



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 306

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykehjemspasienter og depresjon		
Antall ord *:	8440		
Engelsk tittel *:	Nursing home patients and depression		
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:	Nei
		Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:	

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

BACHELOROPPGAVE

Sykehjemspasienter og depresjon

Nursing home patients and depression

Kandidatnr: 306

Sykepleie, forskning og fagutvikling SYKHB3001

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap-
sykepleie Haugesund

Innleveringsdato: 22.04.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Sykehjemspasienter og depresjon

Bakgrunn for valg av tema: Depresjon er et økende problem, og ser ut til å være underdiagnostisert blant eldre. Sykdommen er regnet som en av de mest utbredte psykiske lidelsene i samfunnet. Som fremtidig sykepleier i eldreomsorgen synes jeg dette er et viktig tema som berører mange pasienter og pårørende. Jeg ønsker derfor å belyse depresjon i denne oppgaven.

Hensikt: En stor andel av sykehjemspasienter antas å være deprimerte. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvilke sykepleietiltak som kan brukes i arbeid med deprimerte på sykehjem slik at de kan få en bedre hverdag med reduserte depressive symptomer.

Metode: Dette er en litteraturstudie som inkluderer eksisterende relevant forskning og faglitteratur rettet mot problemstillingen. Seks studier er inkludert og presentert i oppgaven. Pensum fra sykepleiestudiet, selvvalgt litteratur og egne praksiserfaringer er også brukt.

Resultat: Forskningen viser at fysisk aktivitet og musikkterapi har positiv effekt på depressive symptomer. I tillegg minsker depressive symptomer når sosial støtte øker, og videokonferanse ser ut til å ha positiv effekt på sosial støtte, samt depressive symptomer. Tap av familie, autonomi, mangel på samtaler med ansatte og medpasienter er kilder til tristheten pasientene opplever.

Konklusjon: Aktuelle sykepleietiltak som kan brukes blant deprimerte pasienter på sykehjem er et regelmessig fysisk aktivitetsprogram som er tilpasset eldre, og personsentrert musikkterapi. Fokuset må være å øke sosial støtte ved å øke institusjonelle tjenester og aktiviteter utfra individuelle interesser. Sosial støtte kan også økes ved å bruke videokonferanse, som også har positiv effekt på depressive symptomer. Sykepleier må også være ekstra oppmerksom på pasienter med lite sosial støtte fra familie og annet nettverk. Kartlegging av sosial støtte og en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient som bygger på autonomi og uavhengighet kan bedre depressive symptomer.

Nøkkelord: depresjon, sykehjem, eldre.

Abstract

Title: Nursing home patients and depression

Background: Depression is a growing problem, and it seems to be a underdiagnosed disease among the elderly. The disease is considered as one of the most widespread mental disorders in the society. As a future nurse in the elderly care, I think this is an important issue that affects many patients and relatives. I therefore want to illuminate depression in this task.

Aim: A large proportion of nursing home patients seems to be depressed. The purpose of this assignment is to find out which nursing measures that can be used in the work with depressed people in nursing homes, so they can have a better everyday life with reduced depressive symptoms.

Method: This is a literature study that includes existing relevant research and professional literature aimed at the issue. Six studies are included and presented. Syllabus, self-selected literature and own practical experience are also included.

Results: Research shows that physical activity and music therapy have a positive effect on depressive symptoms. In addition, depressive symptoms decrease as social support increases, and video conferencing appears to have a positive effect on social support, as well as depressive symptoms. Loss of family, autonomy, lack of conversation with staff and co-patients are sources of the sadness patients experience.

Summary: Current nursing measures that can be used among depressed patients in nursing homes are a regular physical activity program adapted to the elderly, and person-centered music therapy. The focus must be to increase social support by increasing institutional services and activities based on individual interests. Social support can also be increased by using video conferencing, which also has a positive effect on depressive symptoms. Nurses must also pay extra attention to patients with little social support from family and other networks. Mapping social support and a trusting relationship between nurse and patient based on autonomy and independence can ameliorate depressive symptoms.

Keywords: depression, nursinghome, elderly

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
1.Introduksjon	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.4 Presisering	7
1.5 Avgrensning.....	7
2.Teori.....	7
2.1 Depresjon	7
2.2 Å oppleve depresjon.....	8
2.3 Depressive symptomer.....	9
2.4 Årsaker.....	10
2.5 Behandling.....	11
2.6 Prognose.....	11
2.7 Sykepleieteoretisk perspektiv- Joyce Travelbee (1926-1973).....	11
3.Metode	14
3.1. Metodevalg med begrunnelse	14
3.2 Forforståelse.....	14
3.3. Litteratursøk	14
3.4 Inklusjons/eksklusjonskriterier.....	16
3.5 Kritisk vurdering	16
3.6 Litteraturfunn- inkluderte studier	18
3.7 Resultater	20
3.8 Oppsummering av funn.....	22
4. Drøfting.....	23
4.1 Sosiale støttetiltak.....	23
4.2 Å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter i hverdagen	26
4.3 Å skape samarbeid basert på uavhengighet og autonomi.....	28
5. Avslutning.....	30
6. Referanseliste	32

Tabelloversikt

Tabell 1. Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	16
Tabell 2. Søkehistorikk-Vedlegg.1	36
Tabell 3. Litteraturmatrise.....	18-19

Figuroversikt

Figur 1. Stress sårbarhetsmodellen.....	10
Figur 2. Pico	15

1.Introduksjon

1.1 Innledning

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Murray & Lopez). Og ifølge Norsk helseinformatikk (NHI) er det funnet en forekomst av depresjon hos 32 prosent av sykehjemspasienter i Norge (NHI, 2018). Depresjon hos eldre utgjør et betydelig helseproblem, og gir nedsatt funksjonsnivå med økt behov for pleie og omsorg. I eldreomsorgen har sykepleier en sentral rolle i å oppdage å gi god sykepleie til eldre med depresjon (Kvaal, 2009, s. 4). Ifølge Helsedirektoratets råd skal tilstanden følges aktivt opp og ikke ses som en del av aldringsprosessen. Ved mistanke om depresjon bør utredning og behandling iverksettes umiddelbart (Helsedirektoratet, 2019). I Nasjonale faglige retningslinjer sies det at omfanget av depressive lidelser generelt i befolkningen er meget stort, og det kommer frem at kvinner er i større risiko enn menn. Utgifter til behandling i Norge er anslått til 1,5 milliarder i året, og innebærer store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Helsedirektoratet, 2009). Hvalvik skriver om overganger for eldre, og hvordan dette er en naturlig del av livet. Eldre opplever ofte endringer i helse og sykdomsstatus. Disse overgangene kan karakteriseres som risiko perioder i forhold til helse og velvære, og fører ofte til behov for sykepleie. Å bidra til at eldre mestrer overgangene på en best mulig måte er derfor et viktig mål for sykepleien (Hvalvik, 2012). En viktig målsetting for sykepleiere og andre ansatte som arbeider i sykehjem er å bidra til at den eldre har det godt, og i alle fall så bra som mulig (Bergland, 2012). Angst og depresjon i høy alder er vanlige plager og er ofte knyttet til ensomhet og isolasjon (Ranhoff, 2013, s. 139). Eldre synes å være mer utsatt for å få depresjon, og ubehandlet depresjon kan redusere både livskvalitet og livslengde (Helsedirektoratet, 2019). Aldringsprosessen innebærer å gå fra å være yrkesaktiv til pensjonist, og fra å være uavhengig til avhengig av hjelp på grunn av helseproblemer og redusert funksjonsnivå. Endringer som tap av livsledsager, venner, ensomhet og isolasjon kan føre til depressive problemer (Kvaal, 2009, s.4). Helsefremmende arbeid kan ha avgjørende betydning for å opprettholde funksjon og livskvalitet hos eldre mennesker (Ranhoff, 2013, s. 147).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I Norge er depresjon en av de hyppigste psykiske lidelsene, og forekomsten antas å ha økt betraktelig i moderne tid. Depresjon hos eldre er vanlig, og i sykehjem finner en høyere utbredelse (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2013, s. 388). Sykepleiere møter deprimerte pasienter på mange arenaer (Hummelvoll, 2012, s. 206). I denne oppgaven får jeg derfor mulighet til å tilegne meg kunnskap som er like nyttig både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Gjennom tidligere erfaring fra praksis i psykiatrien fant jeg depresjon som veldig interessant, og bestemte meg allerede da for at jeg ville skrive om dette i bachelor oppgaven. Ved siden av studiene har jeg også jobbet på sykehjem og truffet på ulike pasienter med denne problematikken, og dermed har det oppstått tanker om hvordan sykepleier på best mulig måte kan hjelpe disse pasientene. Sykdomspresentasjon og symptombilde kan være svært annerledes hos eldre pasienter. Symptomer og funn kan være dempet og forkledd, og iblant fraværende hos eldre (Engstad, 2016, s. 544). Og ifølge Norsk helseinformatikk er det grunn til å tro at depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet blant eldre (NHI, 2018). Det kan derfor se ut som det trengs økt kompetanse hos sykepleiere som jobber med eldre på sykehjem. I sykepleiers forebyggende funksjon inngår det å oppdage depresjon, men i oppgaven er det tatt utgangspunkt i pasienter som allerede har depressive symptomer. Målet med denne oppgaven blir derfor å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å lette hverdagen hos eldre deprimerte pasienter som bor på sykehjem.

