



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 115

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9526

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 31

**Andre medlemmer i
gruppen:** 135

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

KORLEIS FØREBYGGJE DEPRESJON I SJUKEHEIM
HOW TO PREVENT DEPRESSION IN NURSING HOMES

Kandidatnummer 115 og 135
Therese Midtbø Hauge og Hilde Langedal

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse - og sosialvitenskap/Institutt for helse - og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Bente Egge Søvde

Innleveringsdato: 06.06.2019

Vi stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Samandrag

Tittel:

Korleis førebyggje depresjon i sjukeheim

Bakgrunn for val av tema:

Vi ynskjer med denne studien å belyse gode førebyggjande sjukepleietiltak hos eldre bebuarar i sjukeheim. Depresjon kan vere vanskeleg å fange opp hos eldre i sjukeheim, då det ofte blir lagt mest vekt på å tilfredsstille fysiske behov, framfor dei psykiske. Medieoppslag om utfordringar ved dei eldre si psykiske helse, samt erfaring frå eige arbeid i sjukeheim har vekt vår interesse for å skrive om dette temaet.

Problemstilling:

“Korleis kan sjukepleiarar førebyggje depresjon hos bebuarar i sjukeheim?”

Framgangsmåte:

Vi har nytta systematisk litteraturstudie som metode for å svare på problemstillinga. Dette er i tråd med læringsutbytte i emnet SK 152 Bachelor i sjukepleie. Oppgåva er basert på fem forskingsartiklar, pensumlitteratur, anna faglitteratur samt eigne erfaringar som sjukepleiarstudentar. Vi har nytta søkjeord som institusjon, sykehjem, sykepleier, alderspsykiatri, depresjon, elderly, nurse, nursing home, depression, mental illness. Vi har orientert oss i dei ulike databasane Academic Search Elite, Medline, Cinahl og sykepleien.no.

Oppsummering:

I denne oppgåva kjem det fram tiltak som verkar førebyggjande mot depresjon hos bebuarar i sjukeheim. Ein kan blant anna nytte musikkterapi, pasient-pleiar-interaksjon, kognitiv-åtferdsterapi og åtferdsaktivering, samt kartlegging for oppdaging av depresjon. Sjukepleiar er sentral i arbeidet med å førebyggje depresjon ved å tidleg identifisere symptom. Dette krev at sjukepleiar har god kunnskap om psykisk helse hos eldre og at den enkelte bebuar sine behov for heilskapleg omsorg blir ivareteke.

Nøkkelord: depresjon, førebygging, relasjon, sjukepleietiltak, sjukeheim

Abstract

Title:

How to prevent depression in nursing homes

Background:

In this study, we elucidate effective preventative nursing measures in mitigating depression symptoms in elderly nursing home residents. Depression can be difficult to detect in the nursing home since it is often emphasized that physical needs are met, rather than the psychological needs. Media reports on the importance and challenges in improving mental health among elderly as well as own experiences from working in a nursing home have stimulated our interest in writing about this topic.

Research question:

“How can nurses effectively prevent depression in nursing home residents?”

Method:

The following keywords were used in our literature search: institution, nurse, nursing home, depression, mental illness. We searched various databases such as Academic Search Elite, Medline, Cinahl and sykepleien.no. A systematic literature study was used as method in this assignment.

Summary:

In this study, we show that several effective nursing measures exist aimed at preventing depression in nursing home residents. These include music therapy, patient-nurse interactions, cognitive-behavioral therapy and behavioral-activation, as well as increased screening for earlier detection of depression symptoms. It is clear that the nurse is central in the efforts to prevent depression in residents by early detection of clinical symptoms. Therefore, good knowledge of mental health in elderly is a requirement for nurses to ensure that each resident wholesome care is optimized.

Keywords: depression, prevention, relation, nursing interventions, nursing home

Innhald

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Problemstilling med avgrensing	2
1.4 Hensikt	3
1.5 Oppbygging av oppgåva	3
1.6 Ordforklaring	3
2.0 Metode	5
2.1 Litteraturstudie som metode	5
2.2 Litteratursøk	6
2.3 Søkjeprosess	6
2.4 Kjeldekritikk	7
3.0 Teori	8
3.1 Aldring	8
3.2 Sjukeheim som institusjon	9
3.3 Kva er depresjon?	10
3.3.1 Symptom ved depresjon	10
3.3.2 Depresjon hos eldre i sjukeheim	10
3.4 Kartlegging av depresjon	12
3.4.1 Kartleggingsverktøy	12
3.4.2 Sjukepleie til eldre nedstemde og deprimerte	13
3.5 Kommunikasjon og relasjonsskapande ferdigheiter	14
3.6 Førebyggjande helsearbeid	15
4.0 Resultat/Funn	17
5.0 Drøfting	19
5.1 Å oppdage depresjon	20
5.2 Relasjonsbygging	24
5.3 Førebyggjande tiltak mot depresjon	25
6.0 Konklusjon	29
7.0 Litteraturliste	30

1.0 Innleiing

Tal frå Statistisk sentralbyrå seier at det i 2018 var 39 627 sjukeheims plassar i Noreg (Jensen & Ekornerud, 2019). Grunna auke i den eldre befolkninga i åra som kjem, må vi forvente eit auka behov for helsetenester til eldre. Vi har i denne samanheng valt å nytte Meld. St. 29 «Morgendagens omsorg». I følgje samhandlingsreforma skal helsetenesta bidra til meir heilskap og samanheng mellom dei ulike tenestene. Endringane inneber at dei eldre i aukande grad vil få helsehjelp frå den kommunale helse- og omsorgstenesta. For å lukkast med dette må det skje ei kompetanseheving og tenesta må gje ein meir helsefremjande og aktiv profil for å sikre god helse og ein aktiv alderdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, ss. 90-91).

I følgje Meld. St. 15 «Leve hele livet» er depresjon blant den eldre befolkninga den vanlegaste psykiske lidinga. Hos pasientar i sjukeheim er det anslått at så mykje som 40 prosent har symptom på psykisk lidning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 34). I åra framover ventast det ei «eldrebølgje» grunna det stadig aukande talet eldre i befolkninga (Romøren, 2015, s. 29). Vi treng då kunnskap som gjer at vi kan møte kvar enkelt på ein god måte. Kunnskap om ulike psykiske lidingar, og korleis tilbodet til eldre med psykisk uhelse bør styrkast. Minst like viktig vil det vere å tileigne seg kunnskap om førebyggjande tiltak. Som sjukepleiarar har vi nær kontakt med bebuarane, og det er forventa at vi innehar kompetanse til å kunne observere og kartleggje endringar. For deretter å føreslå, setje i verk og evaluere førebyggjande tiltak. Ei utfordring for sjukepleiarar i møte med sjukeheimsbebuarar kan vere å oppdage psykisk sjukdom, som i denne studien tek føre seg depresjon.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Oppgåva omhandlar temaet eldre og depresjon. Dette er eit tema vi føler det er for lite undervisning om i sjukepleieutdanninga, og som vi meiner det absolutt burde ha vore meir fokus på. Ofte høyrer vi om psykisk uhelse blant eldre i media, og vi har begge erfaringar med dette frå arbeidsforhold og praksis. Vi opplever at den psykiske helsa til dei eldre ikkje alltid blir

teken hand om, og at dei ofte ikkje får den oppfølginga dei har krav på. Inntrykket er at det ofte er mangelfull kompetanse innan psykisk helse blant tilsette på sjukeheim. Vi les i journal at det er dokumentert om bebuarar som er urolege, og som framstår tunge til sinns, utan at det blir beskrive noko om kva som ligg til grunn for denne uroa. Det føreligg heller ingen dokumentasjon på oppfølging av observasjonane. Dette bidreg til at vi lettare kan danne oss tankar om at helsepersonell generelt har for lite kunnskap om psykisk helse. Som sjukepleiarar skal vi ha eit heilskapleg menneskesyn der fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov heng saman og påverkar kvarandre (Holter, 2016, s. 150). Med bakgrunn i personleg erfaring i arbeid med eldre bebuarar har vi eit inntrykk av at deira psykiske og åndelege behov ikkje blir vektlagt på lik linje med dei fysiske og det somatiske.

1.2 Problemstilling

“Korleis kan sjukepleiarar førebyggje depresjon hos bebuarar i sjukeheim?”

1.3 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga er avgrensa til eldre bebuarar med langtidsopphald i sjukeheim. Målgruppa i vår oppgåve er eldre, både kvinner og menn, over 65 år innlagt i sjukeheim. Grunnen for dette valet er at vi meiner denne gruppa eldre er nedprioritert med tanke på den psykiske helsa. Det er fleire ulike omgrep som nyttast om menneske som bur i sjukeheim, men vi har valt å nytte omgrepet *bebuar* i vår oppgåve. Ut i frå egne erfaringar har vi sett at det er fleire eldre som har psykiske utfordringar i form av at dei er nedstemde og har depresjonssymptom. Vi ynskjer difor å tileigne oss kunnskap som gjer at vi kan bidra til å ta hand om bebuarane si psykiske helse. Vi har valt å avgrense til mild og moderat depresjon, og utelukke alvorleg depresjon, då slike tilfelle gjerne omfattar drøfting med eller innlegging i spesialisthelsetenesta. Pårørande kan vere ein viktig ressurs i denne samanhengen, og sjukepleiar arbeidar i lag med andre yrkesgrupper, men grunna omfanget av oppgåva vil hovudfokuset vere sjukepleiar-pasient-relasjonen. Verdens helseorganisasjon definerer menneske mellom 60 og 74 år som eldre, medan nemninga gamal brukast om dei over 75 år (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 13). I vår oppgåve held vi oss ikkje strikt til Verdens helseorganisasjon sin definisjon, men brukar ordet *eldre* sjølv om mennesket er

over 75 år.

