



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 436

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8036

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 20

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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

Depresjon hos eldre med hjemmesykepleie

Depression in elderly with home health care

**Kandidatnummer: 436**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-  
og omsorgsvitenskap/Sykepleie Bergen

Veileder: Anonymt

Innleveringsdato 22.05.2020

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, § 10.

## Abstract

**Aim:** To investigate the effect of preventive measures in elderly depressed patients and how this could reduce depressive symptoms. The research question was: How can nurses help prevent depression in the elderly who receive home health care?

**Methods:** A systematic literature review was conducted with systematic searches in periods 05.12.2019 - 17.01.2020. The articles were retrieved from Academic Search Elite, Cinahl and Medline, and were critically evaluated with checklists.

**Results:** Today's challenges in home health care is deal with adequate competence and its use, how to use depression assessment tools, time to build a nurse-patient relationship, lack of continuity, financial and organizational management, and time pressure. This is evident in the articles. An ever-increasing population of older people and the home health care's greater role in the treatment after the interaction reform requires good knowledge to ensure good quality of service for the elderly.

**Conclusion:** Existing findings shows an absence of health-promoting and preventing measures. The focus is on how lack of knowledge and competence, the nurse-patient relationship, the organization of home health care and the lack of continuity affect the nurse's ability to detect depression. Future research should focus on implement the preventive measures against depression in home health care and how this can be done in at reasonable manners within the limits of home health care.

**Keyword:** Depression, elderly, home health care, health promotion.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling .....	6
1.3 Begrepsforklaringer.....	6
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>7</b>
2.1 Depresjon hos eldre .....	7
2.1.1 Symptomer på depresjon hos eldre menneske.....	7
2.1.2 Risikofaktorer ved depresjon hos eldre mennesker.....	8
2.2 Kartlegging ved en depresjon hos eldre .....	8
2.2.1 Kartleggingsverktøy .....	9
2.3 Hjemmesykepleien .....	9
2.3.1 Organisering av hjemmesykepleien.....	9
2.3.2 Primærhelsetjenestens oppgaver.....	10
2.4 Gode relasjoner mellom sykepleier og pasient.....	11
2.4.1 Joyce Travelbee – menneske-til-menneske-forhold.....	11
2.5 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid hos eldre med depresjon .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie .....	13
3.2 Spørsmålsformulering og avgrensninger.....	13
3.2.1 PICO .....	13
3.2.2 Inklusjonskriterier.....	13
3.2.3 Eksklusjonskriterier .....	14
3.3 Søkehistorikk.....	14
3.4 Kvalitetssjekk av artikler.....	15
3.5 Kildekritikk .....	15
3.6 Metodekritikk .....	16
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>17</b>
4.1 Viktigheten av kunnskap og kompetanse.....	17
4.2 Sykepleiers forebyggende rolle og funksjon ved depresjon.....	17
4.3 Betydningen av en relasjon til pasientene .....	18

4.4	Utfordringer knyttet til hjemmesykepleien .....	19
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
5.1	Viktigheten av kunnskap og kompetanse.....	20
5.2	Sykepleiers forebyggende rolle og funksjon ved depresjon.....	22
5.2.1	Sykepleierobservasjoner og kartlegging.....	22
5.2.2	Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.....	24
5.3	Betydningen av en relasjon til pasientene .....	25
5.4	Utfordringer knyttet til hjemmesykepleien .....	27
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>29</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>30</b>
	<b>Vedlegg 1 – PICO-skjema .....</b>	<b>34</b>
	<b>Vedlegg 2 – Søkestrategi/søkehistorie .....</b>	<b>35</b>
	<b>Vedlegg 3 – Flytskjema .....</b>	<b>37</b>
	<b>Vedlegg 4 – Litteraturnmatrise.....</b>	<b>38</b>

Tall på ord: 8036<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Ord uten innholdsfortegnelse, vedlegg, referanseliste og fortløpende referanser

## 1.0 Innledning

En depresjon kan ikke sammenlignes med å være litt nedfor, det er en sykdom som påvirker hverdagen over uker eller måneder. Det er normalt å føle seg nedfor eller trist fra tid til annen, men ved en depresjon vil det lave stemningsleiet være mye lenger og det påvirker både søvn, relasjoner til andre mennesker, jobb og appetitt (Helsebiblioteket, 2018). Ifølge helsedirektoratet er forekomsten av depressive lidelser høy og cirka 1 av 5 mennesker vil i løpet av livet oppleve depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 1). Verdens helseorganisasjon har rangert depresjon på en fjerdeplass over lidelsene i verden som fører til størst tap av både livskvalitet og leveår. Flere analyser peker mot at depresjon er på vei å bli den ledende årsaken til sykdom i den vestlige delen av verden (Helsedirektoratet, 2009, side 1). Uansett aldersgruppe, er depresjon en smertefull, invalidiserende og til tider en livstruende tilstand.

Depresjon opptrer ofte som en skjult lidelse der personen sliter alene, uten at det blir stilt en diagnose. Dette har vist seg å være tilfellet for mange eldre. Det anslås at så mange som 60% av eldre med depresjon ikke blir diagnostisert eller får behandling (Fjørtoft, 2016, s. 86). Eldre med depresjon utgjør dermed en stor gruppe som har behov for helsetjenester. Det er flere årsaker til at eldre er disponert for depresjon, det kan være aldersforandringer i hjernen, tap av funksjoner, sosialt nettverk, helsesvikt, nære personer eller somatiske sykdommer (Norsk helseinformatikk, 2018). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (Brofoss & Larsen, 2001- 2009) påpeker at eldre med depresjon er en stor pasientgruppe med et mangelfullt helsetilbud. Befolkningssammensetningen er i endring og på grunn av dette får vi et økt antall eldre og det vil bli et økende behov for opprustning av tilbudene, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene (Brofoss & Larsen, 2001- 2009). Hjemmesykepleien har gått fra å være et supplement til spesialisthelsetjenesten til å ha en sentral plass i helse- og omsorgstilbudet til befolkningen. Gjennom samhandlingsreformen har en større andel av helsetjenestene blitt overført fra institusjon til primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 – 2009).

### 1.1 Valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om sykepleiers forebyggende rolle ved depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie og faktorer som påvirker oppdagelsen av depresjon. Valg av tema er basert egne erfaringer i praksis og jobb, der mange eldre pasienter gir uttrykk for at de er deprimerte eller har nedstemt stemningsleie. Disse erfaringen er basert på observasjoner

og samtaler jeg har hatt pasienter gjennom jobb og praksis. Jeg har lenge vært opptatt av eldreomsorgen, men etter at jeg selv begynte å jobbe i hjemmesykepleien, har dette blitt en hjertesak for meg. Gjennom praksis og jobb har jeg sett at en relasjon mellom hjelper og pasient har noe å si for hvordan de uttrykker følelser og tanker. For å tilegne meg mer kunnskap om emnet og forbedre min egen rolle som sykepleier, har jeg valgt å gjennomføre en litteraturstudie der jeg prøver å finne forebyggende tiltak mot depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie.

## 1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av depresjon hos eldre som mottar hjemmesykepleie?».

## 1.3 Begrepsforklaringer

**Eldre:** Verdens helseorganisasjon har definert eldre som mennesker mellom 60 til 74 år, mens begrepet gammel blir brukt om de som er over 75 år (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 13).

**Risikofaktorer:** Begrepet risikofaktor brukes som en fellesbetegnelse om forhold som gir økt fare for at en person utvikler et problem. Risikofaktorer har stor betydning når det kommer til den forebyggende innsatsen mot risikogrupper (Regjeringen, 2015).

**Kontinuitet:** Kontinuitet vil si en uavbrutt sammenheng, altså en utvikling som ikke blir avbrutt (Store norske leksikon, 2019).

**Depresjon:** «Ordet depresjon kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking» (Hummelvoll, 2012, s. 193).



## 2.0 Teori

Norsk helseinformatikk (2019) definerer depresjon som en tilstand som har vart i mer enn 2 uker og som ikke er et direkte resultat av rusmisbruk eller kroppslig sykdom. Pasienten skal også ha minst to av følgende hovedsymptomer; interesse- og gledesløshet, depressivt stemningsleie og økt tretthet eller energitap. Andre symptomer på depresjon kan være redusert selvfølelse og selvtillit, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, søvnforstyrrelser, planer om eller utføring av selvskading eller selvmord og redusert eller endret appetitt. Depresjon deles inn i tre grader, mild-, moderat- og alvorlig depresjon. Ved mild depresjon har pasienten to av hovedsymptomene og minst to av de andre symptomene. Ingen av symptomene har alvorlig grad og pasienten vil vanligvis fungere sosialt og i arbeid med noen vansker. Ved moderat depresjon har pasienten to av hovedsymptomene og minst fire av de andre symptomene. Flere av symptomene har alvorlig grad og pasienten vil vanligvis ikke fungere sosialt eller i arbeid. Ved alvorlig depresjon har pasienten alle de tre hovedsymptomene og minst seks av de andre symptomene. Flere av symptomene har svært alvorlig grad og pasienten fungerer ikke sosialt eller i arbeid, og har vanligvis problemer med daglige gjøremål (Norsk helseinformatikk, 2019).

### 2.1 Depresjon hos eldre

Det hevdes at depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet hos eldre mennesker. En forklaring er helsepersonellens manglende kunnskaper til å gjenkjenne symptomene på depresjon hos eldre og at det er vanskelig skille mellom depresjon, ensomhetsfølelse og naturlig sorgreaksjoner (Engedal, 2008, s. 99). Ifølge Engedal & Bjørkløf (2014, s. 46) er det gjennomført en rekke svenske, amerikanske og norske studier som viser at forekomsten av depresjon øker med alderen etter 65-årsalderen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 46).