Primærforebyggende arbeid som forebygger at det oppstår sykdom og skade er en viktig oppgave og funksjon for sykepleier (Ranhoff, 2013, s. 138). Men videre i oppgaven handler det om å finne konkrete tiltak som kan ha en dempende effekt på depressive symptomer som allerede er til stede. Dette valget begrunnes i at det er et dagsaktuelt problem, og mange som bor på sykehjem opplever depressive symptomer i sin hverdag. Som fremtidig sykepleier i eldreomsorgen er dette en problematikk jeg kommer til å møte, og jeg ønsket derfor å øke min kunnskap på dette området.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til, og formulert følgende problemstilling:

«Hvilke sykepleietiltak kan bidra til at eldre med depressive symptomer kan få en bedre hverdag på sykehjem?».

1.4 Presisering

Problemstillingen er rettet mot eldre på sykehjem som ikke har sykehistorie med tidligere kjent depresjon. Pasientene det er tatt utgangspunkt i har en depressiv tilstand med svakere symptomer og ikke alvorlig depresjon. En tilstand som kan være forårsaket av eksistensielle årsaker som sorg og tap i alderdommen, og som på sykehjem blir plaget av tunge tanker og dødsønsker.

1.5 Avgrensning

I oppgaven vil fokuset være rettet mot eldre pasienter som bor på sykehjem, og indirekte på sykepleiers forebyggende funksjon. Med dette mener jeg tertiærforebyggende tiltak.

Tertiærforebygging vil si å forebygge ytterligere negative konsekvenser av en eksisterende sykdom (Ranhoff, 2013, s. 143) Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleier ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Kartlegging av depresjon blir derfor utenfor oppgavens rammer. Forskningen og litteraturen bygger på hvilke tiltak sykepleier kan gjøre for pasienter som har en mild depresjon, og hva som kan ha effekt og redusere depressive symptomer. Det er ikke hovedfokus på behandling, og medikamentell behandling av depresjon. Vil også påpeke at flere tiltak som blir brukt innen behandling også blir brukt til forebygging av depresjon. Det kan derfor være slik at mange av tiltakene kan være effektive både i forebygging og behandling av depresjon.

2. Teori

Her presenteres litteratur, definisjoner og forklaringer som er relatert til problemstillingen. Som sykepleieteoretisk perspektiv er det tatt utgangspunkt i relasjonsteorien til Travelbee med fokus på mennesket-til-mennesket forholdet.

2.1 Depresjon

Ordet depresjon betyr ned-trykking. Selve begrepet depresjon er en samlebetegnelse på depressive symptomer som finnes ved mange lidelser (Taraldsen, Holmen & Taraldsen, 2017, s. 39). Depresjon kan opptre på ulike måter og vi skiller mellom ulike grader som mild, moderat og alvorlig. Sykepleier bør være oppmerksom på alvorlighetsgraden og intensiteten for å vurdere type depresjon (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2013, s. 388).

Når vi omtaler en person over 80 år brukes ofte uttrykket «gammel» (Romøren, 2013, s. 32). Videre i oppgaven er det denne aldersgruppen fokuset er på, men omtales herifra som eldre.

Sykehjem kan forklares som institusjon som tilbyr helsetjenester døgnet rundt. Dette innebærer tilpasset pleie inkludert ernæring og medisinsk behandling (Hauge,2013, s.219). Sykehjemmets virksomhet er regulert av overordnet lovverk og forskrifter (Hauge, 2013, s. 222).

2.2 Å oppleve depresjon

Det kan være vanskelig å forstå hvordan den deprimerte har det, og hvilke tanker som strømmer gjennom hodet. Hummelvoll skriver om et pasienteksempel hvor depresjonen beskrives som å være «nede i dumpa» eller «gå i hi» og at alt i livet føles trist. Pasienten beskriver også at han ønsker å holde sengen og synes det er uoverkommelig å komme seg ut. Personalet på avdelingen blir også lei og irriterte sier han. Han synes det er fint å prate med personalet, men ikke når han er «nede i dumpa» da er det umulig. Og det er viktig med god tid, å sette seg ned å ta det med ro (Hummelvoll, 2012, s. 205). Den deprimerte føler på at alt er meningsløst, og har følelse av å ha mistet kontroll over eget liv. Det blir derfor hjelperens oppgave å støtte den deprimerte til å håndtere denne følelsen, og å styrke opplevelsen av kontroll og styring i eget liv (Hummelvoll, 2012, s. 211). Nedstemthet er en følelse som hører til livet, og alle kan oppleve en episode med depressive symptomer (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2015, s. 61). Fastlåste sorgreaksjoner, følelsen av å være låst og lav selvaktelse vil være et hinder for pasienten. Utgangspunktet for hjelper er å møte personen bak diagnosen, og å samle data på en helhetlig måte gjennom observasjon av både fysiske og psykiske aspekter. Tilnærmingen må være preget av en varm, rolig og aksepterende holdning (Hummelvoll, 2012, s. 206-207). Det er den lidende personen som står i fokus i omsorg og pleie til deprimerte. Og hans/hennes opplevde hjelpeløshet, håpløshet og meningsløshet bidrar til fortvilelse i nåtid og fremtid. Denne fortvilelsen kan gi tanker og ønsker om å ta sitt eget liv. Det må derfor gjøres en nøye vurdering av pasientens tilstand, og hvilke behov som må dekkes (Hummelvoll, 2012, s. 219). Som yrkesutøver kan det være utfordrende å forholde seg til deprimerte, og noen opplever å bli påvirket ved at de selv blir nedstemte (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2015, s. 61). Et tillitsforhold til sykepleieren vil være en forutsetning for å kunne hjelpe, og sykepleier må vise empati og evne til å tolerere følelser som fortvilelse, aggresjon og skuffelse (Hummelvoll, 2012, s. 296). Hummelvoll skriver at å være seg selv, ekte og nær er det som skaper grunnlag for betydningsfulle møter, og det krever empati (Hummelvoll, 2012, s. 422). Engstad (2016)

skriver at eldre med svekket funksjon og sykdom har spesielt behov for tid, tillit, trygghet og tålmodighet, og for å sikre dette kan det kreves et tverrfaglig samarbeid. Sårbarheten hos eldre krever et tilrettelagt miljø, der det aller viktigste er at personalet har solide kunnskaper og bred erfaring når det gjelder omsorg og pleie av eldre. Ifølge Engstad må kommunikasjonen være klar og tydelig og det handler om å skape ro, trygghet og en god atmosfære der pasienten føler seg ivaretatt (Engstad, 2016, s. 546-547).

2.3 Depressive symptomer

Diagnosen depresjon befinner seg i diagnosesystemet (ICD-10) som brukes i Norge (Tarldsen, Holmen & Taraldsen, 2017, s. 8). Kartleggingsverktøy for depressive symptomer er Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Geriatrisk depresjonsskala (GDS), og flere av disse blir brukt i studiene som er inkludert i oppgaven. Samtale med pårørende kan også være nyttig i utredningen av depresjon (Helsedirektoratet, 2019). Sykdom hos eldre krever generelt en bredere diagnostisk tilnærming enn hos yngre pasienter (Engstad, 2016, s. 545). Symptomene på depresjon består av noen kjernesymptomer, og ledsagende symptomer som må ha en varighet utover en 2 ukers periode for å sette diagnosen.

Kjernesymptomer

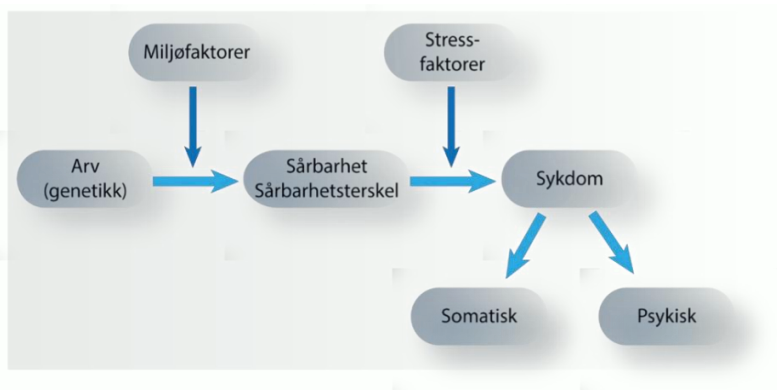
- Nedtrykthet
- Nedsatt lyst og interesse for omgivelsene og andre
- Nedsatt energi og økt tretthet

Ledsagende symptomer

- Nedsatt selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse eller selvbebreidelse
- Tanker om død/ selvmord
- Tanke/konsentrasjonsforstyrrelser
- Agitasjon eller hemning
- Søvnforstyrrelser
- Endring i appetitt og vekt (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2013)