1.4 Hensikt

Hensikta med denne bacheloroppgåva er å svare på problemstillinga vi har utforma. Vi ynskjer å finne litteratur om sjukepleietiltak som kan bidra til å førebyggje depresjon. Vi vil også finne ut korleis ein kan kartleggje bebuarar med ein eventuell depresjon i sjukeheim. Relevansen for temaet meiner vi er stor. Pasientar som står i fare for å utvikle depresjon er noko ein som sjukepleiar vil møte både i sjukeheim, heimesjukepleia, institusjon eller sjukehus.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er bygd opp etter Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bacheloroppgåve. For å søkje, samt finne svar på vår problemstilling har oppgåva eit bredt spekter av ulike kunnskapskjelder. Innleiingsvis presenterer vi temaet for oppgåva, bakgrunn for val av tema, formulert problemstilling, avgrensingar og hensikta med oppgåva. Vidare i metodekapitlet presenterast litteraturstudie som metode, framgangsmåten for innhenting av kunnskapsbaserte artiklar og truverdige kjelder samt kjeldekritikk. Deretter er oppgåva delt inn i ein teoridel og ein drøftingsdel. I teoridelen blir aldring, sjukeheim som institusjon, depresjon, kartlegging, kommunikasjon og relasjonsskapande evner og førebyggjande helsearbeid presentert. Her vil vi også ha med Kari Martinsen sine omgrep om tid, kunnskap, omsorgsarbeid og relasjon. I kapitlet om forskingsartiklar vert funna presentert, utan våre tolkingar og vurderingar. Vidare i drøftingsdelen diskuterer vi mellom anna korleis resultata svarar på vår problemstilling. Teori og funn frå forskinga vert også drøfta utifrå eigne erfaringar som assistentar og sjukepleiarstudentar. Avslutningsvis trekk vi ein konklusjon ved å svare på problemstillinga som presentert i innleiingskapitlet.

1.6 Ordforklaring

Bebuar

Ordet pasient kan gje assosiasjonar til ein person som er svak og hjelpelaus. Pasienten kan bli

oppfatta som ein passiv mottakar, og at det er fagpersonen som er ekspertten og veit best (Fjørtoft, 2016, s. 13). Personar i sjukeheim blir ofte omtalt som bebuar og ikkje pasient, sjølv om dei ofte både er sjuke og under behandling (Bruusgard, 2019). Dei har same rett til helsehjelp som pasientar (Pasient- og brukerrrettighetsloven, § 1-3, 1999).

Psykisk helse

Psykisk helse omhandlar vårt forhold til oss sjølv, til våre næraste og til samfunnet vi er ein del av. Psykisk helse kan beskrivast som ei oppleving av å ha det bra, med moglegheit for å verkeleggjere sine talent, meistre vanlege belastningar i livet, finne glede og delta i samfunnet (Andersen, 2018).

Depresjon

Ordet depresjon kjem frå latin og tyder eigentleg nedtrykking. Omgrepet kan stå for ei sinnsstemning, eit syndrom eller ei eiga gruppe sjukdommar. Dei mest framtrekande symptomata er tristheit, pessimisme og låg sjølvaktning. I tillegg kjem kraftløyse - med nedsett fysisk og psykisk energi til å utføre dagleglivet sine gjeremål (Hummelvoll, 2016, ss. 193-198).

Førebyggjande helsearbeid

I følgje Mæland (2016, s. 15) handlar førebyggjande helsearbeid om å fremje folk si helse og bidra til at helsa blir ein positiv ressurs i kvardagslivet.

Sjukeheim

Sjukeheim er ein institusjon som gir pasientar heildøgnsopphald, behandling og pleie som ikkje treng å skje i sjukehus. Likevel krevst meir helsefagleg innsats enn det som er praktisk mogleg eller forsvarleg å yte i pasienten sin eigen heim. Sjukeheimen er ein del av kommunehelsetenesta (Braut, 2018).

2.0 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2017, s. 76). I dette kapitlet gjer vi greie for den metodiske framgangsmåten for å finne fram til litteratur som blir brukt i faktagrunnlaget og drøfting av oppgåva.

I forskning kan det nyttast kvantitativ eller kvalitativ metode. Kvantitative metodar har den fordelen at dei gir data i form av målbare enheter. Tala gir oss moglegheit til å føreta rekneoperasjonar. Den kvalitative metoden tek sikte på å fange opp meining og oppleving som ikkje let seg måle eller talfeste. Både kvantitativt og kvalitativt orienterte metodar bidreg på kvar sin måte til betre forståing av samfunnet vi lev i, og av korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2017, s. 52). Det er nytta fem kvantitative artiklar i studien.

2.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valt å bruke litteraturstudie som metode for å besvare problemstillinga vår. I litteraturstudien hentar vi data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Vi har sett oss inn i metodane som er nytta i dei vitenskaplege artiklane som er inkludert i oppgåva. I ein litteraturstudie brukast sekundærdata, data som er samla inn av andre. Dette er data vi finn i bøker, tidsskrifter, databasar og liknande (Thidemann, 2017, s. 77). I løpet av tida vi har til rådighet til denne oppgåva, tenkjer vi at ein litteraturstudie vil vere den mest naturlege metoden å nytte. Kunnskap systematiserast frå skriftlege kjelder. Det å systematisere vil seie å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatte det heile (Magnus & Bakketeig, 2000 i Thidemann, 2017, s. 79).

2.2 Litteratursøk

Litteraturarbeidet byrja med å lese i pensumbøkene, der det blei funnen teori om alderspsykiatri, depresjon, kommunikasjon og aldring. For å finne relevant litteratur har vi og gjort systematiske søk og orientert oss i dei ulike databasane til Høgskulen på Vestlandet. Databasane vi har nytta er Academic Search Elite, Cinahl og SweMed+. Søka er avgrensa til artiklar frå 2010 til 2019, og alle artiklane vi har valt å inkludere er fagfellevurdert. Ei fagfellevurdering er ein vurderingsprosess for å kontrollere kvaliteten og viktigheten av publikasjonar i forskning. Ein artikkel som blir teken inn i eit fagfellevurdert tidsskrift, er kvalitetssikra av andre ekspertar på området eller metoden (Nortvedt et al., 2016, s. 197).

Vi har søkt etter tidlegare bachelor- og masteroppgåver med relevant tema for å få oversikt over referansar vi kan nytte i arbeidet vårt. Det har også vore nyttig å sjå korleis andre har strukturert og bygd opp sine oppgåver. Teoridelen består hovudsakleg av pensum frå sjukepleiestudiet. *Helt- ikke stykkevis og delt, Grunnleggende Sykepleie, Alderspsykiatri i praksis og Depresjon hos eldre* er dei bøkene som er mest nytta. Søkjemotoren Google har også blitt nytta for søk etter tillegglitteratur eller anna informasjon som kunne vere relevant for oppgåva. Vi har og innhenta tillegglitteratur og relevant informasjon frå blant anna Norsk Sykepleierforbund, Meld. St. 15 «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre», Meld. St. 29 «Morgendagens omsorg» og Lovdata.

2.3 Søkjeprosess

Søkjeorda «eldre», «depresjon» og «sykehjem» vart nytta i SweMed+. Ved å setje saman søkjeorda og avgrense til peer reviewed, fekk vi elleve treff der vi valde artikkelen «Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonens betydning for velvære».

I databasen Academic Search Elite kombinerte vi søkjeorda «nurse” AND «depression” OR «mental health» AND «primary care» OR «nursinghome». Det gav 1087 treff så vi valde å

avgrense ytterlegare til artiklar mellom 2017-2019 som gav 241 treff. Vi valde å nytte artikkelen «Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: a randomized controlled trial». I same databasen kombinerte vi søkjeorda «geriatric» OR «old» OR «aged» AND «nursinghome» AND «music therapy» AND «depression» OR «depressive symptoms» OR «symptoms of depression» og fekk sju treff. Vi las abstraktet til samtlige, men valde «Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial».

Søkjeorda «nursinghome», «long-term care», «depression», «mental illness», «nurse» og «geriatric» gav 83 treff i databasen CINAHL. Vi las abstraktet til fleire av artiklane, og valde å nytte «A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities». I same database nytta vi ein kombinasjon av søkjeorda «prevention», «depression», «nursing home» og «nursing interventions» som gav 81 treff. Vi valde artikkelen «The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy».