#### 2.1.1 Symptomer på depresjon hos eldre menneske

Det er mange eldre mennesker som sliter med en depresjon uten at det foreligger et tilbud om behandling. Flere eldre klarer ikke å tolke symptomene som oppstår i sammenheng med depresjon. Uopplagthet, tretthet, manglende energi og glede i hverdagen kan av mange bli tolket som en del av livet og aldringsprosessen (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 47). Hvis sykepleier har en manglende kunnskap og evne til å gjenkjenne symptomer og tegn på at et eldre menneske er deprimert, kan dette føre til underbehandling (Engedal & Bjørkløf, 2014, s.

48). Det er ikke alltid sykdomsbildet passer med de diagnostiske kriteriene til depressive lidelser. Tristhets symptom kan være mindre fremtredende og det kan være andre enkelt symptomer som står mer i forgrunnen. De depressive symptomene kan være maskert av andre symptomer som hodepine eller magesmerter, som den eldre tror skyldes en somatisk sykdom (Engedal, 2008, s. 113). Depresjonen blir i større grad preget av manglende interesser og initiativløshet i hverdagen, og de kan klage over fysiske plager, uro og redusert hukommelse (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 51).

### 2.1.2 Risikofaktorer ved depresjon hos eldre mennesker

Tap av sosiale relasjoner, ektefelle, nær pårørende, funksjonsevne, helse, selvstendighet, posisjon, rolle og tap av evnen til omstilling regnes som vesentlig utløsende faktorer for depresjon. Det er trolig en kombinasjon av flere faktorer som opptrer samtidig. Faktorer som kan utløse en depresjon på grunn av alderdom kan være psykologiske, sosial natur og biologiske endringer (Engedal, 2008, s. 105). Det ses også en sammenheng mellom økt forekomst av depresjon og somatisk sykdom. Hjertelidelser, infeksjonssykdom, anemi, kreftsykdom, lavt stoffskifte, hyper-/hypokaliemi, vitaminmangel, demens, hjerneslag og Parkinson er sykdommer som ofte er forbundet med økt risiko for depresjon (Engedal, 2008, s. 107). Det ses en hyppig sammenheng i at depresjon oppstår som en reaksjon på somatisk sykdom, gjerne i forbindelse med funksjonstap som føre til at den eldre må legge om på livsvaner, sitt sosiale liv og tapet av tidligere autonomi (Engedal, 2008, s. 108). Både behandlingen den eldre får for depresjonen og de antidepressive medikamentene kan være med på å fremkalle depresjon (Engedal, 2008, s. 108).

## 2.2 Kartlegging ved en depresjon hos eldre

Kartleggingen av pasienten gir et viktig grunnlag i det videre arbeidet med depresjonen, og er et hjelpemiddel som gir et innblikk i pasientens helsetilstand. Ut ifra dette kan en lettere oppdage forandringer som skjer i helsetilstanden og som krever tiltak. Det kan tas i bruk ulike kartleggingsverktøy som et hjelpemiddel i arbeidet. Kartlegging er også med på å gi individuell tilpasset omsorg til den enkelte pasienten. Av de kartleggingsverktøyene vi har, så er vurderingsskjema et av de viktigste og det har vist seg at bruken av disse forbedrer vurderinger som blir gjort i forhold til pasienten (Kirkevold, 2014, 122). Det er viktig at pasientgruppene med økt risiko for depresjon får gjennomført rutinemessig kartlegging (Helsedirektoratet, 2009, s. 27). Selv om kartleggingsverktøy er gode hjelpemidler, er det

fortsatt viktig å bruke et faglig skjønn i de enkelte vurderingene (Fjørtoft, 2016, 2. 172). Hos de geriatiske pasientene er Cornells skala, Geriatric Depression Scale ([GDS]) og Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale ([MADRS]) de mest brukte kartleggingskjemaene (Kirkevold, 2014, s. 129).

### 2.2.1 Kartleggingsverktøy

Cornell skala for depresjon brukes hos de pasientene som har en demensdiagnose i tillegg. For å fylle ut skalaen, brukes det en samtale med pasientens pårørende (Kirkevold, 2014, s. 129). GDS brukes for å identifisere en mulig depresjon. Evalueringsskjemaet består av 30 ja og nei spørsmål som pasienten selv svarer på. Det anbefales å gjennomføre et intervju når skalaen fylles ut, som et supplement. Dersom sumskåren er over 11, indikerer dette at pasienten har en depresjon (Kirkevold, 2014, s. 130-131). MADRS er et veletablert kartleggingsverktøy i Norden og skalaen er sensitiv for endringer som kan oppstå hos pasienten. Fokuset i skjemat er på 10 emosjonelle områder og hver av disse områdene rangeres fra 0 til 6. Scoren pasienten ender opp med antyder graden av depresjonen. Utfyllingen skjer ved hjelp av intervju og observasjoner med pasienten og/eller pårørende (Kirkevold, 2014, s. 129).

## 2.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten og tilbyr pleie- og omsorgstjenester til personer som bor uten for en helseinstitusjon. Hjemmesykepleien er en vesentlig del av eldreomsorgen, selv om tjenesten ikke er begrenset til eldre mennesker. Tjenesten skal være et behandlingsalternativ til helseinstitusjoner når det er medisinsk forsvarlig (Store medisinske leksikon, 2017).

### 2.3.1 Organisering av hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er den største primærhelsetjenesten i Norge og antall pasienter øker stadig. Kommunene er selv ansvarlige for hvordan hjemmesykepleien organiseres og disse valgene tas av politikere og kommunens administrasjonsledelse. Organiseringen har stor betydning for kvaliteten av tjenesten og pasientsikkerheten og god kvalitet kan ses på som trygge, virkningsfulle og sikre tjenester der pasientene blir involvert i beslutninger og at tjenesten er samordnet og har kontinuitet (Kattouw & Wiig, 2018). For at pasientene skal oppleve kvalitet i tjenestene de mottar er det viktig med kjennskap, forutsigbarhet og kontinuitet. Pasientene påvirkes av den store variasjonen av ansatte de må forholde seg til,

som skaper lavere forutsigbarhet i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Regjeringen (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58) har som mål å styrke kompetanse og kunnskapsgrunnlaget innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. De trekker frem at de ansatte er tjenestens viktigste ressurs og tjenesten er avhengige av at personalet har de rette kvalifikasjonene, kunnskapene og holdningene. Gjennom god kompetanse leveres gode, effektive og trygge tjenester. Å arbeide kunnskapsbasert er en viktig forutsetning for at pasientene skal få trygg og sikker helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Det er kommunen selv som er pliktig til å lære opp og oppdatere helsepersonell i grunn-, videre- og etterutdanning. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene står ovenfor personell- og kompetansemessige utfordringer knyttet til kvaliteten på tjenestetilbudet og kapasiteten. Disse utfordringen er knyttet til å ha nok arbeidskraft og at denne arbeidskraften har den riktige kompetansen (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58).

### 2.3.2 Primærhelsetjenestens oppgaver

Samhandlingsreformen (Helse- og sosialdepartementet, 2008 – 2009) kom med føringer for økning i grad av oppfølging av pasientene i kommunalhelsetjenesten. For å bidra til bedre kontinuitet har kommunene selv blitt pliktige til å ha en koordinator til pasientene med langvarige forhold (Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Selv om hjemmesykepleien har overtatt mer ansvar for behandling i hjemme, foreligger det et gap mellom tjenestetilbudet som tilbys på institusjoner og i eget hjem, spesielt i eldreomsorgen (Helse- og omsorgsdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Ifølge Helsepersonelloven (1999, §4) skal helsepersonell henvise pasienter videre dersom dette ses på som nødvendig. Hvis pasientens tilstand tilsier at det er behov for samhandling eller samarbeid med andre kvalifiserte yrkesgrupper, er helsepersonell pliktig til å følge opp. Likevel er det få eldre med depresjon som blir henvist videre til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det er helsepersonellet i primærhelsetjenesten som er primærbehandleren for de fleste eldre med psykiske lidelser (Engedal, 2008, s. 26). Før behandlingen kan iverksettes trenger pasienten å få stilt en diagnose fra en lege. Det er mange eldre som ikke får stilt diagnosen, og det kan være flere årsaker til dette. Det kan være at pasienten ikke søker hjelp hos legen, det kan være atypiske symptomer, legemiddelbivirkninger, aldersforandringer eller flere somatiske sykdommer som skjuler symptomene (Engedal, 2008, s. 26).

## 2.4 Gode relasjoner mellom sykepleier og pasient

Det er en stor utfordring i det kliniske arbeidet med å oppdage depresjon hos eldre pasienter, spesielt på grunn av et sammensatt sykdomsbilde. Underdiagnostiseringen finner sted i sykehus, hjemmesykepleien og andre steder i samfunnet. I mange av tilfellene trenger pasienten å bygge opp tillitten over tid, før de er klare for eller vil åpne seg opp til sykepleier. Som nevnt tidligere er det flere ulike kartleggingsverktøy som kan være med på å oppdage depresjon hos eldre (Kvaal, 2014, s. 446). Sykepleiers observasjoner av atferden gjennom dagen er også viktig i oppdagelsen av depresjon. Informasjonen som pårørende gir er også et viktig verktøy. Oppstår det endringer i stemningsleiet og atferden, eller nylig oppståtte symptomer, er det viktig at pasienten blir videre undersøkes med tanke på både somatisk og depressive sykdommer (Kvaal, 2014, s. 447). Personer som lider av depresjon er en sårbar gruppe mennesker, som sjeldent krever mye fra omgivelsene rundt seg og ofte lider i stillhet. De er gjerne sensitive overfor holdninger de blir møtt med i omgivelsene (Kvaal, 2014, s. 447). Stigmaet knyttet til depresjon og andre psykiske lidelser blir sett i sammenheng med at flere har et redusert ønske om behandling (Hovland & Nordhus, 2017).

### 2.4.1 Joyce Travelbee – menneske-til-menneske-forhold

Menneske-til-menneske-forhold er et mål som oppnås etter at sykepleier og den syke har gjennomgått en prosess med fem faser (Travelbee, 2010, s. 169). Travelbee (2001, s. 171) bruker menneske-til-menneske-forhold i stedet for sykepleier-pasient-forhold fordi hun mener at sykepleier og pasient ikke kan nå helt frem til hverandre.

