



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato: 04-06-2024 09:00 CEST
Sluttdato: 06-06-2024 14:00 CEST
Eksamensform: Bacheloroppgave
Termin: 2024 VÅR
Vurderingsform: Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode: 203 SYKF390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.: 153

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7991

Egenerklæring *:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert**

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 2
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Depresjon hos hjemmeboende eldre

Depression among elderly living at home

Kandidatnummer 153

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 06.06.24

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Depresjon hos hjemmeboende eldre

Bakgrunn: Eldre er mer utsatt enn andre aldersgrupper for å få depresjon. I hjemmesykepleien møter man i aller størst grad eldre. Jeg ville gjennom denne oppgaven undersøke hvordan en som sykepleier kan bidra til å forebygge depresjon hos eldre hjemmeboende.

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

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskning og litteratur.

Funn: Manglende tid og kontinuitet i hjemmesykepleien er faktorer som gjør det utfordrende å oppdage symptomer på depresjon. Samtidig er mangel på egenomsorg hos pasientene som følge av sosial isolasjon og ensomhet også trekt frem som viktige elementer i arbeidet med forebygging av depresjon.

Konklusjon: Depresjonssymptomer kan være vanskelig å oppdage hos den eldre. Det krever derfor at noen kjenner til tidlige kjennetegn på depresjon. Det krever igjen kontinuitet og faste pleiere, noe man ser i flere av studiene at er en utfordring i hjemmesykepleien. Sykepleieren kan støtte og styrke den eldres kapasitet til egenomsorg gjennom opplæring og veiledning. Som sykepleier kan man ta seg tid til samtale, oppmuntre den eldre til sosial deltakelse eller introdusere til selvhjelpsmetoder.

Nøkkelord: depresjon, eldre, kontinuitet, tid, selvhjelpsmetoder, sykepleie, forebygging

Abstract:

Title: Depression among elderly living at home

Background: The elderly are more susceptible to depression than other age groups. In home care services, one primarily encounters elderly individuals. Through this assignment, I aimed to investigate how nurses can contribute to preventing depression in elderly living at home.

Issue: «How can nurses contribute to the prevention of depression in elderly living at home, receiving home care services?»

Method: The assignment is a literature review based on research and literature.

Result: Lack of time and continuity in home care services are factors that make it challenging to detect symptoms of depression. Additionally, the lack of self-care among patients as a result of social isolation and loneliness is highlighted as important elements in the work of preventing depression.

Conclusion: Symptoms of depression can be difficult to detect in many elderly individuals. Therefore, it requires someone to be familiar with the early signs of depression. This, in turn, requires continuity and regular caregivers, which several studies show is a challenge in home care services. Nurses can support and enhance the elderly's capacity for self-care through education and guidance. As a nurse, one can take the time for conversations, encourage the elderly to participate in social activities, or introduce them to self-help methods.

Keywords: depression, elderly, continuity, time, self-help methods, nursing, prevention

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.2 Valg av tema	6
1.3 Teoretisk grunnlag	6
1.3.1 Depresjon hos eldre	6
1.3.2 Sykepleie til eldre som er utsatt for depresjon	7
1.3.3 Forebyggende helsearbeid.....	8
1.3.4 Hjemmesykepleie.....	10
1.3.5 Personsentrert sykepleie og egenomsorg	11
1.3.6 Kontinuitet i helsehjelp	12
2.0 Formål	13
2.1 Problemstilling	13
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkeprosess.....	14
3.3 Kildekritikk.....	16
3.4 Analyse.....	16
3.5 Forskningsetikk	17
3.6 Metodediskusjon.....	17
4.0 Resultat	17
4.1 Tematisk analyse.....	17
4.1.1 Egenomsorg og sosial deltakelse	18
4.1.2 Sykepleierens forebyggende rolle.....	18
4.1.3 Selvhjelpsmetoder	19
5.0 Diskusjon av resultat	20
5.1 Diskusjon	20
5.1.1 Tidlige kjennetegn på depresjon.....	21
5.1.2 Egenomsorg og personsentrert sykepleie	22
5.1.3 Sykepleierens forebyggende rolle.....	23
5.1.4 Tid og kontinuitet	24

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis	26
6.1 Konklusjon.....	26
6.2 Implikasjoner for praksis.....	27
Referanseliste	28
Vedlegg 1	31
PICO-skjema.....	31
Vedlegg 2	31
Søkestrategi.....	31
Vedlegg 3	34
Litteratormatrise.....	34

1.0 Introduksjon

Depresjon er en tilstand der diagnosen stilles på bakgrunn av mange, intense eller langvarige symptomer (Aarre, 2018, s. 136). Tilstanden kjennetegnes av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledesfølelse. Vanlige symptomer kan være senket stemningsleie, søvnforstyrrelser, dårlig selvtillit, redusert/økt appetitt eller pessimisme (Aarre, 2018, s. 136). Personer som har gjennomgått uønskede livshendelser, som for eksempel sorg eller traume, har en større sannsynlighet for å utvikle depresjon (WHO, 2023). Samtidig beskriver WHO (2023) at depresjon er resultatet av et komplekst samspill mellom sosiale, psykologiske og biologiske faktorer, som kan ramme alle aspekter av livet. Alvorlighetsgraden må ses i sammenheng, og ut fra en samlet vurdering av symptomene som oppstår (Eskeland, 2017, s. 144).