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk tyder å vurdere samt karakterisere litteraturen ein har funne. I tillegg må ein kunne gjere greie for kva kriterium ein har nytta under utveljinga (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Det er naudsynt å gjere ei kritisk vurdering for å kunne vurdere gyldigheita og kvaliteten av metoden i artiklane som er brukt. Dette for å sikre at vi kan stole på resultatata vi finn og overføringsevna (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 68).

Vi har brukt både primær- og sekundærkjelder i bacheloroppgåva. Primærkjelder rapporterer om resultat som forskarar har kome fram til og ynskjer å formidle til forskarsamfunnet. Dei rapporterer resultatet av forskaren sitt eige arbeid, anten det er resultat av datainnsamling eller omgrepsanalyser. Kjelder som refererer det som er publisert i primærkjelder kallast

sekundærkjelder. Dette er ofte ei form for samanfatning av forskning som er gjort av andre forskarar enn forfattaren, som rettar seg til andre forskarar. Lærebøker er ei form for sekundærkjelde (Erikson, 2015, s. 35). Det meste av faglitteraturen vi har funne i pensumbøkene til studiet har vi sett på som sikre og pålitelege kjelder. Bøkene *Alderspsykiatri i praksis*, *Depresjon hos eldre* og *Innføring i psykologi* er ikkje pensum, men er likevel nytta då dei inneheld relevant informasjon. Vi har valt å nytte både første og andre utgåve av *Geriatrisk sykepleie* fordi vi har funne relevant teori i første utgåva som var utelete i andreutgåva.

Den eine forskingsartikkelen som er nytta i studien er frå 2009. Vi vel likevel å inkludere denne artikkelen då den er relevant for vår oppgåve, og fordi vi ikkje har funne nyare relevant forskning med same tema. Noko av forskinga i artiklane vi har valt er utført i andre land. Av den grunn kan praktiseringa skilje seg frå den norske. Vi vel likevel å inkludere desse då vi ser det som relevant å undersøkje om noko av det som er forska på kan overførast til Noreg.

3.0 Teori

I dette kapitlet presenterast relevant teori som vi vil bruke i drøftinga.

3.1 Aldring

Aldring kan definerast som summen av alle biologiske prosessar som ramar alle individ av ein art, og som fører til ei slik svekking at organismen døyr. Det blir sett spor i alle kroppen sine organ etter aldringa. Biologisk sett vil det seie at alle organ slitast og fungerer dårlegare etter kvart som åra går. Dei vil ikkje nødvendigvis bryte saman dersom ein har god helse, og ikkje blir ramma av alvorleg sjukdom som fører til sviktande funksjon av eitt eller fleire organ. Hjartet vil til dømes fungere dårlegare ved høg alder. Syn og høyrslé vil svekkast og slik er det med dei fleste organ i kroppen. Dei blir mindre funksjonsdyktige, men ikkje dermed sagt funksjonsudyktige (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 13).

På grunn av strukturelle endringar i hjernen som opptrer under aldring vil det vere naturleg at det kan utvikle seg endringar i den biokjemiske balansen i hjernen. Det finst mange signalstoff, og dei kan ha ulik funksjon. Til dømes er det kjemiske stoffet acetylkolin viktig for å overføre signal som har relasjon til hukommelse. Signalstoff som serotonin og noradrenalin er viktige signalsubstansar med relasjon til humøret. Sidan produksjon av signalstoff reduserast med alderen, er det tenkjeleg at eldre med slike tap er meir utsett for å utvikle symptom på depresjon enn yngre (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 22).

3.2 Sjukeheim som institusjon

Kvar enkelt kommune har ansvar for å utforme eit tilpassa, naudsynt og fagleg forsvarleg helse- og omsorgstenestetilbod til kommunen sine innbyggjarar. Dette har ført til stor variasjon i institusjonstilbodet til eldre. Sjukeheimen si verksemd er regulert av fleire ulike lover og forskrifter. Blant dei viktigaste er kommunehelsetenestelova, pasientrettighetslova, helsepersonellova og forskrift om kvalitet i pleie - og omsorgstenestene (Hauge, 2015, s. 268). I følge dei overordna målsetjingane til sjukeheimar som tilbyr heildøgns helse- og omsorgstenester, skal dei gje kvalitativ god og individuelt tilpassa pleie og omsorg. Det skal også nyttast riktig medisinsk utgreiings- og behandlingstilbod. Sjukeheimen skal vere ein god stad å bu for menneske som har sjukeheimen som heimen sin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, i Hauge, 2015, s. 265).

Pleia i sjukeheim kan lett få eit preg av rutine, noko som kan ha både fordelar og ulemper. Fordelen kan vere faste og trygge mønster for daglege handlingar. Eksempelvis rutinar for korleis oppretthalde døgnyrta, faste mønster for måltid og kontrollrutinar som sikrar at bebuarane får stelle seg. På den andre sida kan derimot rutinar bli negative for kvaliteten på pleia. Rutiner kan føre til at sjukepleiarar sluttar å vurdere enkeltbehov og enkeltsituasjonar, og dermed ikkje tek omsyn til den enkelte bebuar sine behov og ynskjer (Hauge, 2008, s. 230).

3.3 Kva er depresjon?

Depresjon og tristheit er kjenslemessige tilstandar som utviklast frå ei oppleving av å vere mislykka og utilstrekkeleg. Tristheit kan vi beskrive som ei mildare og meir flyktig oppleving av nedstemthet, medan depresjon er meir gjennomgripande, og varer ofte over lengre tid. Ein depresjon er ei sterk og vedvarande oppleving av tristheit og nedstemthet. Ved depresjon er mange av dei tinga som før gav glede og interesse, blitt utan betyding. Ein deprimert person har ofte mindre energi, og aktivitetsnivået er gjerne sterkt redusert. Eit menneske er deprimert når det oppfattar seg sjølv som utilstrekkeleg og mislykka. Det klarar heller ikkje å sjå framover eller at det er mogleg at livet skal endre seg til det betre. I nokre tilfelle kan depresjon arte seg som uro og ein kan vere rastlaus. Andre kan bli irritable og sinte. Det er lett for å bli opptekne av sine eigne kjensler, og mange pratar om kor vanskeleg alt er (Håkonsen, 2008, s. 299). Depresjon kan vere invalidiserande og ei stor byrde for pasienten. Det å leve kan opplevast som ein lang, mørk tunnel utan lyspunkt og utan opning ut av tunnelen (Kvaal, 2015, s. 442).

3.3.1 Symptom ved depresjon

Depresjon og tristheit viser seg i ansiktsuttrykk og kroppshaldningar som er prega av lite mimikk, treige kroppsbevegelsar og samansunken haldning. Depresjon følgjast ofte av apati, som i tillegg til å vere nedstemd inneber at personen manglar kraft og vilje til å gjere noko med situasjonen dei er i. Menneske i denne tilstanden vil ofte avvise eit kvart forsøk på å snakke om kjensler og det som er vanskeleg. Depresjon og tristheit kan ha mange årsaker og kan utarte seg ulikt. Ofte vil den deprimerte mangle sjølvkjensle, kraft og evne til å ta slutningar i livet og følgje råd og rettleiing på ein måte som er vanleg for andre (Håkonsen, 2008, s. 299). Somatiske symptom som redusert appetitt og søvnproblem kan også opptre (Prince mfl 1997, i Kvaal, 2015, s. 442).

3.3.2 Depresjon hos eldre i sjukeheim

I følgje Psykiatriboken (Selbæk, 2007 i Moksnes, 2017, s. 454) kan så mange som 40 prosent av sjukeheimsbebuarane ha depressive symptom. Symptoma er gjerne vanlegast dei første åra

etter innlegging, og det er hos bebuarar med somatisk sjukdom at symptoma er mest utbredt. Depresjon er særleg vanleg hos bebuarar med hjarte- og karsjukdom, hjerneslag, Parkinsons sjukdom og demens (Moksnes, 2017, s. 454). Depresjon kan opptre som symptom eller lidingar. Det finst ulike typar depressive lidingar hos eldre (Kvaal, 2015, s. 442). Vi har valt å avgrense oppgåva til mild og moderat depresjon, og vil gje ei kort beskriving av desse.

Ved *mild depresjon* (forbigående depresjon) vil realitetsorienteringa vere intakt. Personen vil oppleve tristheit, men det seinka stemningsleiet påverkar ikkje dømmekrafta i forhold til seg sjølv eller andre sine motiv (Hummelvoll, 2016, s. 199). Tilstanden kan utviklast til meir alvorlege grader av depressive lidingar, og forverre somatisk sjukdom. Milde depresjonar kan vere sjølvavgrensande og ofte er det tilstrekkeleg med sjølvhjelpstiltak, betring av sosial kontakt, fysisk aktivitet og å bryte einsemd. Årvaken oppfølging anbefalast for å følgje forløpet av tilstanden (Aldring og helse, 2019).

Ved *moderat depresjon* er det større tendens til å fordreie verkelegeheitsoppfatninga. Dette kan skje ved at eiga kjensle av å vere utilstrekkeleg overførast til andre, slik at personen trur andre mislikar han eller har ei negativ oppfatning av han. Dømmekrafta blir dårlegare då andre sine intensjonar ofte blir mistolka, og eigne evner blir undervurdert. Verkelegheitskjensla er forstyrra, særleg tolking av kroppsleg stimuli. Personen kan ha ei kjensle av tomheit, eller at det er noko gale med hjarterytma, pusten, fordøyinga eller eliminasjonen (Hummelvoll, 2016, s. 199). Det anbefalast også ved moderat depresjon ei årvaken oppfølging for å følgje forløpet av tilstanden (Aldring og helse, 2019).

