



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	221
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8933
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen 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

Førebyggjing av depresjon

Prevention of depression

Kandidatnummer: 221

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultetet for helse – og sosialvitenskap / Institutt for helse –
og omsorgsvitenskap / Sjukepleie

Stord

Rettleiar: Angelina Belova

Innleveringsdato: 21.04.2021

Eg 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, § 12-1.

Å bli sett

Å snakke

Å lytte

To sider av samme sak

*Lytter du egentlig
til det du har å si?*

*Er behovet å
få sette ord på
det du bærer på?*

*Kan det være
at du trenger
å lytte inn i deg selv?*

Begge deler er like viktig

*Like viktig som
å bli sett og hørt
som du er, av andre*

(Rolfdattera, 2020)



Foto: Encyclopædia Britannica ImageQuest

Samandrag

Tittel: Førebyggjing av depresjon

Bakgrunn: I Noreg er det over 100 000 eldre personar som har symptom på depresjon. Om depresjon ikkje vert førebyggja eller behandla, kan det føre til ytterlegare helseskadar som fører til auka hjelpebehov. I møte med eldre heimebuande pasientar opplever eg at fleire er misnøgd med kvardagen sin.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar førebyggje depresjon hjå eldre heimebuande pasientar?

Føremål: Føremålet med oppgåva er å komme fram til tiltak som skal hjelpa sjukepleiaren å førebyggja depresjon hjå den eldre, heimebuande, pasienten.

Metode: Det er nytta litteraturstudie i oppgåva. Forskingsartiklane er henta frå Cinahl, SweMed+, Idunn og Sykepleie forskning.

Resultat: Det kjem fram at tidspress og mangel på kontinuitet er med på å hindre sjukepleiarar i å førebyggja sjukdom. I forskingsartiklane kjem det fram kva tiltak som vil hjelpa med å førebyggja depresjon. Tiltaka er relasjonsbygging, oppleving av god tid, samtalar, førebyggjande heimebesøk og sosial tilhøyre. Auka sjølvtilitt og meistring og å bety noko for nokon er kjensler pasienten løftar fram som eit sakn.

Konklusjon: At pleiaren byr på seg sjølv personleg i møte med pasienten kan vera avgjerande dersom ein skal vellykkast med å jobba førebyggjande. Dette vil auke sjansen for å lykkast med målet til sjukepleiaren; hjelpa den sjuke til å førebyggja, meistra eller finna meining ved sjukdom.

Nøkkelord: Førebyggje, depresjon, heimesjukepleie, sjukepleie, eldre.

Summary

Title: Prevention of depression

Background: In Norway, over 100,000 elderly people have the symptoms of depression. Failure in both preventing and treating depression, can lead to further health problems and increase the need of healthcare. When meeting elderly patients in their home, my experience is that more people are dissatisfied with their everyday life.

Problem: How can a nurse prevent depression in elderly patients living at home?

Aim: The aim of this assignment is to find factors that can help nurses in preventing depression with elderly patient living at home.

Method: The method used for this thesis is literature study. The research articles I used, I have found in the databases Cinahl, SweMed +, Idunn and Sykepleie forskning.

Result: It appears that time pressure and lack of continuity keep nurses from preventing illness. The research articles are pointing at measures that will help prevent depression. Measures like building relationships, the experience having enough time, conversations, preventive home visits and social belonging can be positive measures in preventing depression. Increasing self-confidence and meaning something to someone are feelings elderly patient points to as missing.

Conclusion: The fact that the nurse gives of one's self in meeting with the patient, can be crucial if one is to succeed in working preventively. This will increase the chance of reaching the goal; help the sick to prevent, master or find meaning in illness.

Keywords: Prevention, depression, home nursing, nursing, the elderly.

Innhold

1.0 Innleiing	6
1.1 Introduksjon.....	6
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensingar.....	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Joyce Travelbee	7
2.2 Førebyggjing.....	8
2.3 Heimesjukepleie.....	9
2.4 Depresjon hjå eldre	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Metode.....	11
3.2 Litteraturstudie.....	11
3.3 Framgongsmåte.....	12
3.3.1 Søk i databasar	12
3.3.2 Manuelt søk.....	13
3.4 Metodekritikk.....	13
3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar, litteratur og eiga oppgåve.....	13
3.4.2 Etikk i oppgåveskriving	14
4.0 Resultat.....	14
4.1 Forskingsartikkel nr. 1.....	15
4.2 Forskingsartikkel nr. 2.....	16
4.3 Forskingsartikkel nr. 3.....	16
4.4 Forskingsartikkel nr. 4.....	17
4.5 Forskingsartikkel nr. 5.....	18
4.6 Forskingsartikkel nr. 6.....	19
5.0 Drøfting	20
5.1 Relasjonsbygging	20
5.2 Tiltak	22
6.0 Avslutning	26
Referanseliste	29
Vedlegg	33

1.0 Innleiing

1.1 Introduksjon

Det som gjev sterkest inntrykk på meg i sjukepleiefaget er dei eldre pasientane, og korleis dei gjev uttrykk for å ha det i kvardagen. Fleirtalet av dei eldre pasientane eg har møtt, bur i eigen heim og mottek heimesjukepleie. I samtale med pasientane opplever eg ofte at dei ikkje er tilfreds med kvardagen sin. Eg observerar at dei er nedstemt og umotivert, har nedsett matlyst, dårleg søvn, er inaktiv og stadig bekymra. Dette er alle symptom som kjenneteiknar depresjon (Moksnes, 2015, s. 455).

I Noreg er det over 100 000 eldre personar som har depresjon. Depresjon kan føre til auka hjelpebehov då pasienten er utsett for andre helseplagar og funksjonssvikt, dersom det ikkje vert behandla. Ein knyt ofte gamal og trist saman med ei haldning om at dei ikkje kan få behandling. Det berre er slik det er å verte gamal, blir ofte sagt. Men det stemmer ikkje, behandling kan ha like god effekt på ein eldre person som den har på ein yngre (Øvereng, 2019).

Føremålet med oppgåva er å ha fokus på dei eldre pasientane i heimesjukepleia som ikkje alltid ropar høgast, men likevel treng å verte sett. Målet med denne oppgåva er å komme fram til enkle tiltak som kan vera til nytte for pasienten i det lange løp når det gjeld å førebyggje depresjon.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar førebyggje depresjon hjå eldre heimebuande pasientar?

1.3 Avgrensingar

Grunna omfanget på oppgåva er hovudfokuset på pasienten som mottar heimesjukepleie og dermed ikkje pårørande.

Alle seks forskingsartiklane er frå nordiske land, noko eg har valt sidan konteksten for heimesjukepleie er sær eigen i Norden.

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbee

Travelbee (2017) seier i sin sjukepleieteori at ein sjukepleiar skal fokusera på den mellommenneskelege prosessen. Ved å ha dette fokuset kan sjukepleiaren hjelpa med å førebyggja sjukdom eller meistra sjukdom dersom den allereie har oppstått. Sjukepleieteorien fokusera og på å finna meining med erfaringar som oppstår i sjukdomsbilete (Travelbee, 2017, s. 29).

For å danne ein mellommenneskeleg prosess kan menneske – til menneske – forhold nyttast i sjukepleia. Det vil seie at sjukepleiaren møter den sjuke eller den som treng hjelp ved å vera profesjonell, samtidig som ein nyttar seg sjølv terapeutisk i møtet. Sjukepleiaren nyttar lært kunnskap i møte med den sjuke for å utøva mellommenneskeleg sjukepleie. Ut frå kunnskapen kan sjukepleiaren handle profesjonelt ved å nytte seg av reelle tankar som kjem frå lært fakta, omgrep og prinsipp. Profesjonell handling må utførast på ein slik måte at ein vernar om behovet til den som treng hjelp. Vidare må ein nytte seg sjølv terapeutisk for å handle profesjonelt. Det vil seie at sjukepleiaren forsøker å skape eit forhold til den sjuke ved å vera personleg. Personleg på den måten at ein har egne meiningar om førestilling og oppfatning av sjukdom, liding og død. Vidare må sjukepleiar ha tenkt gjennom egne verdiar, eget livssyn, menneskesyn og syn på sjukdom for å klara å vera profesjonell. For å lukkast ved å nytte seg sjølv terapeutisk må hjartet og intellektet samarbeida, slik at det er til det beste for den sjuke (Travelbee, 2017, s. 41 – 45).

Dersom ein skal oppretta eit menneske – til – menneske – forhold må roller som sjukepleiar og pasient leggast til sides, ein må sjå på kvarandre som enkeltindivid. Eit slik forhold byggast over tid og gjennom fleire fasar. All kontakt mellom sjukepleiar og den sjuke er med på å opprette eit menneske – til menneske – forhold. Dersom ein lykkast i å oppretta eit slikt forhold, vil det styrka målet til sjukepleiaren, altså å hjelpa den sjuke til å førebyggja, meistra eller finna meining (Travelbee, 2017, s. 171 – 172).

