



SAMMENDRAG

Bakgrunn: De mest typiske psykiske helseplagene blant eldre er angst og depresjon. En stor andel av eldre med psykiske helseproblemer bor hjemme, og trenger behandling og støtte for å ha best mulig livskvalitet.

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å bidra til kunnskapsutvikling basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer og pårørende om hvordan tilbud fra kommunehelsetjenesten kan legge til rette for bedring.

Metode: Datamaterialet ble utviklet gjennom kvalitative intervjuer med henholdsvis personer over 63 år som bor hjemme, som har erfaring med psykisk helseproblemer, og pårørende.

Resultat: Det er utviklet to hovedfunn: tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet. Det første er knyttet til hverdagsprat og er betydningsfullt i seg selv, og for å utvikle en tillitsfull relasjon. Det andre dreier seg om betydningen av å bli «tatt fatt i» med

hensyn til å gjøre ting i hverdagslivet som bidrar til bedring.

Konklusjon: Eldre og pårørende etterspør hjelpere som ikke toer sine hender ved minste motvilje fra brukere. Det innebærer at hjelperne tar tak og bruker sin faglige autoritet og omsorg, også når brukerne tilsynelatende avviser hjelp. Det er i denne sammenhengen at hverdagsprat har et potensial til å bidra til trygge rammer, slik at autonomien blir ivarettatt.

ENGLISH SUMMARY

Significance of time for togetherness and kindly disposed pushing in municipal health care service
Abstract

Background: The most typical mental health problems among elderly people are anxiety and depression. A large part of elderly people with mental health problems live at home, and need treatment and support in order to have a best possible quality of life.

Objective: The aim of the article is to contribute to knowledge development based on experiences of elderly with mental health pro-

blems and care partners about how municipal health care service can facilitate recovery.

Method: Data are developed through qualitative, individual interviews with persons over 63 years of age who live at home, have experienced mental health problems and are a service user, and care partners.

Results: Two main findings are developed: time to interact and kindly disposed pushing. The first is connected to every day talk and is significant in itself and in order to develop a trusting relationship. The other concerns

the significance of being 'grabbed' when it comes to doing things in daily life that contribute to recovery.

Conclusion: Elderly and care partners ask for helpers who do not back out when users show reluctance. It implies that helpers get a grip and use their professional authority and care, also when users apparently reject help. It is in this context that every day talk has a potential to contribute to safe frames so that the autonomy is attended.

Key words: Qualitative, mental health, elderly, municipal health care service

» Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten

Tekst: Astrid Skatvedt og Ellen Andvig

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Psykisk helse
- Eldre
- Kommunehelsetjeneste

INTRODUKSJON

En stor andel av eldre med psykiske helseproblemer bor hjemme. De trenger behandling og støtte for at de og deres pårørende skal få best mulig livskvalitet. De helsepolitiske føringene legger opp til at hjelpen i størst mulig grad skal gis i hjemmet slik at man kan opprettholde hverdagens rutiner og tilknytning til nærmiljøet (1). Denne artikkelen er begrunnet i et behov for mer kunnskap om situasjonen til eldre hjemmeboende med psykiske helseproblemer. Hvordan erfarer personer i denne gruppa og deres pårørende tjenestetilbudet i kommunen?

En litteraturgjennomgang viser at 25–35 prosent eldre over 65 år (på befolkningsnivå) har symptomer på depresjon, mens 4–8 prosent fyller kriteriene for depressiv lidelse. Forekomsten av angstrelaterte helseplager ser ut til å være den samme som for depresjonsplager for personer i denne aldersgruppa (2,3). Blant

eldre mennesker med somatiske sykdommer har 40–50 prosent depresjon i tillegg (4). Selvmord blant eldre er et økende internasjonalt problem, men tas sjelden opp i norsk sammenheng (5,6). Psykoselidelser, schizofreni og bipolar lidelse, opptrer sjeldnere blant eldre enn yngre (2). De aller fleste eldre personer med ulike lidelser skal behandles og følges opp i hjemkommunen og fortrinnsvis i hjemmet (1). Det er med andre ord mange eldre som trenger bistand med psykisk helserelaterte utfordringer der de bor, de fleste av dem for angst og depresjon.