Det er ei allmenn oppfatning at det er hyppig førekomst av depresjon blant eldre. Den mest nærliggjande forklaringa er tapsopplevingar som er vanskeleg å meistre. Ugunstige sosiale forhold, tap av helse, sorg og avhengnad har også vore sett på som risikofaktorar for depresjon. Tap av sosialt nettverk er og sentralt i denne samanheng, då spesielt tap av ektefelle (Engedal,

2008, s. 99). Dei siste 30 åra har det vore utført ei rekkje førekomstundersøkingar av depressive lidingar og depressive symptom blant eldre. Det kjem fram i alle studiane at førekomsten av depressive symptom overgår førekomsten av depressive lidingar. Førekomsten av depressive symptom av betydning i aldersklassen over 65 år ser ut til å vere omlag 12-19 prosent. Blant bebuarar i norsk sjukeheim er det sannsynlegvis så mange som éin av fire med betydeleg depressive symptom (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 45).

Det er hevda at depresjon er underdiagnostisert og underbehandla hos eldre. Ei årsak kan vere at helsepersonell ikkje er flinke nok til å kjenne att symptom hos denne gruppa. Det kan også vere utfordrande å skilje depresjon frå naturleg sorgreaksjon og ei kjensle av einsemd. Den normale aldringa medfører ei redusert evne til å fungere like aktivt som før. Psykomotoriske evner som er svekka og ein passiv isolert livsstil kan tolkast som depresjon og gjere diagnosen vanskeleg (Engedal, 2008, s. 99). Vanlege aldersforandringar i hjernen aukar også risikoen for depresjon. Endringar i blodsirkulasjon og reduksjon av signalsubstansane gjer at dei eldre blir meir sårbare. Den arvelege belastinga er mindre hos eldre med depresjon enn dei yngre (Moksnes, 2017, s. 455).

3.4 Kartlegging av depresjon

3.4.1 Kartleggingsverktøy

Det er fleire grunnar til at depresjon kan vere vanskeleg å oppdage hos eldre. Depressive symptom kan bli tolka som ein naturleg del av aldringa. Det er naudsynt å ta ein grundig samtale med bebuaren for å lære han eller ho å kjenne. I samtalen kan tankar, symptom, teikn og omfanget av lidinga avklarast (Moksnes, 2017, ss. 454-456). I mange tilfelle treng pasientane tid til å opparbeide tillit før dei seier noko om sine psykiske plager. Det finst fleire hjelpemiddel som kan nyttast i kartlegging av depresjon. I Noreg er Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) mykje brukt. Denne skalaen består av ti spørsmål som pasienten blir stilt (og eventuelt ein pårørande). MADRS-skalaen er sensibel for endring, og er eit utmerkt måleinstrument for å

følgje opp ei behandling. Skalaen kan brukast som eit kartleggingsverktøy for å fange opp ei depressiv lidning (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 72).

Geriatric Depression Scale (GDS) er i følge Kvaal (2015, s. 446-447) kanskje den beste skalaen når det gjeld påvising av depresjon hos eldre. Dette kartleggingsinstrumentet kan nyttast til å avgjere om det er sannsynleg at depresjon føreligg eller ei. Skalaen finst i fleire ulike versjonar med henholdsvis 30, 15 og 5 spørsmål til pasienten (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 72).

3.4.2 Sjukepleie til eldre nedstemde og deprimerte

Sjukepleie handlar om å fremje helse og hjelpe personar som har, eller kan bli utsett for, sjukdom eller helsesvikt gjennom å ta vare på dei grunnleggjande behova deira. Sjukepleiar utfører dette ved å bidra til at pasientane kan leve med konsekvensane av si sviktande helse eller behandlinga dei får. Sjukepleie iverksetjast gjennom pleie, omsorg, helsefremjande og førebyggjande arbeid (Norsk Sykepleierforbund, u.å).

Sjukepleiarar møter deprimerte bebuarar i mange samanhengar. Utgangspunktet for arbeid med den deprimerte er å møte han som person, og å kunne hjelpe med å identifisere og bearbeide problema til bebuaren der han er no. For å kunne gje adekvat hjelp må det gjerast ei heilskapleg datasamling. Dette kan gjerast gjennom samtale, observasjon og informasjon frå andre. Eitt av hovudmåla for sjukepleiar vil vere å hjelpe bebuar til å uttrykkje og kjenne att kjensler. Eit anna mål er å hjelpe bebuaren til å bearbeide kjensla av meningsløyse (Hummelvoll, 2016, ss. 205-206).

Psykososiale behov er grunnleggjande for korleis vi har det, korleis vi opplever og erfarer tilværet vårt og korleis vi lev livet vårt (Eriksen, 2016, s. 890). Det viktigaste sjukepleiar kan gjere er å fokusere på kvar enkelt, unike bebuar. Sjølv om bebuaren har hatt bestemte ynskjer og framheva verdiar tidlegare, kan desse ha endra seg over tid. Det kan leggjast til rette for at

bebuaren får uttrykkje kjenslene, opplevingane, frustrasjonen og frykta si ved å lytte og vere tilgjengeleg for bebuaren sitt verbale og nonverbale uttrykk (Eriksen, 2016, ss. 901-902).

I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar og i helseloverket står brukarmedverknad sentralt (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Så langt det er mogleg er det sjukepleiar si oppgåve å leggje til rette for at pasientane kan ta hand om seg sjølv og sitt eige liv. Ta sine eigne val, trass i helsesvikt og sjukdom (Eriksen, 2016, s. 902). Det går ut på å bistå personar til å finne eigne mål, gje støtte og godta seg sjølv og få hjelp til å samhandle med andre slik at det igjen kan opplevast glede ved samvær. Eit overordna mål i arbeidet er å stimulere bebuaren sin eigenomsorg og sjølvtilit. Det kan gje bebuar trua på å kunne meistre livssituasjonen sin (Hummelvoll, 2016, s. 78).

3.5 Kommunikasjon og relasjonsskapande ferdigheiter

I følge dei yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund (2016) skal sjukepleiar ta hand om den enkelte pasient sine behov for heilskapleg omsorg. Omgrepet kommunikasjon kjem av det latinske *communicare*, og tyder å gjere noko felles, delaktiggjere ein annan i og ha forbindelse med. Omgrepet relasjon kjem av det latinske *relatio*, som eigentleg tyder at éin gjenstand står i forbindelse med ein annan. I helsefagleg sjargong blir gjerne omgrepet relasjon brukt om forhold, kontakt eller forbindelse mellom menneske (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Martinsen (2012, s. 162) skriv at det å gå inn i ein relasjon er å vere engasjert. Det å få ein sjukdom, somatisk eller psykisk, kan vere ei traumatisk oppleving som kan utløyse ei krise (Eriksen, 2016, s. 889). Ei heilt sentral ferdigheit i all kommunikasjon er evna til å kunne lytte aktivt. Dette er grunnleggjande for å etablere ein trygg og god relasjon til bebuaren. Aktiv lytting inneber å vere mentalt til stades hos bebuaren, utan baktankar som er farga av sjukepleiaren sine eigne erfaringar med andre. Det skal heller ikkje vere dominert av teori om bebuaren sin sjukdom eller av eigne meiningar om kva bebuaren burde tenkje og gjere. Respons er viktig i

samtale med andre menneske, og er eit uttrykk for interesse og stadfesting. Sjukepleiar stadfestar med sin respons at ho faktisk lyttar, og at det som blir sagt har mening. Kroppsstilling er viktig. Sjukepleiar bør sitje vendt direkte mot bebuaren. Ved å ha ei avslappande kroppshaldning og å vere merksam til stades formidlar sjukepleiar interesse og inviterer bebuaren til å fortelje om det som er viktig for han (Kristoffersen, 2011, ss. 355-356). Pasientar som lir av depresjon er sårbare og krev vanlegvis ikkje så mykje frå omgivnadane - dei lir ofte i stillheit (Kvaal, 2015, s. 447).

3.6 Førebyggjande helsearbeid

Det å oppleve ein samanheng av mening har fått stor betydning for tenking og praksis knytt til helsefremjande arbeid. Det å oppleve livet som noko meningsfullt er ein av dei viktigaste faktorane som fremjar helse, og det er også noko som speglast i offentlege utgreiingar om helsefremjande arbeid (jf. Stortingsmelding 16/2002-2003 i Hummelvoll, 2016, s. 583). I møte med ein person med psykisk uhelse, bør ein stille spørsmål om korleis vedkomande kan få hjelp til ei betre helse. Det må søkjast etter eit heilskapleg perspektiv på livssituasjonen til vedkomande (Antonovsky 1996, i Hummelvoll, 2016, s. 583).