2.4 Årsaker

Norsk helseinformatikk (NHI) skriver at sammenhengen mellom depresjon og somatisk sykdom er velkjent og ofte opptrer samtidig. Etersom somatisk sykdom øker med alderen, øker også risikoen for depresjon. Samtidig disponerer aldersforandringer i hjernen hos eldre. Psykososiale faktorer som tap av funksjon, posisjon og sosialt nettverk spiller stor rolle, men viktigste årsak er helsesvikt og funksjonsnedsettelse. Eldre har også ofte et høyt medisinforbruk som kan være utløsende eller forsterke et depressivt stemningsleie (NHI, 2018). I følge Spigset bruker sykehjemspasienter ofte minst fem til seks legemidler daglig. Det høye forbruket fører til praktiske problemer med inntak og økt risiko for bivirkninger og interaksjoner. Mange eldre blir trolig overbehandlet med legemidler, mens medisinering mot kroniske smerter og depresjon er områder det kan være underforbruk på (Spigset, 2016, s. 334). Ved aldring inntreffer en rekke forandringer i kroppens håndtering av legemidler, og evnen til å skille ut legemidler blir nedsatt. Eldre mennesker er spesielt følsomme for antikolinerge bivirkninger (Spigset, 2016, s. 335). Årsaken til psykiske lidelser er sammensatt, men det er en viss enighet om at det kan skyldes samspill mellom sosiale, biologiske og psykologiske faktorer. Et verktøy som kan være til hjelp for å forstå dette er stress-sårbarhetsmodellen. Evnen til å håndtere stress er varierende fra menneske til menneske. Modellen viser om man har en biologisk sårbarhet, og da vil man kunne være sårbar for å utvikle psykisk lidelse om man bli utsatt for økte påkjenninger. Genetisk disposisjon vil ikke alene bestemme om man utvikler psykisk sykdom. Men sårbarheten for å tåle stressfaktorer som for eksempel tap av nære pårørende, overganger til nye livssituasjoner, vold, overgrep, tap av arbeid gir økende risiko. Lav motstandsdyktighet gjør at man tåler mindre stress og påkjenninger, og risikoen for psykisk lidelse vil øke (Helsekompetanse, 2019).



Figur 1. Stress sårbarhetsmodellen (Tarldsen, Holmen & Taraldsen, 2017, s. 14).

2.5 Behandling

Hos de fleste eldre som har depresjon er behandling med legemidler indisert og disse legemidlene bør trappes ned langsomt ved seponering for å unngå ubehag (Kirkeveld , Brodtkorb, & Ranhoff, 2013, ss. 388-389). De vanligste behandlingsformene ved depresjon hos eldre er: miljøterapi, psykoterapi, antidepressive medikamenter, lysbehandling og elektroshokk behandling (NHI, 2018). Antidepressiva er medikamenter som virker mot depresjon ved å justere den kjemiske ubalansen som finnes hos deprimerte. Ubalansen kan oppstå som følge av genetisk disposisjon eller hendelser i personens liv. Tricykliske antidepressiver er eldst, SSRI og SNRI er nå mer brukt (NHI, 2016). Det finnes ulike typer antidepressiver som virker på ulike måter og har forskjellige bivirkninger. Man skiller mellom klassiske og nyere antidepressiver etter når de er markedsført. De nyeste påvirker færre signalstoffer og har færre bivirkninger (Felleskatalogen, 2017).

2.6 Prognose

Prognosen er god, men depresjon hos eldre kan være en tilbakevendende tilstand og vedlikeholds behandling kan være aktuelt. Ifølge Norsk helseinformatikk blir omkring 80-90 prosent av de som får depresjon symptomfrie etter medisinsk behandling (NHI, 2018).

2.7 Sykepleieteoretisk perspektiv- Joyce Travelbee (1926-1973).

Som sykepleieteoretisk perspektiv i oppgaven er det tatt utgangspunkt i tenkningen til Joyce Travelbee. Travelbee har fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasienten, og det enkelte individ står i sentrum. Travelbee belyser at alle mennesker er unike, og at mennesker er under vekst, utvikling og endring hele tiden. Sykepleie til mennesker skal ifølge Travelbee ikke handle om et mål, men fungere som et middel til å hjelpe mennesker (Travelbee, 2014, s. 5). En grunntanke i tenkningen er at sykepleier har som oppgave å etablere et menneske til menneske forhold til pasientene. Dette vil si at forholdet eller fasaden som sykepleier og pasient har en terskel som må overskrides før en kan nå inn til hverandre som individer. All kontakt kan være et skritt på veien mot dette forholdet, særlig om sykepleier er bevisst på å lære den syke og kjenne, og ivareta den sykes behov. Menneske til menneske forholdet er noe som bygges opp dag for dag i samhandling med den syke, og dette innebærer at sykepleier må vite hva hun gjør, erfarer og føler (Travelbee, 2014, s. 171).

Travelbees definisjon på sykepleie:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2014, s.29).

Sykepleieren hjelper individet, familien eller samfunnet, og forebygger sykdom og lidelse (Travelbee, 2014, s. 30-31). Og hjelper dem å finne mening i sykdom og lidelse. Dette er ifølge Travelbee to funksjoner som legger til grunn for hva det innebærer å være en profesjonell sykepleier (Travelbee,2014, s. 48). Menneske til menneske forholdet er sentralt i Travelbee`s tenkning, og hun beskriver dette som et middel til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Forholdet kjennetegnes av at den syke og dens familie får sine sykepleiebehov ivaretatt (Travelbee, 2014.s 142).

Travelbee beskriver menneske til menneske forholdet med flere faser:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empatifasen
- Sympati og medfølelse
- Gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2014, s.169-171).

Travelbee mener at dette forholdet blir etablert og opprettholdt målbevisst av den profesjonelle sykepleieren (Travelbee, 2014, s.41). Forholdet kjennetegnes av gjensidig kontakt, og inneholder disse elementene som beskrevet (Travelbee, 2014, s. 172).

Sykepleierens oppgave er å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten» ifølge Travelbee (Travelbee, 2014, s. 187). Det belyses også at dette gjelder alle som sykepleier har ansvar for. Det er når sykepleier opplever den syke som et unikt individ, og den syke responderer deretter at begge identiteter begynner å tre frem (Travelbee, 2014, s. 188).

Det andre som kjennetegner en profesjonell sykepleier er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. I dette legger Travelbee evnen sykepleier har til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere et forhold til den syke og strukturere

sykepleieintervensjonene. Dette krever selvforståelse og selvinnsett i atferden til oss selv og andre mennesker (Travelbee, 2014, s. 44-45).

I møte mellom sykepleier og den hun/han har omsorg for foregår det hele tiden kommunikasjon. All interaksjon med den syke gir sykepleier anledning til å bli kjent og danne et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier må bruke og forstå informasjonen, og bruke denne i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2014, s. 135). I følge Travelbee er kommunikasjon en handling eller en prosess og atferd som er gjensidig. Kommunikasjonen beskrives som en dynamisk kraft som kan ha innvirkning på graden av mellom menneskelig nærhet i situasjoner man yter sykepleie. Den kan brukes til å trekke mennesker nærmere, støtte dem bort, såre eller gi hjelp. Sykepleierens grunnleggende intensjoner og oppfatning av andre mennesker blir kontinuerlig kommunisert i sykepleiesituasjoner sier Travelbee. Kommunikasjon kan være en kreativ prosess hvor sykepleier kan handle og snakke bevisst, og på en måte som kan føre til endring (Travelbee, 2014, s. 138). Travelbee beskriver også sykepleieprosessen med flere overlappende stadier: observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling og vurdering av handlingene. De ulike stadiene betraktes som grunnleggende ferdigheter som sykepleier bør ha (Travelbee, 2014, s. 142-143). For å kunne avdekke behov er sykepleier nødt til å observere gjennom systemisk observasjon av den syke og registrere atferd, og ikke ta utgangspunkt i at den syke selv vil si ifra (Travelbee, 2014, s. 179).

3. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». (Vilhelm Aubert 1985, side 196).

Metoden er et redskap når vi vil undersøke noe, og hjelper oss å samle data (Dalland, 2014, s. 112). Kvantitative metoder har en fordel ved at vi får informasjon i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene gir informasjon om meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste. Ifølge Dalland bidrar de på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i. Med sikte på hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler (Dalland, 2014, s. 112). Her inngår å gjøre et systematisk søk og kritisk gjennomgå og oppsummere litteraturen innenfor problemstilling (Forsberg og Wengström, 2016, s. 30).

3.1. Metodevalg med begrunnelse

Ifølge retningslinjene for bachelor i sykepleie skal oppgaven være basert på forskning og utformes som en litteraturstudie som skal svare på problemstillingen. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra ulike kilder som en kritisk gjennomgår og til slutt sammenfatter det hele (Magnus & Bakketeig, 2000).

3.2 Forforståelse

Jeg er bevisst at jeg selv sitter med en forforståelse i forhold til oppgaven. Fortolkninger vil alltid finne sted blant mennesker, og ifølge den filosofiske hermeneutikken hviler all erkjennelse på fortolkning (Ebdrup, 2012).

