresjoner. De samme utfordringene ser vi ved at kvinnene ikke klarer å ta vare på seg selv i recovery-prosessen (O'Brien, 2012). Forskeren hevder at recovery er plassert som et endepunkt som man når gjennom å trene opp hensiktsmessig selvledelsesstrategier og normaliserte behandlinger. Funnene i denne forskningen stiller kritiske spørsmål om psykisk helsepolitikk som utnytter recovery-perspektivet for å signalisere en ny vei fremover, men er fortsatt innviklet i neo-liberale imperativer av individuelt ansvar. Som også flere andre forskere har hevdet er det et stort behov for å engasjere seg mer kritisk med tanke på recovery (O'Brien, 2012).

3.4 Salutogenese

Sosiologen Aaron Antonovsky utviklet teorien om salutogenese. Han fant ut gjennom forskning at hvis man kan oppleve virkeligheten som håndterbar, begripelig og meningsfull, vil dette føre til økt grad av mestring, helse og velvære. Dette kaller han for «sense of

coherence», følelse av sammenheng. Sense of coherence (SOC) er et sentralt begrep innenfor en salutogen tilnærming, og defineres av Antonovsky som:

«...en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående, stabil, men dynamisk følelse eller tillit til at stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser, er strukturerte, forutsigbare og forståelige (begripelighet), ressurser er tilgjengelige slik at en kan møte kravene som disse stimuli stiller (håndterbarhet), og kravene er utfordrende, verdt investering og engasjement (mening)» (Sitert i Lerdal & Fagermoen, 2011, s.210/211).

Salutogenese betyr tilblivelse av helse og går ut på å bedre en persons helse og velvære ved å styrke hans eller hennes ressurser. En salutogen tilnærming kan brukes som et behandlingsopplegg for personer med psykiske lidelser og helseproblemer hvor målet er å øke pasientenes mestring og trivsel i hverdagen og bedre deres psykiske helse. Pasientens ressurser og ferdigheter blir satt i fokus i form av konstruktiv tenkning, følelser og adferd.

Det er vanlig å se på et menneske som enten sykt eller friskt, men i følge teorier om salutogenese, sees helse på som ulike grader av helse. Det vil si at å ha et salutogent perspektiv, er å se på helse som høyest mulig grad av velvære både fysisk, psykisk og sosialt, og lavest mulig grad av symptomer på sykdom og lidelse. I et salutogent perspektiv fokuseres det på faktorer som kan bidra til økt helse, og pasientens mestringsressurser vektlegges. Dette krever at helsepersonell har kunnskap og fokus på å bedre helse og velvære og redusere symptomer (Lerdal & Fagermoen, 2011).

Begripelighet vil si å kunne oppfatte indre og ytre stimuli som meningsfulle ved at de er strukturerte, ordnede og klare. På den måten vil en person lettere kunne oppleve stimuli som forståelige og forutsigbare i senere tid. Håndterbarhet er en viktig faktor for at personen ikke skal føle seg som et offer, eller urettferdig behandlet. For å kunne oppleve stor grad av håndterbarhet, må personen vurdere om de indre og ytre disponible ressursene strekker til i forhold til de forventninger fra omgivelsene og seg selv, og finne løsninger ut i fra dette. Mening er det tredje og viktigste begrepet innenfor SOC. Hvis man oppnår en høy grad av mening, vil også situasjoner lettere fremstå som håndterbare og begripelige. Mening vil si at personen synes det er verdt å engasjere seg og bruke energi i utfordringer og problemer som dukker opp i livet, og til omgivelsenes og egne krav og forventninger. For å kunne skape og opprettholde mening og ressurser over tid, er det viktig å dekke områder som relasjoner, følelser og aktiviteter (Lerdal & Fagermoen, 2011).

Både begrepene «salutogenese» og «sense of coherence» kan sees i sammenheng med «recovery» og bedringsorientert omsorg i psykisk helsearbeid. Teoriene innenfor salutogenese ser på helse som størst mulig grad av velvære, og minst mulig grad av symptomer og sykdom. Teorier om recovery, eller bedring understreker også at recovery kan oppleves på tross av symptomer eller funksjonssvikt, og at det å mestre lidelsen og gjenvinne økt kontroll over livet har en positiv effekt. Begge teorier mener også at det er pasienten som har nøkkelen til bedring gjennom ressurser og ferdigheter, og at faktorer som mestring, håp, og fellesskap er viktige for bedringsprosessen. Salutogenese og recovery handler om å kjenne til og bruke sine ressurser og ferdigheter for å utvikle en indre overbevisning og mestringsfølelse. Til sammen vil dette øke graden av helse, og de overnevnte faktorene styrkes ved å oppleve sammenheng og mening i livssituasjonen, sense of coherence (Hummelvoll, 2012; Lerdal & Fagermoen, 2011).

I en undersøkelse fra Sverige, studerte de hvilken betydning sense of coherence og sosiale nettverk har å si for bedring hos pasienter med alvorlig depresjon. Skärsäter *et al.* (2005) konkluderte med at begge har noe å si for bedringen hos pasienter med førstegangs alvorlig depresjon. Sosial støtte og nettverk er en viktig faktor innenfor sense of coherence, og forskerene understreker viktigheten av at sykepleiere hjelper pasienter med å se og styrke sine ressurser for å fremme sin helse (Skärsäter, Langius, Ågren, Häggstöm & Dencker, 2005).

3.5 Brukermedvirkning og empowerment

Brukermedvirkning på individnivå omhandler pasientens rettighet og mulighet til å kunne påvirke sin individuelle behandling. Det vil si at brukere av helsetjenester skal ha mulighet til å delta i beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud. Dette er viktig for at pasientene skal bli hørt og respektert slik at de kan være aktive deltagere i egen behandling (Holter & Mekki, 2011).