På vegen mot eit menneske – til – menneske – forhold er kommunikasjon eit godt verktøy. I kvart møte mellom sjukepleiar og den sjuke finnes det kommunikasjon, både gjennom samtalen og via kroppsspråk. Den non – verbale kommunikasjonen viser seg gjennom åtfærd, haldning, uttrykk i ansiktet og generell oppførsel. Både sjukepleiar og den sjuke viser non – verbal kommunikasjon. Det er sjukepleiar si oppgåve å tolke dette hjå den sjuke, samtidig som ein må tenkje over sitt eget kroppsspråk (Travelbee, 2017, s. 135).

2.2 Førebyggjing

I følgje yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiaren utøva ein praksis som fremjar helse og førebyggjer sjukdom (NSF, 2019). Vidare uttaler helse – og omsorgstenestelova (2011) at ein kvar pasient har rett på førebyggjande helse – og omsorgsarbeid. Dette arbeidet skal vera med på å førebyggja sjukdom, skade eller sosiale problem, og hjelpa pasienten til å kjenna på meistring over eget liv (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011, §3 – 3). Å førebyggja sjukdom vil seie at ein hindrar at folk vert sjuke ved å unngå at pasienten vert eksponert for risikoen, samtidig som ein set inn tidlege tiltak som hindrar symptom i å utvikla seg (Mittelmark, et al., 2012, s. 18 – 19).

For å førebyggja sjukdom må sjukepleiaren ha eit auga for endringar som indikera teikn og åtfærd på utvikling av sjukdom. I tillegg til å ha fokus på sjukdom, skal førebyggjing auka kjensla av å ha ei positiv oppfatning av eiga helse i kvardagen. Å hjelpa enkeltindivid med å kjenne på god helse kan innebera å tilretteleggja omgivnadane slik at helseutviklinga vert mogleg, eller det kan innebera å hjelpa individet til å klare stå i mot det som måtte opplevast som truande ovanfor eiga helse. For å få kjensla av god helse kan ein og hjelpa med å få folk til å nytta funksjonen sin betre, finne meistring og utøva kontroll. Vidare kan ein støtte slik at livskvaliteten opplevast best mogleg (Mæland, 2010, s. 13).

Å utøva førebyggjande arbeid ovanfor enkeltindivid kan vera utfordrande då kvar og ein er unik og ein veit dermed ikkje kva som ventar. Tross utfordringa er individuell førebyggjing nyttig på den måten at enkeltindividet vil kjenna på kontroll og meistring dersom det arbeidet vert vellykka (Mæland, 2010, s. 58).

Regjeringa utarbeida ei samhandlingsreform som var gjeldande frå 1.1.2012.

Samhandlingsreforma hadde som mål å bidra til meir førebygging, tidleg behandling, betre

samhandling, samt rask og god hjelp der pasienten bur. Gjennom samhandlingsreforma kom det krav om tilpassa sjukepleie der ein ivaretek heile pasienten (Meld. St. 29 (2012 – 2013), s. 14).

2.3 Heimesjukepleie

I Noreg har alle rett på lik helsebehandling, behandlinga skal vera av god kvalitet (Pasient – og brukarrettighetslova, 1999, §1 – 1). Kommunane i Noreg har i følgje helse – og omsorgstenestelova (2011) plikt å tilby naudsynt helsehjelp til personar som oppheld seg i kommunen. For å oppnå denne plikta tilbyr kommunane blant anna helsehjelp i heimen (Helse – og omsorgstenestelova, 2011, § 3 – 1, § 3 – 2). Helsehjelp i heimen vil seie at ein utfører heimesjukepleie (Birkeland & Flovik, 2018, s. 22).

Fleire og fleire ynskjer å bu heime lenger (Birkeland & Flovik, 2018, s. 22). For å klare å dekkje grunnleggjande behov når sjukdom gjer det utfordrande, kan sjukepleie i heimen hjelpe pasienten. Målet med heimesjukepleie er at pasienten skal klare å meistre kvardagen. Dersom pasienten skal kjenne på meistring må sjukepleia ha fokus på heile pasienten, noko som krev kunnskap frå sjukepleiaren si side. Kunnskap om korleis ulike sjukdommar eller funksjonssvikt verkar inn på helsa til pasienten, samt kunnskap om kva for tiltak som eignar seg best i dei ulike situasjonane (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13 – 16).

Dersom ein skal klare å få kjennskap til ein pasient og kunne sjå korleis pasienten opplever kvardagen, er kontinuitet eit nøkkelord. Det er ønskeleg at det er same pleiaren som går til pasienten for å klare å observere og å sette i gang tiltak som skal hjelpa pasienten mot unødige belastningar. Kontinuitet kan gjera at pasienten kjenner seg trygg og ivaretatt. Alle pasientane som mottek heimesjukepleie har individuelle behov. Det er opp til sjukepleiaren å undersøkje kva den enkelte treng og ynskjer, deretter må pleiaren tilretteleggja så langt det let seg gjere. I møte med pasienten og deira ynskjer må sjukepleiaren utøve respekt og medkjensle (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16).

I 2018 vart det utarbeida ei reform som fokuserar på eldre personar. Fokuset i reforma «Leve hele livet» er god helse, livskvalitet og meistring av eige liv. Reforma har og eit mål om at dei som har behov for det skal få helsehjelp, der dei er (Meld. St. 15 (2017 – 2018), s. 10).

2.4 Depresjon hjå eldre

Frå me vert født og livet ut, skjer det ei livslang aldring. Med aldring meinast normale og forventa endringar, både biologisk, psykologisk og sosialt. Gjennom livet opplev ein ulike ting som vil vera med å påverka aldringa. Når ein snakkar om den eldre generasjonen er det ein tendens til at dei blir stigmatisert i ei gruppe der alle har same behov og alle er på same nivå i aldringa. Men tvert om, aldring er individuell og det er store variasjonar i kva den enkelte har behov for (Lunde, 2020, s. 16).

I livsfasen alderdom kan det vera variasjonar når det kjem til kvar og ein person. Nokre er positive, har eit aktivt og energirika liv, samtidig som nokre strevar med sjukdom og kroppslege utfordringar, tap av nære relasjonar og energikrevjande dagar (Hummelvoll, 2012, s. 377 – 378).

Ved å stigmatisera dei eldre fører det til at depresjon i denne folkegruppa vert underdiagnostisert (Grønli, 2020, s. 112). Årsaker til underdiagnostiseringa kan vera mangel på kunnskap hjå helsepersonell, det er fleire som tenkjer på symptombilete som oppstår ved depresjon som ein del av det å verta gamal. Samtidig kan det vera fleire eldre som sjølv tenkjer at symptoma høyrer til den naturlege aldringa, og dermed ikkje seier i frå til nokon eller ber om hjelp. Ei anna årsak til at depresjon ikkje vert oppdaga kan vera pasienten si kjensle rundt eiga psyke. Fleire eldre kjenner på skam knytt til det å ha ei psykisk diagnose. Skamma stammar frå tida generasjonen med dagens eldre vaks opp og haldningar at det ikkje skulle snakkast om nervesjukdommar var tilstades. Nokre kan kjenne på kva symptoma betyr, men trur ikkje det er noko behandling å få i høg alder, og ber dermed ikkje om hjelp (Engdal & Bjørkløf, 2020, s. 53 – 54).

Det kan og vera utfordrande å oppdaga depresjon, då symptoma ofte er individuelle og visar seg både kroppsleg og psykisk (Grønli, 2020, s. 112 – 113). Helsepersonell har ei viktig rolle med å sjå etter symptom på depresjon, slik at tiltak for å førebyggje meir sjukdom vert sett i verk (Grønli, 2020, s. 124). Det er mange symptom på depresjon, men dei typiske er tristheit, mimikkfattige uttrykk, snakkar lite om sine plagar, svarar tregt på tiltale, senka stemningsleie, lite livsglede, låg energi, trøyttheit, nedsett aktivitetsnivå, fokus på kroppslege plager, nedsett konsentrasjon, redusert hukommelse, låg sjølvkjensle, tankekøyr og pessimistisk syn på framtida som at dei ikkje ynskjer å leva (Moksnes, 2015, s. 455).

Årsaka til depresjon kan vera ulike, det kan både komma frå utvendige faktorar eller innanfrå (Grønli, 2020, s. 113 – 115). Dersom ein kjenner til pasientar som er utsett for å utvikle depresjon og har kjente risikofaktorar, har helsepersonell ei viktig oppgåve å førebyggje at sjukdommen utviklar seg. Målet er at pasienten skal kjenne på meistring og det å høyre til, og på den måten førebyggje depresjon. For å lykkast med førebyggjing av depresjon må helsepersonell følga opp pasienten (Nordhus & Flo, 2020, s. 304).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil eg først presentere metode som omgrep, for deretter å forklare kva litteraturmetode er. For å få best mogleg søkeord, har eg satt opp problemstillinga i ein PICO – modell, dette blir beskrive i kapittelet før eg seier noko om søkeprosessen for å finne aktuell litteratur. Til slutt vil eg presentera metodekritikk.