«Det første møtet» tar utgangspunkt i det første møte mellom sykepleier og pasienten, der de oppfatter hverandre som individer og sykepleier ser mennesket i pasienten (Travelbee, 2010, s. 169 – 170). «Fremvekst av identiteter» karakteriseres ved evnen til å sette pris på det unike ved en annen person og til å etablere en tilknytning til den andre personen (Travelbee, 2010, s. 171). Fremveksten av identiteter er kilden til empati og fasen fortsetter til det nære forholdet er oppnådd (Travelbee, 2010, s. 175). «Empati» handler om evnen til å sette seg inn i eller dele og forstå individets øyeblikkelige psykiske tilstand (Travelbee, 2010, s. 175). «Sympati» er basert på empatiprosessen og handler om sykepleieres evne til å sympatisere og medfølelse, som videreutvikler tilliten (Travelbee, 2010, s. 182). «Gjensidig forståelse» oppstår når sykepleier og pasient har gjennomgått de 4 tidligere fasene og fått en gjensidig forståelse og etablert et menneske-til-menneske-forhold. Det som kjennetegner den gjensidige

forståelsen er at både sykepleier og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som menneske til menneske i stedet for sykepleier til pasient (Travelbee, 2010, s. 194).

## 2.5 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid hos eldre med depresjon

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom. En vesentlig del av sykepleiers oppgave er å ivareta hver enkelt pasients behov for helhetlig omsorg, samt yte omsorgsfull hjelp (NSF, 2016). En viktig oppgave hos sykepleiere i hjemmesykepleien er å arbeide helsefremmende og sykdomsforebyggende. Dette blir sett på som sentrale tiltak for at den eldre skal få en god og aktiv alderdom i eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 69). Forebyggende arbeid rettet mot eldre tar utgangspunkt i å forebygge mot sykdom, skade og tidlig død, samt bedre helsen, funksjonsnivået og livskvaliteten (Ranhoff, 2014, s. 162). Det forebyggende arbeidet deles inn i to aspekter, forebyggende tiltak med hensikt å gi et godt liv med god funksjon og lite sykdom, og forebyggende tiltak for å bevare funksjonen og livskvaliteten. Videre deles forebygging inn i primær, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak, alt etter om målet er å forhindre at en sykdom oppstår, forebygge en videre sykdomsutvikling eller begrense konsekvensene og omfanget av sykdommen (Ranhoff, 2014, s. 163). Ved depresjon har de psykiske faktorene stor betydning for utviklingen, likevel spiller etterfølgende av somatiske sykdommer den største rollen. Tap av den Eldres fysiske helse ses på som den viktigste risikofaktoren, men det er likevel viktig å påvirke de psykiske og sosial faktorene også (Ranhoff, 2014, s. 164).

Helsefremmende tiltak har til hensikt å styrke ressursene hos pasienten og jevnlig vurdering av pasientens helsetilstand, kartlegging av risikofaktorer, undervisning og bygge en relasjon mellom sykepleier og pasient er viktige helsefremmende tiltak (Fjørtoft, 2016, s. 69).

Gjennom et helsefremmende perspektiv kan sykepleier styrke og bevare integritet, mestring, ressurser og opplevelsen av mening hos den eldre (Fjørtoft, 2016, s. 69). Sykepleier skal hjelpe den eldre til å mestre hverdagen i hjemmet og iverksette tiltak som tar utgangspunkt i det pasienten selv mener er viktig i livet. Samhandlingsreformen (Helse- og sosialdepartement, 2008 – 2009, s. 22 – 23) trekker frem at helsetjenestene er fokusert på behandlingen av somatiske sykdommer og senkomplikasjoner som kan oppstå, men har lite fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak hos pasienten. Dette kan føre til senere behandlingsstart som kunne blitt forebygget og begrenset i primærhelsetjenesten med tidlige intervensjoner.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Oppgaven er en litteraturstudiet som går ut på å hente data fra eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017, s. 207). Det kan være relevant å bruke opplevelser eller erfaringer fra praksis som grunnlaget for temaet og problemstillingen, og ut ifra den valgte problemstillingen kan søket etter relevant data begynne (Dalland, 2017, s. 223). Ved en litteraturstudiet jobbes det systematisk i forhold til kildekritikk, søk og innsamling av litteratur innenfor det valgte emnet eller problemområdet (Forsberg & Wengström, 2003, s. 34). Målet er å gi leseren et oppsummert sammendrag innenfor forskningsfeltet og fremheve områder der det er behov for mer forskning (Thidemann, 2015, s. 80).

### 3.2 Spørsmålsformulering og avgrensninger

#### 3.2.1 PICO

For å strukturere søkene og optimalisere problemstillingen, er PICO blitt brukt som et hjelpemiddel i søk etter relevant litteratur (Thideman, 2019, s. 86). PICO står for «population», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thideman, 2019, s. 84). Før søket ble startet reflekterte jeg over hva jeg ønsket å belyse, for deretter å definere problemstillingen som ble satt inn i PICO-modellen. Dette la grunnlaget for søkeordene som ble brukt i søkene (vedlegg 1). Under **populasjon** har jeg tatt med eldre personer over 67 år som mottar hjemmesykepleie og som står i fare for eller har depresjon og på **tiltak** har jeg hatt fokus på sykepleiers forebyggende rolle. Jeg har valgt å ikke **sammenligne** med noe og fokusert på at **utfallet** skal handle om forebygging av depresjon, bedre mental helse eller livskvalitet.

#### 3.2.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene tar utgangspunkt i eldre over 67 år som mottar hjemmesykepleie og enten har eller står i fare for en depresjon. Studier som inkluderer begge kjønn og artikler som er skrevet på Skandinavisk eller engelsk, som har ganske likt oppsett av hjemmesykepleien som i Norge. Jeg har valgt å rette fokuset mot helsefremmende og forebyggende tiltak, og artikler som inkluderer multimorbiditet eller kroniske sykdommer. Artikler av nyere dato som er publisert i perioden 2009 – 2020.

### 3.2.3 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriteriene utelukker studier som tar utgangspunkt i eldre med depresjon som bor på sykehjem eller annen institusjon og som ikke har hjemmesykepleie. Artikler som har hovedfokus på andre enn sykepleier rolle eller har hovedfokus på legemiddelbehandling. Jeg har valgt å utelukke artikler som er skrevet på ukjent språk, publisert før 2009 og ikke skrevet av fagpersoner.

### 3.3 Søkehistorikk

Skolebibliotekets søkebase Oria er brukt for å finne relevante bøker til problemstillingen og teoridelen. Skolens bibliotek er også brukt for å få hjelp til søkeprosessen. Før selve søket begynte, ble Google Scholar og relevant litteratur brukt for å opparbeide kunnskap og forståelse rundt temaet og problemstillingen. For å finne relevant artikler til oppgaven er databasene Academic Search Elite, Cinahl og Medline blitt brukt. Sykepleie.no har blitt brukt for å finne relevante norske forskningsartikler relevant til litteraturstudiet. Gjennom databasen Academic Search Elite har det vært mulig å huke av flere databaser, som Medline og Cinahl som har gjort søkeprosessen enklere og mer oversiktlig. Hele søkeprosessen er lagt med som vedlegg i slutten av oppgaven (vedlegg 2), og artiklene som blir brukt i oppgaven står i litteraturmatriksen (vedlegg 4). For at søkene skulle bli mer oversiktlige har jeg søkt på enkelt ord i databasene, alene eller med OR mellom. Denne metoden gjorde det enklere å sette samme søkene med AND og ga en bedre oversikt over søkene jeg hadde gjort og hvilke søkeord som allerede hadde blitt brukt.

For å finne studier som omhandlet sykepleier ble søkeordene «nurse», «nursing» og «nurse-patient-relations» brukt. For at aldersgruppen skulle passe til inklusjonskriteriene ble følgende ord brukt «older», «elder», «geriatrics», «aged» og «elderly». For å finne artikler som omhandlet hjemmesykepleien ble søkeordene «home health care», «home care» og «home nursing» brukt. For å finne riktig perspektiv ble søkeordene «depressive», «depresses» og «depression» brukt. For å finne ut hvordan sykepleier kunne forebygge ble ordene «prevent», «prevention», «preventing» og «psychosocial interventions» brukt. Andre søke ord som «symptoms», «signs», «health promotion» og «communication» var relevant ut ifra problemstillingen. For å kombinere søkene ble det brukt «AND» og/eller «OR».



Gjennom søkene i databasen har det kommet fram at det er få artikler etter 2009 som er relevant ovenfor problemstillingen. Dette gjorde at jeg i første omgang utforsket databasen med ulike kombinasjoner av søkeordene for å få en pekepinn på hvilke søkeord som var relevante i forhold til oppgaven. Jeg spesifiserte deretter søkene og fant flere artikler som virket relevant for oppgaven. Etter grundig gjennomlesning av artiklene var det kun 3 av artiklene som passet opp imot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Mangelen på relevante artikler til problemstillingen i databasene gjorde at jeg gjennomførte to søk på Sykepleien.no, som resulterte i 3 artikler med relevans for problemstillingen. Etter nøyere gjennomlesning ble 2 av artiklene tatt med videre i oppgaven. Et detaljert flytskjema er vedlagt i slutten av oppgaven (vedlegg 3) som viser totalt antall artikler på treffene i databasene, både med og uten dubletter, samt hvilke artikler som er lest i full tekst og grunnene til at disse ikke ble tatt med videre i oppgaven.