Eldre synes å være mer utsatt for å få depresjon, selv om det rammer alle aldersgrupper. (Helsedirektoratet, 2019). Med forebygging og riktig vedlikehold av kroppen kan alderdommen gjøres lettere (Mensen, 2020, s. 34). Depresjonen som oppstår senere i livet er veldig ulik fra person til person, der mange ulike faktorer spiller inn. Det er derfor vanskelig å gi helt konkrete råd om forebyggende tiltak (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Dessuten kan depresjon være vanskelig å oppdage hos den eldre (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171). Derfor er det viktig å ha en dialog med pasienten som opplever en depressiv tilstand, for å få tak på hvor omfattende problemet er, og hvor intenst det oppleves for den enkelte (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171).

Depresjon sies å være den mest kostbare og utbredte psykiske lidelsen, samtidig er den blant de få som har effektive metoder til behandling og forebygging (Dalgard & Bøen, 2008, s. 7). Psykiske lidelser karakteriseres som forstyrrelser i et individs tenking, følelsesmessig regulering eller atferd (WHO, 2022). Ifølge *Folkehelseinstituttets* rapport angående psykisk helse i Norge, vil en av fem bli rammet av depresjon i løpet av livet, og en av ti i løpet av 12 måneder (Reneflot et. al., 2018, s. 28).

1.2 Valg av tema

Valg av tema er basert på egne erfaringer fra praksis og jobb i omsorgsbolig og hjemmesykepleie. Der har jeg opplevd store endringer i eldreomsorgen ved at pasientene blir eldre, sykere og dermed får et større hjelpebehov. Jeg har erfart at tid ikke strekker til, og at pasienter med behov for en samtale ikke får det i den grad de burde. Med denne oppgaven ønsker jeg å få en større forståelse av depresjon, og undersøke hvilke tiltak man som sykepleier kan gjøre for å forbygge dette. Jeg ønsker å lære mer om hvilke utfordringer vi møter i forbindelse med tidspress og kontinuitet, og samtidig se hva man kan gjøre for å forbedre dette.

1.3 Teoretisk grunnlag

1.3.1 Depresjon hos eldre

Verdens helseorganisasjon beskriver depresjon som en vanlig tilstand i eldre alder (WHO, 2022). Det kan være en stor utfordring å oppdage de gamle pasientene som lider av depresjon med debut i høy alder (Kvaal, 2020, s. 449). WHO beskriver videre at det ikke er noen typisk eldre person (World Health Organization, 2022). De tar for seg at innen 2030 vil 1 av 6 mennesker i verden være 60 år eller eldre, og at dette vil dobles innen 2050.

Diagnosen kan gjøres vanskelig hos den eldre, ved at symptomer som for eksempel svekkede psykosomatiske evner, og en passiv livsstil kan tolkes som depresjon, selv om det ikke er det (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 53). Mange eldre klarer ikke selv å tolke symptomene på depresjon riktig. Tegn som tretthet og manglende energi kan bli tolket som en del av livet, og bli sett på som normale tegn på alderdom (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 53). Samtidig nevner Engedal og Bjørkløf (2020, s. 62) at tristhet kan være mindre fremtredende hos den eldre med depresjon, og at andre enkeltsymptomer kan stå mer i forgrunnen.

Konsekvenser av depresjon hos eldre, er for mange en opplevelse av fysisk belastning i form av smerter og ubehag (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140). Det får også konsekvenser for det sosiale behovet som økt isolasjon, ensomhet og manglende initiativ til å oppsøke andre mennesker. Det kan ses i sammenheng med redusert livskvalitet som er en subjektiv

opplevelse av egen situasjon, sett opp mot sine egne indre standarder for hva som er mulig eller ideelt (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140). For å bedre symptomene eller vurdere tiltak for å bedre livskvaliteten hos den eldre, er det avgjørende at den eldre kan definere sin egen opplevelse av livskvalitet (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140). For noen er å være fri fra smerter tegn på økt livskvalitet, mens for andre kan det være at depresjonssymptomene forsvinner (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140-141).

1.3.2 Sykepleie til eldre som er utsatt for depresjon

Sykepleieren har et ansvar for å iverksette nødvendige sykepleietiltak hos sine pasienter (Kvaal, 2020, s. 454). Ved depresjon kan noen tiltak være: å bygge en god allianse og et likeverdig forhold til pasienten, støtte, lindre, bekrefte gjennom samtaler, styrke pasientens selvbilde eller tilrettelegge for helsefremmende aktiviteter og et fysisk, samt psykososialt miljø som bidrar til mestringsopplevelser (Kvaal, 2020, s. 454). Sykepleieren må også kunne kritisk vurdere og reflektere over gjeldende praksis, og ta initiativ til dialog om bruk av ny kunnskap og nye arbeidsmetoder (Kristoffersen et. al., 2021, s. 26).

Sentralt i arbeidet med alderspsykiatrien er å vurdere pasienten fra et helhetlig perspektiv (Eskeland, 2017, s. 109). Om man skal gjøre en psykiatrisk vurdering må man også inkludere somatisk sykdom, medikasjon, hjelpebehov, fysisk funksjonsnivå og annet (Eskeland, 2017, s. 109). I hjemmesykepleien kan man møte pasienter i ulike kategorier og med ulike psykiske lidelser (Birkeland & Flovik, 2018, s. 168). Dette kan være pasienter som får psykiske lidelser av sine somatiske plager, eller somatiske plager av sin psykiske lidelse. Somatisk er forbundet med det som har med kroppen å gjøre, eller kroppslig. Det kan sies å være det motsatte av psykisk (Kåss, 2021).