Helsedirektoratet sier at brukermedvirkning er en rettighet som er lovfestet. Dermed er ikke dette noe tjenesteapparatet selv kan velge om de vil benytte seg av eller ikke. På flere nivåer er det også et virkemiddel som bidrar til større treffsikkerhet med tanke på utforming og gjennomføring av de ulike tilbudene, noe som fører til forbedrete og kvalitetssikrede tjenester (Helsedirektoratet, 2011). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), står det at pasient og bruker har rett til medvirkning. Dette gjelder både ved utforming av tjenestetilbud og ved valg mellom behandlingsmetoder. Hvis en pasient ikke er samtykkekompetent, har de nærmeste

pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Det er viktig å se brukeren som en ressurs og vise respekt for at brukeren kjenner seg selv best. Brukermedvirkning vil, på en positiv måte, påvirke selvbildet noe som igjen fører til økt motivasjon. Det vil kunne ha en terapeutisk effekt og bidra positivt til brukerens bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2011).

Aktiv brukermedvirkning er en sentral verdi innenfor verdifullt psykisk helsearbeid. Sykepleier skal bistå brukeren til å finne egne mål i livet, samt støtte han til å godta seg selv (Hummelvoll, 2012). Helsepersonell skal i følge Helsepersonelloven (1999) «... utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Psykisk helsearbeid handler om å bistå brukeren til å gjenvinne indre kontroll. Verdifullt psykisk helsearbeid er en type styrke- og kondisjonstrening av brukers psykiske helse (Hummelvoll, 2012). Ordet brukermedvirkning blir ofte brukt synonymt med begrepet empowerment. Begge disse begrepene omhandler makt over eget liv, da konkret gjennom å ha makt over de hjelpetiltakene en selv er bruker av (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Empowerment handler om å hjelpe pasienter til å bedre deres selvkontroll, kunnskaper, selvfølelse og ferdigheter og hindre undertrykking, diskriminering og umyndiggjøring (Lerdal & Fagermoen, 2011). WHO (1987) definerer empowerment som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (sitert i Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 67). Skårderud *et al.* (2010) mener at empowerment er en viktig faktor i tilfriskningsprosessen. Det vil si at pasienten trenger motivasjon for å kunne få kontroll over sitt eget liv.

Anerkjent forskning av Sæterstrand & Møllersen (2010) underbygger at empowerment bør være et bærende element ved at pasienten får mulighet til å være delaktig i å påvirke innholdet i egen hverdag. I artikkelen sto det videre at samspillet mellom pasienten og sykepleieren er avgjørende for pasientens bedringsprosess (Sæterstrand & Møllersen, 2010). Derfor må sykepleieren være bevisst sin rolle for å kunne hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Pasientene så etter mellommenneskelige kvaliteter som varme, støtte og individualitet i forholdet med sykepleieren. I terapien sykepleieren utførte skulle fokuset i samtalen være helse i stedet for sykdom. På denne måten kunne de øke pasientens kunnskap og innsikt i egne ressurser, slik at de kunne nyttiggjøre seg av disse. Funn viste at når hovedfokuset ble hvordan pasientene kunne mestre -og leve med sine psykiske problemer i hverdagen, i motsetning til hvordan de kunne bli kvitt sykdommen, førte det til bedring hos pasientene. Det

ble lagt stor vekt på veiledning og hvordan dette kunne styrke og realisere brukermedvirkning. Når sykepleieren inkluderte pasienten og verdsatte han som likeverdig, hadde dette en positiv påvirkning på hvordan pasienten så seg selv (Sæterstrand & Møllersen, 2010). I Psykisk Helsevernloven (1999) står det at ved opphold i institusjon skal pasienten få mulighet til å bestemme over seg selv, så langt det er forenlig med den enkeltes tilstand og formål.

4.0 Drøfting

Med fokus på hvordan en sykepleier kan styrke en pasient med depresjon til å gjenvinne psykisk helse ut i fra et recovery-perspektiv vil det til slutt være pasienten selv som kjenner hvor skoen trykker. Derfor må pasienten få mulighet og verktøy til å delta som likeverdig part i behandlingsprosessen. Vi ønsker å se på det gode møtet, stille krav mot å gi rom og sosial støtte.

4.1 *Det gode møtet*

Noe som er avgjørende for pasientens bedringsprosess, er samspillet mellom pasienten og sykepleieren. Det er viktig at sykepleier fokuserer på helse i stedet for sykdom, slik at pasientens innsikt og kunnskap rundt egne ressurser økes. Slik kan han videre nyttiggjøre seg av disse. Sæterstrand & Møllersen (2010) fant ut at når hovedfokuset ble flyttet fra hvordan de kunne bli kvitt sykdommen til hvordan pasienten kunne mestre, og leve med sine psykiske problemer i hverdagen, førte dette til bedring hos pasientene. Topor (2006) mener at i motsetning til å se på hva som forårsaket de psykiske lidelsene, ser vi ofte at oppmerksomheten rettes mot problemene og hjelpebehovet pasienten nå innehar. Dette bidrar til at sykepleieren ser på pasienten som en diagnose, og ikke som en hel person, som igjen kan motvirke den positive utviklingen i bedringsprosessen.