### 3.4 Kvalitetssjekk av artikler

Fire av de fem artiklene er kvalitative intervjuer som til sammen inneholder 72 enkeltintervjuer. Majoriteten av intervjuene omhandler hjemmesykepleiere og deres perspektiver, mens 16 av intervjuene omhandler pasienter av hjemmesykepleien og deres perspektiver. Den resterende artikkelen er en kohortstudie som brukte et fortolkende beskrivende design for å utforske hjemmesykepleiens og pasientenes oppfatning av intervensjonene. Alle artiklene er vurdert opp imot Helsebibliotekets (2016) sjekklister for en grundig vurdering av forskningsartiklene. Hjelpemiddelet litteraturmatrise er også brukt for å få en oversikt over alle artiklene og innholdet i disse, samt det gir en god oversikt over de viktige elementene i artiklene (Thidemann, 2015, s. 89). Litteraturmatrisen er lagt med som et vedlegg i slutten av oppgaven (vedlegg 4).

### 3.5 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å fastslå om informasjonen i kildene er sanne (Dalland, 2017, s. 152). Den innhentede litteraturen er vurdert gjennom bruk av relevante spørsmål for å se om den belyser problemstillingen og temaet (Dalland, 2017, s. 158 – 160). Litteraturen som er brukt er tilstrekkelig oppdatert og av nyere dato, men unntak av få kilder (Dalland, 2017, s. 158). Artiklene er av nyere dato og regnes som oppdatert forskning. Det er ønskelig med enda nyere forskning, men dette var ikke mulig å innhente i forhold til problemstilling og temaet.

Artiklene er skrevet av personer med helsefaglig og relevant bakgrunn, enten som sykepleiere alene eller i kombinasjon av en jobb på universiteter (Thidemann, 2015, s. 89).

Primærkilder er brukt så langt det gikk, som er viktig i forhold til at ikke foreligger en tolkning av materialet som det gjerne gjør ved sekundærkilder.

### 3.6 Metodekritikk

Dette er den lengste og mest omfattende litteraturstudien jeg har skrevet alene, som vil si at det er potensielle feil eller mangler som kunne blitt gjort annerledes. Problemstillingen min har vist seg å være det største problemet, da den er alt for vid og uspesifisert. Dette førte til at resultatene fra artiklene er forskjellige som deler opp diskusjonen i to deler. Likevel får jeg belyst sykepleiers forebyggende rolle fra flere perspektiver. Flere av artiklene og bøkene er på engelsk, svensk og dansk som kan ha ført til at oversettelsen er tolket eller oversatt feil.

## 4.0 Resultat

Min litteraturstudie resulterte i fem artikler som ble utgitt i perioden 2009-2019.

Markle-Reid et al. (2015) var en kohortstudie og de resterende fire artiklene brukte kvalitativ metode med intervju (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014, Skatvedt & Andvig, 2014, Liebel & Powers, 2015 og Waterworth et al., 2015). Deltakerne var sykepleiere i hjemmesykepleien, pasienter av hjemmesykepleien og pårørende. Resultatene fra artiklene presenteres i følgende hovedtemaer: Kunnskap og kompetanse, sykepleier forebyggende rolle og funksjon ved depresjon, betydningen av en relasjon til pasientene og utfordringer knyttet til hjemmesykepleien.

### 4.1 Viktigheten av kunnskap og kompetanse

Tre av studiene trekker frem nødvendigheten av økt kunnskap om depresjonsvurdering og depresjonshåndtering av eldre, hos sykepleiere i hjemmesykepleien (Liebel & Powers 2015, Markle-Reid et al., 2014 og Waterworth et al., 2015). Resultatene til Waterworth et al. (2015) viser at sykepleier var nølende i samtaler med eldre om deres lave humør eller depresjon på grunn av manglende kunnskap og kompetanse. På den andre siden trekker Liebel & Powers (2015) frem at sykepleier fryktet å si eller gjøre noe galt ovenfor pasienter med depresjon og flere sykepleiere mente at dette ikke var deres oppgave.

Waterworth et al. (2015) og Liebel & Powers (2015) sine studier viser at sykepleier brukte andre kollegaer med mer erfaring, lærebøker eller internett for å tilegne seg kunnskap om depresjon. Markle-Reid et al. (2014) viser også til at kunnskapen og tilliten sykepleierne hadde ovenfor personer med depresjon økte gjennom studieperioden. Studiet er det eneste som ga undervisning til sykepleierne før studiestart, gjennom et tredagers studieprogram.

### 4.2 Sykepleiers forebyggende rolle og funksjon ved depresjon

Markle-Reid et al., (2014), Waterworth et al., (2015) og Liebel & Powers, (2015) trekker frem bruken av kartleggingsverktøy ovenfor pasienter med depresjon. Resultatene er dog ikke entydige. Waterworth et al. (2015) sin studiet viser at sykepleier hadde kartleggingsverktøy for depresjon tilgjengelig, men at disse hverken ble brukt rutinemessig eller regelmessig for å kartlegge depresjon. Liebel & Powers (2015) trekker frem av sykepleierne følte de hadde nok kunnskaper til å foreta screening av pasienter med depressive symptomer men at de var usikre på sykepleiers rolle i depresjonshåndtering. Studiet til Markle-Reid et al. (2014) oppdaget flere eldre med depressive symptomer gjennom tottrinns screening i rekrutteringsperioden som

ellers ikke ville blitt oppdaget, eller blitt oppdaget for sent. Resultatene viste at 73% av deltakerne hadde signifikante depressive symptomer eller gikk på antidepressiva, mens kun 22% av disse var tilstrekkelig behandlet. Studiet understreker bekymring ovenfor resultatene, da ubehandlet eller underdiagnostisert depresjon assosieres med større sykkelighet, funksjonsnedsettelse, redusert HRQoL, smerter, for tidlige innleggelser, økt bruk av helsetjenester, og økt risiko for tidlig død eller selvmord.

Effektene av helsefremmende intervensjoner viste reduksjon i depressive symptomer etter 6 måneders kontrollen og en langsiktig vedlikeholds effekt ved 1 års oppfølgingen.

Forbedringene hos pasientene viste en økning av helserelatert livskvalitet ([HRQoL]), samt reduksjon av angst, sykehusinnleggelser, ambulansetjenester og legevakts besøk (Markle-Reid et al., 2014). Waterworth et al. (2015) og Markle-Reid et al. (2014) sine studier viser at det foreligger stigmatisering av mental sykdom og depresjon som kan påvirke pasientens vilje til å snakke om sykdommen. Liebel & Powers (2015) trekker frem at uten et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, kan dette føre til at pasienten svarer uærlig på spørsmål som stilles under kartleggingen. Markle-Reid et al. (2014) sin studie ga pasienten tilbud om et ekstra månedlig besøk i studieperioden. Besøkene varte i ca. 1 time og gikk igjennom screening av depressive symptomer og risikofaktorer, GDS, medisingjennomgang, undervisning til pasienten og pårørende, vurdere styrker og svakheter hos pasienten, oppmuntring til fysisk aktivitet gjennom et tilpasset aktivitetsprogram, støtte til pasienten og familien, og omsorg knyttet til eventuelle kroniske sykdommer.

#### 4.3 Betydningen av en relasjon til pasientene

Fire av studiene påpeker nødvendigheten av at sykepleier har kjennskap til pasienten for å kunne identifisere endringer som kan ses i sammenheng med depresjon (Markle-Reid et al., 2014, Waterworth et al., 2015, Liebel & Powers, 2015 og Halvorsrud et al., 2014).

Resultatene er dog ikke entydige. Waterworth et al. (2015) og Halvorsrud et al. (2014) påpeker at det er viktig med kjennskap over tid for å kunne se endringer på pasienten som kan tyde på en depresjon, samt viktigheten ved å kjenne hele sykdomshistorien og livshistorien til pasienten for å kunne se sammenhengen i det store bildet. Liebel & Powers (2015) sin studie viser at kjennskap til pasienten er viktig for å etablere et forhold preget av tillit og ærlighet. Markle-Reid et al., (2014) trekker frem at kontinuitet var essensielt for å etablere et fortrolig forhold mellom sykepleier og pasient, som ble ansett som terapeutisk, mens Waterworth et al.

(2015) trekker frem at det er viktig med kontinuitet for at sykepleier skulle bygge et terapeutisk forhold til pasientene. Halvorsrud et al. (2014) viser at sykepleier gjennom relasjonen til pasienten kunne oppdage endringer i deres vante mønstre og bruke dette som et verktøy i sammenheng med depressive symptomer. Skatvedt & Andvig (2014) trekker frem at samværet med pasienten er viktig for å skape et verdifullt og tillitsfullt forhold mellom sykepleieren og pasienten, og på denne måten kan skape en sykepleier-pasient-relasjon. Liebel & Powers (2015) sin studie viser at gjennom samtaler kunne sykepleiere og pasienter utviklet omsorgsfulle forhold og gjenspeilende tillit.

#### 4.4 utfordringer knyttet til hjemmesykepleien

Markle-Reid et al. (2014) trekker frem at samarbeidet mellom sykepleiere og personlige støttearbeider forbedret seg, samt samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri. Studiet til Liebel & Powers (2015) trekker frem at sykepleier balanserer krav på systemnivå, som reguleres av retningslinjer og helseforsikring, og den direkte omsorgen ovenfor pasienten. De økonomiske styrte prioriteringen krever at sykepleiere veier fysisk helse tyngre enn mental helse. Studiet viser også til at en eventuell depresjon ville håndteres, men ville ikke stå i hovedfokuset. Halvorsrud et al. (2014) sin studie viser at sykepleier iverksetter små tiltak, også kalt «det lille ekstra», ovenfor deprimerte pasienter som kan være alt fra å gå med søpla til å ta oppvasken. Studie påpeker at sykepleier må flytte på andre oppdrag for å få tid til disse tiltakene. Sykepleier havner i et dilemma med den deprimerte pasienten på den ene siden og tidsbegrensninger og organiseringen av hjemmesykepleien på den andre siden. Halvorsrud et al. (2014) trekker også frem at den manglende kontinuiteten i hjemmesykepleien skaper problemer for sykepleierens mulighet til å følge opp tiltakene. Skatvedt & Andvig (2014) sin studie trekker frem og gir innsikt i pasientenes egne erfaringer og perspektiv på problemer knyttet til hjemmesykepleien. Pasientene trekker frem at de ønsket mer tid med hjemmesykepleie, slik at de lærer å kjenne hverandre. Den store variasjonen i helsepersonellet som kom på besøkene gjorde det vanskelig å åpne seg opp om vanskelige temaer som depresjon. Pasientene trekker frem at den knappe tiden spiller en rolle for at relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient ikke strekker til.