Depresjon er ofte knyttet til ensomhet og isolasjon (Ranhoff, 2020, s. 162). Sykepleieren kan ta i bruk metoder for å hjelpe den gamle til mestring og tilpasning, slik at konsekvenser som tilbaketrekning og isolasjon kan unngås (Ranhoff, 2020, s. 163). For eksempel kan sykepleieren oppmuntre den eldre til å oppsøke eldresentre, eller ta kontakt med familie, venner eller en nabo. Det kan også være av stor betydning å hjelpe den gamle til å se kvaliteter ved alderdommen (Ranhoff, 2020, s. 163).

Pasienter kan ha behov for å snakke om alvorlige temaer (Eskeland, 2017, s. 91). Vi må da som helsepersonell være bevisst på egne holdninger. Det kan bidra til at man blir en bedre samtalepartner, og videre betyr at man er til bedre hjelp for den enkelte pasienten (Eskeland, 2017, s. 91). Gjennom regelmessig kontakt og god omsorg over tid, kan man bygge tillitt og trygghet, noe som er viktig for eldre som er skrøpelige og sårbare (Eide & Eide, 2017, s. 315).

For å fange opp eldre som er i risiko for å utvikle depresjon, er det en forutsetning at noen kjenner til tidlige kjennetegn (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Dette kan være hjemmesykepleien eller den eldre selv. «Trappetrinnvis hjelp» er et prinsipp som dreier seg om å utvikle et system for å få til dette (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Det første trinnet går ut på å forsøke ikke- medikamentelle tiltak som for eksempel enkle selvhjelpsmetoder for kognitiv terapi, eller deltakelse i fysiske og sosiale aktiviteter. Kognitiv terapi er valg av ulike innfallsvinkler for å prøve å endre et fastslått uønsket mønster i det dynamiske spillet mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser eller atferd (Kriz & Solberg, 2019). Om man har kunnskap om depresjon og de tidlige tegnene, samt vet at tidlig og rask hjelp er av betydning, er «trappetrinnvis hjelp» en god metode å bruke innen hjemmesykepleie (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193).

1.3.3 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid ses på som mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død (Mæland, 2021, s. 15). Å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet er faktorer i det forebyggende helsearbeidet, ifølge Mæland (2021, s. 15). I dette ligger for eksempel å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig, eller å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling. I Folkehelseloven §4 (2011) beskrives det at kommunen skal fremme helsen til befolkningen, og bidra til å forebygge blant annet psykisk sykdom. Kommunen skal gjennom opplysning, råd og veiledning bidra til forebygging av sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at man som sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2023). Depresjon har vist å ha vel utprøvde metoder for forebygging

(Dalgard & Bøen, 2008, s. 4). Ensomhet og isolasjon styrker depresjonen, samt den lave selvfølelsen (Eskeland, 2017, s. 147). Derfor kan motivasjon til å delta i en sosial sammenheng, eller følge til aktiviteter som eldresenter ha en forbedrende effekt på depresjon (Eskeland, 2017, s. 147).

I det helsefremmende arbeidet knyttet til psykisk helse, er det viktig å sette inn primært forebyggende arbeid på et så tidlig tidspunkt som mulig hos risikogrupper og – individer (Mæland, 2021, s. 173). Primærforebygging tar for seg tiltak for å hindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper (Kristoffersen et. al., 2021, s. 20). Å introdusere hjelpetilbud så tidlig som mulig hos de som viser tegn på sårbarhet er vesentlig i det forebyggende arbeidet (Mæland, 2021, s. 174). Samtidig kan støtten fra andre være vel så avgjørende og viktig som egne mestringsressurser i kriser og påkjennende situasjoner (Mæland, 2021, s. 174).

«Leve hele livet» er en kvalitetsreform som går ut på å sikre kvalitet i tjenestene (St.meld. nr. 15, (2017-2018)). Reformen tar for seg utprøvde og konkrete løsninger på områder der de vet det svikter i tilbudet til eldre i dag. Målgruppen er eldre over 65 år. Et utvalg av ansatte, eldre, forskere, pårørende, frivillige og ledere har sammen bidratt med det de ser fungerer i praksis, samt hva som bidrar til kvalitet i tjenestene og en trygg og verdig alderdom. Et ønske er at helse- og omsorgstjenestene tar mer utgangspunkt i de eldres behov, og lar de ta egne beslutninger i livet lengst mulig. En av utfordringene var manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging. Reformen foreslår forebyggende hjemmebesøk for å få en kartlegging og tidlig identifisering av eldre som er i risiko for funksjonstap. Tilbakemeldinger fra bidragsyterne i reformen er at tjenestene ofte er preget av lite kontinuitet og trygghet, samt personsentrert tilnærming. Reformen foreslår at man kan bedre dette ved å ha mer fokus på den enkeltes behov ved å arbeide etter personsentrert metode, eller dele hjemmetjenesten inn i arbeidslag og ha primærkontakter.

Helsevesenet i seg selv klarer nok ikke alene å forebygge depresjon i den eldre befolkningen (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Sammen med andre aktører kan helsepersonell peke ut spesielle grupper eldre der en vet at risikoen for depresjon er stor. Dette krever ikke bare helsetiltak, men også økonomiske og politiske tiltak (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192).

1.3.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en del av kommunehelsetjenesten, og er en tjeneste som yter pleie- og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon. Kjernepersonellet er sykepleiere eller helsefagarbeidere, og tjenesten er en stor del av eldreomsorgen (Braut, 2020). Ifølge Helsedirektoratets rapport om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020, s. 11), mottok om lag 310 000 tjenester i hjemmet i 2020. Av disse var rundt 214 000 i alderen 50 år og oppover. Tjenester til hjemmeboende beskrives her som praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, matombringing, avlastning utenfor institusjon, støttekontakt, omsorgsstønning og helsetjenester i hjemmet. Av alle tjenester er det helsetjenester i hjemmet som utgjør den største andelen i statistikken (Helsedirektoratet, 2020, s. 14).