3.3. Litteratursøk

For å gjennomføre et søk i en database trengs en godt formulert problemstilling, og en må være bevisst på inklusjonskriterier å finne riktige søkeord i en relevant database (Forsberg og Wengström, 2016, s. 68). Begynnelsen på oppgaven startet med idemyldring og tankekart rundt tema depresjon, og søkeord ble skrevet ned for å finne relevant forskningslitteratur. En del tid ble brukt på å finne litteratur å formulere den endelige problemstillingen. I utgangspunktet skulle fokuset i oppgaven være på sykepleiers behandlende funksjon i arbeid

med eldre, deprimerede pasienter, men dette ble utfordrende å finne litteratur på og dermed endret fokuset seg til den forebyggende funksjonen som sykepleier har i forhold til denne pasientgruppen. I kunnskapsbasert praksis er det viktig med en tydelig og presis problemstilling, jeg har derfor brukt PICO som hjelpemiddel til å komme frem til en god problemstilling (Helsebiblioteket, 2016).

P:	Population/patient/problem	Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om? ELDRE PÅ SYKEHJEM
I:	Intervention	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)? DEPRIMERTE
C:	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
O:	Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i? HVILKE TILTAK SYKEPLEIER KAN GJØRE FOR AT PASIENTENE SKAL FÅ EN BEDRE HVERDAG

Figur 1 «Pico», 2016, av Helsebiblioteket

I starten av søkeprosessen ble det gjort manuelle søk på Google scholar for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur på området. Ulike databaser ble brukt med søkeord som var relevant til problemstilling. Systematiske søk på ulike søkemotorer som Pubmed, Cinahl, Medline og PsykInfo ble gjort i perioden februar-mars. Mange artikler ble filtrert bort etter å ha lest abstract og viste seg og ikke være relevante, og det ble brukt en del tid på å finne gode kvalitative studier. Etter å ha lest gjennom en mengde artikler ble det valgt ut 6 artikler som presenteres i oppgaven som jeg anser relevante og svarer på problemstillingen. For å få et helhetssyn på temaet ble det valgt ut fire kvantitative artikler og to kvalitative. Riktig litteratur ble funnet ved å avgrense søket med årstall fra 2010-2020, fulltext, alder, og overskrifter som inneholdt søkeordene. Henviser til Tabell.2 for fullstendig søkehistorikk (vedlegg.1).

Fire av artiklene som blir presentert er funnet på Pubmed og to er hentet fra søkemotoren Cinahl. Følgende søkeord er benyttet i ulike kombinasjoner med «AND» og «OR» i søkeprosessen:

«elderly», «depression», «nursinghome», «nursinghome patients», «nursinghome residents», «eldery care», «quality of life», «nursing», «qualitative studies», «social support»

3.4 Inklusjons/eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykehjem	Hjemmeboende
Depresjon	Alvorlig depresjon
Eldre over 80 år	Funksjonshemmende
Klare og orienterte	Demens

Tabell 1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

3.5 Kritisk vurdering

Kildekritikk vil si å kritisk vurdere og karakterisere den litteraturen som man har funnet, for å fastslå om en kilde er sann. Og å finne den litteraturen som på best mulig måte kan belyse problemstillingen. Samtidig må en gjøre rede for den litteraturen man har brukt i oppgaven (Dalland & Trygstad, 2012, s. 67-68). Kildekritikk handler om å bruke kilder på en informert og reflektert måte slik at en kan trekke holdbare konklusjoner (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 60). Hovedelementene i kildekritisk tilnærming er autensitet, troverdighet, representativitet og tolkning/ betydning (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, ss. 60-61). Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere gyldighet av informasjonen i studiene, og det er viktig at kvaliteten på metoden også blir vurdert (Helsebiblioteket, 2020). Artikkene har innhentet etisk godkjenning og gjort etiske vurderinger, det er også diskutert metodekritikk og vurdert svakheter og begrensninger med studiene.

Som hjelpemiddel i kritisk vurdering er sjekklistene fra nettsiden til helsebiblioteket brukt. Alle artikkene er bygd opp med IMRAD-struktur som inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Artikkene har klare formål og gode resultater som kunne anvendes til problemstillingen. Har også hatt fokus på å prøve å finne ny og oppdatert forskning, men på kvalitative artikler var dette utfordrende. Jeg har derfor valgt å inkludere en eldre studie fra 2008(5). I denne studien kommer det frem viktig informasjon, utvalget og metoden var bra så den ble derfor inkludert.

Av studiene som er presentert er det kun en av dem som er utført i Norge. Det kan være en svakhet i artikkene gjort utenlands i forhold til helsesystemets ulikheter, og må tas i betraktning. En styrke med studien skrevet av Iden, Ruths & Hjørleifson (6) er at den er utført på 4 norske sykehjem i Rogaland som er lokalt, og som gjorde at studien ble tatt med i oppgaven. Svakheten med denne er at den ikke bygger direkte på depresjon, men følelser

som tristhet og ensomhet. Disse følelsene anses å være relatert til depresjon og eldre på sykehjem, og ble derfor inkludert. Henviser til presisering av problemstilling (1.3). Grunnen til valg av studie (2) var at den ikke var rettet mot demente pasienter som flere av studiene gjort på musikkterapi var. Studien sammenlignet også musikkterapi oppimot fritidssang som relatert til praksiserfaring blir mye brukt på sykehjem, og dette er nyttig informasjon. Musikken var tilpasset den enkelte og personsentrert omsorg var i fokus i studien. Resterende artikler inneholder alle inklusjonskriteriene. I tillegg er det også brukt pensumlitteratur fra sykepleiestudiet, og litteratur fra faglige kilder. På grunn av den spesielle situasjonen vi nå er i har det dessverre ikke vært tilgang til bibliotek og oppgaven kan bære preg av det, men det er gjort det beste ut av den litteraturen som var tilgjengelig.

3.6 Litteraturfunn- inkluderte studier

En oversikt med tittel på de seks forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven.

Tittel	Design og utvalg	Varighet	Konklusjon	Om studien
1) The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial	Kvantitativ studie. Utvalg :80	10 uker	Et strukturert fysisk treningsprogram har positiv effekt på depressive symptomer og livskvalitet hos eldre på sykehjem.	Utført på et sykehjem i Alanya. Treningsprogrammet ble utarbeidet av forskerne, og var tilpasset eldre menneskers ergonomi og fysiologiske struktur. Programmet ble utført 4 ganger ukentlig.
2) Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial	Kvantitativ Utvalg: 117	12 uker	Musikkterapi er mer effektivt enn fritidssang med sikte på å redusere depressive symptomer.	Studien er utført på to tyske sykehjem med deltagere fordelt på 4 grupper hvor 62 pasienter fikk musikkterapi i grupper, og 55 pasienter var med på fritidssang. Nivået av depresjon ble målt ved hjelp av MADRS etter uke 6 og 12.
3) The Relationship between Perceived Social Support and Depression in the Elderly Residing in a Nursing Home in Turkey.	Kvantitativ Utvalg: 100	16 dager	Faktorer som påvirker depresjon og sosial støtte bør kartlegges når eldre blir innlagt på sykehjem.	Utført i Tyrkia og data ble samlet inn via registreringskjema. Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) og geriatric depression scale (GDS) ble brukt for å måle resultatene.
4) Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents	Kvantitativ Utvalg: 57	3 mnd.	Videokonferanseprogrammet lindret depressive symptomer og ensomhet hos eldre på sykehjem.	Fjorten sykehjem i Taiwan var med i studien. Den eksperimentelle gruppen fikk fem minutter / uke med videokonferanseinteraksjon med familiemedlemmer i tre måneder, og

				kontrollgruppen fikk bare regelmessig pleie. Data ble samlet inn gjennom intervjuer om sosial støtte, ensomhet og depressiv status.
5) Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy	Kvalitativ Utvalg: 65		Som depresjons behandling foretrekker intervjuobjektene sykehjemsprogrammene som reduserer isolasjon fremfor gruppe- eller individuell psykoterapi.	Basert på dybdeintervjuer som undersøkte egen forståelse av depressive symptomer, årsaker og mestringsstrategier.
6) Residents' perceptions of their own sadness - a qualitative study in Norwegian nursing homes	Kvalitativ Utvalg: 12	12 mnd.	Sykepleiere bør svare på tristhet med en rasjonell respons. Å identifisere og støtte ressurser og mestring med en salutogen tilnærming.	Basert på individuelle, semistrukturerte intervjuer. Intervjuene inneholdt spørsmål om hva som gjorde informantene triste og hva som forhindret tristhet. Intervjuene ble transkriberte ordrett og analyserte.

Tabell 3.Litteratormatrise

3.7 Resultater

Her presenteres de seks studiene som er inkludert i oppgaven med hensikt og resultater.

Studie 1 Lok, Lok & Canbaz (2017)

Hensikt: Finne ut om et regelmessig fysisk aktivitets-program tilpasset eldre hadde effekt på depressive symptomer og livskvalitet.