## 5.0 Diskusjon

Dagens utfordringer i hjemmesykepleien omhandler tilstrekkelig kompetanse og bruken av den, tid til å bygge en relasjon mellom sykepleier og pasient, manglende kontinuitet og tidspress. Dette kommer tydelige frem i artiklene. En stadig økende eldre befolkning og hjemmesykepleiens større rolle i behandlingen etter samhandlingsreformen, krever god kunnskap for å sikre god kvalitet av tjenesten til eldre (Helse- og sosialdepartementet, 2008 – 2009).

### 5.1 Viktigheten av kunnskap og kompetanse

Kunnskap og kompetanse er viktige egenskaper sykepleiere i hjemmesykepleien må ha for å sikre god kvalitet av tjenesten til eldre (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58). Uten den riktige kunnskapen og bruken av dem, kan flere eldre med depressive symptomer eller risikofaktorer for depresjon, bli oversett eller underbehandlet (Engedal, 2008, s. 99). Til tross for dette viser tre av studiene (Liebel & Powers, 2015, Markle-Reid et al., 2014 og Waterworth et al., 2015) at det er mangel på kunnskap om depresjonsvurdering og depresjonshåndtering hos eldre deprimerte pasienter. Utfordringene i hjemmesykepleien er knyttet til å ha nok arbeidskraft og at denne arbeidskraften har den riktige kompetansen for å utføre kvalitet i arbeidet (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58).

Et interessant funn er hvordan noen sykepleiere fryktet at de skulle si eller gjøre noe galt når de snakket med eldre om depresjon (Liebel & Powers, 2015), og hvordan andre sykepleiere mente dette i utgangspunktet ikke var en sykepleieroppgave. På den andre siden følte noen sykepleiere at deres manglende kunnskap og kompetansen, ikke var tilstrekkelig for å ha en samtale med eldre om deres lave humør eller depresjon (Waterworth et al., 2015). Det er tenkelig at manglende kunnskap og kompetanse innenfor depresjon og eget ansvarsområde fører til at sykepleier ikke snakker med den eldre som enten er eller står i fare for å få en depresjon. Dette kan igjen føre til at pasienten ikke får den tilstrekkelige helsehjelpen og informasjonen de har rett på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a og §3-2). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a og §3-2.) sier at pasienten har rett på nødvendig informasjon og helsehjelp fra kommunen. Hvis sykepleier, på grunn av egne manglende kunnskaper, unnlater å gi pasienten den behandling eller oppfølgingen som pasienten har rett på, vil dette bryte med lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven.

Manglende kunnskap om symptomer på depresjon hos pasientene, gjør at de selv ikke klarer å se disse i sammenheng med en depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 47). Sykepleier må ha den rette kunnskapen og forståelse av depressive symptomer hos eldre for å kunne oppdage disse (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 48). Hvis hverken sykepleier eller pasienten selv kan se sammenhengen er det tenkelig at depresjonen ikke vil bli fanget opp eller gjort noe med. Markle-Reid et al. (2014) sin studiet viser at kunnskapen og tilliten om depresjonsvurdering- og depresjonshåndtering og se symptomer i sammenheng med depresjon, økte hos både sykepleier og pasienten. Dette understreker viktigheten av å fremheve depresjon hos eldre i hjemmesykepleien og hva bevisstgjøring av temaet kan føre til. Hvis sykepleier har nok kunnskap om depresjon og kan undervise pasienten, vil dette øke kunnskapsnivået begge veier (Markle-Reid et al., 2014).

Hjemmesykepleien er en viktig ressurs og tjeneste som er avhengig av at personellet har de rette kvalifikasjonene og kunnskapene for å sikre trygge tjenester for pasientene. En viktig forutsetning for å oppnå dette, er å jobbe kunnskapsbasert (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58). På den ene siden har sykepleier et eget ansvar for å holde seg oppdatert på kunnskap slik at yrkesutøvelsen gjøres på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, §4), men på den andre siden har kommunen også et ansvar for at sykepleier og annet helsepersonellet i tjenesten er tilstrekkelig opplært og har den nødvendige oppdatert kunnskap (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58). Markle-Reid et al. (2014) sin studie viser at kunnskapen økte hos sykepleierne gjennom studieperioden. Det er tenkelig at dette står i sammenheng med at sykepleierne fikk undervisning før studiestarten og at dette har vært en påvirkende faktor i den økende kunnskapen. Det er også tenkelig at studiets fokus på forebyggende intervensjoner var en stor pådriver i det økte kunnskapsnivået. Waterworth et al. (2015) og Liebel & Powers (2015) sine studier har hatt fokus på hvordan sykepleier oppdager eller gjenkjenner depresjon eller depressive symptomer hos eldre. Dette bygger da videre på den kunnskapen og kompetansen de allerede har, eller føler de ikke har nok av, og at de derfor ikke har fått økt kunnskapsnivået sitt ytterligere gjennom studiet.

Både Waterworth et al. (2015) og Liebel & Powers (2015) brukte kollegaer med mer erfaring eller relevante lærebøker for å tilegne seg mer kunnskap om depresjon. Det påpekes i studiet at sykepleier hadde ønsker om ytterligere kunnskap gjennom opplæring eller utdanning (Liebel & Powers, 2015). Kunnskap og kompetanse om eldre og aldring er et sentralt tema innenfor sykepleierfaget, og det er avgjørende at dette også kommer frem i det praktiske som

gjøres i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 69). Økt kompetanse på dette området blir sett på som nødvendig satsing de kommende årene. Det er tenkelig at sykepleier kan bruke sin unike posisjon i hjemmesykepleien til å forebygge depresjon gjennom å ha den rette kunnskapen og kompetansen, som er essensielt for å tilby effektive og trygge tjenester til pasientene (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58). Med den rette kunnskapen til å gjenkjenne symptomer og risikofaktorer på depresjon, samt kunne skille mellom ensomhetsfølelser og naturlige sorgreaksjoner, kan sykepleier bruke dette til å forebygge depresjon hos eldre (Engedal, 2008, s. 99).

## 5.2 Sykepleiers forebyggende rolle og funksjon ved depresjon

Det har tidligere i oppgaven blitt påpekt at kunnskapsgrunnlaget til sykepleier er mangelfullt og at dette byr på utfordringer knyttet til hvilken hjelp pasienten faktisk får i depresjonshåndteringen og depresjonsvurderingen (Markle-Reid et al., 2014, Waterworth et al., 2015, Liebel & Powers, 2015 og Engedal, 2008, s.99). Det er tenkelig at dette byr på utfordringer i forhold til kartleggingsevnen til sykepleier, hvis de grunnleggende kunnskapene til å gjenkjenne symptomer og tegn på depresjon ikke er til stede, og at dette kan være en bidragsfaktor til at pasienten ikke får den rette behandlingen eller behandling i det hele tatt (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 48).

### 5.2.1 Sykepleierobservasjoner og kartlegging

For å tidlig identifisere en depresjon hos eldre, kan sykepleier gjennomføre en rutinemessig og systemisk kartlegging av pasienten (Kvaal, 2014, s. 446 – 447). Sykepleier har en viktig oppgave i å tidlig identifisere depresjon, slik at pasienten får det rette tilbudet og hjelpen så fort som mulig, og forhindrer videreutvikling av lidelsen. Depresjonen vil påvirke pasientens livskvalitet og livsutfoldelse og kan også forverre somatiske sykdommer pasienten har (Kvaal, 2014, s. 438).

Markle-Reid et al. (2014), Waterworth et al. (2015) og Liebel & Powers (2015) sine studier viser i ulik grad hvordan sykepleier bruker kartleggingsverktøy ovenfor deprimerte pasienter og faktorer som påvirker bruken. Waterworth et al. (2015) sin studie trekker frem at sykepleier hadde tilgjengelige kartleggingsverktøy men at disse ikke ble brukt regelmessig eller rutinemessig for å kartlegge depresjon. Liebel & Powers (2015) trekker frem at sykepleierne følte de hadde den kunnskapen de trengte for å foreta en screening av pasienter



med depressive symptomer, men de var nølende i deres rolle i depresjonshåndtering. Det er tenkelig at hvis sykepleieren er nølende ovenfor sin egen rolle i depresjonshåndtering, at kartleggingsverktøyene ikke blir brukt riktig for å kartlegge depresjon. Markle-Reid et al. (2014) klarte å oppdage mange eldre med depresjon gjennom totrinns screeningen i rekrutteringsperioden, som ellers kanskje ikke hadde blitt oppdaget. Funnene styrker viktigheten med bruken av kartleggingsverktøy, både hos pasienter som allerede har en diagnose og for de som ikke har det. Å implementere regelmessig screening for depresjon i hjemmesykepleien kan tenkes å oppdage flere med depresjon, og forhindre en forverring av en allerede oppstått depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 27 og Ranhoff, 2014, s. 163).

For at behandlingen av depresjonen skal være god, må det foreligge en grundig individuell utredning av pasienten og deres livssituasjon. Over halvparten av pasientene med depresjon går ikke til legen for dette, og de som faktisk gjør det kan prestere med mer somatiske symptomer enn med tegn på en depresjon. Markle-Reid et al. (2014) sin studie viser at det å oppdage depresjonen og iverksette behandling, førte til at pasientene fikk bedre livskvalitet, samt at det ble en reduksjon i andre helsetjenester som sykehusinnleggelse, ambulansetjenester og besøk på legevakten. Primærhelsetjenesten overser også ofte symptomer på depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 23). Det er tenkelig at sykepleier kan bruke sin unike posisjon til å oppdage depresjon og bruke denne til å henvise pasienten videre (Helse- og sosialdepartement, 2014 – 2015, s. 58 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a.)