3.1 Metode

For å få svar på eit spørsmål eller ei problemstilling trengs det ein metode for å finne aktuell litteratur som kan hjelpe oss med svaret. Ein skil mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode vil seie at resultata målast i verdiar, resultatet er altså målbart. Mens den kvalitative metoden målast i deltakarens eigne meiningar og opplevingar, dette kan ikkje målast (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Litteraturstudie

For å svare på problemstillinga i denne oppgåva, skal litteraturmetode nyttast. Litteraturstudie som metode vil seie at ein samlar inn kunnskap frå ulike kjelder. Kjeldene kan t.d. vera forskingsartiklar, faglitteratur, lovar og føreskrifter. Ein samlar inn kunnskapen på ein systematisk måte, det vil seie at ein først finn aktuell litteratur, deretter går ein gjennom det ein har samla inn med kritiske augo før ein til slutt samanfattar det ein har samla av kunnskap. Føremålet med eit litteraturstudie er at lesaren skal få eit godt svar på problemstillinga. Lesaren skal og ha ein forståing av kvar kunnskapen er henta frå og korleis ein er kommen fram til konklusjonen (Thidemann, 2015, s. 77 – 78).

3.3 Framgongsmåte

Då tema og midlertidig problemstilling var sett, starta arbeidet med å lage søkjeord som kunne nyttast i dei ulike databasane. Eg nytta verktøyet PICO. PICO er eit verktøy som gjer problemstillinga konkret og handterleg i søkja. PICO står for **P**opulation/**P**asient/**P**roblem, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome (Thidemann, 2015, s. 82 – 83).

Eg vel å utelukke «comparison» då problemstillinga ikkje fokuserar på samanlikning av tiltak (Thidemann, 2015, s. 82 – 83). Eg har dei norske søkjeorda på bokmål, då dette vil gje meg større treff i søkemonitorane. For å få eit breiare søkjeresultat, har eg og engelske søkjeord. Søkeorda eg nytta var *heimebuande, heimesjukepleie, eldre, depresjon, psykisk helse og førebyggje*. Sjå vedlegg 1 for detaljert PICO – skjema.

3.3.1 Søk i databasar

Tidleg i studiet såg eg føre meg kva tema eg ville skrive om i bacheloroppgåva. Prosessen rundt artikkelsøk starta tidleg. Dette for å få innblikk i aktuelle forskingsartiklar innan det temaet eg såg føre meg å skrive om. Undervegs i prosessen med prosjektplan endra eg den førebelse problemstillinga mi, og endra hovudfokus. Dermed måtte eg tenkje nye søkeord, samtidig som eg kunne nytte nokre av orda frå tidleg søkefase, då emnet kunne nyttast for å svare på problemstillinga. Eg søkte i databasar som Cinahl, Idunn, Sykepleien forskning og SveMed+.

I Cinahl nytta eg engelske søkeord, dette for å få eit breiare fokus på oppgåva mi. Søk i databasen Cinahl resulterte i 190 resultat, der eg valte ut ein artikkel. Vidare søkte eg i Idunn, der eg nytta norske søkeord, det resulterte i 691 forskingsartiklar, der eg valte ut tre artiklar som var aktuelle. Då eg søkte i SveMed+ nytta eg og norske søkeord. Gjennom databasen SveMed+ nytta eg ein artikkel.

I Cinahl nytta eg kombinasjonsorda «OR» og «AND», dette for å kombinere alle orda i søket. I SveMed+ nytta eg kombinasjonar med ulike søkeord henta frå PICO – skjemaet, samtidig som eg søkte med enkeltord. Då eg søkte i databasen Idunn nytta eg enkle søkeord, men valte å legge alle orda inn i «Alle disse ordene».

Eg valte avgrensingar på søka mine. I nokre databasar var det ikkje mogleg å sette avgrensing. Der dette var tilfelle løyste eg det ved å stoppa å bla i listene då eg såg artikkane vart eldre enn 10 år, sidan eg helst vil ha artiklar av nyare årgong. I SveMed+ hadde eg avgrensing på *norske tekstar* og i *full tekst*. Søket i databasen Cinahl gjennomførte eg med avgrensingar på *2015:2021* og *peer reviewed*. I databasen Idunn hadde eg *2015:2021* og *helse og sosialfag* som avgrensingar. Søka blir presentert detaljert i tabell i vedlegg 2.

Etter søka var gjennomført såg eg at det var mange treff i dei ulike databasane. Eg leste overskrifter og samandrag for å sjå om artikkelen var relevant for å svare på mi problemstilling. Då eg hadde valt ut forskingsartiklar, las og tolka eg resultata. Nokre artiklar fann eg som lite relevante og måtte leite vidare. Til slutt sat eg igjen med seks artiklar som eg ønska å nytta i oppgåva. Artikkane er sett opp i ei litteraturmatrikse i vedlegg 3, der alle detaljer er lista opp.

3.3.2 Manuelt søk

Då eg las gjennom utvalte artiklar etter søk i databasar, fann eg interessante titlar på andre forskingsartiklar i litteraturlistene. Nokre søkte eg opp, og brukte då søkemotoren Google Scholar via Høgskulen på Vestlandet sine heimesider. Ved søk i Google Scholar nytta eg delar av tittelen til artikkelen som søkeord. Den artikkelen eg valte å nytte frå manuelt søk er «Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten». Denne forskingsartikkelen er publisert i Sjukepleie forskning.

3.4 Metodekritikk

Etter å ha funne kjelder eller informasjon må ein i følgje Dalland & Trygstad (2017) vurderer om kvaliteten er god og passande til å svare på spørsmålet i oppgåva. For at oppgåvas truverdigheit og faglegheit skal vera av best nivå, må kjeldegrunnlaget omtalast på ein slik måte at ein veit kvifor og korleis litteraturen og kjeldene er valte (Dalland & Trygstad, 2017, s. 150 – 152).

3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar, litteratur og eiga oppgåve

Då eg søkte aktuell forskning, fekk eg mange treff. I vurderinga av kven eg skulle nytte for å svare på problemstillinga, las eg samandraga selektivt og valte dei som var aktuelle for oppgåva. I denne prosessen kan eg ha oversett aktuell forskning, men ved å gjera dei avgrensingane eg gjorde kjenner eg at resultatet av forskingsartiklane er relevante. Eg har valt artiklar som er maksimum 10 år gamle, der forskinga er gjort i Norden.

Fem av studiane er gjort i Noreg og ein studie er gjennomført i Sverige. Då mi problemstilling omtalar eldre heimebuande pasientar ser eg på studiar utført i Noreg og Norden som truverdige då organisering av heimesjukepleie i desse landa er unik. Eg har og fleire norske enn engelske forskingsartiklar i oppgåva mi, dette fordi det er ein kontekst mellom mine inntrykk og utføringa av heimesjukepleie i Noreg.

Dersom eg hadde nytta fleire engelske søkebasar og dermed fleire utanlandske artiklar, kunne resultatata i oppgåva ført til at eg hadde fått ein annan konklusjon. Men etter drøfting av resultatata opp mot teori synest eg konklusjonen gir eit godt svar på problemstillinga. Eit svar som er mogleg å følga opp i heimesjukepleia i Noreg.

3.4.2 Etikk i oppgåveskriving

Dersom ein skal utføra forskning innan helsefaget som inkluderar menneskje, må det gjerast på ein slik måte at det er etisk forsvarleg. Helsinkideklarasjonen er utarbeida med retningslinjer slik at den som er med i eit forskingsprosjekt skal kjenna seg trygg og informert. Før ein startar forskinga skal ein kontakte etisk komite for å få svar på om prosjektet treng godkjenning eller ei (Christoffersen et al., 2015, s. 43 – 44). Etske komitear er lovregulert i forskningsetikklova (2006), som seier at forskinga skal utførast etter anerkjent etiske normer (Forskingsetikklova, 2006 § 1). Vidare har nasjonale forskingsetiske komitear utarbeida reglar og vegleiing som skal hjelpa den som deltar å kjenna på rett til sjølvbestemming, privatliv og unngå belastning (Christoffersen et al., 2015, s. 45).

Alle forskingsartiklane som er med i denne oppgåva er etisk godkjente.

4.0 Resultat

Eg har valt ut seks forskingsartiklar, og i dette kapittelet vil eg presentere resultatane som er aktuelle for å svare på problemstillinga.

4.1 Forskingsartikkel nr. 1

«Eldre pasienter som ønsker å dø» av Berland, Solheim & Holm (2018)

Etter å ha studert erfaring, oppfatning og tiltak frå helsepersonell som er i møte med eldre pasientar som gjev uttrykk for ynskjer om å døy, viser resultatane eit hovudtema; Livet manglar mening. Ut frå hovudtemaet kjem det fram fleire undertema.