Resultat: Utfra denne kvantitative studien tyder det på at fysisk aktivitet som utføres regelmessig over en 10 ukers periode har positiv effekt på depressive symptomer og livskvalitet hos eldre. Det anbefales derfor at sykepleiere og annet helsepersonell etablerer regelmessige treningsprogram tilpasset eldre sine behov og fysiologiske egenskaper. Intervensjonsgruppen fikk en betydelig reduksjon i BDI etter programmet. På samme måte forbedret åtte underskalaer seg, og to underdimensjoner på spørsmålsskjemaet som omhandlet livskvalitet signifikant i eksperimentgruppen ($p < 0,05$).

Studie 2 Werner, Wosch & Gold (2015)

Hensikt: Undersøke effekten av gruppemusikkterapi kontra fritidsgruppesang på depressive symptomer hos eldre sykehjemsbeboere

Resultat: Ifølge denne kvantitative studien tyder det på at musikkterapi reduserer depressive symptomer mer effektivt enn fritidssang. Nivået av depressive symptomer forbedret seg betydelig mer hos gruppen som ble tildelt musikkterapi. Musikkterapien viser positiv effekt på konsentrasjonsproblemer, følelser (manglende evne til å føle), pessimistiske tanker og indre uro. Den gunstige innflytelsen på depressive symptomer ble sett hos pasienter med og uten demens. Personsentrert tilnærming gjennom musikkterapi kan derimot være særlig egnet hos dem med demens i motsetning til fritidsgruppesang da det ikke stiller krav om fokusert oppmerksomhet og konsentrasjon.

Studie 3 Tambag, Can, Mansuroglu, Mansuroglu, Karakurt & Yildirim (2019)

Hensikt: Undersøke forholdet mellom opplevd sosial støtte fra eldre mennesker på et sykehjem og sammenhengen med depresjon.

Resultat: Viser i denne kvantitative artikkelen at faktorer som påvirker depresjon og sosial støtte bør vurderes for eldre sykehjemspasienter. Det kommer frem at opplevd sosial støtte

var høyere hos de som trente regelmessig, fikk besøk ofte, de som hadde hatt en partner enn de som var uten disse faktorene. Det ble identifisert at depresjon avtar når sosial støtte øker. Forskerne mener dette er viktige data til helsepersonell som har omsorg for eldre, og understreker viktigheten av å evaluere mental helse. Dette gjelder særlig hos eldre som ikke får hyppig besøk og dermed tilfredsstillende sosial støtte. Det kan derfor være viktig å øke institusjonelle støttetjenester og aktiviteter.

Studie 4 Tsai, Tsai, Wang, Chang & Chu (2010)

Hensikt: Evaluere effektiviteten av et videokonferanseprogram for å se om det kunne forbedre sykehjemspasienters sosiale støtte, ensomhet og depressiv status.

Resultat: I denne kvantitative artikkelen viser funnene at videokonferanseprogrammet lindret depressive symptomer og ensomhet, og forskerne mener dette er noe som kan brukes i sykehjem for å hindre depresjon. Personene i forsøksgruppen scoret signifikant høyere på sosial støtte etter enn kontrollgruppen. Forsøksgruppen følte også mindre på ensomhet og depressive symptomer når de fikk bruke videokonferanse. Det var også betydelig forskjell på score på sosial støtte i eksperimentgruppen i forhold til kontrollgruppen. Funnene antyder at videokonferanse kan brukes av pasienter i sykehjem.

Studie 5 Choi, Ransom & Wyllie (2008)

Hensikt: Undersøke sykehjemspasienters egen oppfatning og forståelse av depressive symptomer, årsaken til dem og mestringsstrategier.

Resultat: I denne kvalitative artikkelen kommer frem at sykehjemspasientene mener årsakene til deres depresjon var tap av uavhengighet og frihet. Følelse av sosial isolasjon og ensomhet. Mangel på privatliv og frustrasjon av å dele rom. Tap av autonomi på grunn av institusjonsregimet og forskrifter. Mangel på program og meningsfulle aktiviteter. Tap av roller, funksjon og ikke kunne delta i hverdagslige aktiviteter utenfor sykehjemmet. Følelsen av å ikke lenger være nyttig. Mestringsstrategier inkluderte religion, positiv holdning og støtte fra familie.

Studie 6 Iden, Ruths & Hjørleifson (2015)

Hensikt: Utforske sykehjems pasienters oppfatninger av sin egen tristhet.

Kristina Riis Iden, Sabine Ruths & Stefan Hjørleifson har gjort denne studien gjennom å intervju 12 sykehjemspasienter i Norge.

Resultat: Viser i denne kvalitative artikkelen at informantene oppfattet tristheten sin å være forårsaket av tap av helse og funksjonsevne, avhengighet av andre. langvarig pleie, dysfunksjonelle tekniske hjelpemidler og dårlig pleie. Tap av familie og mangel på samtaler med ansatte og medpasienter var også kilder til tristhet. Forskerne konkluderer med at sykepleier må identifisere og svare på tristhet med en rasjonell respons. Videre må sykepleier støtte pasientens ressurser og mestring med en salutogen tilnærming.

3.8 Oppsummering av funn

Her presenteres min fortolkning på hvilke funn som er sentrale å bringe videre til diskusjonsdelen i oppgaven.

Ut fra funnene fra to av studiene (Tambag et.al, 2019) og (Tsai et.al 2010) kommer betydningen av sosial støtte i forhold til depressiv status frem. Også i studien av Iden, Ruths og Hjørleifson (2015) viser resultatet at sosialt tap i form av familie og mangel på samtaler med både ansatte og pasienter var kilder til tristhet. I studien av Choi, Ransom & Wyllie (2008) kommer det frem at støtte fra familien faktisk er en mestringsstrategi i depresjonen. Iden, Ruths og Hjørleifson (2015) nevner også i sin studie at sykepleier må støtte pasientens ressurser og mestring, og svare på deres tristhet med rasjonell respons. I studien av Choi, Ransom & Wyllie (2008) fremkommer det også at pasientene føler på tap av autonomi og mangel på meningsfulle aktiviteter på sykehjem. Tapsopplevelser fremkommer også som kilde til tristhet i den siste studien av Iden, Ruths & Hjørleifson (2015) hvor pasientene beskriver tap av helse, funksjonsevne, avhengighet av langvarig pleie, dysfunksjonelle hjelpemidler og dårlig pleie. Samt tap av familie og mangel på samtaler med pasienter og ansatte. Ut fra disse funnene har jeg konkludert med at jeg vil diskutere følgende tema som er blitt utformet til sykepleietiltak.

- Å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter i hverdagen
- Sosiale støttetiltak
- Skape rom for uavhengighet og autonomi

4. Drøfting

I denne delen disponeres drøftingen utfra de tre nevnte tema som ble identifisert ut fra funnene i forskningsartiklene. Videre drøftes de ulike temaene i lys av ulike teori og blir vurdert i forhold til resultater og Travelbees relasjonsteori. Som forsterkning av argumenter eller funn i de inkluderte artiklene er det blitt tilføyet annen relevant forskning som utdyper, og svarer på spørsmål underveis i drøftingen.

4.1 Sosiale støttetiltak

I studien av (Tambag et.al, 2019) kommer det frem at depresjon avtar når sosial støtte øker, og det understrekes viktigheten av å evaluere mental helse, og særlig hos eldre som ikke får hyppig besøk. Det nevnes også at det kan være viktig å øke institusjonelle støttetjenester og aktiviteter (Tambag et.al, 2019). Forsøk på å øke sosial støtte ble gjort ved å bruke videokonferanse i studien av (Tsai et.al, 2010), og funnene forteller om god effekt på depressive symptomer. Video konferanse er et direkte tiltak som sykepleier kan praktiseres med utstyr tilgjengelig, og noe som kan innføres på norske sykehjem. I praksis er dette noe jeg også har fått prøvd litt ut, og pasientene har vært veldig fornøyde med denne ordningen. I studien av (Iden, et.al, 2015). konkluderes det også med viktigheten av at sykepleier må identifisere og svare på tristhet med rasjonell respons og støtte pasientens ressurser og mestring med en salutogen tilnærming. Salutogenese identifiserer personlige og kollektive mestringsressurser som kan fremme personens evne til å mestre spenning i krevende situasjoner (Langeland, 2011). Ifølge funn i studien av (Choi, et.al, 2008) kommer det også frem tapsopplevelser som årsak til depressive symptomer. Tapet av roller, funksjon og å ikke kunne delta i hverdagslige aktiviteter i hjemmet og utenfor sykehjemmet, og følelsen av å ikke lenger være nyttig. På sykehjem kan sykepleier støtte følelsen av å ikke være nyttig ved å slippe pasienten til på oppgaver som kan gi mestringsfølelse. Slik kan pasienten føle seg nyttig og at en bidrar. Folkehelseinstituttet skriver at sosial støtte er å få kjærlighet og omsorg, og å bli verdsatt og aktet. Å tilhøre et fellesskap og sosialt nettverk inngår også i dette begrepet. Mens det motsatte av god sosial støtte er ensomhet (FHI, 2015). Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske plager og påvirker risikoen direkte for hjerte- og kar sykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. (FHI, 2015). Utfra andel deprimerte pasienter i Norge som nevnt innledningsvis, og med utgangspunkt i

forskningsfunn kan det se ut som det kan være forbedringspotensialet på å øke sosial støtte på sykehjem. Folkehelseinstituttet skriver at manglende sosial støtte også svekker evnen til å mestre påkjenninger og livshendelser, og kan gi utslag i redusert selvbilde og svekket selvtillit, som videre kan føre til depresjon (FHI, 2015). I en kvalitativ systematisk oversiktsartikkel av Holm & Severinson hvor eldre forteller hva de trenger som mestringsstrategier for å overleve depresjon kommer det frem at de nettopp har behov for mot, styrke og selvtillit (Holm & Severinson, 2014). Dette kan dermed tyde på at deprimerede på sykehjem kan oppleve ytterlig forverring av depressive symptomer om de ikke får tilfredsstillende sosial støtte. Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15, 2017–2018) som tar sikte på aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Sykepleieprosessen blir beskrevet med observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling og vurdering av handlingene ifølge Travelbee (2014, s. 142-143). Det blir viktig for sykepleier å bruke sykepleieprosessen aktivt for å kunne avdekke de individuelle behovene støttebehovene.