Gjennom å bruke enhver interaksjon eller samvær med pasienten som en læringsarena, kan sykepleier lære å kjenne pasienten (Travelbee, 2001, s. 179). Travelbee (2001, s. 179) sin menneske-til-menneske-forhold kjennetegnes ved at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt. Sykepleiebehovet beskrives som et behov som, hvis oppfylt, som skal hjelpe pasienten til å både forebygge eller mestre sykdommer og lidelser. Det er ikke gitt at pasienten selv uttrykket eller kommuniserer egne behov og sykepleier kan derfor bruke observasjoner av pasienten for å avdekke sykepleiebehov. For at sykepleier skal kunne gjøre dette må det foreligge kunnskaper, ferdigheter og evner, samt hvordan å observere og bedømme det som blir observert (Travelbee, 2001, s. 179). Liebel & Powers (2015) trekker frem sykepleiernes nølende rolle innenfor psykisk helsearbeid og depresjonsbehandling hos eldre grunnet manglende kunnskap. Hvis sykepleierne oppdaget eller så antydninger til depressive symptomer hos en pasient, var de tilbakeholdene både når det gjaldt å jobbe med disse

pasientene men også med å utforske depresjonen videre. Flere av sykepleierne så ikke på seg selv som nok kvalifiserte til å spørre pasienten om de depressive symptomene og lot heller være å spørre. Dette står i sterk kontrast til pasientens sykepleiebehov og rettighetene på informasjon og nødvendig helsehjelp (Travelbee, 2001, s. 179 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a.).

### 5.2.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Depresjon har fått et større fokus de siste årene men det stilles spørsmål om det er tilrettelagt god nok for at sykepleier skal jobbe med forebyggende helsearbeid, spesielt med tanke på eldreomsorgen (Fjørtoft, 2016, s. 83). Erfaringer fra praksis tilsier at det er det somatiske som står mest i fokus i hjemmesykepleien og at de depressive problemene enten blir lagt til side eller overlatt til den psykiatriske delen av spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer ikke med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016) som sier at sykepleier skal arbeid med å fremme helse, forebygge sykdom og gi individuell helhetlig omsorg ovenfor pasienten. Gjennom sykepleierledet helsefremmende intervensjoner viser Markle-Reid et al. (2014) at dette hadde effekter på reduksjon av depressive symptomer ved første oppfølging, samt at det var langsiktige og vedlikeholdene effekter ved den siste oppfølgingen. Det ble oppdaget forbedringer knyttet til depressive symptomer, angst, livskvalitet og redusert bruk av andre helsetjenester. Funnene kan tyde på at hvis sykepleier har et helsefremmende og forebyggende fokus rettet mot eldre med depresjon kan dette føre til bedre livskvalitet og redusere symptomer på sykdom, som et viktig helsefremmende og forebyggende arbeid (NSF, 2016).

Sykepleier har en viktig rolle i å henvise pasientene videre dersom dette ses på som nødvending (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleier er også pliktig til å følge opp et eventuelt tverrfaglig samarbeid hvis pasientens tilstand krever dette. Til tross for lovverket er det få eldre med depresjon som henvises videre til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste (Engedal, 2008, 2. 26). Waterworth et al. (2015) sin studie trekker frem at flere eldre aksepterer depresjon som en del av aldringsprosessen, med påfølgende negative følelser og håpløshet. Sykepleierne ser også motvilje hos de eldre til å følge opp henvisninger til andre tjenester og støtteapparat. Ifølge Waterworth et al. (2015) kan stigmaet assosiert med depresjon og forståelsen av mulige behandling, spesielt hvis det innebærer flere medikamenter, påvirke om pasienten har en hjelpesøkende oppførsel. Markle-Reid et al. (2014) trekker også frem at pasientene opplevde stress eller flauhet i forhold til depresjon på

grunn av stigmatiseringen av mentale sykdom. Det er tenkelig at stigmatisering kan føre til færre henvisninger, redusert ønske om behandling og pasientens vilje til å snakke om lidelsen (Hovland & Nordhus, 2017, Waterworth et al., 2015 og Markle-Reid et al., 2014).

Kartlegging av pasienten ses på som essensielt i arbeidet med depresjon hos eldre og er et nyttig hjelpemiddel som gir innblikk i helsetilstanden. Gjennom regelmessig bruk er det enklere å oppdage forandringer i helsetilstanden til pasienten og ut ifra kartleggingen kan det iverksette tiltak som er individuelt tilpasset (Kirkevold, 2014, 122). Kartlegging er også nyttig hos pasienter som ikke har diagnosen, som et primærforebyggende tiltak for å hindre at depresjon kan oppstå. Likevel er rutinemessig kontroll hos pasienter i risikogruppen spesielt viktig som ledd i forebygging av depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 27 og Ranhoff, 2014, s. 163).

### 5.3 Betydningen av en relasjon til pasientene

Travelbee (2001, s. 41) understreker viktigheten av en relasjon gjennom sitt menneske til menneskeforhold. For at sykepleier skal nå sine mål og sin hensikt, er etableringen av dette forholdet helt sentralt. Som beskrevet tidligere består menneske-til-menneske-forholdet av fem faser, der sykepleier og pasient står igjen med en gjensidig forståelse av hverandre som mennesker fremfor som sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s. 171).

Fire av artiklene erkjenner at det er nødvendig med et kjennskap eller en relasjon til pasienten for at sykepleier skal kunne se de nødvendige endringene som kan antyde en depresjon (Markle-Reid et al., 2014, Waterworth et al., 2015, Liebel & Powers, 2015 og Halvorsrud et al., 2014). Waterworth et al. (2015) og Halvorsrud et al. (2014) trekker frem at det er nødvendig at sykepleier og pasient har en relasjon over tid for å kunne oppdage disse endringene. De legger også til at sykepleier må kjenne til hele sykdomsbildet og livshistorien til pasienten for å se endringene i sammenheng med annen sykdom eller tapsopplevelser. Liebel & Powers (2015) trekker frem at en relasjon er viktig for at pasienten skal kunne åpne seg opp og være ærlig med sykepleier, spesielt ved kartlegging av depresjon. Uten denne relasjonen og ærligheten er det tenkelig at kartleggingen blir feil, som kan føre til at pasienten ikke får den riktige behandlingen. Markle-Reid et al. (2014) påpeker at regelmessig kontakt mellom sykepleier og pasient skapte et fortrolig forhold, som ble ansett som terapeutisk for pasienten. For å bygge en god relasjon er det også viktig med kontinuitet i form av at det er de

samme sykepleierne eller annet personell som kommer på oppdraget hos pasienten (Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Dette ses i studiet til Waterworth et al. (2015) som anser kontinuitet som viktig for at et terapeutisk forhold skal kunne bygges mellom sykepleier og pasient.

Organiseringen av hjemmesykepleien gjør det vanskelig for sykepleier og pasient å bygge en god relasjon. Gjennom manglende kontinuitet i form av stor variasjon i ansatte og begrenset tid til å gjøre annet enn det som står i vedtaket, blir det vanskelig å oppnå en god relasjon (Helse- og omsorgsdepartement, 2012 – 2013, s. 94). For at sykepleier skal kunne avdekke en depresjon er kvaliteten på sykepleier-pasient-forholdet vesentlig (Helsedirektoratet, 2009, s. 24). Dette understreker viktigheten av at sykepleier og pasient har en relasjon som en grunnleggende faktor i depresjonsvurderingen. Travelbee (2001, s. 178) påpeker at menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess mellom sykepleier og den syke. Det trekkes også fram at sykepleien alene ikke kan opprette dette forholdet, men at hovedansvaret ligger hos sykepleier.

Skatvedt & Andvig (2014) sin studie trekker frem at pasientene trenger samvær i form av hverdagslig prat og tid til å bli kjent. Dette ble sett på som en forutsetning for å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient som bygger på tillit og trygghet. Samværet handler også om å dekke pasientens behov for sosial kontakt og føle seg knyttet til et felleskap. Gjennom relasjonen kan sykepleier være der for pasienten, støtte dem og være tilgjengelig når livet er vanskelig. Trygghet er en viktig faktor som skapes gjennom relasjoner og som er med på at pasienten letter på tanker og følelser de har på hjertet (Skatvedt & Andvig, 2014). Pasientene har et behov for å bli sett, hørt og tatt på alvor, og de vektlegger at det ikke er mye som skal til for å oppnå dette. Gjennom kroppsspråk og et vennlig smil kan pasienten føle seg verdsatt (Skatvedt & Andvig, 2014). Gjennom at hjemmesykepleien erkjenner potensialet i sykepleier-pasient-forholdet og dens avgjørende terapeutiske virkemåte ovenfor depresjonshåndtering, kan dette påvirke depresjonsomsorgen i en positiv retning (Liebel & Powers, 2015).

En vesentlig utløsende faktor for depresjon er tap i form av relasjoner, ektefeller, pårørende, funksjonsevne, selvstendighet, rolle og evnen til omstilling (Engedal, 2008, s. 105). Det er tenkelig at sykepleier kan bruke sin relasjon med pasienten til å fange opp disse utløsende faktorene, slik som studiet til Halvorsrud et al. (2014) gjorde. Sykepleier kan bruke relasjonen

for å se depresjonen i sammenheng med pasientens livshistorie og hele sykdomsbildet. Det er tenkelig at relasjonen kan være avgjørende gjennom en forebyggende rolle ved å kunne se forandringer og symptomer, som andre uten kjennskap til pasienten ikke kan på samme måte (Waterworth et al., 2015, Halvorsrud et al., 2014 og Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 15).