Det første undertemaet i resultatet er at pasienten manglar håp. Årsaka til manglande håp kunne vera endringar som pasienten har kjent på, som t.d. dårlegare helsetilstand og andre situasjonar som gjer kvardagen utfordrande. Fleire av dei som mangla håp, vart oppfatta av helsepersonell som deprimerte. Av dei som vart intervjua, var det fleire som hadde møtt på pasientar som hadde prøvd å ta sitt eget liv. Nokre av informantane seier det kan vera usikkerheit rundt situasjonen, om pasienten ønsker å avslutte livet eller om handlinga er eit rop om hjelp. I artikkelen kjem det fram at ei løysing på dette vil vera dersom pasientane slepp å forhalda seg til mange ulike personal. Det vert sagt at dersom det hadde vore meir kontinuitet i personalet, vil ein tru det hadde vore større sannsyn for at pasienten opna seg å fortalte om problemet.

Å oppleve å miste nokon som står ein nær, er med på å gi kjensla av å ikkje ha ei betydning i livet, å ikkje ha noko å leve for. Det same gjeld det å vera gamal. Pleiarane opplever at tiltak vert vanskelege å utføre når pasienten allereie har fått symptom på depresjon. I dette tilfellet seier eine informanten at hjelpa burde vert sett inn tidlegare, sidan ein som helsepersonell ofte kjem inn i dei siste leveåra. Noko som og er ei påkjenning for den eldre er det å kjenne på at ein ikkje har noko å gje, ein kjenner seg meir som ei belastning enn ressurs. Å kjenne seg som ei byrde fører til at pasienten vert deprimert. Mangel på sosiale møtestadar, sviktande mobilitet og utfordrande buforhald er med på å gi kjensla av einsemd og sosial isolasjon. Det kjem og fram at nokre pleiarar opplev pasientar som ikkje ynskjer å vera sosiale, dei manglar motivasjon. Mangel på tid hjå helsepersonell blir løfta fram i resultatane av forskingsartikkelen. Det er pleiarane som må fordela tida si på den enkelte pasienten, då seier pleiaren at det vert slik at den som har behov for ho den dagen får ekstra tid.

4.2 Forskingsartikkel nr. 2

«Magiske augneblick; erfaringar med kulturprosjekt for eldre» av Fossøy, Grov & Sandvoll (2018)

Kulturprosjektet «LEV – VEL; kultur og eldre» er eit prosjekt for eldre heimebuande, eldre på institusjon og eldre som mottok heimesjukepleie. Prosjektet vart utført i Sogn og Fjordane. Målet for prosjektet er at alle eldre skal kjenna seg inkludert, uansett livssituasjon. Målet med forskingsartikkelen var å sjå på erfaring og forståing av eit kulturprosjekt for eldre, frå aktørane si side.

Gjennom fokusgruppeintervju kjem det fram at informantane opplev at dei eldre vart meir aktive i det kulturelle, samt det vart oppretta nye sosiale møteplassar. Ved å mimre tilbake ved å t.d. sjå på gamle bilete, lese dikt eller sy ein saum, skapar dei gode minner hjå den eldre. Det skapast mange sanseintrykk gjennom dei ulike aktivitetane, noko som vidare skapar magiske augneblick. Fleire eldre kan kjenne på endring i kvardagen, som eit arbeidsliv som ikkje lenger er aktivt eller eit familieliv som ikkje lenger er det same. For å skape minner rundt dette kan detaljer vera med på å hjelpa. På den måten kan den eldre skifta fokus frå alt det ein ikkje har eller klarer til å mimre tilbake på det dei ein gong klarte og gjorde. Ein anna aktivitet som vart oppretta var at den eldre skulle kunne nytte gamal kunnskap. Dersom nokre hadde jobba som t.d. handverkarar kunne disse vise sin kunnskap og erfaring til noverande handverkarar. Dette var med på å gje ei kjensle av verdigheit og likeverd, samtidig som den eldre kjente seg som ein del av eit fellesskap.

4.3 Forskingsartikkel nr. 3

«Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk?» av Sjøbø, Teigen, Alvsvåg & Førland (2016)

I denne studien er føremålet å undersøkje erfaringar mottakar av førebyggjande heimebesøk sit att med. Studien ynskjer å gå nærare inn på betydninga besøket hadde for den eldre. Oppsummert visar resultatata i studien fire hovudemne; 1: Uklare forventingar, 2: Å kjenne seg sitt, 3: Ta i mot nyttige råde og påminningar, 4: Kjensle av tryggleik ved å verte sett.

Det kjem fram i studien at fleire eldre ikkje hadde høyrte om førebyggjande heimebesøk før dei fekk førespurnad om dette. Medan andre hadde høyrte om det, men ikkje sett seg inn i kva det gjaldt. Då det var deira tur til å få førebyggjande besøk, kom det fram ulike forventningar til besøket. Nokre meinte føremålet var å sjå korleis dei eldre hadde det heime og korleis dei budde, medan andre ikkje hadde spesielle forventningar. Sjølv med lite eller inga forventning takka dei fleste ja, då det var eit avbrekk frå dagleglivet. Det kjem og fram frå ein informant at han kunne tenkje seg at besøket vart følgt opp over tid. Fleire gjev uttrykk for kjensla av at kommunen kjenner til dei, ved at dei eldre er registrert og ein kontaktperson har vore i heimen deira. Dette gav i dei fleste tilfella positive opplevingar, nokon som bryr seg, ser deg og høyrer deg. Den eldre kjente og på at det skulle verta enklare å kontakte kommunen sidan dei hadde ein kontaktperson som allereie hadde skapa ein relasjon.

4.4 Forskingsartikkel nr. 4

«Group discussions with structured reminiscence and a problem – based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people» av Djukanovic, Carlsson & Peterson (2015)

Siktemålet med denne studien var å sjå på effekta av diskusjonar i grupper, ved å nytte seg av strukturert mimring og problembasert metode. Ein problembasert metode vil seie at ein fokuserar på å hindre depressive symptom hjå pasienten ved å formulere mål og finne måtar å løyse måla på. For å klare dette må personen ha positive haldningar om seg sjølv og eit ønske om endring. Det er deltakaren som er ekspert på eigen situasjon og dermed den beste til å kjenne kva som er riktig.

I diskusjonane var hovudtemaet oppmuntrande minner, dele erfaringar og hindre depressive symptom. Vidare i prosessen var positive minner frå barndom, skule, ungdom og vaksen alder diskutert. Til slutt evaluerte informantane spørsmålet om kva eit godt liv for dei som pensjonist ville vera.

Resultata etter evaluering synte forbetring på depressive symptom. Etter deltakinga viste det seg at sju av deltakarane kjente på betre helse, opp mot to før deltakinga. Å delta i ei gruppe gjorde at deltakarane kjente på involvering, å ha noko å sjå fram til, kjensle av å vere sosial og

auka sjølvbilete. Det å møte nye menneskjer gav ei positiv kjensle, deltakarane opplevde møta som oppløftande og hyggjelege. Ved å møtast i same gruppe over tid, gjev deltakarar uttrykk for å kjenne på tillit og fellesskap. Sjølvbilete vart auka på den måten at deltakaren kjente ønske om å møte nye folk og vilje til å utføre aktivitetar.

Eit godt liv som pensjonist vil i følgje deltakarane seie at ein har god helse, ikkje har smerter og kan gjera slik ein sjølv ønskjer. Å bu heima eller der ein ønskjer er og noko som kategoriserast som eit godt pensjonistliv, saman med det å styre over kvardagen sjølv. Deltakarane legg og vekt på kjensla av å vere i eit fellesskap som verdifult. For at dette skal ha verknad over tid, legg studia til at opplegget må verta kontinuerleg.

4.5 Forskingsartikkel nr. 5

«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» av Halvorsrud, Pahr & Kvarme (2014)

I denne studien har ein teke føre seg heimesjukepleiaren si oppfatning av pasientar som kjenner seg nedstemt. Studien har sett søkelys på korleis pasienten vert omtala, samt kva tiltak som veit sett i verk for å hjelpa pasienten.

Deltakarane seier i intervjuet at det å kjenna pasienten, ha ein relasjon, vil vera med på å kunne oppdage endringar. Det vert og sagt at det må vera tilstrekkeleg med tid i besøket, slik at pasienten får moglegheit til å snakke eller uttrykke korleis dei har det. Informanten seier at det vil vera lettare for helsepersonell å gi ein oppfatning av pasienten dersom ein kjenner til heile historia, samtidig som ein har tid til å lytta til pasienten.