I en studie av beboere på sykehjem beskriver mange følelsen av meningsløshet, tomhet og tilbaketrekning (Carlsson & Dahlberg, 2002). I en annen studie hvor totalt 227 langtidspasienter deltok, svarte 56 prosent at de opplevde ensomhet (Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011). Sykepleier har en viktig funksjon ved å observere følelsene og atferden som Travelbee (2014) beskriver, og legge til rette for å utvikle individuelle tiltak for hver enkelt pasient for å øke sosial støtte. At 56 prosent føler seg ensomme på sykehjem gjør at det dukker opp spørsmål om hva som er grunnen til dette. Er det ressursmangel og bemanning som gjør at vi ikke klarer å ivareta eldre på en bedre måte? Av praksiserfaring på sykehjem over en tid vil jeg si at sykepleier er presset på både tid og oppgaver.

Helhetlig omsorg er et begrep som de fleste kommuner bruker, og i dette ligger føringer som sier at vi skal yte hjelp til å dekke pasientens basale og fysiske behov (Rannestad & Haugan, 2014). Men pasienten skal også få bistand til å delta aktivt i hverdagslivets aktiviteter og opplevelser med utgangspunkt i egne interesser, og slik skal vi heve livskvaliteten til pasientene (Helse og omsorgsdepartementet, 2007). Travelbee belyser også at alle mennesker er unike, og at mennesker er under vekst, utvikling og endring hele tiden (Travelbee, 2014, s. 5). At mennesket endrer seg hele tiden er viktig å huske for sykepleier, å observere og dokumentere disse endringene og gjøre tiltak slik som Travelbee beskriver. Men å støtte pasientens ressurser og mestring vil være vesentlig når sykepleier utarbeider

individuelle tiltak for å øke sosial støtte. Travelbee støtter opp om hvordan sykepleier må bruke og forstå informasjonen, og bruke denne i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2014, s. 135). Kommunikasjon kan være som en dynamisk kraft som kan bidra til at sykepleier kan komme nærmere den eldre, støtte bort, såre eller gi hjelp som Travelbee beskriver (2014, s. 138). Det kan dermed tenkes om sykepleier ikke observerer behov og gir hjelp kan det føre til at pasienten trekker seg tilbake, og depressive symptomer kan forverres. Å øke sosial støtte vil være avhengig av en tillitsfull relasjon. Sykepleier må opparbeide seg kjennskap til den eldre pasientens følelser av å være nedtrykt og trist. Men i hvor stor grad har relasjonen betydning for pasientens depressive symptomer? I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) kommer det frem at sykepleier skal understøtte mestring og livsmot hos pasienten. Dette er sentralt i forhold til min problemstilling og krever en god relasjon for å oppnå. Ifølge resultatene fra studien av (Iden, et.al, 2015) viser funn at tap av familie og mangel på både samtaler med medpasienter og ansatte var en kilde til tristhet. I en studie gjort av Haugan (2013) kommer det frem at samhandling mellom pasient og sykepleier har stor betydning for mening og formål i livet blant kognitivt intakte sykehjemspasienter. Relasjonen er ifølge studien en viktig ressurs i forhold til pasientens mentale helse. En relasjon med høy kvalitet kan øke både fysisk og psykisk helse, og pasientens velvære. Å tilrettelegge for en god relasjon kan gi pasienten følelse av verdighet, og mer selvaksept i forhold til livssituasjonen. Relasjonen kan fremme mening, integritet og forhindre fortvilelse og meningsløshet (Haugan, 2013). En god relasjon eller et godt menneske-til-menneske forhold for å bruke ordene til Travelbee, kan dermed i seg selv være et støttetiltak for å øke sosial støtte til pasienten.

Ifølge en artikkel fra Utforsk sinnet belyses viktigheten av å ikke ta ansvar for den eldre pasientens tristhet og syns synd i dem, men huske på at de trenger støtte, motivasjon, hengivenhet og selskap. Men mest av alt respekt. Sykepleier kan stille spørsmål til deres negative tanker, og om de kunne tenke seg å gjøre noe for å endre situasjonen. På denne måten får pasienten sette ord på følelsene og årsakene selv, og dermed reflektere over situasjonen og mulige endringer. Pasienten kan trenge hjelp til å finne produktive oppgaver som gjør at de føler seg nyttige. Hjelp til å huske gode tider i livet og deres prestasjoner. Motivasjon til å gjøre aktiviteter, og innarbeide gode rutiner i hverdagen. Det understrekes også her at hjelpen har mer effekt når den kommer av ærlighet og hengivenhet (Utforsk sinnet, 2018). Hummelvoll beskriver også relasjonen sykepleier-pasient-fellesskapet som en

allianse. Og sier at denne relasjonen er særlig viktig i arbeid med psykiatriske pasienter (Hummelvoll, s. 38-43). Hummelvoll definerer også psykiatrisk sykepleie som en planlagt virksomhet, med sikte på å styrke pasientens egenomsorg og gjennom det redusere helseproblemet (Hummelvoll, 2016, s. 43).

En annen studie fra Haugan (2013) viser også at relasjonen er en ressurs i seg selv for pasientens mentale helse. Gode kommunikasjonsferdigheter og kompetanse hos sykepleier kan derfor forebygge og redusere depresjon blant pasienter på sykehjem (Haugan, 2013). Av erfaring er det noen pasienter en oppnår lettere kontakt med og danner en god relasjon til. Noen kan være vanskeligere å nå inn til, men det er viktig i sin helhet at ingen blir glemt, og at sykepleier er tålmodig i arbeid med deprimerte. Sosiale støttetiltak starter med en tillitsfull relasjon hvor en kjenner pasientens livshistorie og interesser, og dermed utformer tiltak utfra pasientens ønsker og interesser. Det gir også rom for sykepleier å være kreativ med utgangspunkt i pasienten.

4.2 Å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter i hverdagen

Hva som oppleves som meningsfulle aktiviteter kan være varierende fra person til person. I studien av (Choi, et.al, 2008) er et av funnene at det er mangel på program og meningsfulle aktiviteter. I studiene om fysisk aktivitet (Lok, et. al, 2017), og musikkterapi (Werner, et.al, 2016) kommer det frem aktiviteter som begge har effekt på depressive symptomer. Et regelmessig aktivitetsprogram og musikkterapi kan derfor være tiltak som kan gjøre hverdagen mer meningsfull, og samtidig senke depressive symptomer. Opplevd sosial støtte var også høyere hos de som trente regelmessig i studien av (Tambag, et.al, 2019).

I en studie av Haugland (2012) kommer det frem at beboere på sykehjemmet i stor grad ønsket aktiviteter der de selv var aktive. Funnene i artikkelen kan også tyde på at det er de ansatte som ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok, og at de undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive. Noe som kan tyde på at det i større grad bør kartlegges interesser, og legge til rette for aktiviteter tilpasset pasientene (Haugland, 2012). Mange var interesserte å delta i fellesaktiviteter, flertallet synes trim var en god aktivitet (Haugland, 2012). Dette kan jo tyde på at et regelmessig fysisk aktivitetsprogram tilpasset eldre kan være meningsfullt, og samtidig senke depressive symptomer (Lok, et. al, 2017), Det er interessant å se resultatene fra studien av Haugland (2012) som viser et sprik mellom hva de ansatte tror beboerne liker av aktiviteter og hva beboerne faktisk liker best. Her

kommer også betydningen av relasjonen til syne, og hvor viktig det er å kjenne til pasientens livshistorie, ressurser og interesser for å kunne tilrettelegge for både økt sosial støtte og tilpasset meningsfulle aktiviteter som kan gjøre hverdagen lettere, og som bygger på pasientenes autonomi. I studien av (Tambag, 2019) anbefales det også å øke institusjonelle støttetjenester og aktiviteter. Hummelvoll skriver at sykepleier har medansvar for at pasienten får et liv i tilfredsstillende sosialt fellesskap. Å utvikle et miljø som gir grobunn for vekst og utvikling. Det kan være å skape samværsformer, gruppeaktiviteter og miljø som gir mulighet til å oppleve fellesskap, sosial støtte, stimulering av sosiale ferdigheter og trening i problemmestring. Mennesker er avhengig av kontakt og fellesskap for å leve meningsfullt og kjenne på trygghet i livet. Det må skapes samarbeid mellom sykepleier, pasient og pasientens familie (Hummelvoll, 2012, s. 47). Travelbee understreker også at både den syke og dens familie må få sine sykepleiebehov ivaretatt (Travelbee, 2014.s 142).