#### 5.4 utfordringer knyttet til hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er det største organet innen primærhelsetjenester i Norge og kommunene bestemmer selv i stor grad hvordan tjenestene skal organiseres (Kattouw & Wiig, 2018). Hjemmesykepleien møter gjerne pasienten og pårørende i en tidlig fase av sykdommer, og kan være bidragsyter til at pasientene kan bo hjemme lengst mulig (Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 94). For å oppnå god kvalitet av tjenesten og pasientsikkerhet, har organiseringen av hjemmesykepleien, kjennskap, forutsigbarhet og kontinuitet mye å se mye å si (Kattouw & Wiig, 2018 og Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Til tross for at disse faktorene er viktige, er det stor mangel på dette i hjemmesykepleien. Arbeidsmetoden som brukes innen psykiatrien er en helt annen enn den som brukes i hjemmesykepleien. Arbeidet i hjemmesykepleien preges av kjappe besøk, forskjellig personell, tidspress og handlingsorienterte tilnærminger (Fjørtoft, 2016, s. 91). Det tar tid å bygge en god allianse og bidra til positive endringer hos mennesker som sliter med en depresjon. Markle-Reid et al. (2014) sitt funn tyder på at finansiering, tung arbeidsbelastning og begrenset tid er faktorer som står i veien for at sykepleiere i hjemmesykepleien skal levere god kvalitet og kontinuitet i arbeidet med deprimerte eldre.

Funn i studiet til Halvorsrud et al. (2014) påpeker at den manglende kontinuiteten påvirker sykepleiers mulighet for å følge opp tiltakene som iverksettes ovenfor den deprimerte pasienten. Kontinuiteten i hjemmesykepleien påvirkes i stor grad av den store variasjonen av sykepleier og annet helsepersonell som rullerer på oppdragene hos pasientene (Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 94). Det er tenkelig at denne variasjonen kan føre til at tiltakene ikke følges opp på en forsvarlig eller riktig måte. Hjemmesykepleien består ikke bare av sykepleiere, men også annet helsepersonell og ufaglærte som ikke har den samme kunnskapen som sykepleieren har i forhold til observasjoner ovenfor deprimerte pasienter, og at de derfor i liten grad kan gi den samme oppfølging som sykepleier (Helse- og sosialdepartement, 2012 – 2013, s. 15). Liebel & Powers (2015) viser at gjennom å

oppretholde kontinuitet på besøkene fikk pasienten bedre erfaringen på omsorgen, gunstige helseutfall og det hadde en positiv effekt på sykepleiers depresjonshåndtering.

Liebel & Powers (2015) påpeker at selv om eldre har et vedvarende behov for omsorg innenfor mental helse og depresjon, forhindrer hjemmesykepleiers forskrifter og dens strenge krav, hjemmesykepleieren i å utføre kvalitetssikkert arbeid. Markle-Reid et al. (2014) trekker frem at kommunikasjonen med primæromsorgslegene var vanskelig og at mangel på kontinuitet og koordinering mellom hjemmesykepleie, akuttelsetjenester og andre primærhelsetjenester hindre effektiviteten av intervensjonene. Skatvedt & Andvig (2014) sin studie viser at pasientene ønsket at sykepleier kunne tilbringe mer tid hos dem, slik at de lærer å kjenne hverandre. Pasientene understreker at de ikke klandrer sykepleier for den dårlige tiden men de trekker frem organiseringen av hjemmesykepleien forhindrer tilstrekkelig med tid til dette. Pasientene trekker også frem at den manglende kontinuiteten i sykepleiere og annet personell som kommer på oppdragene skaper problemer for at pasienten skal kunne åpne seg opp.

Sykepleier iverksetter gjerne små tiltak ovenfor pasienter med depresjon, også kalt «det lille ekstra», gjennom å utføre mer for pasienten enn det som står i vedtaket (Halvorsrud et al., 2014). Det er ikke snakk om store tiltak, men det fører til at sykepleier må skyve på andre oppdrag på listen for å få tilstrekkelig med tid. Det er tenkelig at organiseringen av hjemmesykepleien og tidspresset gjør at sykepleier blir nødt til å flytte på andre oppdrag for å ta seg tid til den deprimerte pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 91).

Organiseringen av hjemmesykepleien har stor betydning for tjenestens kvalitet og pasientsikkerheten. For å oppnå god kvalitet på tjenesten er det viktig at pasienten er med i beslutninger, og at tjenesten er samordnet og har kontinuitet (Kattouw & Wiig, 2018). Halvorsrud et al. (2014) trekker frem at en manglende kontinuitet i arbeidet hindrer sykepleier i å følge opp tiltakene som iverksettes ovenfor den deprimerte pasienten. Det er tenkelig at organiseringen av hjemmesykepleien og den manglende kontinuiteten, hindrer sykepleier i å jobbe helsefremmende og forebyggende. Dette kan også føre til at sykepleier ikke får gitt den oppfølgingen som er ønskelig og trengs (Kattouw & Wiig, 2018 og Helse- og omsorgsdepartement, 2012 – 2013, s. 94).

## 6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien har hatt til hensikt å utforske hvordan sykepleier kan jobbe forebyggende ovenfor eldre med depresjon, som mottar hjemmesykepleie. Eksisterende funn viser et fravær av forebyggende tiltak og et fokus som er rettet mot hvordan manglende kunnskap og kompetanse, sykepleie-pasient-forholdet, organiseringen av hjemmesykepleien og manglende kontinuitet påvirker sykepleiers evne til å oppdage depresjon. Det blir derfor fortsatt usikkert om hvilket potensial omfanget av forebyggende tiltak har på eldre deprimerte pasienter med hjemmesykepleie.

Det må i den fremtidige forskningen rettes fokus mot hvordan implementering av forebyggende tiltak mot depresjon i hjemmesykepleien kan gjøres på en forsvarlig måte som er innenfor yrkets og hjemmesykepleiens rammer. Ved å anerkjenne den sentrale og unike rollen sykepleier har til å forebygge depresjon, både på et primær-, sekundær- og tertiærforebyggende måte, kan dette bidra til å forhindre nye tilfeller av depresjon, forebygge en videre sykdomsutvikling og begrense konsekvensene og omfanget av depresjon.

## Referanser

Brofoss, K.E. og Larsen, F. (2001- 2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Norges Forskningsråd

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (utg. 6.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, K. & Bjørkløf, G., H. (2014). *Depresjon hos eldre* (utg. 1). Stavanger: Hertervig Forlag.

Fjørtoft, A., K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (utg. 3). Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C og Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna og Bokförlaget Natur och Kultur.

Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3), 244-250.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133>

Helse- og sosialdepartement. (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen* (St. Meld. 29 (2008 – 2009)). Hentet 11.11.2019 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helse- og sosialdepartement. (2012 – 2013). *Morgendagens omsorg* (Meldt. St. 29 (2012 – 2013)). Hentet 07.05.2020 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>



Helse- og sosialdepartement. (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014 – 2015)). Hentet 07.05.2020 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni) Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie; Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsebiblioteket. (2018, april 13). Depresjon hos voksne. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne#>

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)

Hovland, A. & Nordhus, I., H. (2017). Behandling av psykiske lidelser hos eldre. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 55, 92 – 99.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kattouw, C., E & Wiig, S. (2018). The organization of community nursing services may impact negatively on safety and quality of care. *Sykepleien forskning*, 2018 (13).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 122- 144). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal akademisk

Liebel, D.V. & Powers, B.A. (2015). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *The Gerontologist Society of America*, 55(3), 448-46. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt125>

Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., Hoch, J., S., Peirce, T. & Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14:62. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-62>

Norsk helseinformatikk (NHI). (2018, 28. mars). Depresjon hos eldre. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/?page=1>

Norsk helseinformatikk. (2019, februar 22). Diagnostikk av depresjon. Hentet 06.11.2019 fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-diagnostikk/>

Norsk sykepleierforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 11.05.2020 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 18.05.2020 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_2)

Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 162 – 173). Oslo: Gyldendal akademisk.

Regjeringen. (2015, April, 07.). Risiko- og beskyttelsesfaktorer. Hentet 27.11.2019 fra: <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/id2398414/>

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

Store medisinske leksikon (2017, januar 11). Hjemmesykepleie. Hentet 05.11.2019 fra:

<https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>

Store norske leksikon. (2019, 17. januar). Kontinuitet. Hentet 12.04.2020 fra:

<https://snl.no/kontinuitet>

Thidemann, I., J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (utg. 1). Oslo: Gyldendal.

Travelbee, J. (2010). *Mellommenneskelige aspekter i sygepleje* (utg. 2.). København: Munksgaard Danmark.

Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J. & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*. 24 (17-28), 2562-2570.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12863>

## Vedlegg 1 – PICO-skjema

<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Eldre personer over 67 år med depresjon som mottar hjemmesykepleie og som står i fare for eller har depresjon	Fokus på sykepleiers forebyggende rolle		Forebygge depresjon, bedre mental helse eller livskvalitet.
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
Elderly OR aged OR older OR geriatrics Home health care OR home care OR home nursing Depression OR depressive	Nurse OR nursing Intervention Preventing OR prevent OR prevent		Preventing OR prevent OR prevent Mental health Quality of Life