I tråd med WHO og EU-kommisjonens politikk (7), blir modeller for hjemmebaserte tjenester for voksne med psykiske helseproblemer utviklet. Hensikten er å øke omsorg og rehabilitering for tjenestebrukere. Strategiene synes imidlertid ikke å ta tilstrekkelig hensyn til populasjonen over 65 år og deres behov. Eldre mennesker med psykiske helseproblemer er blitt oversett til fordel for yngre (8,9). Det viser seg at eldre med psykiske helseproblemer får medikamentell behandling framfor samtalebehandling, mens det er omvendt for yngre (10). At eldre med psykiske helseproblemer generelt gis lite oppmerksomhet

i helsevesenet, kan gjenspeile den lave rangeringen av både alders- og psykisk helserelaterte problemer blant helsepersonell (11).

I en artikkelgjennomgang om eldres liv og helse i Norden konkluderes det med at psykisk helse var et fraværende tema. Av et utvalg på 464 sammendrag og 42 artikler, var det bare tre artikler som fokuserte spesielt på psykisk helse blant eldre (12). Lav rangering av eldre som gruppe, og påfølgende mangel på faglig interesse, kan forklares med generelle samfunnsforhold. Det kan også være at eldres psykiske helseproblemer ses som utslag av en normal aldringsprosess,

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at det ofte er svært enkle tiltak som skal til for at eldre med psykiske helseplager kan få det bedre. Studien viser at hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv.

Mer om forfatterne:

Astrid Skatvedt er Ph.d. og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Ellen Andvig er can.san. og førstelektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Kontakt: astrid.helene.skatvedt@hbv.no.

og derfor er av liten interesse. Videre kan det være at helsepersonell ikke registrerer symptomer på psykiske helseproblemer av mangel på kunnskap (13). Dessuten kan det være at symptomene blir registrert, men at ansatte av ulike årsaker ikke tar fatt i problemene.

” Jeg får tablettene, så fyker de av gårde igjen.

Vår litteraturgjennomgang viser betydningen av å vite mer om hvordan det kommunale tjenestetilbudet kan tilpasses bedre til eldre personer og deres behov. Denne artikkelen belyser hvordan de eldre selv og pårørende erfarer tjenestetilbudet i kommunen når det gjelder hjelp med psykiske helseproblemer, og hvordan kommunehelsetjenesten kan bidra til bedring.

DESIGN OG METODE

Med bakgrunn i at forskningsspørsmålet i liten grad er beskrevet tidligere, har studien et kvalitativt og eksplorerende design (14). Helsetjenestetilbudene som omtales er i hovedsak Hjemmetjenesten, Team for psykisk helse (TPH) og fastleger.

Utvalg

Forskningsdeltakerne ble rekruttert via Hjemmetjenesten og TPH. Inklusjonskriteriet var at brukerne skulle være over 63 år, bo hjemme, ha erfaring med psykiske helseproblemer og motta/ha mottatt hjelp fra kommunehelsetjenesten. Inklusjonskriterier for pårørende var å ha erfaring med familiemedlemmer i samme gruppe. Brukernes kontakt med hjelpeapparatet på intervjutidspunktet varierte fra ingen til daglig/ukentlig/månedlig kontakt. Omfang og alvorlighetsgrad av helseplagene varierte.

Noen hadde lang erfaring med alvorlige psykiske helseproblemer som psykoser og alvorlig depresjon. De fleste hadde erfaring med lettere psykiske helseplager som angst, nedstemthet, opplevelse av meningsløshet og sosial isolasjon.

Utvalget besto av 16 brukere med en gjennomsnittsalder på 70 år (elleve kvinner, fem menn) og fire pårørende (alle menn). Pårørendeutvalget var tre ektefeller og et barn.

Data

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av kvalitative, individuelle intervjuer med henholdsvis brukere og pårørende. Det kvalitative forskningsintervju som metode (15) er egnet for å avdekke menneskelige erfaringer relatert til ulike problemstillinger. Målet er å innhente rike beskrivelser av deltakernes hverdagsliv. Intervjuene ble gjennomført som en åpen samtale med en semistrukturert intervjuguide (ibid.) og var knyttet til intervjuerpersonenes erfaringer med samarbeid med kommunehelsetjenesten. Samtalene varte i gjennomsnitt halvannen time. De ble gjennomført i perioden november 2012 til april 2013, og foregikk på biblioteket eller hjemme hos deltakerne. Alle intervjuene er transkriberte.