Samarbeidet med pårørende kan gjøre oss som sykepleiere bedre kjent med pasienten og pasientens behov, og samtidig skaper det tillitt og trygghet mellom pårørende og sykepleier om at behovene blir ivaretatt når sykepleier viser interesse for pasienten. Hummelvoll (2012) skriver også om når pasienten selv ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, skal sykepleier virke som omsorgsgiver og pasientens talsmann. Og at dette må skje i tett samarbeid med pasientens pårørende (Hummelvoll, 2012, s. 46).

Det å kjenne pasienten for å finne ut hva som fremstår som meningsfullt er derfor viktig, og i tillegg kan pårørende være en ressurs i dette arbeidet. I en artikkel av (Hauvik & Eckhoff, 2017) beskrives en dag på sykehjem som rutinepreget med faste klokkeslett på måltider og leggetid. De ansatte er pålagt flere arbeidsoppgaver, og lav bemanning resulterer i at det ikke er tid til aktiviteter sammen med pasientene. Forfatterne startet et prosjekt i form av spørreundersøkelse som omhandlet pasientenes interesser og la til rette for disse aktivitetene i etterkant med god effekt. Avslutningsvis i artikkelen skrives det at ingen bestrider aktiv omsorg, og retten til å leve et liv med mening på institusjon, men at det samtidig ofte er problemer med å oppfylle denne «menneskeretten» på norske sykehjem grunnet tidsklemma (Hauvik & Eckhoff, 2017). Dette kan jo tyde på at det burde vært flere ansatte for å kunne dekke behovet for sosial støtte og legge til rette for meningsfulle aktiviteter på sykehjem.

4.3 Å skape samarbeid basert på uavhengighet og autonomi

Et viktig funn i artikkelen av (Choi, et. al, 2008) var at pasientene følte tap av autonomi på grunn av institusjonsregimet og forskrifter. Ifølge pasient og brukerrettighetsloven §§ 3-2 (1999) skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og det skal legges vekt på hva pasienten mener. Pasientene følte tap av uavhengighet og frihet, og hadde følelse av sosial isolasjon, ensomhet og mangel på privatliv (Choi, et. al, 2008). Erfaringsmessig og som tidligere nevnt kan jeg på den ene siden gjenkjenne at sykehjem er preget av rutiner. Mens på den andre siden ser jeg hvor avhengig en er av en viss rutine i hverdagen som personell for å fullføre alle arbeidsoppgaver å bevare kontroll og oversikt. Ifølge Hauge (2013) er det å flytte til sykehjem en stor overgang, pasienten flytter fra eget hjem og fra å være sammen med mennesker som kjenner ens livshistorie til å forholde seg til ukjente mennesker. Nye rutiner skal tilpasses, ny mat og ny døgnrytme. Og i den første perioden kan pasienten oppleve å bli overmannet av egne følelser som lengsel, gråt og følelsen av ensomhet (Hauge, 2013, s. 226). Det kan derfor være veldig forståelig, spesielt den første tiden på sykehjem at det oppleves som tap av autonomi. Henviser til (Figur 2.) stress sårbarhetsmodellen og påpeker hvor viktig det er og kartlegge mental helse ved innkomst i sykehjem, da dette er en sårbar tid for pasienten. To sentrale studier av beboeres reaksjon på å flytte på sykehjem beskriver tilvenningsprosessen i tre faser. Wilsons studie beskriver fasene slik: overveldelse, tilpasning og akseptasjon. Heliker & Scholler. Jaquishs beskriver fasene med andre ord: Å bli hjemløs, å finne seg til rette og lære seg reglene, å skape seg et nytt sted (Wilson, 1997, Heliker & Scholler. Jaquish, 2006). Opplevelsen av autonomi kan kanskje også bli påvirket av hvilken fase pasientene er i. Men funnet i studien av (Choi, et. al, 2008) var i hovedsak tapet begrunnet med institusjonsregimet. Ut fra personlig erfaring vil jeg si det krever visse rutiner på sykehjem, og at dette også kan være positivt å skape forutsigbarhet i hverdagen til mange pasienter. Ifølge Hauge er det positive med sykehjem at det tilbyr trygghet med ansatte rundt seg hele døgnet, og mulighet for kontakt med andre beboere. Men Hauge nevner også skyggesidene med sykehjem, og mangel på privatliv som også var nevnt i studien av (Choi, et. al, 2008). Noen opplever å møte personal en har lite til felles med, små rom og liten mulighet til å leve tidligere livsmønster (Hauge, 2013, s. 227-228). Kontrasten i forhold til å bo hjemme skaper forståelse for tapet pasientene føler på. Ifra tidligere praksiserfaring kan jeg nevne et eksempel hvor eldre kan føle tap av autonomi. Da jeg startet å jobbe på sykehjem uten noe helsefaglig

bakgrunn var dette noe jeg reagerte på. Personalet spør hvem som vil legge seg etter kvelds, og om pasienten ikke vil kan det komme «manipulerende» kommentarer som «skal det ikke bli deilig å legge seg i den gode sengen din nå da?». En godtar dermed ikke svaret til pasienten og hans/hennes ønske, og pasienten kan føle på at han/ hun blir presset til å legge seg. Situasjonen for personalet kan være at kveldsvakten snart er over, og personalet føler «press» på å at flest mulig skal ha lagt seg før nattevakten kommer. Da beveger vi oss inn på etikken. Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, og å vise kunnskapen gjennom handlinger og holdninger. Ifølge Norsk sykepleierforbund handler det om hvordan sykepleier bedømmer situasjoner og handler moralsk riktig (Norsk sykepleierforbund, 2019). Eksempelet over kan virke krenkende for pasienten, og går i strid med yrkes etiske retningslinjer som sier at sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet, gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og at pasienten har rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Som sykepleier skal en opptre profesjonelt og fordommer må legges til side, en skal opptre med respekt for pasienten. Dette betyr at vi ikke skal legge press på pasienten til å velge i pakt med våre personlige standarder (Slettebø, 2013, s. 96). Ifølge samhandlingsreformen er helsetjenestens verdigrunnlag avgjørende for hvordan tjenestene utvikler seg, og at det ofte er de meste sårbare som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Dette møtet må derfor være preget av respekt for pasienten og pasientens integritet. Et vesentlig element i integritetskravet er individets rett til medbestemmelse og medvirkning. Tjenesteytere må legge til grunn pasientens rett til å bli møtt med respekt for ulike synspunkt og ønsker. Alle som arbeider innen helsetjenesten har plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger (Det kongelige helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 51).

Å endre på systemnivå for å bedre autonomien er omfattende, men å ha fokus på holdninger og verdier hos sykepleier er mer oppnåelig. Viser til gitt eksempel, og hvordan «små» hverdagslige ting kan gjøre at pasienten får bestemme mer og ta avgjørelser som angår eget liv. Om pasientene i alle fall får bestemme så mye som mulig selv, kan det kanskje gjøre at en føler mindre tap av frihet og autonomi tross institusjonsregimet. Travelbee beskriver at en av sykepleierens oppgave er å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten» (Travelbee, 2014, s. 187). En kan tolke dette så enkelt i dette tilfellet som at vi må tenke hvordan vi hadde følt det selv om vi ikke fikk velge når vi skulle legge oss.

Verdighetsbegrepet stammer fra prinsippet om at alle mennesker har sitt iboende, medfødte menneskeverd, og vår verdighet kan styrkes når vi opplever at våre rettigheter og frihet respekteres og vi kan gjøre valg og handlinger som bygger opp vår selvrespekt, integritet og nestekjærlighet. Som et utgangspunkt for refleksjon og samtale har Global Dignity utviklet fem verdighetsprinsipp om hva verdighet betyr for hver enkelt av oss. Prinsippene sier at alle har rett til å leve et verdig liv. Å bruke sine ressurser som menneske. Verdighet er ha frihet til å ta avgjørelser og valg som berører eget liv, og oppleve at rettigheten blir møtt med respekt. Verdighet bør være et styrende prinsipp for alle handlinger. Vår egen verdighet er gjensidig avhengig av andres verdighet (Global Dignity, 2020). Hummelvoll (2012, s. 85) skriver også at autonomi, verdighet og integritet er grunnleggende innen helseetikken, og at sykepleie skal bygges på respekt for pasienten. Innholdet i menneskeverd begrepet ligger nært til integritet, menneskers rett til å opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. I forholdet mellom sykepleier og pasient blir dette demonstrert ved at pasienten blir møtt med respekt og omtanke for sin individualitet (Hummelvoll, 2012, s. 85).