For å unngå dette må sykepleieren være bevisst sin egen rolle, slik kan hun hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Sæterstrand & Møllersen (2010) viser i sin forskning at når sykepleieren inkluderer pasienten og verdsetter han som et likeverdig menneske, har dette en positiv påvirkning på hvordan pasienten ser seg selv. Travelbee (2011) mener at for å få til en slik relasjon må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk, og se seg selv og pasienten som likeverdige mennesker for å oppnå en gjensidig forståelse. Dette viser at for å etablere et genuint forhold mellom sykepleier og pasient må den tradisjonelle sykepleierrollen overskrides. Det vil si at man i en slik relasjonsbygging må se bort i fra rolletitlene for å skape et «menneske-til-menneske-forhold». For å klare å skape en god relasjon må sykepleieren se pasienten som et unikt menneske, men også la pasienten se at hun er et medmenneske. En pasient understreker at et godt psykisk helsevern innebærer å bli behandlet som et individ og bli sett som et menneske. Videre er det viktig at sykepleier viser respekt og tillit, og at hun er til å stole på (Falck-Pedersen, 2004). Vår erfaring fra praksis innenfor psykisk helsearbeid var at når vi som sykepleiere åpnet oss mer opp for pasientene, følte pasientene seg tryggere på å åpne seg opp for oss. Et eksempel på dette viste seg tydelig når pasientene ble tatt med

utenfor institusjonen. Gjennom ulike aktiviteter hvor man delte inntrykk og opplevelser knyttet man tettere bånd med pasienten. Travelbee (2011) sier at opplevelser og erfaringer som sykepleier og pasienten deler, kan bidra til et «menneske-til-menneske-forhold». Da dette kan skape en gjensidig forståelse og kontakt dem i mellom. På den andre siden er det viktig å passe på så man ikke kommer for nær pasienten. Vi opplevde i praksis at grensen mellom vennlig profesjonell og nært vennskap lå tett inntil hverandre, og det var derfor vanskelig å finne en balansegang. Kommer man for tett på pasienten kan det være utfordrende å holde forholdet profesjonelt, noe som er nødvendig i behandling av psykiske lidelser.

Sykepleieren kan spille en viktig rolle som medmenneske i en bearbeidingsprosess, da det er flere mulige måter å bearbeide følelser på for å unngå depresjon og tilbakefall. På den ene siden kan sykepleier ha en ren faglig og praktisk funksjon som å hjelpe pasienten til gode søvn- og matvaner, siden dette er viktige elementer da sorgbehandling er energikrevende (Norsk helseinformatikk, 2013). Men sorgreaksjonen er tyngst å takle mentalt, så sykepleierens andre viktige rolle vil være av en annen kategori. Ofte har den deprimerte pasienten behov for å dele sorgen med noen, fordi sorgreaksjon kan være tung å takle alene. Det å lytte, støtte, trøste og hjelpe pasienten til å tenke nytt kan bidra til at sorgreaksjonen blir lettere å takle. Det å kjenne på følelsene vil ofte være vondt, og derfor er det lett å prøve å unngå dem, selv om dette er en lite bærekraftig måte å takle sorgen på. Pasienten må oppfordres til å kjenne på følelsene i stedet for å unngå dem (Hummelvoll, 2012). Med andre ord, det er viktig å oppfordre pasienten til å ta tak i egen situasjon. For at pasienten skal kunne oppnå recovery er det viktig å styrke hans empowerment. På denne måten kan han hjelpe seg selv ved å få økt kontroll over egen helsetilstand og hvordan han forbedrer denne. I denne situasjonen er det viktig at sykepleier er med på å gi pasienten motivasjon til brukermedvirkning ved å inkludere pasienten i behandlingsopplegget (Skårderud *et al.*, 2010). Hummelvoll (2012) mener at å gjenvinne troen på seg selv er den største forutsetningen for bedring. Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å finne seg selv, godta seg selv og klare å samhandle med andre. Dette kaller han et verdifullt psykisk helsearbeid. Hvis man følger logikken i denne teorien vil man kunne hjelpe pasientene til å mestre eller forebygge lidelse. Dette mener Travelbee (2011) kan hjelpe pasienten med å finne mening i det han har erfart. Antonovsky (1987) gjenkjenner dette og sier videre at hvis man finner mening, vil livet bli mer begripelig og håndterbart (sitert i Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 211).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og sykepleieren skal yte respekt for at pasienten er en ressurs som kjenner seg selv best. Brukermedvirkning påvirker selvbildet på en positiv

måte, noe som fører til økt motivasjon – som igjen kan bidra positivt på pasientens bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2011). Dette kan derfor virke som en «god» sirkel. I praksis møtte vi pasienter med ulike psykiske lidelser. Noe som var oppsiktsvekkende var at få pasienter fikk mulighet til å medvirke i egen behandling. Når behandlingsplaner skulle oppdateres, og nye mål og ressurser skulle settes opp, fikk pasientene ytterst sjelden komme med sine synspunkter. Personalet satte opp mål og ressurser for dem, uten at de visste noe om det. Det blir vanskelig å finne motivasjon til å bruke egne ressurser mot et mål du kanskje ikke er enig i, og som du ikke har vært med på å bestemme. Med andre ord, det var ikke lagt opp til brukermedvirkning som en del av bedringsprosessen. For at pasientens behandling skal bli optimal er det nødvendig for sykepleieren å opprettholde dialog med pasienten gjennom hele prosessen. Sæterstrand & Møllersen (2010) viser til at pasienter ser etter mellommenneskelige kvaliteter som varme, støtte og individualitet i forholdet med sykepleieren. Det ble lagt stor vekt på veiledning og hvordan dette kunne styrke og realisere brukermedvirkning (Sæterstrand & Møllersen, 2010). Det er derfor tydelig at det hele tiden må være en dialog mellom sykepleier og pasient. For at en dialog mellom sykepleier og pasient skal bidra positivt i behandlingsprosessen kan den ikke foregå ovenfra og ned, eller over hodet på pasienten, men den må foregå på et likeverdig plan mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må finne en balansegang mellom å stille krav til pasienten og gi pasienten rom.