Tidspress blir nemnt fleire gongar i studien. For å sette inn tiltak som skal hjelpe pasienten, fortel informantane at det hadde vore optimalt med meir tid hjå pasienten. Likevel kjem det fram ulike tiltak som blir utført i det tidsrommet ein har hjå pasienten. Fokuset informantane har i utføringa av tiltaket er å gje betre livskvalitet til pasienten. Tiltak som vert sett i verk handlar i hovudsak om samtale, praktisk hjelp og nye eller fleire vedtak. Dersom tiltaka skal ha full utbytte, må relasjon mellom pleiar og pasient vera oppretta. I samtalen kjem det fram at informantane ynskjer å lytta til historia pasienten fortel. Ved å lytte til det dei fortel, kan ein forstå pasienten og årsaka til nedstemtheita på ein anna måte. Informantane kjenner på

tidspress, men seier dei likevel prøver å gje pasienten det litle ekstra ved å gje dei fem minutt samtale, meir treng dei ikkje seier informantane. Samtaleemnet treng ikkje vera avansert, det kan handle om daglegdagse ting som eit TV – program. Det vert sagt i intervjuet at det skulle finnast ein sjukepleiar som gjekk rundt for å snakka med dei som hadde behov for det. Det konkluderast med at mangel på kontinuitet gjer det utfordrande å følge opp tiltaka over tid.

4.6 Forskingsartikkel nr. 6

«Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten» av Skatvedt & Andvig (2014)

Ved å intervjuet eldre og pårørende vil studia få fram erfaring knytt til tenestetilbudet rundt psykisk helse, samt kva kommunehelsetenesta kan gjera for å bidra til ei betre løysing.

I studia kjem det fram at pasientane ofte er nøgd med tilbudet dei får, men ynskjer at personell i heimesjukepleia hadde meir tid til rådigheit. Vidare kjem det fram at brukarane kjenner på behovet for å verte sett, høyrte og forstått. Studien viser at pårørende ofte kan kjenna seg åleine med ansvaret og etterlyser eit meir pågåande tilbod frå kommunehelsetenesta. Det vil seie at personell ikkje må trekke seg ut dersom dei møter motstand hjå brukaren, noko brukaren og seier seg einig i. Fleire brukarar seier dei ikkje treng å bli dulla med. I situasjonen kor sjukdom herjar, ser dei ikkje sitt eget beste og treng dermed nokon til å dra dei med, nokon som stiller krav. Dersom personell hadde hatt meir tid, vil dette føre til ein relasjon mellom brukar og helsepersonell og dermed større sjans for at hjelp vart teke i mot.

Mange brukarar har forståing for at det ikkje er dei som kjem i heimen på besøk som styrer tida, men påpeiker likevel tid som ein sentral faktor for å lykkast med å oppnå tillit og dermed betre tenestetilbud rundt psykisk helse. Kroppsspråk og kontinuitet er og faktorar som peikast på i forskinga. Ein deltakar seier i studien at dei hadde sett pris på om den som er innom og eigentleg ikkje har tid til ein samtale, ikkje viser dette med kroppsspråket sitt. Ein anna deltakar peikar på utfordringa med å opne seg då det stadig er nye ansikt innom og dei fleste med dårleg tid. Gjennom studia kjem det frå ein pårørende at han ynskjer personell som tok seg litt ekstra tid, og på den måten kunne få si sjuke kone med på å ta i mot behandling.

5.0 Drøfting

5.1 Relasjonsbygging

«Å, er det du som kjem i dag? De er så mange, me veit aldri kven som kjem». Desse orda har eg ofte fått høyre då eg har kome inn til pasientar i heimesjukepleia. I følgje Skatvedt & Andvig (2014) er kontinuitet blant personell eit sterkt ynskje pasientane har. Dersom ein veit kven som kjem, seier informantane i studien at det vert enklare å formidla kva ein har behov for (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 67). Å ha kjennskap til pasienten peikast og på som viktig i studien til Halvorsrud et al. (2014), det handlar om å kunne sjå endringar hjå pasienten (Halvorsrud et al., 2014, s. 7). At det er mange ulike pleiarar innom hjå pasienten, vert og framstilt som ein negativ tendens av informantar i studia til Berland et al. (2018), dette fører til at pasienten ikkje opnar seg om problema og utfordringane sine til kven som helst (Berland et al., 2018, s. 68). Om ein sjukepleiar skal klare å førebyggje depresjon tolkar eg det ut frå dette at ein god relasjon til pasienten er ein god start.

Travelbee (2017) legg vekt på menneske – til menneske – forhold for å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient (Travelbee, 2017, s. 171). Hummelvoll (2012) fokuserer og på fellesskapet mellom pasient og sjukepleiar for at opplevinga rundt pleia skal vera god. Vidare skriv han at eit fellesskap inneber at møtet mellom pleiar og pasient består av møtet mellom to menneskje og at rollene dermed vert lagt til side (Hummelvoll, 2012, s. 38). For å få til eit slikt forhold kan sjukepleiaren i følgje Travelbee (2017) gå fram på ulike måtar, men felles er at ein veit kva som gjerast, kva ein tenkjer, kjenner på og erfarer. Vidare seier ho at forholdet må byggjast over tid (Travelbee, 2017, s. 171).

Dersom ein har kjennskap til pasienten og utfordringane dei lever med, stiller ein sterkare til å lytte på ein slik måte at pasienten kjenner seg høyrte (Halvorsrud et al., 2014, s. 8 – 9). Dette er eit steg på vegen mot sjukepleiaren sitt mål; Å hjelpe den sjuke med å førebyggja sjukdom, meistra og å finna erfaring ved lidinga (Travelbee, 2017, s. 171). For å nå fram til målet og i tillegg skapa eit fellesskap mellom sjukepleiar og pasient kan ein i følgje Hummelvoll (2012) variera mellom det å vera nær og halde avstand, ein middelveg mellom støtte og utfordring (Hummelvoll, 2012, s. 38).

På vegen til eit menneske – til – menneske – forhold kan det vera utfordrande å sjå bort frå stigmatiseringa rundt ei pasientgruppe (Travelbee, 2017, s. 187). Dette kan sjåast i samanheng med at ein person som er på veg til å verta eller er nedstemt ofte opplevast som tung ved å ikkje respondera på kommunikasjon og har fokus på det negative. Ut frå dette krevjar det at pleiaren er tolmodig og har kunnskap rundt sjukdomsutviklinga (Hummelvoll, 2012, s. 207). Helsepersonell har ein tendens å sette eldre i ei gruppe og dermed dømme symptom ut frå utvikling (Lunde, 2020, s. 16). Og dei eldre set seg sjølv i bås og på den måten ikkje tolkar symptoma på depresjon rett eller i tide. Medan andre eldre veit kva symptoma som dukkar opp betyr, men ynskjer ikkje be om hjelp fordi sjukdommen er knytta til skam eller dei ikkje ynskjer å vera til bry (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 53 – 54). I desse situasjonane treng ein slike sjukepleiarar som blir framstilt i Skatvedt & Andvig (2014) sin studie der pasienten og pårørande peikar på sjukepleiaren som er pågåande og som ikkje gir seg. Vidare fortel pasienten at det som kan oppfattast som kjeft i nokre situasjonar var nettopp det som hjalp der og då. Med bakgrunn i dette, vert det påpeika viktigheita av ein god relasjon mellom pleiar og pasient for at ein slik kommunikasjon skal opplevast trygg (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 68). Dette kan som Travelbee (2017) skriv sjåast på som at sjukepleiaren klarer å sjå forbi sjukdommen, og dermed ser mennesket bak. Vidare skriv ho at vegen til eit menneske – til – menneske – forhold inkluderar å gi sjukepleie til dei pasientane ein ser på som både tiltrekkjande og fråstøytande. Det kan vera ein tendens til at det ofte er dei som treng mest hjelp som er minst tiltrekkjande, men dei er og menneskjer (Travelbee, 2017, s. 188).

Vidare i relasjonsbygginga vil identiteten til både pasient og sjukepleiar kome fram, det er i denne fasen pasienten oppfattast som unik frå sjukepleiar si side (Travelbee, 2017, s. 188 – 189). Å vise at pasienten er unik kan i følge Halvorsrud et al. (2014) innebera at pleiaren set seg ned og lyttar til historia bak sjukdommen. I studia kjem det fram at informantane har ved å lytte og teke seg litt ekstra tid fått informasjon som kan hjelpe dei til å bygga relasjonen vidare. Det fokuserast ikkje berre på sjukdom, men og daglegdagse samtalar (Halvorsrud et al., 2014, s. 8 – 9). Dette kan sjåast i samanheng med evna til å lytte utan å dømme. På den måten seier Hummelvoll (2012) at det dannast eit fellesskap mellom sjukepleiar og pasient. Vidare skriv han at ved å lytte til pasienten sin historie kan pleiaren skapa ein forståing som gjer at pasienten kjenner seg unik (Hummelvoll, 2012, s. 431).