5. Avslutning

Avslutningsvis kommer en sammenfatning utfra funn og drøftingsdel med egen tolkning og essensen i sykepleietiltak for å redusere depressive symptomer å skape en bedre hverdag for eldre på sykehjem.

For å kunne øke sosial støtte vil jeg si sykepleier må være genuint interessert i pasienten for å observere behov, og være kreativ ved å støtte pasientens ressurser og mestring ved å ta utgangspunkt i hver enkeltes pasient interesse. Sykepleier må være ekstra oppmerksom på pasienter med lite familie og sosialt nettverk. For å kunne øke sosial støtte og legge til rett for meningsfulle aktiviteter må sykepleier etablere en tillitsfull relasjon til pasienten, og samarbeide godt med pårørende. Å legge til rette for sosialt samvær på sykehjem vil være viktig, som å ha den gode samtalen med pasienten selv og legge til rette for kontakt med andre pasienter. Samtidig må det tilbys varierte aktiviteter med utgangspunkt i pasientenes interesser. Videokonferanse kan være et tiltak for økt sosial støtte. Med økte ressurser og satsing kunne det også vært en ide på og ansatt egne aktivitører som har ansvar for ulike aktiviteter. Meningsfulle aktiviteter kan være mange, men et regelmessig fysisk

aktivitetsprogram og musikkterapi et gode alternativ, som i tillegg virker dempende på depressive symptomer. Det kan også være et satsingsområde å øke kompetanse blant personalet hvordan sykepleier bedre kan forebygge og tidlig oppdage symptomer blant eldre for å unngå ytterlig stigning på antall deprimerte på sykehjem. Autonomi og verdighet må gjennomsyre sykepleiers holdning til pasienten. I denne sårbare pasientgruppen som har gjennomgått tapsopplevelser som tap av familie, nettverk, funksjon og som opplever å måtte flytte fra eget hjem, kan det være særlig viktig at de får oppleve så mye kontroll som mulig tross omstendighetene. Ved å skape et samarbeid basert på uavhengighet og autonomi kan pasienten føle mer styring over eget liv. Kanskje de små hverdagslige avgjørelsene kan veie noe opp for å føle mest på en rutinepreget hverdag der en ikke føler sammenheng med tidligere livsmønster. Små «oppgaver» som pasienten mestrer kan gjøre at han/hun føler seg mer nyttig, og skape en følelse av å bidra. Verdighet kan handle om å bli sett, inkludert eller spurt om hvilke klær en ønsker å ha på seg, eller når pasienten ønsker å legge seg. Avslutningsvis vil jeg si at en god huskeregel kan være å sette seg inn i pasientens situasjon, og tenke over hvordan vi selv ville blitt snakket til og ivaretatt som menneske.

6. Referanseliste

- Aubert, T.A. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergland, Å. (2012). Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem? *Geriatrisk sykepleie nr.1-2012*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/850529/Geriatrisk%20sykepleie%2001-12.pdf>
- Carlsson, I. og Dahlberg, K. Ha en bra dag! Att vara boende på servicehus. *The Nordic Journal of Nursing Research*. 2002, Vol. 22, 1.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Oslo: abstrakt forlag.
- Choi NG, Ransom S, & Wyllie RJ. (2008). Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12(5), 536–547.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., Trygstad, H., (2014). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse og omsorgsdepartement. (2008-2009). Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Diesen A, Jørgensen ACH. *Aktiv omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement; 2007.
- Drageset, J, Kirkevold, M og Espehaug, B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2011, Vol. 48, 5
- Ebdrup, N. (2012). Hva er hermeneutikk? Hentet fra <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>
- Engstad, T. (2016). Geriatri. I S. Ørn, & E. -B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 541-548). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felleskatalogen. (2017). Depresjon. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/depresjon>
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) Att göra systematiska litteraturstudier. 4.utg. Stockholm: Natur og kultur
- Global Dignity. (2020). Om verdighet. Hentet fra <http://www.globaldignitynorge.no/om-verdighet/>
- Haugan, G. (2013) The relationship between nurse–patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 107– 120. doi: 10.1111/jan.12173

- Haugan, G., Innstrand, S.T. and Moksnes, U.K. (2013), The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs*, 22: 2192-2205. doi:10.1111/jocn.12072
- Haugland, B.Ø., 2012. Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/meningsfulle-aktiviteter-pa-sykehjemmet>
- Hauvik, S. & Eckhoff, K.M. (2017). Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/pasienter-pa-sykehjem-onsker-aktiv-omsorg>
- Heliker, D. & Scholler- Jaquish, A. (2006). Transition of New Resiedents to long-term Care: Basing Practice on Residents Perspective. *Journal of gerontological Nursing*, 32 (9): 34-42.
- Hauge, S. (2013). Sykepleie i sykehjem. I K. Kvaal, M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016). Systematisk oversikt. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). Kapittel 2. Depresjon hos eldre. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/psykiske-lidelser-hos-eldre-er-vanlig>
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=eldre%20depresjon>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2018). Leve hele livet-en kvalitetsreform for eldre. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=5>
- Holterman, M. (2020). Helsebiblioteket. Kritisk vurdering. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsekompetanse. (2019). Stress-sårbarhetsmodellen (SS). Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17966>
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2014). Surviving depressive ill-health: A qualitative systematic review of older persons' narratives. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 131–140. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nhs.12071>
- Hummelvoll, J.K., (2012). Helt-ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

- Hvalvik, S. (2012). Overganger hos eldre-en teoretisk tilnærming. *Geriatrisk sykepleie nr.1-2012*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/850529/Geriatrisk%20sykepleie%2001-12.pdf>
- Hånes, H. (2015). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Iden, K.R., Ruths, S. & Hjørleifsson, S. Residents' perceptions of their own sadness - a qualitative study in Norwegian nursing homes. *BMC Geriatr* **15**, 21 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0019-y>
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2015). Høyt oppe og lavt nede. *Mentale knagger* (1. utg., s. 57-72). Oslo: Akribe.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2013). Angst og depresjon. I K. Kvaal, M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., ss. 383-394). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2009) Depresjon hos eldre. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*,1(1) s.4-5. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/759616/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2009.pdf
- Langeland, E. (2011). Salutogenese-teori og praksis. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>
- Lok N, Lok S, Canbaz M. The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;70:92–98. doi:10.1016/j.archger.2017.01.008
- Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498–504.
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9063):1436–42.
- Norsk helseinformatikk. (2016). Antidepressiva. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/antidepressiver/>
- Norsk helseinformatikk. (2018). Depresjon hos eldre. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/?page=all>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- NSF (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Ranhoff, A. H. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I K. Kvaal, M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 137-147). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rannestad T, Haugan G. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I: Haugan G, Rannestad T, red. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. s. 15–26.
- Romøren , T.I. (2013). Eldre, helse og hjelpebehov. I K. Kvaal, M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s.29-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spigset, O. (2016). Eldre og legemidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., ss. 333-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Taraldsen, T., Holmen, K.W., Taraldsen.I.S. (2017). Psykiatri. Verdal: Pixmed
- Tambag, H., Can, R., Mansuroglu, S., Mansuroglu, S., Yıldırım, G., & Karakurt, E. (2019). The Relationship between Perceived Social Support and Depression in the Elderly Residing in a Nursing Home in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1073–1080.
- Tsai, H.-H., Tsai, Y.-F., Wang, H.-H., Chang, Y.-C., & Chu, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8), 947–954. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/13607863.2010.501057>
- Thorbjørnsen, K. M. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Utforsk sinnet. (2018). Hvordan kan vi hjelpe en eldre person med tristhet? Hentet fra <https://utforsksinnet.no/hvordan-hjelpe-eldre-person-tristhet/>
- Werner, J., Wosch, T., & Gold, C. (2017). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging & Mental Health*, 21(2), 147–155. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/13607863.2015.1093599>
- Wilson, S.A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (5): 864.871.

Vedlegg.1

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Valgt bort	Antall sammendrag lest	Dypere undersøkt	Inkluderte studier
Pubmed (Artikkel 1 og 2)	År: 2017-2019 Fulltext Clinical trial Alder: over 80	elderly and depression and nursinghome	85	75	10	5	2
Cinahl (Artikkel 3)	År: 2011-2019 Fulltext 2011	depression and elderly and nursing home patients and social support	15	10	5	3	1
Pubmed (Artikkel 4)	År: 2009-2019 Fulltext	elderly and nursinghome residents and social support	123	100	23	5	1
Cinahl (Artikkel 5)	År: 2007-2019 Fulltext Alder: over 80 Subject major heading: Nursinghome, depression	nursinghome patients and nursinghome and qualitative	25	10	15	5	1
Pubmed (Artikkel 6)	År: Siste 10 år Article type: interview	qualitative studies and nursing home residents and depression	24	20	4	2	1

Tabell 2. Søkehistorikk