4.2 Stille krav mot å gi rom

For å oppnå bedring er aktiv medvirkning, selvbestemmelse og deltakelse i drøfting rundt eget behandlingsopplegg sentrale faktorer. Recovery handler om å ta ansvar for å gjøre seg selv frisk, sykepleier skal hjelpe pasienten til å fylle opp verktøykassa eller videreutvikle de verktøyene pasienten allerede innehar. Pasienten har mange verktøy allerede, men han har kanskje brukt de feil eller ikke visst hvordan de skal brukes. Sykepleieren innehar mange verktøy som ligger i «ekspertkassa», men disse kan bli overveldende for pasienten da de blir for omfattende for han. Derfor må sykepleier bistå pasienten med å videreutvikle hans ressurser i hans eget tempo, slik at han kan bruke det passende verktøyet i riktig situasjon. O'Brien (2012) mener at på denne måten unngår man ikke bare tilbakefall, men man maksimerer også sitt livspotensiale. Videre sier hun at når man er deprimert er selvbildet og selvaktelsen lav, pasienten ser ned på seg selv og føler seg lite verdt. Hummelvoll (2012) gjenkjenner dette og sier også at pasienter med depresjon kan føle seg kraftløs, håpløs og utslått. O'Brien (2012) mener at hvis pasienten på toppen av dette får ansvaret for egen

bedring, kan det føles uhåndterlig og pasienten er redd for å feile på nok en arena. Dette er nok en byrde på pasientens allerede tunge skuldre. Alt er allerede overveldende og dette ansvaret kan være dråpen som får begeret til å renne over. Dette kan føre til at pasienten blir mer deprimert eller får et tilbakefall (O'Brien, 2012). Det er viktig å tenke på dette i recovery-prosessen. Pasienten skal ikke gis for mye ansvar for tidlig i prosessen, men han skal være så delaktig som hans forutsetninger tilsier. Ingen kan motta hjelp hvis de ikke ønsker dette selv. Det vi forstår av litteraturen er at sykepleier skal gi pasienten rom til å sørge, rom til å ville være alene og rom til å være passiv. Men pasienten har kommet til institusjonen for å få hjelp og for å bli frisk, så sykepleier må finne en balansegang mellom når hun skal gi pasienten rom og når hun skal stille krav til han. Pasienten må få kjenne på de vonde følelsene slik at han får utløp for disse, men så må han gjøre noe annet. Han må få være alene, men han må også være sosial. Han må få være passiv, men han må også ut i aktivitet. Her må sykepleier forhandle med pasienten, slik at det stilles krav til han som person i egen bedringsprosess, men at det også tas hensyn til pasientens egne ønsker. Sykepleieren skal både åpne for sorgen, men også utfordre den.

Sykepleieren skal respektere og fremme pasientens rett til å selv foreta valg. Det er da viktig å gi tilstrekkelig med informasjon på en måte som pasienten forstår (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Til sist er det opp til pasienten om han ønsker å delta eller ikke. Sykepleieren kan ikke tvinge pasienten til å gjøre noe han ikke vil, men sykepleieren må oppmuntre han til å bidra i egen bedringsprosess og holde seg aktiv, både sosialt og fysisk. Pasienten har rett til å bestemme over seg selv, og han skal ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Viktigheten av å komme ut i aktivitet, både fysisk og sosialt, er stor med tanke på pasientens bedringsprosess.

Det du gjør med kroppen din har stor effekt på hvordan du føler deg psykisk. Fysisk aktivitet 30 minutter daglig er anbefalt alle av Helsedirektoratet, men det blir også sett på som en behandlingsform for pasienter med depresjon. Fysisk aktivitet har en positiv effekt både ved å behandle depresjon og for å hindre depresjon, både akutt og på lengre sikt (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2009). Fysisk aktivitet gir kjemiske endringer i hjernen, som vil virke positivt inn på humøret vårt. Hjernens innhold av serotonin og noradrenalin reduseres ved depresjon. Dyrestudier viser at intens fysisk aktivitet øker hjernens innhold av disse stoffene. Å være aktiv handler om å finne en fysisk aktivitet som passer for den enkelte og deres hverdag. Lein (2013) skriver videre at det ikke er mye som skal til for at trening skal ha en effekt på den mentale helsen. Når det gjelder psykiske lidelser som depresjon fra mild

til moderat grad, er den positive effekten av trening godt dokumentert. Noen studier viser at fysisk aktivitet kan sidestilles med antidepressiva i behandlingen av depressive symptomer. Er man fysisk aktiv så frigjøres kroppens egen lykkepille; endorfiner (Lein, 2013). Fysisk aktivitet representerer en stor gevinst både for den enkelte og for samfunnet (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2009). Aktivitet er sammen med relasjoner og følelser et viktig område å dekke for å kunne oppleve høy grad av mening og for å opprettholde sine ressurser over tid, noe som igjen kan bidra til en følelse av sammenheng. (Lerdal & Fagermoen, 2011).

Pasienten kan føle en økt grad av mestring, helse og velvære, hvis virkeligheten kan oppfattes som håndterbar, begripelig og meningsfull. Dette kan føre til en følelse av sammenheng; sense of coherence. Ut i fra faktorene håndterbarhet, begripelighet og mening, blir mening sett på som det viktigste begrepet innenfor SOC. Pasientens situasjon vil lettere kunne fremstås som begripelig og håndterbar, hvis han opplever en høy grad av mening. Pasientens mestringsfølelse og ressurser må vektlegges og styrkes for å hjelpe pasienten mot bedret helse og velvære. (Lerdal & Fagermoen, 2011). For at pasienten skal kunne føle at situasjonen er begripelig må hans indre og ytre stimuli fremstå som meningsfulle ved at de er strukturerte, ordnede og klare. Slik vil stimuli som oppstår i senere tid lettere oppleves som forståelige og forutsigbare. Håndterbarhet vil kunne oppleves i større grad hvis pasienten føler at hans indre og ytre disponible ressurser strekker til i forhold til de forventninger fra omgivelsene og seg selv. Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten med å se og styrke sine ressurser, slik at han kan bruke de til å finne løsninger selv. Situasjoner vil lettere kunne fremstå som begripelige og håndterbare hvis pasienten oppnår en høy grad av mening. Sykepleier må hjelpe pasienten med innse at det er verdt å engasjere seg og bruke energi i utfordringene og problemene, og egne krav og forventninger (Lerdal & Fagermoen, 2011). Vi forstår at pasienten synes det er vanskelig, om ikke umulig, å finne mening i tapet av kona. Men sykepleieren skal hjelpe han til å finne mening i andre ting som kan få pasienten til å ville se fremover og se lyst på fremtiden, noe som på sikt vil føre til at han ser hverdagen som meningsfull igjen. For eksempel kan bevisstgjøring av ressurser og sosialt nettverk, arbeid eller andre meningsfulle aktiviteter være med på å styrke dette. I praksis erfarte vi at flere pasienter som var innlagt på institusjon deltok på ulike aktiviteter som for eksempel tur ute i naturen, bowling eller arbeidstrening. Dette deltok de på noen dager i uken, og de uttrykte selv at de fant glede av det å være til nytte. Det førte videre til økt følelse av mening i hverdagen, og det hadde en positiv innvirkning på humøret.