Analyse

Analyseprosessen var dynamisk og begynte samtidig med intervjuene. Intervjuutskriftene ble lest gjentatte ganger. Vi brukte en systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, slik den er beskrevet

hos Malterud (14). Etter å ha dannet oss et helhetsinntrykk, ble det foretatt en mer systematisk gjennomgang av tekstmaterialet. Gjennom nærmere analyse av deltakernes beskrivelser, ble relevante meningsbærende enheter knyttet til forskningsspørsmål, og hovedtemaene i helhetsinntrykket identifisert. Samtidig ble de meningsbærende enhetene kodet. Med utgangspunkt i den enkelte kodegruppe sorterte vi forskjellige nyanser og variasjoner som beskrev ulike meningsaspekter i tilsvarende subgrupper. Innholdets betydning kan sammenfattes i to hovedtemaer: Tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet.

Forskningsetikk

Sentrale etiske problemstillinger er informert samtykke, retten til privatliv, respekt for personlig integritet, ikke skade- og nytteprinsippet og utnyttning (16). I møte med de eldre og deres pårørende var det nødvendig å ha forståelse for mulig sårbarhet, være sensitiv og ikke lokke fram uønsket selvavsløring. Særlig de pårørende kunne være sårbare, gjennom opplevelsen av å utlevere sine familiemedlemmer. De etiske prosedyrene i Helsinkideklarasjonen (17) ble fulgt.

Informantene ble rekruttert via Hjemmetjenesten eller TPH, eller de tok selv kontakt med forskerne. De fikk muntlig og skriftlig informasjon der frivillighet og mulighet til å trekke seg ble understreket. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og ble vurdert av Regional Etisk Komité som ikke regulert av bestemmelser for helseforskning (dokumentnummer 242181).

Studiens begrensning

Antallet pårørende og brukere er ulikt fordelt, og omfatter svært

få pårørende. Deres stemme har ikke fått like stor plass som brukernes. Det er mulig at flere pårørende ville gitt en mer nyansert beskrivelse av situasjonen. Det er også mulig at et fokusgruppeintervju med pårørende ville bidratt til å få fram mer detaljerte fortellinger. Deltakerne kunne da støttet hverandre i samtaler om belastninger ved å ha nære slektninger med psykiske helseproblemer. Det er mulig at henholdsvis bruker- og pårørendestemmene ville kommet tydeligere fram om studien hadde konsentrert seg om en av gruppene av gangen. På en annen side er dette veiet noe opp for ved at datamaterialet også er diskutert i en kompetansegruppe som er knyttet til prosjektet. Denne består av representanter for både brukere, fagfolk og forskere.

RESULTATER

Helhetsinntrykket viste at deltakerne sa seg stort sett fornøyd med praktisk hjelp og med somatiske helseproblemer. De fleste ønsket imidlertid at ansatte i Hjemmetjenesten hadde bedre tid. TPH hadde tilsynelatende bedre tid, men det var få som hadde besøk av og samtale med dem.

Brukere ga jevnt over uttrykk for at det var viktig å bli «griper fatt i» og fulgt opp, og at de hadde behov for å bli hørt, sett og forstått. Både pårørende og brukere tok til orde for en mer pågående omsorg; at hjelperne ikke ga opp ved første uttrykk for motvilje fra brukernes side.

Pårørende beskrev at de ofte følte seg alene med ansvaret. Særlig gjaldt det pårørende til de som hadde hatt store psykiske helseproblemer over lang tid. De fremhevet at tid til prat ville bidra til bedring i seg selv, i tillegg til å skape en inngang til kontakt og relasjonsutvik-

ling, som igjen kunne bidra til at hjelp ble mottatt. De fremhevet praktisk hjelp i hjemmet som en måte der helsearbeiderne kunne «komme på banen» overfor brukere, selv om de i første omgang uttrykte at de ikke ønsket hjelp utenfra. Nedenfor presenterer vi de to hovedtemaene vi identifiserte.

Tid til samvær

Dette temaet omfatter kategoriene: prat/samtale, utvikling av tillit og det å bli kjent. De ansattes tid var et knapphetsgode alle snakket om, og noe mange savnet. Det kom fram at deltakerne mente dette var et systemproblem, og ikke noe de klandret de ansatte for: «De gjør jo så godt de kan, de har så mange på lista si som sitter og venter». De få som hadde kontakt med TPH, ga uttrykk for at de hadde tilstrekkelig tid i møter med ansatte der.