All sykepleie som utføres i pasientens hjem er et felles begrep på hjemmesykepleie (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Pasienter som har hjemmesykepleie kan trenge hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov, for eksempel legemiddelhåndtering, spise og stelle seg, sårstell, blodtrykksmåling og andre tekniske prosedyrer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). De fleste som trenger tjenester fra blant annet hjemmesykepleie er eldre mennesker med kroniske sykdommer (Eskeland, 2017, s. 63). Ytelsen fra pleierne vil i stor grad være rettet mot livskvaliteten til disse hjelpemottakerne, siden det ofte er lite å gjøre med den kroniske sykdommen. Om pasienten har god livskvalitet, kan det forebygges at den blir sykere (Eskeland, 2017, s. 63).

Kommunen skal sørge for at personer som holder til i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, dette gjelder også de med psykisk sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). For å gjennomføre dette skal kommunen tilby helsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Når evnen til å ivareta egne behov svikter, er hjemmesykepleien helt avgjørende for pasientene (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Dette for at de skal leve et best mulig liv med sin sykdom og/eller funksjonsnedsettelse (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13).

Hovedmålet for hjemmesykepleien er at pasientene skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Hver pasient trenger

en individuell tilrettelagt tjeneste. Det innebærer at de ansatte i tjenesten må ha en helhetlig tilnærming, med fokus på alle faktorer som påvirker pasientens helsetilstand (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Det krever videre at man har kunnskap om hvordan ulike sykdommer eller funksjonsnedsettelse virker inn på hverandre, og at man ut fra dette kan iverksette tiltak for at pasienten skal leve et best mulig liv, og unngå at situasjonen forverres (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Oppdraget til hjemmesykepleien kan være definert som et fysisk, somatisk eller praktisk oppdrag (Birkeland & Flovik, 2018, s. 172). Derfor fremhever Birkeland & Flovik (2018, s. 172) tid til samvær og fokus på det psykososiale i arbeid med pasienter med depresjonssymptomer. Dette kan gjøres ved å sette av tid til samtale og kommunikasjon om vanlige mellommenneskelige forhold. (Birkeland & Flovik, 2018, s. 172). I en travel hverdag der flere sykepleiere er involvert, kan dette bli en utfordring (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171).

1.3.5 Personsentrert sykepleie og egenomsorg

Å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie er en grunnleggende og udiskutabel verdi i sykepleiefaget (Kirkevold, 2020, s. 98). Dette vil si at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens opplevelser, verdier, ønsker og behov, samt ivaretar pasientens integritet og verdighet (Kirkevold, 2020, s. 98). En viktig sykepleieoppgave, er å ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte eldre gjennom støtte til å ivareta sin egenomsorgskapasitet (Kirkevold, 2020, s. 105). For mange eldre er en sterk drivkraft i egenomsorgen å fortsette å være selvhjulpne, og kunne bo i eget hjem (Kirkevold, 2020, s. 105). Det er viktig at sykepleieren kjenner til de ulike sykdommenes kjennetegn og forløp (Kirkevold, 2020, s. 106). Dette for å kunne yte tilpasset hjelp og se hvordan behovet for hjelp tilpasses i de ulike sykdomsfasene (Kirkevold, 2020, s. 106).

Egeninnsatsen til den enkelte eldre er sentral i ivaretagelsen av egen helse og funksjon (Ranhoff, 2020, s. 161). Faktorer som tidligere holdninger, ressurser, preferanser og vaner videreføres i alderdommen. Man kan få problemer med å mestre tap og tilpasse seg nye situasjoner om man har et negativt syn på alderdommen, eller ikke klarer å akseptere den fysiske forandringen (Ranhoff, 2020, s. 163).

1.3.6 Kontinuitet i helsehjelp

Kontinuitet i helsehjelp er en sentral faktor i hjemmesykepleien for at pasientene skal oppleve at de får god hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16). Kontinuitet vil si en ubrutt sammenheng eller en utvikling som ikke blir avbrutt («kontinuitet», 2005-2007). Uavhengig av hvor stort hjelpebehovet er, kan det knyttes stor spenning til å få hjemmesykepleien inn i hjemmet. Det bør derfor være rom for å bruke en del tid på å bli kjent med pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 54). God koordinering og informasjon er essensielt for å sikre kontinuitet, da det ofte er mange ulike pleiere involvert (Næss, 2020, s. 256).

Samhandlingsreformen er en stortingsmelding som tar for seg fremtidens helse- og omsorgsutfordringer (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Et mål i samhandlingsreformen, er at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet og preget av kontinuitet (St.meld. nr. 47, (2008-2009)), s. 48).

Mange mottakere av tjenester i hjemmesykepleien kan ofte oppleve at de er preget av liten kontinuitet blant hjelperne de møter (Eskeland, 2017, s. 65). Tjenesten kan derfor oppleves som ustabil og slitsom. Organiseringen av omsorgen må da ta hensyn til pasientgrupper som de med psykiske lidelser, som ofte har større behov for faste og få pleiere (Eskeland, 2017, s. 65). Om det er mistanke om depresjon, er det viktig å kontakte fastlege, men det avhenger av at noen har tatt seg tid til en samtale med pasienten i forkant (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171).