For å opprettholde god psykisk helse er det viktig at pasienten innretter dagliglivet på en fornuftig måte med tanke på døgnrytme, søvn og måltider (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Pasienten må komme inn i vanlige rutiner, og på nytt lære seg å ta vare på seg selv. Topor (2006) sier at pasienten selv har den mest sentrale rollen i sin egen bedringsprosess. Bedring er pasientens søken etter seg selv. Mange som har hatt en psykisk lidelse ønsker å komme tilbake til den personen de var før sykdommen, men for å bli «frisk» må pasienten bestemme seg for at det er det han ønsker. Videre trenger de hjelp og støtte utenfra, av familie og venner, til å finne det verktøyet som gjør dette mulig. William Anthony (1993) mener at recovery krever at man finner en ny mening med livet samt nye livsmål, man må også klare å legge sykdommen bak seg (sitert i Topor, 2006, s. 19). Travelbee (2011) mener at hvis pasienten ikke har håp, ser han ingen mulighet til forandring eller forbedring i livet. Det gjør problemene vanskeligere å takle hvis det ikke ser ut til å finnes noen løsning. Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre. Den som innehar håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg. For at pasienten skal oppnå recovery er det nødvendig med hjelp, støtte og samarbeid fra andre.

4.3 Sosial støtte

Noen vil kun oppleve en episode av depresjon, mens over 50 % av de som tidligere har vært deprimert vil i løpet av livet oppleve flere episoder (Skärsäter *et al.*, 2005). Pasienter som har eller har lidd av depresjon tidligere er i større grad mer sårbare for å få tilbakefall (Hummelvoll, 2012). Det å miste noen du har kjær vil føre til sorg og smerte, og det er slike typer tap som fører til de dypeste og mest langvarige sorgreaksjoner. Har man personer rundt seg som hjelper til å finne mening og glede i livet vil en slik sorgreaksjon gå over med tiden, men det finnes tilfeller hvor det ikke skjer (Skårderud *et al.*, 2010). Derfor, for å komme seg igjennom sorgen, må den bearbeides. Man må tørre å kjenne på de vonde følelsene, for så å kunne jobbe seg gjennom dem. Hummelvoll (2012) sier at når man ikke bearbeider disse følelsene, kan det føre til depresjon. Sorgen som kommer med å miste sin ektefelle er dyp og langvarig. Likevel går den over med tiden hvis man bruker sine ressurser riktig, samt har god støtte rundt seg. Det handler om å finne mening og glede i livet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Hvis man tidligere har vært frisk, kaller vi depresjonen en depressiv episode. Noen opplever dette bare denne ene gangen, mens noen opplever slike episoder igjen, da kalles det tilbakevendende depressiv lidelse. De som sliter med dette får ofte slike episoder etter hverandre med et års mellomrom. Ofte kommer disse episodene på samme årstid hvert år. Når man har mistet en kjær kan tidspunktet vedkommende døde bringe tilbake vonde

minner, eller høytider som hører familien til som for eksempel julen. Da minnes man ofte den døde, og kjenner på lengselen over at den ikke lengre er tilstede (Skårderud, Haugsgjerd, & Stånicke, 2010). Å bedre pasientens helse og samtidig styrke de prosessene som fører til sunnhet og velvære, er en del av psykiatrisk sykepleie. Det sikter også mot å lindre lidelse. Sykepleierens oppgave blir å hjelpe pasienten til å bli offensiv i sine problemløsnings- og mestringsstrategier, ved å hjelpe han til å føle seg tilstrekkelig hel (Hummelvoll, 2012).

I en undersøkelse fra Sverige, studerte de hvilken betydning sense of coherence og sosiale nettverk har å si for bedring hos pasienter med alvorlig depresjon. Forskerne sammenlignet grad av depresjon, følelse av sammenheng og sosiale nettverk fra første gangs innleggelse sammen med resultater 12 måneder senere. En gruppe av pasientene hadde ingen eller få tegn på depresjon, og en gruppe hadde fortsatt symptomer på depresjon. Hos pasientene som var blitt friske etter ett år, fant forskerne ut at de hadde en mye høyere grad av sense of coherence, enn de som fortsatt hadde en depresjon. Gruppen som var blitt friske, hadde også et større sosialt nettverk, i forhold til den andre gruppen. Skärsäter *et al.* (2005) konkluderte med at både sense of coherence og det sosiale nettverket har en stor betydning for bedringen hos pasienter med førstegangs alvorlig depresjon. Sosial støtte og nettverk er viktige faktorer innenfor sense of coherence, og forskerne understreker viktigheten av at sykepleiere hjelper pasienter med å se og styrke sine ressurser for å fremme sin helse. Dette står også sentralt innen for den salutogene tilnærmingen, hvor det fokuseres på pasientens mestringsressurser som kan bidra til høyest mulig grad av psykisk, fysisk og sosial velvære (Lerdal & Fagermoen, 2011).