En av brukerne som selv hadde yrkeserfaring innenfor psykisk helsevern, sa: «Den beste medisinen, det var å gi dem [pasientene] tid». En fortalte at Hjemmetjenesten kom for å gi medisiner og overvåke at de ble tatt, på grunn av tidligere selvmordsforsøk. Det ble beskrevet som fornedrende. Vedkommende ønsket at Hjemmetjenesten kunne ha litt bedre tid, slik at de kunne bygge opp et tillitsfullt forhold: «Jeg får tablettene, så fyker de avgårde igjen ... jeg får ikke til å meddele meg ... man trenger tid for å bli kjent og stole

språket, og at man, at man viser at ... du kan komme, at ... ja, det med at man har tid selv om man ikke har det, egentlig».

Flere fortalte at de ikke klarte å formidle hva de trengte fordi det kom forskjellige hjelpere som alle hadde dårlig tid. Det viktigste var å snakke med noen – ikke nødvendigvis med profesjonelle som for eksempel psykologer: «Jeg har følt at dem ... er mer ovenfra og ned på deg, liksom! Mmm. Og det er ikke det jeg trenger.»

En hadde akkurat fått vite om TPH av en slektning og bedt legen om samtaler med teamet: «Legen mente jeg skulle hatt litt mer ... legekompentanse. Men det er bedre enn ikke noe! Så jeg tar gjerne imot det hvis jeg kan få det. For jeg trenger hjelp. Jeg vet jo hva som er bra. Det er samtaler, samtaler, samtaler, samtaler. (...) det er ikke alltid nok å snakke med mannen min, noen ganger trenger jeg å snakke med en dame».

En annen mann hadde en kone som «ikke vil». Kona var dypt deprimert, men avviste enhver form for hjelp utenfra. Mannen ønsket at Hjemmetjenesten skulle bruke litt tid til samvær i hjemmet for å oppnå tillit, slik at de kunne motivere kona til å ta imot hjelp for sine psykiske helseproblemer. Oppdraget til Hjemmetjenesten var å gi medisin en gang hver 14.dag. Han ville at sykepleier skulle se hvor dårlig det

” Jeg ville ikke leve, og jeg ville ikke ha noe. Men de dro meg med på alt.

på». Brukeren fortalte at det ikke var så mye som skulle til: «En å prate med eller bare være stille sammen med (...) det skal ikke så mye mere til enn et smil. Av og til. Smil. Liksom ... kropps-

sto til: «(...) men det går ikke når de ikke har tid til å sitte ned og prate (...) jeg hadde jo ikke drømt om at det skulle bli sånn nå da, at ikke hun ... bare medisin, og så ferdig med det.»

Flere var opptatt av at det kom forskjellige folk fra Hjemmetjenesten hver gang: «Jeg vet aldri hvem som kommer – altså du må jo bli kjent!». De som hadde det vanskeligst, hadde tilsynelatende størst

veldig vanskelig, men det måtte nok til. Med det er ting du ikke ser der og da! For jeg var såpass destruktiv, så jeg måtte ha noen som forlangte noe av meg. Så ... det var riktig, men det var gru-

” Det er ikke alltid nok å snakke med mannen min.

problemer med uforutsigbarhet med hensyn til hvem som kom fra hjemmetjenesten. I kombinasjon med korte besøk, bidro dette til at mange ikke følte seg trygge nok til å komme fram med det de hadde på hjertet. Da ble det heller ikke registrert behov som man kunne søke vedtak om å få hjelp til.

Vennligsinnet pågåenhet

Dette temaet omhandlet det å stille krav, utøve press, invitere med, møte opp. Flere fortalte om en opplevelse av å være overlatt til seg selv med «nervetabletten» og uten å bli «sett» ut over somatiske behov: «Jeg bare satt der, det ble aldri snakka om [hos legen]».

Både brukerne og pårørende la vekt på at det var viktig å bli tatt tak i av hjelperne. En som brukte et lavterskeltilbud sa det slik: «Altså de tok deg med på en tur, kan du si ... de tok tak i deg, og var med deg og støtta deg opp og, hjelp deg å reise deg opp».