«Leve hele livet» har arbeidet frem fire forslag til økt kontinuitet i tjenestene, samt færre folk for pasient og pårørende å forholde seg til (St.meld. nr. 15, (2017-2018)). Blant disse er riktig hjelp til rett tid som går ut på at hjemmetjenesten kommer til avtalt tid, og at pasienten får beskjed ved endring i tidspunkt. Målet med dette er økt forutsigbarhet og trygghet.

2.0 Formål

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan en som sykepleier kan forebygge depresjon hos hjemmeboende eldre. Jeg har i lys av problemstillingen gjort systematiske litteratursøk for å finne relevant data (Thiedemann, 2019, s. 82). I oppgaven vil jeg forholde meg til pasienter over 60 år, basert på det WHO har beskrevet (WHO, 2022). Jeg vil også avgrense til pasienter i hjemmesykepleien eller primærhelsetjenesten. I oppgaven vil jeg ikke fokusere på tilleggsdiagnoser, og gå ut fra at pasientene ikke har en depresjonsdiagnose. Det finnes flere kartleggings skjemaer for å påvise og følge opp depresjon (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 123). Jeg har ikke valgt å inkludere kartleggings skjemaer i denne oppgaven, fordi jeg ville se på andre faktorer innen forebygging. Påførende er ikke tatt med i denne oppgaven, selv om de ofte beskrives som en viktig ressurs. Jeg har heller ikke fokusert på om pasienten bor alene eller sammen med noen, da jeg selv har erfart at det kan oppstå depresjon i begge tilfeller.

2.1 Problemstilling

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

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at data er innhentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Hensikten med denne metoden er å gi leseren en forståelse og oppdatert kunnskap på det man beskriver i problemstillingen (Thiedemann, 2019, s. 78). Man skal også beskrive hvordan man har kommet frem til den aktuelle kunnskapen (Thiedemann, 2019, s. 78).

3.2 Søkeprosess

For å optimalisere søket etter forskning har jeg benyttet meg av PICO- skjema der jeg har satt inn relevante søkeord for min problemstilling (Helsebiblioteket, 2021). I PICO- skjema har jeg ikke benyttet meg av «C», som står for sammenlikning (Helsebiblioteket, 2021). Dette fordi jeg ikke har valgt å sammenlikne tiltak (se vedlegg 1). For å oversette ordene fra norsk til engelsk har jeg brukt oversettelsesfunksjon, samt egne ferdigheter. Jeg har brukt punktene under kunnskapsbasert praksis på Helsebiblioteket for å bevisstgjøre hvor jeg henter kunnskap fra og styrke beslutningsgrunnlaget (Helsebiblioteket, 2021). Som for eksempel spørsmålsformulering gjennom PICO-skjema, kritisk vurdering av forskning og gjennomført litteratursøk.

Søket etter forskning har jeg gjennomført gjennom databasene MEDLINE og CINAHL. Disse databasene er brukt fordi de har relevante artikler innen sykepleiefaget, samt at de blir anbefalt av biblioteket på HVL. Jeg søkte også i Sykepleien Forskning fordi jeg vurderte det som relevant og troverdig å bruke forskning som er gjort i Norge. Dette for å se sammenhenger og kunne relatere til innholdet. Søkende ble kombinert med «AND» for å avgrense søkene, og «OR» for å utvide (Helsebiblioteket, 2021). Jeg startet søkene med å avgrense fra 2018-2024 for å få den nyeste og mest oppdaterte forskningen. Videre så jeg at jeg måtte utvide søket til 2014- 2024 for å finne relevant forskning til oppgaven. Under artikkelsøkingen har jeg bemerket meg om de er fagfellevurdert, noe som vil si at artiklene er vurdert av upartiske eksperter innenfor faget (Utdanningsforskning, 2016). Se vedlegg 2 for søkestrategi.

I oppgaven har jeg brukt faglitteratur, samt kilder fra internett. Dette krever at man sjekker at kilden har et troverdig opphav og at man bruker egen informasjonskompetanse til å vurdere det (Dalland, 2017, s. 152). Informasjonskompetanse går blant annet ut på ferdigheter, holdninger, kunnskaper, dømmekraft og dannelse. Her har jeg tatt i bruk kompetanse fra sykepleierutdanningen og annen praksis. Jeg har brukt relevant pensum fra sykepleiefaget. I oppgaven har jeg også tatt med lovverk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, stortingsmeldinger og relevante rapporter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3 & §3-2., Folkehelseloven, 2011, §4., NSF, 2023, St.meld. nr. 47 (2008-2009)., St.meld. nr. 15 (2017-2018)., Reneflot et. al., 2018, s. 28., Helsedirektoratet, 2020, s.11.,

Dalgard & Bøen, 2008, s.7).

Forskningsartiklene jeg har benyttet i oppgaven er av kvalitativ metode, tverrsnittstudie og randomisert kontrollert studie. Den kvalitative metoden er brukt for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaring, her utført med datainnsamling i form av intervju, samt analyse (Helsebiblioteket, 2022). «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» (Halvorsund et. al., 2014) og «Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien» (Sjøset & Helgesen, 2021), er artiklene av kvalitativ metode jeg har benyttet i oppgaven. En annen anvendt artikkel er en tverrsnittstudie som vil si at de har samlet informasjon i en definert populasjon på et visst tidspunkt (Helsebiblioteket, 2017). Metoden brukes når en skal beskrive forekomsten av noe. Her er artikkelen «An analysis of the influencing factors of depression in older adults under the home care model» (You et. al., 2023) brukt. Den siste artikkelen er en randomisert kontrollert studie, som vil si at de har målt effekten av et tiltak (Helsebiblioteket, 2019). Her har jeg brukt studien til Gilbody et. al. (2021), «Can we prevent depression in at-risk older adults using self-help? The UK SHARD Trial of behavioral activation».