Å sjå situasjonen frå pasienten si side, ta del i den, samtidig som ein står på utsida, er i følge Travelbee (2017) å visa empati. Ved å vise empati ovanfor pasienten vil ein klara å forutseie

kva som skal skje eller kva den andre treng dersom ein har erfart liknande sjølv eller ein har eit sterkt ønskje om å forstå. Vidare skriv Travelbee (2017) at empatifasen er ei bevist handling frå pleiaren si side og visast ved å oppleve nærleik utan at ein er for nær (Travelbee, 2017, s. 193 – 196). Dette kan blant anna innebære å gjere slik som informantane i studien, synga med den pasienten som tidlegare var medlem i eit kor og brukte mykje av si tid på song. Eller på den andre sida der informantar fortel om så nær relasjon til pasienten at ein ikkje treng å seie noko for å forstå kvarandre (Halvorsrud et al., 2014, s. 8). Dette handlar om å vera seg sjølv i møte med pasienten og sjå situasjonen gjennom den andre sine augo. Dersom ein klarer å bruke seg sjølv på denne måten, har ein større moglegheit for å oppnå ein relasjon og møta blir meningsfulle både for pasient og pleiar (Hummelvoll, 2012, s. 422).

5.2 Tiltak

I følge yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiaren utøve hjelp på ein slik måte at pasienten kjenner seg verdig og inkludert. Vidare skal hjelpa vera fagleg forsvarleg og utførast på ein omsorgsfull måte. Det vil seie at pasienten har rett å delta i avgjersler og ikkje kjenne på krenkelsar (NSF, 2019). Ein annan måte å forstå dette på kan vera at sjukepleiaren har som oppgåve å få til endringar hjå den som treng hjelp. Endringa utførast på ein måte som opplevast omtenkjam, med det målet at den hjelpande ser behovet for endring dersom ein skal oppnå best mogleg helse (Travelbee, 2017, s. 30). For å sikre at hjelpa utførast som beskrive over påpeikar pasient – og brukerrettighetslova (1999) på at alle pasientar i Noreg har rett på lik behandling. Vidare skal lova vera med på å fremje ein god relasjon mellom den som treng hjelp og dei som utøver hjelpa, samtidig som brukaren kjenner seg trygg og respektert (Pasient – og brukerrettighetslova, 1999, § 1 – 1). Lovverket hevdar og at pasienten har rett på hjelp frå kommunen (Pasient – og brukerrettighetslova, 1999, § 2 – 1 a). Dette innebera at lovverket skal sikre at hjelpa utførast med mål om førebyggjing, meistring av sjukdom eller liding. Vidare hevdar helse – og omsorgstenestelova (2011) blant anna at pasienten kjenner på sosial tilhøyre og fridom til å kunne bu heime eller der ein måtte ynskje å bu (Helse – og omsorgstenestelova, 2011, §1 – 1).

Mæland (2010) peikar på oppfatninga blant befolkninga om at alle skal ha eit liv fylt av meining og i stadig utvikling. Trass lovverk, yrkesetiske retningslinjer og gode siktemål, er det i følge Mæland (2010) ikkje ein sjølvfølge at alle menneskje har god helse. Det skrivast ofte om førebyggjing ved å rydde vekk all sjukdom og trugslar, men det som må fokuserast

på, hevder Mæland (2010) er å skape ei god helse til kvart individ med dei ressursane ein er født med og har rundt seg. På den andre sida kan førebyggjande helsearbeid vera med på å styrkja den helsa ein har og utviklast derifrå, førebyggjingsarbeid er inga kur mot sjukdom. Å jobbe førebyggjande er eit ansvar som ligg både hjå enkeltpersonane og fellesskapet (Mæland, 2010, s. 79 – 80).

I følge Engedal & Bjørkløf (2020) kan det vera utfordrande å fange opp alle som har depressive symptom med tanke på førebygging. Med organisering saman med andre aktørar, politiske og økonomiske tiltak, kan det letta arbeidet ved at ein fokusera på ulike grupper av befolkninga (Engedal & Bjørkøf, 2020, s. 192). Tiltak som allereie er oppretta er førebyggjande heimebesøk som vert utført av kompetent personell frå kommunen, det vil seie sjukepleiarar (Birkeland & Flovik, 2018, s. 106 – 108). For å sikre at hjelpa kjem tidleg på banen har regjeringa utarbeida ei samhandlingsreform der blant anna eigenmeistring, førebyggjing og tidleg hjelp vert sett i fokus (Meld. St. 29 (2012 – 2013), s. 14).

Fleire og fleire eldre ynskjer å bu heime lengst mogleg. Dette fører til at det vert meir ansvar på tenesta som vert tilbuddt i heimen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 22). Trass fleire eldre heimebuande, har eg ei oppfatning av at det og er ein del som er sjølvstendige og ikkje mottek kommunale helsetenester. Heimebesøket vert i følge Birkeland & Flovik (2018) tilbuddt dei eldste i kommunen, og målet med besøket er å la den eldre kjenne på at det er mogleg å bu heime og likevel ha eit fungerande nivå. Samtidig som pasientar med utfordringar skal fangast opp for å førebyggje sjukdom (Birkeland & Flovik, 2018, s. 106 – 107). Gjennom studia til Sjøbø et al. (2016) hevdast det at fleire av informantane ikkje hadde høyrte om førebyggjande heimebesøk før invitasjonen kom i deira hender. Nokre var negative til heimebesøket, medan andre tykte det ville verta bra å få eit avbrekk frå kvardagen. Trass skeptiske informantar kjem det fram fleire positive opplevingar kring besøket. Å kjenne seg som ein del av eit system, at nokre veit om dei og bryr seg er noko informantane løftar fram som positivt (Sjøbø et al., 2016, s. 51 – 54). Dette kan peika mot ei haldning hjå sjukepleiaren der fokuset er å auka tryggleiken, hjelpa den eldre til å vite om sine ressursar og å skapa oppleving av å verta verdsett og respektert (Birkeland & Flovik, 2018, s. 107).

Travelbee (2017) beskriv kommunikasjon som ein gjensidig prosess, der pleiaren er informativ og den sjuke får uttrykke sine behov. Positive tilbakemeldingar i studia kring førebyggjande heimebesøk, sett i samanheng med teori kan sjåast på som ein vellykka prosess

der sjukepleiaren har lykkast med å gi ei kjensle av at pasienten er unik i måten ein kommuniserar på (Travelbee, 2017, s. 137).

Sjølv om det kjem fram at fleire heimebuande i studia kring førebyggjande heimebesøk kjenner seg friske og aktive (Sjøbø et al., 2016, s. 52), er det samtidig ein del eldre heimebuande som har mista håpet, slit med å finna livsgnisten og kjenner seg som ei byrde for andre. I studien til Berland et al. (2018) vert det hevda av informantane at fleire eldre heimebuande mistar håpet dersom dei vert sjuke eller opplever det strevsamt å leva. Sosial isolasjon grunna høg alder, tap av nære venner, svekka mobilitet og utfordrande buforhold kan sjåast i samanheng med låg livsgnist. Det å ikkje lenger vere den som hjelper sine barn, men heller måtte ta i mot hjelp fører til at fleire kjenner på det å vera ei byrde. Ut frå dette fortel informantane om fleire eldre som gjev uttrykk for å ikkje ville leve lenger. Dei eldre opplevast som deprimerte (Berland et al., 2018, s. 68 – 70).

Med bakgrunn i dette kan eit tiltak for å førebyggje vera å hjelpa pasienten til å finna meininga, å kjenna at ein betyr noko for nokon. Å finna meininga er i følgje Travelbee (2017) ei viktig sjukepleieoppgåve (Travelbee, 2017, s. 37). Dersom ein person opplever å verte sjuk, har han eit like stort behov for å kjenne seg verdig og til nytte som ein frisk person. Det vil seie at det sosiale nettverket er av stor betydning for den sjuke (Travelbee, 2017, s. 106 – 107). Dette peikast og på i studia kring *LEV – VEL; kultur og eldre* prosjektet, der fleire informantar seier at dei eldre opplev å få større sosiale møteplassar ved at dei er med i dette prosjektet (Fossøy et al., 2018, s. 136). Informantane i studia kring gruppedeltaking hevdar det same, å vere ein del av ei gruppe og møta nye menneskje har gjort at dei har noko å sjå fram til. Vidare seier dei at deltaking i gruppa har ført til auka sjølvtilitt og dermed større sjans og vilje til å møta nye menneskje utanfor gruppa (Djukanovic et al., 2015, s. 996 – 997). Dette samsvarar med det Hummelvoll (2012) skriv; at ved å nytte andre i same situasjon vil pasienten kjenna på eit fellesskap. For å sikre at ein lukkast i arbeidet kring sosial tilhørigheit kan det i følgje Hummelvoll (2012) arbeidast med å ta pasienten med på aktivitetar som ein veit dei tidlegare likte eller var interessert i. Han peikar på at aktiviteten må vera overkommeleg dersom pasienten skal kjenna på styrke sjølvkjensle og meining (Hummelvoll, 2012, s. 209 – 210). Dette hevdar og reforma *Lev hele livet* som seier at ein skal fokusera på å inkludera dei eldre i aktivitetar som gjer at dei vil kjenna mindre på einsemd og sosiale ulikheitlar og meir på inkludering (Meld. St. 15 (2017 – 2018), s. 57). Å kjenna på styrka sjølvkjensle og meining er noko deltakarane i prosjektet *LEV – VEL; kultur og eldre* gjer då

aktørane har laga eit opplegg der dei som til dømes tidlegare var handtverkarar kan nytta sin kunnskap ved å delta på sin måte. Dette førte til at dei fekk nytta sin kunnskap og kjente seg verdifulle og likeverdige, det bekrefta at det fortsatt var bruk for dei i samfunnet (Fossøy et al., 2018, s. 137).