Han hevdet at et slikt tilbud var viktig fordi det var lett tilgjengelig og fordi de ansatte ikke ga seg så lett. En kvinne fortalte om en nokså pågående omsorg både fra Hjemmetjenesten og TPH, og at omsorgen hadde hatt stor betydning for bedringen etter at hun ble utskrevet fra sykehus: «Jeg var veldig destruktiv. Jeg ville ikke leve, og jeg ville ikke ha noe. Men de dro meg med på alt. Det var et mareritt. For å si det rett ut. (...)

somt. Fordi jeg ville ingenting. Egentlig. Nei.»

Hun beskriver en ambivalens med hensyn til å gjøre noe hun følte sterk motstand mot å gjøre der og da. Det fremstår som en mellomting mellom å gå helt for egen maskin og det at andre bestemmer.

Kvinnen fortalte at hun hadde behov for noen det var tæl i og som stilte krav. På den måten slapp hun stakkarliggjøringen som fulgte med enkelte typer omsorg: «Ikke dulling!! Det er forskjell på det.» Hun fortalte at hjelperne kom på døra for å sjekke, hvis hun ikke hadde gitt lyd fra seg. Det kan ligge mye omsorg i å ikke bakke ut. En annen kvinne fortalte at hun var blitt utsatt for en nokså konfronterende ansatt da hun var deprimert og helt tiltaksløs: «Jeg ville ikke ... jeg var jo helt håpløs. (...) så tok hun tak i meg, og satte meg inntil veggen og sa: Nå er det slutt, altså! Da tenkte jeg: Oj! Det er faktisk noen som bryr seg! Jeg tror jeg trengte virkelig en direkte tale jeg, da.»

Dette fant sted på en døgnpost, men hun brukte tilsynelatende situasjonen som et eksempel på omsorg hun savnet fra kommunehelsetjenesten, og som mannen over også etterlyste for sin kone. Den gir en god illusjon av at selv kjefting kan oppfattes som omsorg, omtanke og bekreftelse, om den kommer fra en person man har tillit til.

Mange av deltakerne tilhører en stille del av befolkningen. De tar sjelden opp psykiske problemer med helsevesenet med mindre de føler seg trygge nok, langt mindre kommer fram med behov eller krav. Mange trenger tid å formidle hva de trenger hjelp til, og flere trenger støtte, for eksempel ved å bli tatt tak i. Tid til prat i hverdagslivet kan bidra til at relasjonen mellom hjelper og bruker blir så trygg og robust at også pågåenhet oppleves som omsorg, i motsetning til «dulling».

DRØFTING

Tid til samvær framstår som et grunnleggende tema. Samværet beskrives som uformelt og dreier seg både om å bli kjent og å snakke sammen. Begge deler er en forutsetning for å etablere en relasjon basert på trygghet og tillit, og er grunnelementet i alt hjelpearbeid (18–20). I tillegg handler det om å bøte på ensomhet og om behov for sosial kontakt og tilknytning til et fellesskap.

Bedringspotensialet og betydningen av uformelt samvær og prat er godt kjent blant helsepersonell. Det er også godt dokumentert (20–24). Innen for bedringsforskningen ønsker personene seg en hjelper som er tilgjengelig, en de kan prate med og som støtter dem når livet er vanskelig (19,25). Hverdagsprat er i tillegg en anledning der man kan presentere seg og få bekreftelse som noe annet enn pasient (20,23,26).

Behovet for noen å prate med synes sammensatt. For noen var det viktigste å bli kjent og opparbeide tillit. For andre var det viktig at hjelperen kunne sette seg ned, vise interesse og prate, ofte bare for pratens skyld. Det siste kan ses som «innholdsløs meningsfull» prat (27), en arena der man kan presentere seg som en respektabel borger og delta i

et fellesskap med en representant for vanlig alminnelighet (20). Slik prat framstår som et betydningsfullt hverdagslivets ritual som genererer følelsesmessig energi, og der man kan presentere seg som et verdig menneske (20,26,28–30). Det er også en samværsform som kan bekrefte en gjensidig relasjon som subjekter, som et alternativ til en fremmedgjørende objektivisering av hverandre. Alminnelig samvær mellom hjelpere og brukere ser ut til å bidra til en bedring av selvopplevelsen for mange med psykiske helseproblemer (20,31). For mennesker i en sårbar posisjon kan det å oppleve at noen bryr seg, og at man betyr noe for andre, fremme håp. Dette kan igjen ha grunnleggende betydning for bedringsprosesser (20,32). Det at hjelpere bryr seg på en slik måte, synes viktig. Det kan erfares som å bli sett, og at hjelperen som ser, handler ut fra omsorg og faglig autoritet. Å se den andre er å stå i et etisk forhold til ham/henne (33).