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter utenfor institusjon/ hjemmeboende/ pasienter med hjemmesykepleie	Pasienter på institusjon
Alder 60+	Under 60 år
Pasienter med depressive symptomer	Pasienter med alvorlig depresjon
Artikler innenfor en 10års periode	Artikler eldre enn 10 år
Psykiske lidelser	Artikler der en annen diagnose er en del av tema
Artikler på norsk/nordisk og engelsk	Artikler på andre språk enn norsk/nordisk og engelsk

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere og karakterisere om kilden er troverdig (Dalland, 2017, s. 158). For å vurdere forskningsartiklene har jeg først sett etter en IMRaD struktur. Dette betyr at artiklene er bygd opp med introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Å bruke denne metoden gjør det lettere å orientere seg i tidsskriftene (Dalland, 2017, s. 163).

I denne oppgaven har jeg valgt ut fire forskningsartikler for å belyse tema og problemstillingen. To av artiklene er fra Norge. Dette ser jeg på som en fordel da det kan relatere mer til mine egne erfaringer fra hvordan hjemmesykepleien er strukturert. De to andre artiklene er skrevet på engelsk og gjennomført i Kina og Storbritannia. At de er skrevet på engelsk kan føre til feiltolkning ettersom det er et annet språk enn mitt morsmål. Artiklene er likevel tatt med da jeg fant at tema er relevant for min problemstilling, og ser at det ikke er langt fra vår virkelighet i Norge. Eksklusjonskriteriene kan ha ført til at jeg har oversatt andre aktuelle artikler.

I litteratur og nettsider jeg har brukt kan det ha vært sekundærkilder. Primærkilden er den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den samme, mens sekundærkilde kan være en oversatt utgave av den primære kilden (Dalland, 2017, s. 162). Dette kan derfor føre til feiltolkninger i oppgaven. Under valg av forskningsartikler har jeg benyttet meg av sjekklister på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021). Dette er et hjelpemiddel for å lette arbeidet for å kritisk vurdere artiklene. Sjekklister bidro til en oversikt over alle trinnene under arbeidet med denne oppgaven (Thiedemann, 2018, s. 120).

3.4 Analyse

Under letingen etter artikler har jeg valgt ut fra overskrifter som kan knyttes til min oppgave. Videre har jeg tatt for meg abstraktet i artiklene for å få et overblikk over innholdet. Etter dette har jeg grundig lest gjennom de valgte artiklene og satt de inn i en litteraturmatrise som kort får frem hensikt, metode og funn i artiklene (se vedlegg 3). Jeg har også skrevet en tematisk analyse som tar for seg de gjennomgående temaene i de valgte artiklene, sett opp mot problemstillingen. De gjennomgående temaene er: egenomsorg og sosial deltakelse,

sykepleierens forebyggende rolle og selvhjelpsmetoder.

3.5 Forskningsetikk

Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderingene vi gjør før vi handler (Dalland, 2017, s. 236). Sett ut ifra dette skal forskningsetikken ha som mål å få ny kunnskap, med hensyn til enkeltpersoners integritet og velferd. Forskningsetikken skal ivareta personvernet (Dalland, 2017, s. 236). Når jeg har valgt ut artikler ser jeg at innholdet er anonymisert. Dette er også tatt i betraktning når jeg har brukt egen erfaring, og passet på at innholdet ikke kan knyttes til enkeltpersoner.

3.6 Metodediskusjon

Oppgaven har vært en litteraturstudie, som har gitt muligheter for å finne et bredt spekter av forskning som kan gi ulike synspunkt til oppgaven. Problemstillingen er vid, noe som kan gjøre det utfordrende å komme med helt konkrete svar. Jeg syntes likevel at forskningen og litteraturen er med å belyse problemet, og gir innspill til hvordan man som sykepleier kan forebygge depresjon hos eldre hjemmeboende.

4.0 Resultat

4.1 Tematisk analyse

Hovedtemaene som går igjen i artiklene er egenomsorg og sosial deltakelse, sykepleierens forebyggende rolle og selvhjelpsmetoder. Jeg har ut fra dette skrevet en tematisk analyse for å belyse artiklenes hovedfunn sett opp mot problemstillingen.

4.1.1 Egenomsorg og sosial deltakelse

I studien til You et. al. (2023), kommer det frem at jo høyere egenomsorgsscore de hjemmeboende eldre hadde, jo lavere var forekomsten av depresjon. Studien tok for seg påvirkningsfaktorene for depresjon hos eldre som bor hjemme. Eldre hjemmeboende mennesker, spesielt de med depresjon, er ofte dårligere på å ta vare på sine grunnleggende behov (You et. al., 2021). Dermed er det klart at økt bevissthet rundt egenomsorg kan være med å forebygge depresjon. Den Norske studien av Sjøset & Helgesen (2021) viser at det er lite fokus på andre oppgaver utover det pasientene har vedtak på i hjemmesykepleien. Noe som gjør det vanskelig å oppdage symptomene på depresjon. Deltakerne fortalte at eldre med depresjon ikke blir sett på som så syke at de trenger den regelmessige oppfølgingen fra en sykepleier. Det er i så fall først når tilstanden har blitt så alvorlig at de for eksempel har sluttet å spise eller ikke vil stå opp av sengen.

Der de eldre viser høy score på aktiviteter i dagliglivet, er forekomsten av depresjon lav (You et. al., 2021). Det kan skyldes at de eldre hjemmeboende kan delta i flere sosiale aktiviteter. Integrering i sosiale aktiviteter kan være med å forhindre forekomsten av depresjon hevder studien til You et. al., og nevner viktigheten av oppmuntring til dette. En annen studie viser at eldre med dårlig, langvarige helsetilstander kan ha innvirkning på den psykiske helsen (Gilbody et. al., 2021).