Det er styrken i opplevinga av meningssamanheng som er den avgjerande faktoren bak rørsle i retning av helse. Blir ein konfrontert med stresskapande faktorar, vil ein person med ei sterk oppleving av meningssamanheng vere prega av tre haldningar; eit ynskje om å bli motivert til å meistre, å tru at utfordringa er forstått og å tru at ressursar til å meistre situasjonen eller hendinga er tilgjengeleg (Antonovsky, 1996, i Hummelvoll, 2016, ss. 600-601). Dei konkrete førebyggingsstrategiane i arbeid for å fremje den psykiske helsa relaterast til tre kritiske områder; *oppleving av meningssamanheng, arbeid og sysselsetjing og det sosiale nettverket*. Det å sjå mening og oppleve samanheng i tilværet er vesentleg for helsa. På det personlege plan er opplevinga av mening og samanheng i livet eit berande element i sjølvkjensla (Cullberg, 1999, sitert i Hummelvoll, 2016, s. 600). Når det gjeld arbeid og sysselsetjing vil ikkje teori om tiltak for å motverke arbeidslause vere relevant for oppgåva vår, men heller det å kunne ha meningsfulle aktivitetar for bebuarar i sjukeheim for å sysselsetje dei i kvardagen. For å

motverke depresjon er det viktig å halde orden på dagen og at ein søker etter alternative, meiningsfylte aktivitetar (Hummelvoll, 2016, s. 603).

I følgje Meld. St. 15 «Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre» er det ei reform for blant anna aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Reforma har som mål å ta hand om dei eldre sitt forhold til familie, vener og sosialt nettverk, samt å skape gode opplevingar og møter på tvers av generasjonar. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal vere tilpassa den enkelte sine interesser, ynskjer og behov. Det skal vere mogleg å få samtale, motivasjon og støtte dersom livet blir ekstra sårbart. I reforma kjem det fram at eldre uttrykkjer at dei i lita grad får tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Denne utfordringa blir møtt med eit mål om auka aktivitet, gode opplevingar og fellesskap. Dei eldre bør få tilbod om minst éin time aktivitet kvar dag med bakgrunn i eigne interesser, ynskjer og behov. Aktiviteten har som mål å gje gode opplevingar og stimulere sansane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7). Musikkterapi kan og vere eit førebyggjande tiltak, som kan gje bebuar ei oppleving av velbehag (Heyn, 2016, s. 382).

Fleire helsefremjande, salutogene omgrep er vesentleg i sjukepleie. Eitt av dei er omgrepet *self-transcendence*. Dette er ei psykososial og åndeleg indre menneskeleg kraft som leder til utvikling av personleg modenhet og visdom i møte med tap, sjukdom, eksistensielle utfordringar og død. Det er ein ibuande kvalitet som er til stades i alle menneske, det vil seie eit universelt fenomen. Sjukepleiar-pasient-interaksjonen har vist seg å ha ei vital betyding for utvikling av self-transcendence blant langtidspasientar i sjukeheim (Haugan & Rannestad, 2012, s. 140).

4.0 Resultat/Funn

«Langtidspasienter i sykehjem: Pleier - pasient - interaksjonens betydning for velvære»
(Haugan, 2015).

Dette er ein kvantitativ tverrsnittstudie som er gjort i Noreg. Tverrsnittdata blei i 2008/2009 samla inn frå 202 mentalt klåre langtidspasientar i 44 ulike sjukeheimar. Då denne pasientgruppa kan ha problem med å fylle ut spørjeskjema på eigahand, gjennomførte difor tre erfarne forskarar intervjuet i pasienten sitt private rom på sjukeheimen. Hensikta med denne studien var å beskrive symptombyrda blant samtykkekompetente sjukeheimspasientar, og utforske samhengane mellom variablane pleiar-pasient-interaksjon, håp, meining, self-transcendence, angst, depresjon og åndeleg velvære blant denne gruppa. Funna seier at pleiar-pasient-interaksjonen er av vesentleg betydning for langtidspasientar i sjukeheim si helse og velvære. Vidare viste studien at mellom anna self-transcendence har signifikant effekt på emosjonelt, sosialt og funksjonelt velvære. Vi valde denne studien fordi vi meiner den har mange gode poeng som kan hjelpe oss å besvare problemstillinga.

«Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: a randomized controlled trial» (Noortje Janssen, Marcus J.H. Huibers, Peter Lucassen, Richard Oude Voshaar, Harm van Marwijk, Judith Bosmans, Mirjam Pijnappels, Jan Spijker & Gert-Jan Hendriks, 2017).

Det er ein randomisert studie med to parallelle grupper der det i eine gruppa blei utført ei åtferdsaktivisering, og i den andre behandling som vanleg. Begge utført i primærhelsetenesta med ei oppfølging på 52 veker. Hensikta med studien var å undersøkje om åtferdsaktivisering kan vere ei gunstig depresjonsbehandling for eldre, då dette er ei terapiform som kan utførast av helsepersonell utan spesialkompetanse. Slik vi tolkar åtferdsaktivisering er dette ein alternativ metode for behandling av depresjon der utløysande faktorar for depresjon blir identifisert, for så å skifte fokus til aktivitetar som stimulerer kjensler av lukke. Studien inkluderer 200 eldre (>

65 år). Alle med symptom på depresjon blei spurt om å delta. Pasientar med fleire psykiske diagnosar eller meir alvorlege psykiske utfordringar blei ekskludert frå studien. Introduksjon av psykiatrisk sjukepleiar i primærhelsetenesta i Nederland har skapt store moglegheiter for å forbetre tilgjengelegheita av psykologiske behandlingar for dei som opplev depresjon seint i livet. Vi vil finne ut om dette kan relaterast til norske sjukeheimar. Høgare kompetanse innan psykisk helse i sjukeheim kan bidra til å førebyggje og enklare behandle depresjon på eit lågare nivå. Resultat viser at åtferdsaktiverting er ei effektiv behandling av depresjon hos vaksne. Det er ikkje klåre resultat av behandlinga hos eldre deprimerte der kartlegging er utført av sjukepleiar med kompetanse innan psykisk helse.

«A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities» (Tanya E. Davidson, Barbara Eppingstall, Susannah Runci & Daniel W. O'Connor, 2016).

Ein kvantitativ studie der hensikta var å evaluere effekten av ei psykologisk tilnærming basert på aksept- og forpliktingsterapi (ACT) for å betre symptom på depresjon og angst hos 41 eldre som bur på langtidsavdeling i institusjon. Fem forskjellige institusjonar deltok i studien som også inkluderer totalt ti tilsette frå dei ulike langtidsavdelingane. Det å undersøkje om det kan brukast andre former for behandling utan å bruke psykofarmaka tykkjer vi var interessant. Det viser seg i denne studien at aksept- og forpliktingsterapi som tilnærming kan redusere symptom på depresjon for bebuarar i langtidsavdeling på sjukeheim.

«Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial» (Jasmin Werner, Thomas Wosch & Christian Gold, 2015).

Studien er ein randomisert kontrollert studie. Hensikta var å samanlikne effekten av interaktiv musikkterapi og ei rekreasjonsgruppe som syng hos bebuarar med depresjon eller symptom på

depresjon i sjukeheim. To sjukeheimar deltok i studien og musikkterapeuten hadde ingen kjennskap til sjukeheimane frå før. Bebuarar som var inne på eit korttidsopphald (mindre enn fire veker) blei ekskludert. Totalt 117 bebuarar deltok i studien. Under studien var det eit fråfall på fire bebuarar. Vi har valt å inkludere denne artikkelen i oppgåva då vi finn det interessant at musikkterapi kan bidra til å dempe depressive symptom, og betre den psykiske helsa blant bebuarar i sjukeheim. Studiens funn tyder på at interaktiv musikkterapi reduserer depressive symptom i større grad enn rekreasjonssong.

«The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy» (Candace Konnert, Keith Dobson & Liza Stelmach, 2009).

Dette er ein kvantitativ RCT-studie. Hensikta med studien var å samanlikne ein intervensjon som handlar om førebyggjande kognitiv åtferdsterapi (CBT), og vanleg behandling til 43 av pasientane på sjukeheimen. Bebuarane blei screena med Geriatrisk Depresjonsskala (GDS) og eit diagnostisk intervju. Studien tek blant anna føre seg at sjukeheimsbebuarar har auka risiko for depresjon grunna fysisk og kognitiv funksjonshemming, forstyrring av vanlege rutinar, separasjon frå kjende miljø, potensielt tap av støtte frå vener og familie, tap av kontroll over daglege aktivitetar og reduserte moglegheiter for fornøyelege aktivitetar. Resultatet av denne studien tyder på at kognitiv åtferdsterapi kan vere gunstig for sjukeheimsbebuarar som ikkje oppfyller kriterium for alvorleg depresjon. Vi har valt å inkludere denne studien i vår oppgåve for å finne ut om kognitiv åtferdsterapi kan ha positiv innverknad på depressive symptom hos bebuarar i sjukeheim.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil vi drøfte problemstillinga «Korleis kan sjukepleiarar førebyggje depresjon hos bebuarar i sjukeheim?». Dette vil vi gjere ved å sjå problemstillinga i lys av litteratur, forskning, eigne erfaringar og lovverk.