Flere fortalte om motstand mot hjelp og om hjelpere som kunne være nokså pågående. Det ble samtidig lagt vekt på at man ikke ønsket «dulling», og at de trengte noen som «tok tak i dem» fordi de ikke orket selv. Det kreves en god relasjon for at slik «mild paternalisme» (34) skal bidra til bedring. Det vi kan kalle en samforståelse gjennom hverdagsprat, kan bidra til en relasjon som gir rom for at en slik paternalisme kan tas i bruk uten å være maktbruk. Samtidig vil vi poengtere at konfronterende måter å bli tatt tak i kan true idealet om autonomi og brukermedvirkning, og åpne for maktbruk (35). Dette er et klassisk etisk dilemma om konflikten mellom velgjørenhet og autonomi. Velgjørenhet krever noen ganger pågåenhet. I et tillitsfullt forhold kan imidlertid ansatte få «fullmakt» til å være pågående

av brukeren (36). Det ligger en utfordring i det å komme til med hjelp når den synes uønsket, men hverdagsprat er en arena som gir anledninger for å utvikle en relasjon der det er mulig (20, 23). Kan det være slik at ansatte i kommunehelsetjenesten tar så mye hensyn til brukernes autonomi at de står i fare for å forholde seg passive til deres lidelse, det vil si at de begår en unnlattessynd (37)? Omsorg og nærhet vises ikke bare ved at ansatte skal være «snille». «Negative» følelsesuttrykk kan symbolisere hengivenhet og omtanke (20). Følelsesuttrykk kan ses som «sosial responsivitet», at man ser den andre som en konkret person og ikke som et abstrakt samfunnsindivid (38). Det er en gjensidighet i tillitsfulle forhold som gjør at man kan tåle røff omsorg og vennligsinnet pågåenhet (20).

Det har kommet fram eksempler på det vi kan forstå som to typer praksis: den gode og den dårlige praksisen. I den gode føler personen seg sett, hørt, ivaretatt og trygg. I den dårlige føler man seg hverken sett eller hørt. Man får ikke snakket om det man trenger hjelp til og blir sittende fast i passivitet og sosial isolasjon.

” Jeg vet aldri hvem som kommer – altså du må jo bli kjent!

Dette henger sammen med tid. Travelhet er ødeleggende krefter for menneskelig samvær (37). Når hjelperne ikke har tid til å etablere en tillitsfull relasjon, blir forholdet mellom bruker og hjelper flyktig og springende, og personen kommer ikke til orde. Å snakke sammen fordrer et nærvær som forutsetter at man gir hverandre anledning til å dele både plager og gleder. Slike samtaler krever ofte langsomhet og rom til å utfolde

seg (37). På en annen side synes det klart at det ikke nødvendigvis kreves lang tid til en prat som oppleves som god, dersom et godt forhold først er etablert. Noen ganger kan det være tilstrekkelig med et blick og et klapp på skulderen (20). Det skal altså ikke så mye til før hjelpere oppleves som aktive og deltakende i brukeres hverdagsliv, og på den måten kan bidra til bedring.

KONKLUSJON

Funnene i denne studien viser at det ofte er svært enkle tiltak som skal til for at eldre med psykiske helseplager kan komme seg og få det bedre. Studien viser at hverdagsprat bør anerkjennes som viktig, både for utvikling av en god relasjon og for bedring i seg selv. Tjenestene bør organiseres slik at hjelperne har muligheter til å gjøre dette arbeidet. I tillegg bør det være kontinuitet med hensyn til hvem som kommer på hjemmebesøk, slik at man får mulighet til å bli kjent og utvikle et tillitsfullt forhold.

Eldre og pårørende etterspør hjelpere som ikke toer sine hender ved minste motvilje fra brukere. Det innebærer at hjelperne tar grep og bruker sin faglige

autoritet og omsorg også når brukerne tilsynelatende avviser hjelp. Hverdagsprat har i denne sammenhengen et potensiale til å bidra til trygge rammer, slik at autonomien blir ivaretatt. Det er behov for å utforske hvordan denne typen prat og vennligsinnet pågåenhet kan inkluderes i en faglig sammenheng innenfor psykisk helsearbeid med eldre.