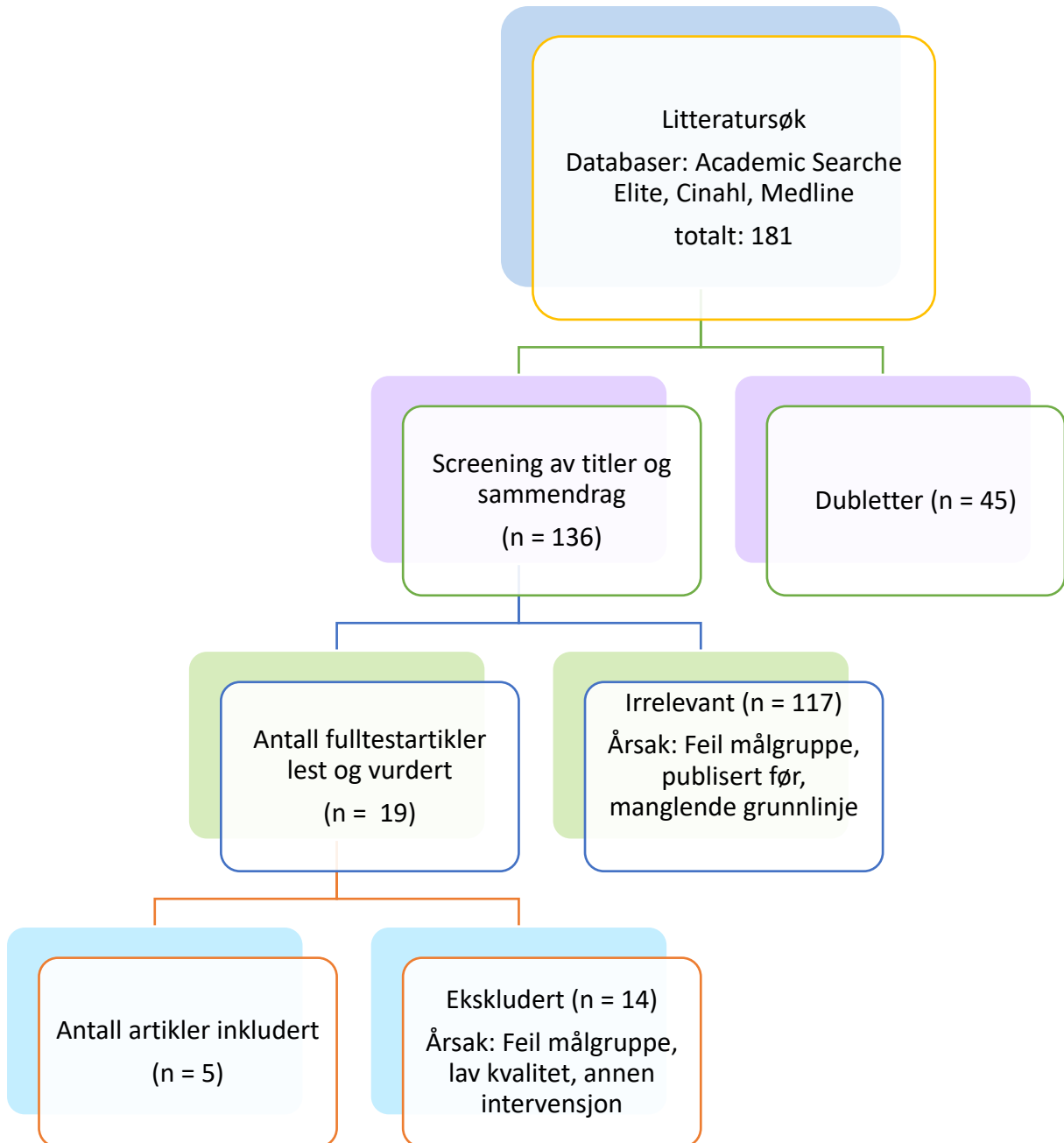
## Vedlegg 2 – Søkestrategi/søkehistorie

Søkene ble gjennomført i perioden 05.12.2019 – 17.01.2020.

Database/ Søkemotor/ Nettsted	Søk Nr.	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentar til søket
Academic Search Elite + Cinahl + Medline	#1	Depression OR depressive	902 658	
	#2	Home health care OR home care OR home nursing	274 948	
	#3	Elderly OR aged OR older OR elder OR geriatrics	7 135 049	
	#4	Scandinavia OR Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Iceland	1 645 243	
	#5	Nurse OR nursing	2 068 076	
	#6	Mental health OR mental illness	979 430	
	#7	Psychosocial	647 757	
	#8	Intervention	1 856 056	
	#9	Prevent OR prevention OR preventing	3 970 798	
	#10	Symptoms OR signs	2 323 283	
	#11	Promotion	460 726	
	#12	Training OR education OR development OR learning	11 312 317	
	#13	Quality of life	711 786	
	#14	Health promotion	260 497	
	#15	Prevent OR reduce OR minimize OR decrease	4 639 584	
	#16	Nurse	1 012 212	
	#17	Nurse-patient relations	70 095	
	#18	Communication	1 991 772	
	#19	Depression OR depresses OR depressive	974 677	

	#20	Home care services OR home health care OR home healthcare,	44 633	
	#21	Psychosocial interventions	6083	
	#22	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #9	35	
	#23	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #13 AND #14 AND #15	0	
	#24	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #14	16	
	#25	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #9 AND #14 AND #15	6	
	#26	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6 AND #9	8	
	#27	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #10 AND #14	17	2009-2020, en artikkel fra søket brukes i oppgaven.
	#28	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #6 AND #7 AND #8 AND #10 AND #15	7	
	#29	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #6 AND #7 AND #9	21	
	#30	#2 AND #3 AND #16 AND #17 AND #18 AND #19	8	2009-2020, en artikkel fra søket brukes i oppgaven.
	#31	#2 AND #3 AND #13 AND #16 AND #17 AND #19	7	
	#32	#3 AND #6 AND #16 AND #17 AND #18 AND #19 AND #20	13	
	#33	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #9 AND #21	3	2009-2020, en artikkel fra søket brukes i oppgaven.
Sykepleien.no	#1	Hjemmesykepleie og depresjon	5	2009-2020, en artikkel fra søket brukes i oppgaven.
	#2	Depresjon og eldre	35	2009-2020, en artikkel fra søket brukes i oppgaven.

## Vedlegg 3 – Flytskjema



## Vedlegg 4 – Litteratormatrise

Forfattere, år, tidsskrift og land	Tittel	Hensikten med studien	Metode/utvalg/	Hovedfunn/ Resultater
Markle-Reid, M., McAniey, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., Hoch, J., S., Peirce, T. & Busing, B.  2014. BMC Geriatrics, Canada	An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms.	Målet med studiet er å undersøke helsefremmende intervensjoner og se hvilken effekt dette har på å redusere depressive symptomer hos eldre.  Redegjort for etiske overveielser: Ja.	Kohortstudie.  Prospektiv studiedesign med før og etter test en til en.  Eldre personer $\geq 70$ år som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie.	98 av de 142 deltakeren gjennomførte 6 måneders oppfølgingen i studiet.  De helsefremmende tiltakene var gjennomførbare og viste å redusere depresjon og ga bedre livskvalitet. Under studiets tid var det nedgang i innleggelser på sykehus, bruk av ambulans og legevakt. Resultatene viste reduksjon i depressive symptomer, forbedret HRQoL og økt kunnskap om depresjon og depresjonshåndtering.
Skatvedt A., Andvig E.  2014. Sykepleien – forskning	Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten	Ser på pasienters erfaring med psykiske helseproblemer og bruke denne informasjonen i kunnskapsutvikling. Bruke denne kunnskapen til å forbedre tilbud i kommunehelsetjenesten.  Redegjort for etiske overveielser: Ja.	Kvalitative intervjuer.  Over 63 år, bo hjemme, hjelp fra kommunehelsetjenesten	Vennligsinnet pågåenhet og tid til samvær var de to hovedfunnene. Vennligsinnet pågåenhet gikk ut på at pasientene av hjemmesykepleien ønsket noen som kunne «ta fatt i» dem. Tid til samvær handlet om den hverdagslige praten og hvordan dette hadde betydning for en tillitsfull relasjon.
Halvorsrud L., Pahr I., Kvarme L. G.	Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	Se hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien beskriver den nedstemte pasienten og hvilke tiltak de utfører innenfor yrkets rammer.	Kvalitativ beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer.	Sykepleierne identifiserte depressive symptomer gjennom å se på endringer i pasientens væremåte eller vante mønstre. Mangelen på kontinuitet i hjemmesykepleien førte til begrensninger i



2016. Sykepleien – forskning		Redegjort for etiske overveielser: Ja.	Det ble gjennomført 10 intervjuer med sykepleiere i hjemmesykepleien i et byområde.	oppfølgingen av tiltak som ble satt i gang. Kjennskap til pasienten ble sett på som en viktig faktor for å oppdage endringer hos pasienten.
Dianne Veronica Liebel & Bethel Ann Powers.  2015. The Gerontological Society of America	Home Health Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management	Få en forståelse om hvordan sykepleiere både opplever og oppfatter depresjon, samt hvordan de identifiserer lidelsen.  Redegjort for etiske overveielser: Ja.	Kvalitativ  Pasienter over 60 år som hadde depresjon, kronisk sykdom og nedsatt funksjon.  Kvalitativ beksrivende studie som involverte 2 fokusgrupper og 16 semistrukturerte intervjuer med sykepleiere. Det ble også gjort 25 observasjoner ved bruk av hjemmebesøk.	Resultatene viser at sykepleier var mer sikker i jobben med funksjonsnedsettelse enn ved depresjon hos eldre. Studie viser til at det trengs mer kunnskap om depresjon og depresjonshåndtering blant sykepleierne i hjemmesykepleien. Sykepleierne trekker frem at det er viktig med et relasjonsforhold mellom sykepleier og pasienten. Hvis dette forholdet ikke foreligger, førte det til at flere eldre svarte uærlig på spørsmål i kartleggingen av depresjon.
Susan Waterworth, Bruce Arroll, Deborah Raphael, John Parsons & Merryn Gott.  2015. Journal of Clinical Nursing	A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions	Utforske hvordan sykepleiere identifiserer/oppdager depresjon hos eldre mennesker.  Redegjort for etiske overveielser: Ja.	Kvalitativ metode med utdypende telefonintervju med 40 sykepleiere som bodde i New Zealand.	Resultatene viser viktigheten av å ha samtaler med pasienten om deres lave humør, spesifikt om depresjon. Kunnskapen hos sykepleierne var variert og noen følte de kunne gi spesifikke råd angående depresjon, mens andre ikke kunne dette. Resultatene viser også at flere mente at dette ikke var en del av sykepleiers oppgave. Studie trekker frem at en relasjon til pasienten er viktig for å se endringer som kan ha sammenheng med en depresjon.