5.1 Å oppdage depresjon

Førebyggjande helsearbeid omhandlar meir enn å hindre sjukdom, skade og tidleg død. Det handlar og om å fremje folk si helse og bidra til at helsa blir ein positiv ressurs i kvardagslivet. Førebyggjande helsearbeid famnar både det å førebyggje sjukdom og skade, og det å fremje helsa (Mæland, 2016, s. 15). I følgje Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar går det fram av punkt 2.1 at sjukepleiarar har ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebyggjer sjukdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Det å flytte på sjukeheim er eit resultat av sjukdom og tap av vitale kroppslege og mentale funksjonar, sosiale relasjonar og heimen sin. Samstundes som døden «bankar på døra». Livet på sjukeheim er institusjonalisert og medfører ytterlegare tap av relasjonar, sjølvbestemming, autonomi, privatliv og tilknytning (Haugan, 2015). Livskvaliteten i aldersinstitusjon er i følgje Haugan (2015) ofte redusert. Det å bu på sjukeheim reduserer moglegheita for meningsfylte relasjonar og aktivitetar, samanlikna med jamnaldrande som bur heime. Som Cullberg (1999 i Hummelvoll, 2016, s. 600) seier, er det å oppleve samanheng i tilværet vesentlig for helsa. Ei oppleving av mening og samanheng er berande element i sjølvkjensla. Sjukeheimsomsorga har i aukande grad blitt sentrert kring behov relatert til den fysiske dimensjonen. Psykososiale og åndelege behov har fått mindre merksemd (Haugan, 2015).

Depresjon i alderdommen er ikkje ei følgje av normal aldring. Likevel er førekomsten høg, og bebuarar i sjukeheim er blant dei som er særleg utsett (Wallander, 2017). Risikoen for depresjon aukar som følgje av vanlege aldersforandringar i hjernen (Hummelvoll, 2016, s. 455). Det er ikkje mogleg å påvise lidinga ut frå ei blodprøve eller ei røntgenundersøking. Det finst altså ingen såkalla objektive undersøkingar for å stille denne diagnosen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 70). For å oppdage depresjon er det utforma fleire ulike kartleggingsverky og hjelpemiddel. Som nemnt i teorikapitlet kan blant anna MADRS og Geriatrisk Depresjonsskala (GDS) vere eit godt verky å nytte. Forsking viser at GDS er eit påliteleg verky for kartlegging av depresjon hos

bebuarar i institusjon og at det er mest nyttig saman med eit strukturert intervju (Konnert et al., 2009).

Vår erfaring frå praksis i sjukeheim er at det er lite fokus på førebyggjande arbeid når det gjeld depresjon. Vi har verken høyrte om, eller blitt introdusert for, kartleggingsverktøy som vi har tileigna oss kunnskap om i denne studien. Vi stiller oss spørsmål om kvifor det er så lite fokus på dette. Det kan støtte våre tankar om at det er for lite kunnskap om psykisk helse blant helsepersonell i sjukeheim, samt at eldre bebuarar er ei nedprioritert gruppe med tanke på den psykiske helsa. I følgje studien til Konnert et al. (2009) kjem det fram at konsekvensane av ikkje å oppdage og behandle depresjon er alvorlege. Kirkevold (2015, s. 129) skriv og at depresjon kan ha uheldige følgjer som kortare levetid og redusert nytteeffekt av rehabiliteringstilbod. Mild depresjon blir i følgje Kvaal (2015, s. 442) ofte oversett og bagatellisert. Ein må difor sjå gevinsten av å arbeide førebyggjande då dette kan vere med å hindre bebuaren i å utvikle lidinga. Sjukepleiar må kome tidleg inn for å førebyggje utvikling av depresjon. For å førebyggje depresjon må ein vere observant og årvaken slik at ein kan oppdage symptom på eit tidleg tidspunkt.

Ei anna problemstilling vi har opplevd er at bebuarar som har hatt oppfølging frå psykisk helse i kommunen og spesialisthelsetenesta har mista oppfølginga ved overflytting til sjukeheim. I dette tilfellet kan bebuaren vere sårbar og utsett for risiko for tilbakefall dersom ikkje teikn blir oppfatta og vedkomande får naudsynt oppfølging. God og tilstrekkelig kunnskap blant helsepersonell kan i slike tilfelle vere avgjerande då ein ser at teikn på depresjon kan vere vanskeleg å oppdage. Engedal (2008, s. 99) underbyggjer våre tankar. Han trekk fram at ei mogleg årsak er at helsepersonell ikkje er flinke nok til å kjenne att symptom på depresjon. Ei løysing kan vere eit tettare tverrfagleg samarbeid med spesialisthelsetenesta eller psykisk helseteneste i kommunen. I følgje Meld. St. 15 - «Leve hele livet» kjem det fram at for å heve kvaliteten på tenestene i kommunane har regjeringa lagt fram lovendingar som stiller krav til kva for profesjonar kommunane må ha for å yte gode og forsvarlege tenester. Der i blant skal

kommunane knytast til psykolog frå første januar 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Vi ser verdien av å kunne inkludere denne profesjonen i primærhelsetenesta. Depressive symptom kan ofte bli tolka som ein naturleg del av aldringa, og bli sett på som normale aldringsteikn (Fjørtoft, 2016, s. 87). Det kan vere behov for meir individuelt tilpassa omsorg, og bruke meir tid på kvar enkelt. Eit tiltak kan vere å nytte ti ekstra minutt i kveldsstellet for å prøve å betre kommunikasjonen og få ei forståing av kva bebuaren tenkjer, føler og har på hjartet. Det er ofte travelt og lite tid til å prate med kvar einskild. Tid og kunnskap kan verne om og fremje samtalen. Ei øydeleggjande kraft for menneskeleg nærvær er det å vere hastig og travel. Samtalen krev eit nærvær som plasserer oss i tid og rom, og der vi gir kvarandre tid og tek oss tid (Martinsen, 2012, s. 43).

For det er vel det som er det aller viktigste: Å ta seg tid til å sette seg ned hos personen, bli kjent og skape trygghet slik at vi sammen kan finne ut hvor akkurat denne personen har lyst til å dra. Det er ikke sikkert man alltid kommer helt frem, og det kan i alle fall ta tid, men det hjelper godt å ha et mål. Så finner man kanskje veien etter hvert. (Lauveng 2005, sitert i Hummelvoll, 2016, s. 80).

Fram mot år 2020 kan det sjå ut til at depresjon vil bli den nest viktigaste årsaka til helsesvikt i verda. Berre hjartelidingar vil vere vanlegare (Moksnes, 2017, s. 454). Difor ser vi det som viktig å tidleg oppdage teikn på depresjon for å kunne førebyggje utvikling av lidinga. Kartlegging av beburane kan då vere eit godt hjelpemiddel. Det kan tenkjast at kartlegging av depresjon hos bebuarar bør gjerast ved innlegging i sjukeheim. Dette kan bidra til å auke førebygginga av lidinga. Det kan og føre til at ein på eit tidleg stadie får sett i verk eventuelle behandlingstiltak. Då symptoma på depresjon i følgje Moksnes (2017, s. 454) vanlegvis oppstår det første året etter innlegging, meiner vi at kartlegging kan vere eit godt førebyggjande tiltak som då kan gjentakast etter tre månadar i sjukeheim. Sjukepleiarar på sjukeheim bør og kunne få opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Einsemd, låg sjølvkjensle, tap av sosiale relasjonar og låg sjølvverd følgjer ofte avhengigheit av hjelp til personleg hygiene og til å ete (Haugan, 2015). Det er ikkje nødvendigvis alltid somatiske plager som fører til denne avhengnaden. Som sjukepleiar er det viktig å tenkje heilskapleg og vektleggje dei fysiske og psykiske behova likt. Som Haugan (2015)

skriv er det å finne effektive helsefremjande strategiar viktig for sjukeheimsbebuarane si helse og livskvalitet. Regjeringa har lagt fram ein strategi for god psykisk helse «Mestre hele livet» (2017-2022). Strategien vektlegg mellom anna tidleg innsats for å fange opp dei som treng hjelp, samt gode, tilgjengelege og koordinerte tenester til dei som utviklar psykisk uhelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar seier at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for det enkelte menneske sitt liv og ibuande verdigheit. Sjukepleia skal byggje på miskunn, omsorg og respekt for menneskerettane (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Sjukeheimsbebuarane sine psykiske behov er i stor grad blitt forsømt, trass i at epidemiologiske data tyder på at psykiske helseproblem er utbreidd i denne gruppa (Konnert et al., 2009). Sjukeheimsomsorga har likevel i aukande grad blitt sentrert kring behovet relatert til den fysiske dimensjonen. Bebuarane sine psykososiale og åndelege behov har fått mindre merksemd (Haugan, 2015). Dette er noko ein kan relatere til i sjukeheimane. Det er ofte dårleg tid, då stell og mating opptek mykje av vakta. Kva då med dei psykiske behova, som er vel så viktig? Sjukepleiar må ta seg tid til å bli kjend med bebuaren og lytte til behova som viser seg her og no. Tida ein har til rådvelde under stell og matsituasjon kan vere eit gyllent høve til gode samtalar.