I praksis opplevde vi utfordringer hos pasienter som skulle hjem på permisjon, eller som var utskrivningsklare. Å reise fra avdeling, hvor man har fått alt servert og ikke hatt noen spesielle daglige gjøremål, til å reise hjem hvor det forventes at man skal gjøre alt av husarbeid og andre oppgaver viste seg å bli vanskelig for pasientene. Mange kom tilbake til avdeling kort tid etter, med flere symptomer på sin sykdom etter de hadde vært på permisjon fordi presset og forventningene hadde blitt for store. For pasienten som har mistet sin ektefelle kan det være tungt å komme hjem. Man kommer hjem til huset man bodde i sammen med ektefellen som nå er død, huset er nå helt tomt. Følelsen av ensomhet. Huset er fylt av bilder, ting og minner som kan bringe de triste og vonde følelsene tilbake. Da ser man viktigheten bak det å ha et godt, stabilt og pålitelig nettverk rundt seg, og at man opplever følelsen av sammenheng. Slik kan pasienten føle at situasjonen er både begripelig, håndterbar og meningsfull, noe som også viste seg i forskningsartikkelen av Skärsäter *et al.* I

forskningsartikkelen av Rossen *et al.* (2009) beskriver de at sosiale overganger er kritiske passasjer fra en livsfase, tilstand eller status til en annen, for eksempel overgangen fra sykehus til hjemmet. En overgang fra sykehus til hjemmet forbindes med en endring i bedringsstatus, roller, mellommenneskelige relasjoner, forventninger og evner. Viktige faktorer for en sunn overgang er gode mellommenneskelige relasjoner, pasientens forventninger, at pasienten ser en mening med overgangen, pasientens ressurser og evner, og pasientens fysiske og psykiske velvære. Slike overganger kan sees i sammenheng med en recovery prosess, da en sunn overgang er med på å fremme recovery. Der hvor overgangen har vært dårlig, fikk pasienten vanskeligheter med å mestre sin nye rolle og det ble vanskelig å se positivt på hjemkomsten, mestre det å komme hjem og å finne seg til rette i livet igjen. Dette kan føre til en forverring av situasjonen eller et tilbakefall (Rossen, Tingleff, & Buus, 2009).

For å unngå tilbakefall er det viktig å forberede pasienten på hvordan det vil bli å komme hjem. Mens pasienten er på avdeling må sykepleieren bidra til å styrke hans nettverk hjemme, og finne aktiviteter pasienten kan holde på med når han kommer hjem. I følge Rossen *et al.* (2009) opplevde pasienter som ikke fikk god nok støtte angst og de følte det utrygt å komme hjem. En utskrivelse hvor pasienten ikke følte seg klar, eller var med på å planlegge utskrivelsen kan også forhindre en sunn overgang. Mangel på støtte fra personalet og dårlig planlagt forløp etter utskrivelsen fører til at overgangen ikke er glidende (Rossen, Tingleff, & Buus, 2009).

Pasienten har både foreldre og søsken i nærmiljøet, og det er derfor viktig å bygge videre på disse relasjonene. På denne måten får han sosial støtte både mens han er inne på institusjonen men også når han kommer hjem. Sykepleieren kan bistå ved å fremme kontakten med de som står pasienten nær. Ved å arrangere møter, slik at pårørende kan besøke han på institusjonen men også at pasienten kan komme hjem noen turer på hjemmebesøk. Umberson & Montez (2010) sier at det er avgjørende å ha noen som står en nær for å kunne oppleve livskvalitet og fremme helse. For å kunne mestre -og tåle store livspåkjenninger er det viktig med et godt sosialt nettverk for å få god støtte (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 603). Sykepleieren må også bistå ved å opprettholde kontakten med arbeidsplassen samt kollegaene, noe som vil være viktig for at pasienten skal kunne ha noe å komme tilbake til når han kommer hjem. Det er av stor betydning at pasienten føler seg til nytte, og at han føler mening med hverdagen. Sykepleier kan bistå med å organisere noen korte arbeidsdager (arbeidstrening), hvor pasienten er noen timer på jobben en gang i blant for å opprettholde ferdigheter men også de

sosiale relasjonene. Dette er viktig for å hindre at pasienten faller ut av arbeidsmiljøet. Hummelvoll (2012) mener at det å ha et arbeid å gå til bidrar positivt på selvfølelsen, sosiale funksjoner og gir hverdagen mening. Arbeidsløshet uten å ha andre meningsfulle aktiviteter vil påvirke den psykiske helse i negativ retning, og kan gi depressive symptomer. Dette kan føre til passivitet, kjedsomhet, svekket sosial kontakt og en opplevelse av å være mindre verdt (Hummelvoll, 2012). Ut i fra dette ser vi viktigheten av å komme tilbake til produktivitet så fort det lar seg gjøre. Vi kan se at det er en utfordring for sykepleier å finne en balansegang med tanke på hvor tidlig pasienten skal vende tilbake til arbeidet igjen. Hvis dette skjer for tidlig kan det føles overveldende og u håndterlig for pasienten og vil hindre bedringsprosessen. På den andre siden kan det bli vanskeligere for pasienten å komme tilbake til jobb og det vil ta lengre tid før pasienten ser hverdagen som meningsfull, hvis han venter for lenge.