Sykepleierne i hjemmesykepleien forsøker å gjøre det beste ut av situasjonen de er i (Sjøset & Helgesen, 2021). De syntes det er viktig at pasientene blir ivaretatt, og med rolig prat forsøker de å formidle at de er til stede. De opplever det også som særlig tyngende å vite at noen av de eldre ikke har et nettverk og at hjemmetjenesten er de eneste som er innom (Sjøset & Helgesen, 2021). Noen trenger å ha mennesker rundt seg, og det kan bety mye om hjemmesykepleien tar seg tid til en samtale på fem minutter (Halvorsund et. al., 2014).

4.1.2 Sykepleierens forebyggende rolle

Observasjoner i humørsvingninger bør registreres så tidlig som mulig for å forhindre forekomst av depresjon (You et. al., 2021). I studien til Halvorsund et. al (2014) var et av hovedfokusene å se etter endring i pasientens vante mønstre. Studien skulle undersøke

hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten, samt hvilke tiltak de kunne sette i verk. Noen ting de så etter var tristhet, økt behov for å snakke, dårlig personlig hygiene, rot i huset, dårlig ernæring eller endring i kroppsspråk. En forutsetning for dette var å kjenne godt til pasientene og gi pasienten tilstrekkelig tid til å fortelle hvordan de har det. Utfordringen var muligheten til kontinuitet, og det ble derfor vanskelig å sette i verk oppfølging over tid. Den hektiske hverdagen satte de ansatte i et krysspress mellom pasienten og organisasjonens krav. En annen studie viser også at mangel på tid kan føre til at sykepleierne ikke imøtekommer pasientens behov for samtaler om sin psykiske helse (Sjøset & Helgesen, 2021). Denne studien viser også til mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien, som kan være med på å hemme muligheten for å skape en trygg og tillitsfull relasjon med pasienten. En tillitsfull og trygg relasjon kan være grunnlag for at pasienten åpner seg og snakker om vanskelige følelser. Når det er travelt prioriterer sykepleieren heller å hjelpe til med praktiske oppgaver, fremfor å sette av tid til en prat (Sjøset & Helgesen, 2021).

Manglende tid og kontinuitet gjør det vanskelig å sette inn nye eller utvidede tiltak i hjemmesykepleien (Halvorsund et. al, 2014). Samtidig viser studien til Sjøset & Helgesen (2021) at deltakerne velger å bruke mindre tid på for eksempel matpause og dokumentasjon, for å sette av mer tid hos pasienten. I denne studien kom det også frem at det var satt av lite tid til faglig refleksjon, som kan være med på å gi faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner.

4.1.3 Selvhjelpsmetoder

Selvhjelpsmetoder har vist seg å være effektivt i forhindringen av depresjon til mottakere av tjenester i primærhelsetjenesten (Gilbody et. al., 2021). I studien til Gilbody et. al. ble det utdelt et selvhjelpshefte til pasienter som er i risiko for å utvikle depresjon. Heftet bestod av enkle atferdsstrategier for å forbedre humøret. Studien til Gilbody et. al. viser til at bruken av heftet kan halvere sjansene for depresjon etter 4 måneder, sett opp mot vanlig hjelp/omsorg. Kapasiteten til å sette i verk slike tiltak kommer an på helsetjenestens ressurser (Gilbody et. al., 2021). Selvhjelpsheftet er et lite tiltak som kan vise seg effektivt for å dempe symptomer på kort tid, samtidig er det av lav kostnad for samfunnet. Metoden for selvhjelp presentert i denne studien, kan være en del av første steg i «trappetrinnvis

hjelp/omsorgstilnærming».

I studien til You et. al. (2021) var et av temaene de trakk frem de eldres vilje til å hjelpe andre eldre. Gjensidig hjelp blant eldre er en ny omsorgstype som forekommer i ulike land. Studien legger frem at de eldre som var villige til å hjelpe andre eldre hadde lavere forekomst av depresjon. De eldre som scoret høyt her viser tendenser til trygge og muntre personligheter. Dette kan være med å påvirke de mer introverte eldre til å delta, styrke det sosiale og spille en rolle i samfunnet. En annen studie viser til at hjemmesykepleien kan oppmuntre pasienten til å søke om dagsenter (Halvorsund, et. al., 2014). De eldre forklarte i studien at de har vært hjemme så lenge at det kan være vanskelig å møte nye mennesker.

5.0 Diskusjon av resultat

I denne delen vil jeg drøfte de ulike funnene fra forskningsartiklene, sett opp mot anvendt teori og egne erfaringer for å belyse min problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av depresjon hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie?»

5.1 Diskusjon

Helsetjenester utgjør en stor del av statistikken til antall mottakere av tjenester i hjemmet (Helsedirektoratet, 2020, s. 14). Hjemmesykepleie er dessuten helt avgjørende for mange der evnen til å ivareta egne behov svikter (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Samtidig har sykepleieren et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom og lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2023). Forebyggende helsearbeid handler om å bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet, og det er mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død (Mæland, 2021, s. 15). Når det gjelder depresjon, er det en kostbar og utbredt psykisk lidelse, men det fins likevel effektive metoder for behandling og forebygging (Dalgard & Bøen, 2008, s. 7). Selv om depresjon rammer alle aldersgrupper, er eldre en mer utsatt gruppe (Helsedirektoratet, 2019). Til tross for dette kan alderdommen gjøres lettere med forebygging og riktig vedlikehold av kroppen (Mensen, 2020, s. 34). På en annen side klarer nok ikke helsevesenet alene å forebygge depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Dette

krever samarbeid med andre aktører, som videre krever både økonomiske og politiske tiltak (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192).