I følgje Wallander (2017) er teikna på depresjon eigentleg kjende for dei fleste. Likevel blir det i faglitteraturen sagt at depresjon hos eldre ikkje blir attkjent og behandla. Symptom på depresjon kan bli tolka som trøytteleik samt mangel på energi og glede i kvardagen. Dette blir ofte tolka som ein del av den normale aldringa (Wallander, 2017). Vi erfarer at dette er tolkinga til ein del helsepersonell i sjukeheim også. Dette kan underbyggje tankane vi har om at det generelt er for lite kunnskap og fokus på førebyggjande arbeid i forhold til depresjon i sjukeheim.

5.2 Relasjonsbygging

Ethvert møte mellom to mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje om igjen. Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelse og opplevelse må tas imot og tas vare på som det enestående den er. (Størksen 1980 sitert i Hummelvoll, 2016, s. 422).

Pasientar som lir av depresjon er sårbare, og krev vanlegvis ikkje så mykje frå omgivnadane. Dei lir ofte i stillheit, men er sensitive ovanfor haldningar dei møter hos andre. Ein viktig eigenskap hos sjukepleiar blir å utvikle ferdigheiter som sensitivitet, sanseskarpleik og empati (Kvaal, 2015, s. 447). I relasjonen mellom bebuar og pleiar er pleiar den sterke parten, den profesjonelle som har makt i form av kunnskap og ressursar som bebuar treng. Det inneber at maktforholdet er asymmetrisk, og bebuar er særleg sårbar i relasjonen (Haugan, 2015). Helsepersonell skal i følgje Helsepersonellova (1999) utføre sitt arbeid i samsvar med krav til fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellet sine kvalifikasjonar, arbeidet sin karakter og situasjonen elles. Då deprimerte bebuarar ofte lir i stillheit, og det går fram at pleiar er den sterke parten i relasjonen, må vi som helsepersonell tenkje gjennom kva krav denne situasjonen stiller oss. Utgangspunktet for omsorgsarbeid er i følgje Martinsen (2000, s. 25) «sansingens åpenhet for det som kommer til en». Ein god omsorgsgjevar bør vere i stand til å sjå bebuaren, og som Martinsen påpeikar at bebuaren må møtast med openheit. Personsentrert sjukepleie tar utgangspunkt i verdiar, livssituasjon, helseutfordringar og behov (Eriksen, 2016, s. 899). Evna til å kunne lytte aktivt er ei heilt sentral ferdigheit i all kommunikasjon. Dette er grunnleggjande for å etablere ein trygg og god relasjon til bebuaren (Kristoffersen, 2011, s. 355).

Det er mykje sjukepleiar kan gjere for å ta hand om bebuaren sine psykososiale behov (Eriksen, 2016, s. 901). Det er viktig å vere til stades når bebuaren treng nokon å samtale med for å lette trykket - anten det er eit angstfylt eller gledeleg trykk. Det å vere seg sjølv, ekte og nær, skapar eit grunnlag for møter av betydning. Dette krev ei innlevande forståing, altså empati (Hummelvoll, 2016, s. 422). Sentrale byggjesteinar i pleiar-pasient-interaksjonen er i følgje

Haugan (2015) nærvær, aktsemd, respekt, ærlegdom, vennlegheit og sensitivitet ovanfor pasienten si kjensle av sårbarheit. Det å vise andre tillit som helsepersonell inneber å gje frå seg makt, sleppe kontrollen og ta risiko (Eide & Eide, 2017, s. 26). Ein sentral verdi i eit verdifullt psykisk helsearbeid er aktiv brukarmedverknad. Det å kunne oppleve seg som sjølvstendig er vesentleg i vårt samfunn. Difor må helsearbeid støtte bebuaren til å vinne att indre kontroll (Hummelvoll, 2016, s. 78). For å oppnå eit godt arbeid som profesjonell sjukepleiar er det viktig å opparbeide eit tillitsforhold og ein god relasjon til bebuaren. Gjennom teori og praksis har vi erfart at det å skape tillit og ein god relasjon til bebuarane er avgjerande for vidare samarbeid.

Depresjon og einsemd har særleg negativ effekt på menneske sin livskvalitet. Mangel på sosial og emosjonell støtte aukar risikoen for depresjon, og er difor ein avgjerande ressurs for livskvalitet. Dette illustrerer behovet for ei holistisk tilnærming til bebuaren der pleiar-pasient-interaksjonen er sentral. Trass i dette er det ofte dei fysiske behova som er det primære fokuset i sjukeheim (Haugan, 2015). Det går fram av artikkelen til Haugan (2015) at symptombyrda blant mentalt klåre langtidspasientar i sjukeheim er relativt tung. Det indikerer at smerte- og symptomlindring er avgjerande for livskvaliteten i sjukeheim, og helsepersonell må få adekvat og relevant opplæring og trening i å handtere høg-prevalente symptom som depresjon. Ut i frå dette kan det tenkjast at det er behov for fleire psykiatriske sjukepleiarar i eldreomsorga. Dette er også inntrykket vårt frå dei sjukeheimane vi har erfaring frå.

5.3 Førebyggjande tiltak mot depresjon

Det er vanskeleg for helsevesenet åleine å førebyggje depresjon i heile den eldre befolkninga. Til dette trengst det ikkje berre helsetiltak, men også økonomiske og politiske tiltak. Likevel kan helsepersonell saman med andre aktørar peike på spesielle grupper eldre der ein veit at risikoen for depresjon er stor, og intervernere med tiltak i desse gruppene. Det er viktig å tenkje på at depresjon som opptre seint i livet er ein heterogen tilstand, der mange og ulike faktorar spelar inn. Difor er det også vanskeleg å gje generelle råd om preventive tiltak (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 160).

Eit tiltak som har vist seg nyttig i arbeid med å førebyggje depresjon i sjukeheim er musikkterapi. I følgje studien til Werner et al. (2015) kan musikkterapi bidra til å fremje positive kjensler og redusere angst og depresjonssymptom. Eldre bebuarar med funksjonstap og sosiale tap er utsett for å utvikle depresjon. Med ein reduksjon av depressive symptom kan musikkterapi betre livskvaliteten til bebuarar ved tilfredsstilling og lykkekjensle. Det kan også bidra til å fremje motivasjonen til å kunne handtere daglege oppgåver. Musikkterapi kan også gje moglegheit til å takle sorg og andre livshendingar. Dette kan vidare redusere behovet for ein-til-ein omsorg og det frigjerast tid til fleire bebuarar hos personalet på sjukeheimen. I følgje Heyn (2016, s. 382) kan det utløyse endorfinar ved å høyre musikk og bebuar kan oppleve hugnad. Slik vi ser det i denne studien kan det vere nyttig for bebuarane at sjukepleiarar har kompetanse om musikkterapi. I kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgstenestene står det at kommunen skal utarbeide prosedyrer for å sikre at bebuarar får tilfredsstilt grunnleggjande behov. Til dømes sosiale behov som moglegheit for samvær, sosial kontakt, aktivitet og fellesskap (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstenestene, 2003, § 3).

Helsepersonellova gjeld helsepersonell og verksemder som yter helsehjelp i riket. Formålet med denne lova er å bidra til tryggleik for pasientar og kvalitet i helse- og omsorgstenesta, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstenesta. Med helsehjelp meinast ei kvar handling som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller pleie- og omsorgsformål og som utførast av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Dersom ein bebuar har opplevd å utvikle ein depressiv episode, er hovudfokuset å førebyggje tilbakefall av nye episodar, samt utvikling av depressive symptom på ny. Sjansen aukar for å utvikle ny episode ved tidlegare depressive episodar. Ved fleire depresjonssymptom er prognosen dårlegare. Det er viktig å alltid tenke vidt og heilskapleg ved førebygging og tilbakefall av depresjon hos eldre. Noko av sekundærførebygginga kan vere tiltak som ved primærførebygginga som nemnd tidlegare. Eit aktuelt tiltak er å auke funksjonsnivået der den eldre har fallert ved kronisk fysisk sjukdom, då det er vist at redusert rørsleevne er ein risikofaktor for å utvikle depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, ss. 161-162).

Dersom bebuaren skal oppnå kontroll over forhold som verkar inn på helsa i den aktuelle situasjonen handlar det også om at han må vere deltakande i eigen prosess. Sjukepleiar har både bebuar sin sjukdom og helse som målområde. Det er viktig å ta hand om begge målområda i arbeidet (Gammersvik, 2012, s. 114). Dersom bebuaren får god oppfølging, god informasjon og støttande tiltak, kan det auke ei kjensle av kontroll og bidra til å motivere bebuaren til å ikkje gje opp. Det å kunne involvere pårørande og gje dei informasjon om depresjon kan hjelpe bebuaren i form av at dei kan vere støttande og styrkje bebuaren (Engedal & Bjørkløf, 2014, ss. 161-162). Det er viktig å halde orden på dagen og søkje etter alternative og meiningsfylte aktivitetar (Hummelvoll, 2016, s. 603). Ei viktig oppgåve som sjukepleiar kan vere å leggje til rette for sosial kontakt, bevegelse og at bebuaren får ei oppleving av meistring.