Å søkje hjelp kan føre til ei negativ kjensle hjå pasienten. Difor er det særskilt viktig at hjelpepersonell har ei akseptierende haldning som fører til tryggleik og meistring. Dersom pasienten får ei slik kjensle kan det sjåast på som eit liv med meining, altså å bety noko for nokon (Hummelvoll, 2012, s. 40). Berland et al. (2018) peikar på pasientar som manglar det sosiale nettverket og kjenner seg einsam. Dette fordi fleire av dei eldre hadde einestadar og utfordringar med å komma seg ut, eller andre som budde i blokker utan heis og dermed ingen moglegheit til å klare seg sjølv. På den andre sida fortel informantane om pasientar som bur i nærleiken av sosiale møtestadar og påpeikar at alle eldre burde fått tilbod om å delta. Eittersom fleire eldre ikkje har vore på sosiale møtestadar, opplev informantane at nokre ikkje ønskjer å delta, dei har bestemt seg for å ikkje like det. Samtidig som informantane seier at dei skulle ynskja meir tid til å snakke med og informera pasienten om tilboda som finnast, men økonomi og tidspress set ein stoppar for gode samtalar (Berland et al., 2018, s. 69 – 70).

Tida er knapp og pasienten nedstemt, vil ikkje nokon ting. Denne erfaringa har eg sjølv kjent på i møte med den eldre pasienten. Det eg undrar meg over er korleis ein disponera tida og korleis samtalen vert lagt opp. I følgje Berland et al. (2018) fortel informantar om disponering av tida ved at dei eine dagen nyttar tid hjå den som opplevast som nedstemt, medan neste dag er det ein annan som får tida til den korte samtalen. Eittersom informantane hadde fått beskjed om å ikkje vere selskapsdame, vert ansvaret lagt på den enkelte pleiar til å disponere tida si. Noko som vart sitt på som utfordrande då pleiaren syntest alle pasientar burde fått moglegheit for samtalar (Berland et al., 2018, s. 70). I kontrast med beskjed om å ikkje vera selskapsdame kan ein sjå på resultatane frå studien kring små tiltak heimesjukepleia gjer i møte med den nedstemte pasienten. Her vert det påpeikt at pasientane saknar nokon å snakka med, dei etterlyser ein trivselssjukepleiar som har i oppgåve å snakke (Berland et al., 2018, s. 70) (Halvorsrud et al., 2014, s. 9).

I følgje Hummelvoll (2012) er kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar eit samspel, dette forståast som ein felles dialog der det både er verbal og non – verbal kommunikasjon (Hummelvoll, 2012, s. 420 – 421). Ein samtale kan både vere spontan eller avtalt

(Hummelvoll, 2012, s. 426). Eigne erfaringar har vist at det er fleire tiltak som omhandlar støttesamtaler i heimesjukepleia, mens andre som ikkje har dette tiltaket nyttar tida som inngår i andre tiltak til samtale. Det å sitte i heimen å vente på heimesjukepleia skal komme samtidig som ein har trong for å prate med nokon ser eg på som utfordrande frå pasienten si side. Samtidig har eg kjent på tidspress inne hjå pasienten då neste på lista ventar, trass dette prøver ein alt i si makt for at tidspresset ikkje skal gå utover kvaliteten på samtalen.

Som helsepersonell har ein via utdanninga lært å følgje yrkesetiske retningslinjer som mellom anna seier at ein skal utøva sjukepleie på ein slik måte at pasienten kjenner seg sett, høyrte og forstått på ein profesjonell måte (NSF, 2019). Medan lova om kommunal helse – og omsorgstenester (2011) på ei annan side påpeikar at alle som er busett i ein kommune skal ha helsehjelp og det er kommunen sitt ansvar å planleggja og gjennomføra hjelpa (Helse – og omsorgstenestelova, 2011, § 3 – 1). Det vil seie at det er den som står med pasientlista i handa som må disponere tida. Bestemme kven det er som får mest av tida på denne vakta, noko eg sjølv har kjent på som utfordrande. Disponering av tid er i midlertidig eit tema i studia kring møte med den nedstemte pasienten, der informantane fortel om kor lite som skal til for at pasienten kjenner på trivsel. Vidare hevdast det at samtalen ikkje treng å vera lang, fem minutt ekstra betyr mykje for pasienten (Halvorsrud et al., 2014, s. 9). Birkeland & Flovik (2018) påpeikar kor viktig den sosiale rolla til heimesjukepleia er. Samtidig som det kjem fram at sjukepleiaren nyttar tida ulikt hjå pasienten, nokon set seg ned mens andre ikkje tar seg tida til samtalen. Det pasienten ønskjer hevder Birkeland & Flovik (2018) er ein positiv sjukepleiar med godt humør og samtalar rundt kvardagslege tema. Vidare likar pasienten at pleiaren byr på seg sjølv med å fortelja og kan uttala seg om sine meiningar om tema dei snakkar om, å vera personleg samtidig som ein kjenner kor grensene går (Birkeland & Flovik, 2018, s. 73 – 74). Dette kan sjåast på som å nytta seg sjølv terapeutisk i møte med pasienten ettersom sjukepleiaren vert personleg. Dersom sjukepleiaren nyttar seg sjølv terapeutisk vil det hjelpa mot målet om å hjelpa til å førebyggja, meistra eller finna meining i sjukdom hjå pasienten (Travelbee, 2017, s. 41 – 44).

6.0 Avslutning

Gjennom denne litteraturstudien har eg undersøkt korleis sjukepleiar kan førebyggje depresjon hjå eldre heimebuande pasientar. Etter å ha lese forskingsartiklar kjem det klart

fram at relasjon mellom pasient og sjukepleiar er eit viktig grunnlag for førebyggjing. For å skape ein relasjon er ein avhengig av at sjukepleiar og pasient ser på hjelpa som utøvast som eit fellesskap mellom to menneskjer, og dermed legg rollene til sides. Å byggje ein god relasjon krev tid. Om noko skal byggjast opp over tid, er det naudsynt at det er same person eller få personar som er involvert. I pleiesamanheng vil det seie at det krev kontinuitet i besøkja. Vidare i relasjonsbygginga krev det at sjukepleiaren gjev av seg sjølv. Sjukepleiaren nyttar seg sjølv personleg på ein slik måte at pasienten kjenner seg sett, høyrte og forstått, men likevel held avstand. Ved å opptre personleg vil pasienten oppleve at sjukepleiaren ser på han eller henne som unik, og dermed ser mennesket bak utfordringane. Dette vil og opplevast som empati ovanfor pasienten. På den måten kjem det fram i forskingsstudiane at sjukepleiaren kan oppdaga endring hjå pasienten og dermed hjelpe med å førebyggje.

Som sjukepleiar har ein både yrkesetiske retningslinjer og lovverk ein skal følgja. I tillegg til dette er det ei leiing som planlegg, fordelar og forventar god arbeidsinnsats. Trass dette er det sjukepleiaren som står med pasientlista og skal utføra alle tiltaka innan tida. I besøket hjå pasienten opplever ein at nokre kjenner på sosial isolasjon og dermed einsemd, mens andre kjenner seg til bry og manglar meining med livet. Med pasientlista på lomma og tidspresset i tankane er det sjukepleiaren som møter desse utfordringane og må etter beste evne hjelpa pasienten. Å hjelpa pasienten handlar i dette tilfellet om å førebyggja depresjon.

For å førebyggja depresjon må pasientane som sit heime med symptom verta oppdaga. Ein måte å oppdage dei på er at kommunane tilbyr førebyggjande heimebesøk til eldre. I besøket er ein avhengig av at pasienten får ei god oppleving, slik at dei vil ta i mot hjelp dersom eller når dei treng det. Ved å besøka dei eldre i heimen deira, fører det til at dei har ein person i kommunen som dei kjenner, og dermed allereie har starta ei relasjonsbygging med.

Sosial tilhøyre er noko fleire eldre saknar. Forskingsartiklane viser at det å høyre til ei gruppe har førebyggjande verknad på pasientane. Ved å kjenna at ein høyrer til ein stad vil pasienten oppleve seg sjølv nyttig og bety noko for nokon. Ein måte å gje denne kjensla på er å la pasienten vera med på å mimra om gamle dagar eller la dei delta i faget som dei tidlegare har jobba med. Det kjem fram at pasientane i studiane har kjent på verdigheit og likeverd ved å vera ein del av ei gruppe. Nokre pasientar seier dei ikkje ynskjer å delta på det sosiale, det må ein respektera. Men har ein god relasjon med pasienten kan ein nytte det til sin fordel ved å

vera pågåande og ikkje gje seg ved første motgang. Dette er noko pasientar i studiane har kjent på som godt og nyttig i ettertid.