I en norsk undersøkelse forsket Langeland *et al.* (2006) på hvilken effekt salutogene behandlingsprinsipper har på mestring hos personer med psykiske lidelser. I et recovery perspektiv hevder de at tradisjonell terapi fokuserer for mye på følelser knyttet til tidligere negative livshendelser, diagnose og medikamenter, og for lite på fremtidige potensiale tilknyttet personens ressurser og mestring. Deltakerne i forskningen ble delt inn i to grupper, en mestringsfremmende eksperimentell gruppe og en kontrollgruppe som fikk vanlig behandling. Deltakerne i den mestringsfremmende gruppen deltok på et program bestående av samtalegrupper hvor de blant annet diskuterte viktige situasjoner og erfaringer i sammenheng med mestring i hverdagen. Hovedmålet med samtalegruppene var å øke deltakernes bevissthet av deres potensiale, indre og ytre ressurser, og deres evne til å bruke de for å øke mestringsfølelsen i hverdagslivet. Samtaleterapien basert på salutogene behandlingsprinsipper førte til en betydelig forbedring av mestring. Nesten 70 % av deltakerne fikk en økt opplevelse av sammenheng og mestringsfølelse (Langeland, *et al.*, 2006). Rossen *et al.* (2009) sier i sin artikkel at pasienter i overgangen fra institusjon til hjemmet, hadde behov for profesjonell støtte fra kontaktpersoner fra sykehuset eller lokalpsykiatrien. Det var for pasientene nødvendig og viktig for bedringsprosessen. Denne støtten førte til at pasientene fikk en følelse av trygghet og ro. Vi ser ut i fra dette at det er viktig med støtte både fra kollegaer og familie, men også støtte fra profesjonelle kontaktpersoner.

5.0 Konklusjon

I dette kapittelet vil vi komme med en konklusjon på vår problemstilling der vi ville undersøke hvordan sykepleier kunne styrke en pasient med depresjon til å gjenvinne psykisk helse i et recovery-perspektiv.

For å fremme tilfriskning er det tydelig for oss at sykepleieren må styrke pasienten til å se- og ta i bruk sine ressurser. Ved å styrke dem og hjelpe han til å forstå hvordan han skal bruke dem, styrker vi også hans empowerment. For å kunne hjelpe pasienten med å hjelpe seg selv må sykepleier og pasient sees på som likeverdige mennesker, som begge har noe å bidra med. Sykepleier må etablere et «menneske-til-menneske-forhold», og da må den tradisjonelle sykepleierrollen overskrides. For å få pasientenes tillit er det viktig med kontinuitet, både med tanke på hvilken sykepleier som kommer inn og hvilken tilnæringsmåte som blir brukt. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile, og lære pasienten viktigheten av god ernæring, da det spiller en stor rolle i bedringsprosessen. Sorgprosessen krever mye energi. Sykepleieren må møte pasienten der han er, og forstå hvordan pasienten selv mener at han har det og hvordan pasienten selv opplever situasjonen. Sykepleieren skal bygge opp pasientens selvtillit slik at han gjenvinner troen på seg selv. Det er viktig at pasienten er aktiv, både i egen behandling men også ellers. Fysisk aktivitet er en form for terapi, og endorfiner som frigjøres ved aktivitet kan også minne om medikamentgruppen antidepressiva, som blir brukt av mange pasienter som lider av depresjon. Men pasienten skal ikke presses ut i aktivitet for tidlig, da dette kan gjøre mer skade enn nytte. Det er i følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer viktig å respektere pasientens valg, og unngå krenkelser. Sykepleieren skal ut i fra dialogen og relasjonen hun har med pasienten komme med forslag på tiltak som kan bidra til bedring, men det er alltid opp til pasienten om han ønsker å delta på dette eller ikke. Dette er viktig for at pasienten skal kunne medvirke i egen behandling. Det er viktig at sykepleieren gjør seg kjent med pasientens mål, for så å komme med forslag til hvordan han kan nå disse. Sykepleier skal vise respekt for pasienten og vise personlig omsorg. Hun skal også i samråd med pasienten kartlegge hva han trenger og har behov for, for så å jobbe ut i fra det. Tiltakene rettes direkte mot pasientens behov og er et ledd i behandlingen mot å oppnå recovery. Hva trenger han for å bli bedre? Hva trenger han for å lykkes? Sykepleier kan kun legge til rette for det pasienten mener han trenger.

Sykepleier må skape et tillitsbånd, slik at pasienten føler seg trygg på henne. Slik kan hun få pasienten i tale, noe som er nødvendig for å få frem pasientens ønsker og verdier. Det er ut i fra disse at vi i samråd kan se at hans egne mål, samt veien dit kan komme til syne for han selv, og de i hjelpeapparatet. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å tenke nytt, se fremover og få til samtaler om positive ting som opptar pasienten. Hvis man hele tiden skal snakke om depresjonen og hvorfor han er deprimert blir samtaleemnet veldig negativt ladet, noe som igjen kan føre til videre depresjon. Pasienten må jobbe seg gjennom sorgen, enten på egenhånd eller ved hjelp av andre. Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten med å opprettholde sin sosiale kontakt mens han er inne på institusjonen, samt bidra til at pasienten danner flere nettverk eller forsterker de han allerede har. Sykepleier må lytte, støtte, trøste og hjelpe pasienten til å tenke nytt noe som igjen kan bidra til at sorgreaksjonen blir lettere å takle. Psykisk helse i lokalsamfunnet kan bidra til bedring hos pasienten etter at han kommer hjem. Det kan være vanskelig å komme fra døgnbemannet institusjon og hjem hvor man er alene. Da kan helsepersonell i lokalsamfunnet hjelpe til med samtaleterapi og oppfølging. Ingen kan motta hjelp om de ikke ønsker det selv, det er derfor viktig at sykepleieren prøver å motivere pasienten til å ville bli bedre og til å se fremover. Selv om fremtiden akkurat nå for hans del kan se mørk ut. Sykepleieren kan kun hjelpe pasienten til å fylle opp verktøykassa eller videreutvikle verktøyene som allerede ligger der, men pasienten må selv ta de i bruk når og hvor han har behov for det. Det handler om at pasienten skal bli kjent med – og trygg på sine ressurser og hvordan han skal bruke disse.