I studien til Davidson et al. (2016) trekk dei fram at det er lite forskning på effekten av psykoterapi i langtidsavdelingar på sjukeheim. Det kjem fram at det er naudsynt å utvikle og evaluere nye psykologiske tiltak for å møte dei aukande behova for bebuarar i langtidsavdelingar. Ved fokus på aksept- og forpliktingsterapi (ACT) som tilnærming kan trivselen betrast blant bebuarane og dei kan lettare akseptere aldersrelaterte endringar og godta livets utfordringar. Det kan bidra til å ha fokus på ressursane dei har og betre takle utfordringane som kjem i samband med aldring og institusjonalisering. I artikkelen føreslår dei framtidige moglegheiter for å implementere terapien i sjukeheim ved å ha opplæring med tilgjengeleg helsepersonell. Det kan bidra til å redusere førekomsten av depresjon i langtidsavdelingar på sjukeheim. Slik vi ser det vil psykoterapi kanskje vere vanskeleg å implementere i norske sjukeheimar. Vi ser heller rekruttering av psykiatriske sjukepleiarar som eit betre og enklare tiltak.

Depresjon er eit mellommenneskeleg fenomen og samarbeidet med deprimerte kan difor vere ei utfordring. Nokre sjukepleiarar kan kjenne seg hjelpelause i samvær med deprimerte bebuarar som ikkje ser noko håp. På grunnlag av den negative vurderinga har personen ein tendens til å isolere seg, seie lite, men samstundes vise eit høgt behov for avhengnad.

Tilnærminga bør vere roleg, varm og akseptierende. Dette kan vere krevjande for sjukepleiar i møte med ein person som ikkje er i stand til å gje eit positivt svar. Sjukepleiar bør setje seg ned og dele tid med bebuaren. Det er viktig å dele tid, sjølv om vedkomande seier lite (Hummelvoll, 2016, s. 207). Sjukeheimsomsorga kan lett få eit preg av rutine, noko som kan ha både fordelar og ulemper. Dersom rutinane fører til at sjukepleiar sluttar å vurdere enkeltbehov og enkeltsituasjonar og ikkje tek omsyn til den enkelte bebuar sine behov og ynskjer kan dei bli negative (Hauge, 2008, s. 230). God sjukepleie blir i følgje Haugan (2015) definert som måten pleiaren er til stades medan ho utfører dei ulike sjukepleiefaglege oppgåvene, prosedyrane og handlingane. Haldningar, moral og kompetanse hos pleiar viser seg integrert i handlingane, og verkar anten helsefremjande eller helsehemmande. Vi ser det som viktig å tenkje heilskapleg i ein kvar situasjon. Ut i frå egne erfaringar ser ein at kvardagen på sjukeheim ofte er prega av rutinar og sjekklister. Det er difor lett at symptom på psykisk uhelse blir oversett.

Studien til Janssen et al. (2017) viser at åtferdsaktivering er ei effektiv behandling av depresjon hos voksne. Behandlar i denne studien er sjukepleiar med vidareutdanning i psykisk helsearbeid. Det kjem også fram i tidsskriftet for Norsk psykologforening (Myhre, 2017) at åtferdsaktivering er ei enkel, effektiv og kostnadseffektiv behandling av depresjon. Den enkle utforminga gjer at åtferdsaktivering også kan nyttast i førstelinetenesta, og utførast av mindre erfarne terapeutar. Det støttar våre tankar om at høgare kompetanse innan psykisk helse i sjukeheim kan bidra til å førebyggje og enklare behandle depresjon på eit lågare nivå, i tillegg til at det kan redusere bruken av medikamentell behandling. Det kjem fram i studien til Konnert et al. (2009) at kognitiv åtferdsterapi har gunstig effekt på sjukeheimspasientar. Kognitiv åtferdsterapi vil vere nyttig for bebuarar som ber på mange kjensler. Gruppedeltakarar rapporterte høg grad av tilfredsstilling med gruppa, spesielt med omsyn til å hindre framtidige kjensler av tristheit. Langsiktig oppfølging er naudsynt for å vurdere effekten av korleis kognitiv åtferdsterapi skal kunne hjelpe for framtidige depressive symptom. Studien viser også at denne tilnærminga er lett å lære og kan difor nyttast av helsepersonell med ulik bakgrunn.

6.0 Konklusjon

Hensikta med oppgåva var å finne ut korleis ein som sjukepleiarar kan førebyggje depresjon hos eldre bebuarar i sjukeheim. Oppgåva viser at sjukeheimsbebuarar generelt står i fare for utvikling av depresjon som følgje av fleire faktorar. Det er viktig å leggje til rette for tiltak som kan fremje psykisk helse og førebyggje depresjon. Musikkterapi, åtferdsterapi og pleiar-pasient-interaksjon er tre tiltak som kan utførast på sjukeheimane. Som sjukepleiar må ein opparbeide seg kunnskap om tiltaka. I fleire av studiane blir skalaer for oppdaging av depresjon nemnt som kartleggingsverktøy. Då spesielt Geriatrisk Depresjonsskala som har vist seg å vere eit validert verktøy å bruke. Under søkjeprosessen har vi funne lite forskning retta mot førebyggjande tiltak mot depresjon i sjukeheim og dette synes vi er merkverdig med tanke på eldrebølgja vi snart står ovanfor. Ved eit større tverrfagleg samarbeid mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan kompetansen blant helsepersonell i sjukeheim styrkast. Dette kan ha implikasjonar for sjukepleiepraksis.

Det trengs eit godt rusta helsepersonell som kan møte den enkelte bebuar med eit heilskapleg syn. Sjukepleiarar har ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremjar helse og førebyggjer sjukdom. Ut frå studiane vi har nytta ser vi at fleire av tiltaka har positiv effekt og burde i høgare grad implementerast i fleire norske sjukeheimar. Slik vi ser det er det eit større behov for sjukepleiarar med kompetanse innan psykisk helse i sjukeheimane. Då det er eit stadig aukande behov for meir ressursar i sjukeheimane, ser vi at dette kan ha økonomiske konsekvensar for samfunnet. Tiltak som er kome fram i denne litteraturstudien kan førebyggje utvikling av depresjon i sjukeheim. Slik vi ser det kan dette hindre økonomiske konsekvensar samt leggje til rette for ein god kvardag for bebuarar på sjukeheim.

7.0 Litteraturliste

- Aldring og helse. (2019, 28. februar). Behandling - Anbefalinger ved mild, moderat og alvorlig depresjon hos eldre. Henta 13.mai 2019 frå <https://www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/depresjon-hos-eldre/mild-depresjon/>
- Andersen, A. J. W. (2018, 09. oktober). psykisk helse. I Store medisinske leksikon. Henta 22. mai 2019 frå https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Braut, G. S. (2018, 4.desember). sykehjem. Store medisinske leksikon. Henta 17. mai 2019 frå <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Bruusgaard, Dag. (2019, 21. januar). pasient. I Store medisinske leksikon. Henta 16. mai 2019 frå <https://sml.snl.no/pasient>
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg., ss. 50-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg., ss. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). Den litterære oppgaven. *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg., ss. 206-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Davidson, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., O'Connor, D. W. (2016). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. Doi: 10.1080/13607863.2016.1156051
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. (2. utg.). Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre - psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Eriksen, S. (2016). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 887-907). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Erikson, M. G. (2015). *Riktig kildebruk: Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å, Gammersvik & T. B., Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis*. (2. utg., ss. 112-134). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugan, Gørill. (2015). Langtidspasienter i sykehjem: Pleier – pasient – interaksjonens betydning for velvære. *Geriatrisk sykepleie*, 7, 22–31. Henta 26. april frå: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/gs_0215.pdf#Page=22
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å, Gammersvik & T. B., Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (2. utg., ss. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?q=Lev%20hele%20livet>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV- 1999-07-02-64). Henta frå
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellov>

Heyn, L. (2016). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Holter, I. M. (2016). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 142-155). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2008). *Innføring i psykologi*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Janssen, N., Huibers, M., J. H., Lucassen, P., Voshaar, R., O., Marwijk, H., Bosmans, J.,

Pijnappels, M., Spijker, J., Hendriks, G - J. (2017). Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: a randomized controlled trial.

Doi: 10.1186/s12888-017-1388-x

Jensen, A. & Ekorud, T. (2019, 22.03). Færre institusjonsplassar i omsorgstenesta. Henta 09.05.19 frå: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-institusjonsplassar-i-omsorgstenesta>

- Kirkevold, M. (2015). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). "The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy". *Aging & Mental Health*, 13(2), 288-299. Doi: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/13607860802380672>
- Kristoffersen, N. J (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvaal, K. (2015). Angst og depresjon. I Kirkevold, I. M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., ss. 438-451). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Martinsen K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.
- Moksnes, K. M. (2017). Livets siste faser. I Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. (ss. 446-486). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Myhre, M. (2017, 03.mai). Atferdsaktivering for depresjon. Henta 22.mai frå <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/05/atferdsaktivering-depresjon?redirected=1>

- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 03.05.19 frå: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient - og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient - og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Romøren, T. I. (2015). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., ss. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wallander, B. (2017, 18. juni). Når livet går i svart. Henta 20. mai 2019 frå <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/n%C3%A5r-livet-g%C3%A5r-i-svart/>
- Werner, J., Wosch, T. & Gold, C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1093599>