Samtale og kommunikasjon med pasienten er eit anna tiltak som viser seg kan hjelpa mot å førebyggja depresjon hjå pasienten. Å ha nokon å snakke med vert uttalt i fleire studiar som eit sagn hjå pasienten. Dette kan sjåast i samanheng med tidspress og mangel på kontinuitet. For å løyse problemet må sjukepleiaren nytte tida si godt hjå pasienten. Dersom tiltaket omhandlar støttesamtale er problemet løyst, men det krevjar kontinuitet slik at pasienten ynskjer opne seg om utfordringane. Om pasienten ikkje har tiltak til samtale, vil det vera ein fordel om sjukepleiaren har ein relasjon til pasienten som lettare fortel til den han kjenner. I studiane kjem det fram at sjukepleiaren nyttar tid til samtale hjå ulike pasientar, alt etter kven som har størst behov den dagen. I møtet med pasientane tenkjer ein ofte at samtale tar for lang tid. Men det viser seg at pasientane ikkje krevjar mykje. Alt dei vil ha er ein kvardagsleg samtale frå ein positiv og hyggjeleg sjukepleiar som klarer å gi litt av seg sjølv i møtet.

Referanseliste

- Berland, A., Solheim, A. & Holm, A. L. (2018). Eldre pasienter som ønsker å dø. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8 (1), s. 63 - 74.
<https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686.2018-01-06>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Absstrakt forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Djukanovic, I., Carlsson, J. & Peterson, U. (2015). Group discussions with structured reminiscence and a problem – based method as an intervention ti prevent depressive symptoms in older perople. *Journal of clinical nursing*, s. 992 – 1000. <https://doi.org/10.1111/jocn.13110>
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2020). *Depresjon hos eldre* (2. utg.). Stavanger: Hertervig Forlag
- Forskningsetikkloven (2006). Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (LOV-2006-06-30-56). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2006-06-30-56>

- Fossøy, A. B., Grov, E. K. & Sandvoll, A. M. (2018). Magiske augneblikk; erfaringar med kulturprosjekt for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (2), s. 132 – 142. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-02-09>
- Grønli, O. K. (2020). Depresjon hos eldre. I J. Tonga & M. Bystad (Red.). *Psykisk helse hos eldre: Mestring og behandling* (s. 111 – 136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleie forskning*, s. 1 – 15. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0133>
- Hands. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. https://quest.eb.com/search/139_1964029/1/139_1964029/cite
- Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lunde, L – H. (2020). Aldring og myter om eldre. I J. Tonga & M. Bystad (Red.). *Psykisk helse hos eldre: Mestring og behandling* (s. 15 – 32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Meld. St. 15 (2017 – 2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse – og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 15 \(2017–2018\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Meld. St. 29 (2012 – 2013). *Morgendagens omsorg*. Helse – og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 29 \(2012–2013\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012).
Helsefremmende arbeid: ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utgave, s. 14 – 36). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Moksnes, K. M. (2015). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stanicke (Red.). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (1. utg., 4. opplag, s. 446 – 486). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid; Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Nordhus, I. H. & Flo, E. (2020). Eldre og psykisk helse. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.). *Eldreboken: Diagnoser og behandling* (s. 292 – 308). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Norsk sykepleieforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Henta frå [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](https://www.nsf.no)
- Pasient – og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rolfdattera (2020, 27. januar). Dikt: å bli sett. *Rolfdattera*. Henta frå [Dikt: å bli sett – Rolfdattera \(wordpress.com\)](https://www.rolfdattera.com)
- Sjøbbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (1), s. 47 – 58.

Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleie forskning*, 9 (1), s. 64 – 70.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0034>

Thidemann, I – J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg., 8. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Øvereng, A. (2019, 10. april). Nyttig på nett om depresjon hos eldre. *Psykobloggen*. Henta frå [Depresjon hos eldre - Mental Helse](#)

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO – skjema

Population / problem	Intervention	Comparison	Outcome
Hjemmeboende Living home	Depresjon Depression		Forebygge Prevent
Hjemmesykepleie Home nursing	Psykisk helse Mental health		
Eldre Older			

Vedlegg 2 – Presentasjon av søkeprosess

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensing	Relevant resultat
22.02.2021	Idunn	Depresjon Eldre Forebygg* Hjemmesykeplei*	Helse og sosialfag 2015:2021	Søket resulterte i 691 treff, eg fann tre forskingsartiklar relevante for oppgåva. <i>Eldre pasienter som ønsker å dø.</i> <i>Magiske øyeblikk; erfaringar med kulturprosjekt med eldre.</i> <i>Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk?</i>
25.02.2021	Cinahl	Home health care Home nursing Older Depression Mental health Prevent	Peer reviewed 2015:2021	Søket resulterte i 190 treff, der eg fann ein artikkel relevant for å svare på problemstillinga. <i>Group discussions with structured reminiscence and a problem - based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people</i>
05.03.2021	SveMed+	Hjemmeboende Hjemmesykepleie Eldre Depresjon Mental helse Forebygge	Full tekst Norsk	Søket resulterte i 62 treff, kor eg fann ein forskingsartikkel relevant. <i>Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten.</i>

Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Oversiktstabell artiklar						
Tittel	Forfatter	År	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Eldre pasienter som ønsker å dø	Berland, A., Solheim, A. & Holm, A. L.	2018	Erfaringer, oppfatninger og tiltak helsepersonell har i forbindelse med pasienter som ikkje ønsker å leve.	Kvalitativ - Fokusgruppe intervju.	8 helsepersonell (sjukepleiarar og omsorgsarbeidere), jobba i heimesjukepleien, frå 3 kommuner i Noreg.	Hovudtema: Eit liv utan meining. Undertema: 1; Mangel på håp, 2; Rop om hjelp, 3; Mangel på livsgnist, 4; Kjensle av å vere ein byrde, 5; Kjensle av å vera einsam og 6; Lite sosialt nettverk.
Magiske augeblikk; erfaringar med kulturprosjekt med eldre	Forrøy, A. B., Grov, E. K. & Sandvoll, A. M.	2018	Erfaring og forståing med prosjektet, ut frå aktørane sitt ståsted.	Kvalitativ - Fokusgruppe intervju.	11 aktørar (fagarbeidarar, leiarar og frivillige arbeidarar).	Ved ulike oppgåver, kjem minner tilbake og aktørane opplev magiske augeblikk. Bilete og andre detaljar skaper eringdring og tilbakeblikk hjå aktøren. Ein nyttar seg av kunnskap og erfaring aktørane sit med, slik at dei skal kunne kjenne seg verdigfull og likeverdige.
Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk?	Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O.	2016	Eldre menneskers erfaring med forebyggjande heimebesøk.	Kvalitativ; Fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming. Basert på semistrukturerte intervju.	15 peronar over 80 år (åtta kvinner og sju menn).	Fleire var skeptiske til forebyggjande heimebesøk. Likevell kjem det fram i resultatet at fleire hadde positive opplevingar rundt besøket med at dei kjente seg sitt og trygg, fekk nyttige råd og påminningar.
Group discussions with structured reminiscence and a problem - based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people	Djukanovic, I., Carlsson, J. & Peterson, U.	2015	Måle effekt av samtaler i grupper for å forhindre depressive symptomter.	Kvalitativ; Kvasi - eksperimentell	18 deltakere mellom 55 - 80 år, pensjonister i eit samfunn i Sverige.	Deltakerane opplevde positive resultat etter gruppesamtaler, det vart framstilt nedgang i symptomter på depresjon. På den andre sida vart det ikkje målt langvarig effekt av samtalaner.
Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G.	2014	Undersøka korleis den nedstemte pasienten i heimesjukepleien blir omtala av personalet, i tillegg til å sjå på kva hjelpande tiltak som utførast.	Kvalitativ; Semistrukturerte intervjuer.	Ti kvinnlege sjukepleiarar i heimesjukepleien (30 - 56 år).	For å kunne sjå endringar hjå pasienten er det fordel at sjukepleieren har ein relasjon til pasienten. Depressive symptom blir fanga opp ved å sjå endringar i pasienten sin kvardag. Sjukepleieren ønska å gi ekstra tid til pasienten, men tidspress og mangel på kontinuitet gjer det utfordrande.
Betydningen av tid til samvær og vennligsimnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten	Skatvedt, A. & Andvig, E.	2014	Studera erfaringar frå eldre med psykiske helseutfordringar som mottar tenesta frå kommunehelsetenesta, samt pårørande; kva kan gjerast for å få det betre.	Kvalitativ.	16 brukera (gjennomsnittsalder på 70 år). Fire pårørande (tre ektemenn og eit barn).	Brukaren ønskjer meir tid, tid til å bli sett, høyrte og forstått. Dersom meir tid, større sjans for å skape relasjon og at brukaren opnar seg i samtale. Pårørande treng personal som er meir pågåande i vanskelege periodar der pasienten ikkje vil. Brukaren treng ikkje bli dulla med.