Pasienten må for å kunne gå videre i livet føle at livet har mening. Han må føle at livet er håndterbart og begripelig. En del av dette vil være å ha noe å drive med, det å ha noe å gå til slik at man føler seg verdsatt og nyttig. Det vil gi livet og hverdagen mening. For å oppnå mening i hverdagen spiller arbeidssituasjonen og andre sentrale aktiviteter en stor rolle. Derfor er det viktig at sykepleier bistår pasienten med å opprettholde det nettverket han allerede har, samt bygger på dette. En god arbeidssituasjon består av både sosial deltagelse sammen med kollegaer, samt selve arbeidet som gir deg ferdigheter, følelsen av mestring og tilhørighet.

Disse faktorene kan til sammen hjelpe sykepleier til å styrke pasienten med depresjon til å gjenvinne sin psykiske helse ut i fra et recovery-perspektiv. Vi ser at det kan være en utfordring med behandling ut i fra et recovery-perspektiv når ikke alle har samme kunnskap om det i helsevesenet. Vi opplevde i praksis at den tradisjonelle sykepleierrollen i psykiatrisk behandling fortsatt var dominerende. Dette kom til syne i den grad at fokuset lå mye på

sykdommen og hvordan man kunne behandle denne medikamentelt i motsetning til å sette pasienten og hans ressurser i fokus. Vi erfarte også i praksis at brukermedvirkning ofte bare var et fint ord som ble brukt, men som ikke alltid ble fulgt opp i pasientsituasjonen. Recovery er et vidt og for noen ukjent begrep, som utfordrer den tradisjonelle psykiatriske behandlingen. Ut i fra forskningen vi har funnet ser vi at recovery kan være til stor nytte i møtet med pasienter med depressive lidelser og i behandlingen av dem.

6.0 Litteratur

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Falck-Pedersen, T. (2004). *Ta meg på alvor! Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern?* Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Folkehelseinstituttet. (2011: 2). *Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Brukermedvirkning*. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/brukere-og-parorende/brukermedvirkning/Sider/default.aspx>
- Helsepersonelloven, LOV-07-02-64. § 4. (2013). Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no>
- Holter, I., & Mekki, T. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 8 (2), ss. 3-15. Lokalisert 04.02.14 på: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2406/2231>
- Kjellmann, B., Martinsen, E., Taube, J., & Andersson, E. (2009). *Depresjon*. Hentet fra helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/terapikapitler/Documents/kapittel-21-depresjon.pdf>

- *Kvaal, K. (2009). Psykiske lidelser i eldre år: En av tidens største helseutfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid/2009/Nr 2*, ss. 143-149.
- *Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B., Nortvedt, M., Kristoffersen, K., & Wahl, A. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 62 (2006), ss. 212-219. Lokalisert på:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0738399105002259#>
- Lein, M. (2013). *Fysisk aktivitet og psykiske lidelser*. Hentet fra:
<http://nhi.no/forside/fysisk-aktivitet-og-psykisk-lidelser-40354.html>
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. (2011). *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Mykletun, A., Knudsen, A., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Norsk Folkehelseinstitutt, Rapport nr 8, 2009.
- Norsk helseinformatikk. (2013). *Sorgreaksjon*. Hentet fra:
<http://nhi.no/livsstil/livsstil/sovnforstyrrelser/sorgreaksjon-3098.html>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetikeretningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- *O'Brien, W. (2012, 04 23). The recovery imperative: A critical examination of mid-life women's recovery from depression. *Social Science & Medicine* 75 (2012), ss. 573-580. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.034>
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1. (2013). Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no>
- Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 4-2. (2013). Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no>

- *Rossen, C., Tingleff, E., & Buus, N. (2009). Depressive menneskers oplevelse af transitionen mellem at være indlagt og at være hjemme: et interview studie. *Vård i Norden* 4/2009, ss. 30-34.
- *Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggstöm, L., & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing* 2005 (14), ss. 258-264.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Sæterstrand, T. M., & Møllersen, A. B. (2010). Sykepleiernes erfaringer med brukerveiledning i psykiatrisk dagsentra. *Vård i Norden* 95 (1), ss. 19-23.
- *Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- *Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Hentet fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization. (2014). *Mental health*. Hentet fra: http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Vedlegg nr. 1: Søkeskjema med søkeord, antall treff og avgrensninger.

| Dato | Database | Søkeord | Begrensninger | Type søk | Antall treff | Motiv til ekskludering | Utvalgte artikler |
|------------|---------------------------------------|---|--|------------|--------------|--|-------------------|
| 13.01.2014 | Oria, Elsevier ScienceDirect Complete | Recovery AND depression | Årstall 2005 → Engelsk språk Fagfellevurdert Emne: Depressive disorder AND depression | Full tekst | 410 | Ikke relevant for oppgaven, kostet penger å se fulltekst | 1 |
| 13.01.2014 | Oria, Ebscohost, Cinahl | Brukermedvirkning AND Psykisk helse AND sykepleie | Årstall 2010-2012 | Full tekst | 8 | Ikke relevant for oppgaven, kostet penger å se fulltekst | 1 |
| 15.01.2014 | SveMed+ | Patient participation AND nursing | Årstall 2005-2013 Fagfellevurdert | Full tekst | 27 | Ikke relevant for oppgaven, kostet penger å se fulltekst | 1 |
| 29.01.2014 | Cinahl | Salutogenesis AND depression AND recovery AND nursing | Årstall 2004 → | Full tekst | 0 | - | 0 |
| 29.01.2014 | Cinahl | Sense of coherence AND recovery | Årstall 2004 → | Full tekst | 11 | Ikke relevant for oppgaven | 1 |
| 29.01,2014 | Cinahl | Sense of coherence AND nursing AND depression | Årstall 2004 → | Full tekst | 8 | Ikke relevant for oppgaven | 1 |
| 29.01.2014 | Cinahl | Experience of recovery | Årstall 2004 → | Full tekst | 23 | Ikke relevant for oppgaven | 0 |
| 11.02.2014 | SveMed+ | Experience of depression | Årstall 2004 → | Full tekst | 27 | Ikke relevant for oppgaven | 1 |