Artikkelen berører dilemmaer som fagfolk møter daglig. Vi sier

ikke at det finnes enkle løsninger på hvor grensene går mellom selvbestemmelse og maktbruk. Vårt anliggende er å peke på potensialet som ligger i tid til hverdagsprat og i vennligsinnet pågâenhet når det gjelder omsorgsbehov for brukere i denne gruppa.

Takk til doktorgradstipendiat Kristin Briseid og høyskolelektor Arne Johansen for å ha gjennomført flere av intervjuene og for interessante diskusjoner i forbindelse med analysen av datamaterialet. Medlemmene i kompetanseggruppa skal ha takk

for viktige bidrag. Takk også til fagfellene Reidun Norvoll og Truls I. Juritzen for god og konstruktiv kritikk og til bibliotekarene og IT-avdelingen ved HBV for at de alltid stiller opp.

Studien er finansiert av Norges Forskningsråd.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008-2009.
2. Melbye Langballe E, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011.
3. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker. Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder 1951-2009. <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2010-12-03-08.html>; 2010.
4. Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356:122-6.
5. Shah A. The relationships between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*. 2007;19:1141-52.
6. Kjøseth I, Ekeberg Ø, Steihaug S. «Why do they become vulnerable when faced with the challenge of old age?» Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*. 2009;21:903-12.
7. European Commission. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: EU Health and Consumer Protection Directorate General; 2005.
8. Norsk psykiatrisk forening. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. 2010.
9. Norges Forskningsråd. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo: Norges Forskningsråd; 2009.
10. Cooper C, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Stewart R, Farrell M, et al. The treatment of common mental disorders across age groups: Results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Journal of Affective Disorders* 2010;127:96-101.
11. Alburn D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine*. 2008;66:182-8.
12. Imingen I. Eldres liv og helse. En review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden: Høgskolen i Hedmark; 2010.
13. Lightbody CE, Baldwin R, Connolly M, Gibbon B, Jawaid N, Leathley MEa. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57:505-12.
14. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
15. Kvale S, Brinkman S. Interview. Introduction til et håndverk. København: Hans Reizel; 2011.
16. Hummelvoll JK. Forskningsetikk i handlingsorientert forsknings samarbeid med mennesker med psykiske problemer. In: Hummelvoll JK, Andvig E, A L, editors. Etske utfordringer i praksisnær forskning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
17. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. 2008.
18. Hedelin B, Strandmark M. The Meaning of Mental Health from Elderly Women's Perspectives: A Basis for Health Promotion Perspectives. *Psychiatric Care*. 2001;37:4-34.
19. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relations in mental health services. *Journal of Mental Health*. 2004;13:493-505.
20. Skatvedt A. Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Oslo: Universitetet i Oslo; 2009.
21. Skatvedt A, Scheffels J. Virksom uvirksomhet? Pauser som arenaer for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse. *Sosiologi i dag*. 2012;4237-56.
22. Norvoll R. Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet Unipub; 2007. 344 s. p.
23. Almvik A, Sagsveen E, Møller T, Westertlund H, Norvoll R. "Å lage farge på livet til folk". God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2011;8:154-62.
24. Borg M. The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2007.
25. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, & Davidson, L. Others; the role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2006;9:17-37.
26. Alburn D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano; 1996.
27. Alburn D. Innholdsløs meningsfull prat. *Sosiologisk tidsskrift*. 1994;89-108.
28. Collins R. Interaction ritual chains. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 2004. XX, 439 s. p.
29. Goffman E. Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behaviour. New York: Pantheon Books; 1982.
30. Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. London: Penguin Books; 1990.
31. Skatvedt A, Edland-Gryt M. Øyeblikksomsorg - et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU - et lavtersketilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2012.
32. Leamy M, Bird V, Clair LB, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;445-52.
33. Martinsen K. Øyet og kallet. Oslo: Fagbokforlaget; 2000.
34. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano Aschehoug; 1989.
35. Øye C, Norvoll R. Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. In: Norvoll R, editor. Samfunn og psykisk helse Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
36. Rundquist E. Makt som fullmakt. In: Gustin LW, Bergeborn I, editors. Vårdvetenskaplige begrepp i teori og praktik. Lund: Studentlitteratur AB; 2012.
37. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe; 2005.
38. Asplund J. Det sociala livets elementära former. 3. utgave ed. Göteborg: Bokforlaget Korpen; 1987.