5.1.1 Tidlige kjennetegn på depresjon

Depresjon kan være vanskelig å oppdage hos den eldre (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171). På den ene siden kan symptomer som svekkede psykosomatiske evner og en passiv livsstil tolkes som depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 53). På en annen side kan tegn som tretthet og manglende energi bli sett på som normale tegn på alderdom, selv om det nødvendigvis ikke er det (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 62). Symptomer som lite energi, nedsatt interesse, pessimisme og senket stemningsleie er for øvrig tegn på depresjon (Aarre, 2018, s. 136). Dessuten er det mange faktorer som spiller inn, og depresjonen som oppstår senere i livet er veldig ulik fra person til person (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Først og fremst er en forutsetning i arbeidet at noen kjenner til tidlige kjennetegn på depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Dette kan for øvrig være hjemmesykepleien eller den eldre selv (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Ofte er oppdragene til hjemmesykepleien definert som et fysisk, somatisk eller praktisk oppdrag (Birkeland & Flovik, 2018, s. 172). I tillegg beskriver Sjøset & Helgesen (2021) i sin studie at det er lite fokus på andre oppgaver utover det pasientene har vedtak på i hjemmesykepleien. Dette betyr at det kan være vanskelig å oppdage symptomene på depresjon (Sjøset & Helgesen, 2021).

Et symptom på depresjon kan være dårlig selvtillit (Aarre, 2018, s. 136). Som sykepleier kan man derfor iverksette tiltak for å stryke deprimerte pasienters selvbilde (Kvaal, 2020, s. 454). For eksempel eldre som viser tendenser til trygge og muntre personligheter, scorer høyt på villighet til å hjelpe andre eldre (You et. al., 2021). Gjensidig hjelp blant eldre en ny omsorgstype som forekommer i ulike land, og kan være med å redusere forekomsten av depresjon hos eldre hjemmeboende (You et. al., 2021). Det er sannsynligvis fordi de kan være med å påvirke de mer introverte eldre til å delta, styrke det sosiale og spille en rolle i samfunnet (You et. al., 2021).

5.1.2 Egenomsorg og personsentrert sykepleie

I arbeidet med alderspsykiatrien er det sentralt å vurdere pasienten fra et helhetlig perspektiv (Eskeland, 2017, s. 109). Dessuten er det en grunnleggende og udiskutabel verdi i sykepleiefaget å yte helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie (Kirkevold, 2020, s. 98). Noen har behov for å ha mennesker rundt seg, og det kan bety mye om hjemmesykepleien tar seg tid til en samtale på fem minutter (Halvorsund et. al., 2014). På en annen side beskriver Engedal (2017, s. 91) at pasienter i hjemmesykepleien kan ha behov for å snakke om alvorlige temaer. Dette betyr at vi som helsepersonell må være bevisst på egne holdninger, som igjen kan bidra til at vi blir en bedre samtalepartner. I tillegg kan det bety at man er til bedre hjelp for den enkelte pasienten som er utsatt for depresjon (Eskeland, 2017, s. 91). Med tanke på dette viste studien til Sjøset & Helgesen (2021) at helsepersonell prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen i hjemmesykepleien. Først og fremst ved å ivareta pasientene sine med å formidle med rolig prat at de var til stede for dem. På en annen side opplevde de det som særlig tyngende å vite at hjemmesykepleien var det eneste nettverket mange pasienter hadde. Jeg har selv opplevd at pasienter i hjemmesykepleien kan ha lite nettverk, og mange kan ha et større behov for mer tilsyn enn det er kapasitet til. Imidlertid har jeg også møtt flere pasienter som underbygger følelser og helst vil ha hjemmesykepleien innom minst mulig.

En viktig sykepleieoppgave er å ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte eldre, gjennom støtte til å ivareta sin egenomsorgskapasitet (Kirkevold, 2020, s. 105). Studier viser dessuten at der det er høy score på egenomsorg hos hjemmeboende eldre, er forekomsten av depresjon lavere (You et. al., 2021). Gjennom dialog med pasienter som opplever en depressiv tilstand, har man mulighet til å få tak på hvor omfattende problemet er, og hvor intenst det oppleves for den enkelte (Birkeland & Flovik, 2018, s. 171). Likevel er depresjon et komplekst samspill mellom sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (WHO, 2023). For å kunne iverksette tiltak eller bedre de depressive symptomene, er det viktig at den eldre kan definere sin egen opplevelse av livskvalitet (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140). Dette er individuelt og for noen er å være fri fra smerter tegn på økt livskvalitet, mens for andre er det at depresjonssymptomene forsvinner (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 140-141). I den forbindelse beskriver Eskeland (2017, s. 63) at om pasienten har økt livskvalitet, kan det forebygges at den blir sykere. Med andre ord kan økt bevissthet rundt egenomsorg være med

å forebygge depresjon (You et. al., 2021). Sannsynligvis fordi eldre hjemmeboende med depresjon er ofte dårlige på å ivareta sine grunnleggende behov (You et. al., 2021). I lys av dette er egeninnsatsen til den eldre sentral i ivaretagelsen av egen helse og funksjon (Ranhoff, 2020, s. 161). Om synet på alderdom er negativt, kan man få problemer med å mestre tap og tilpasse seg nye situasjoner. I tillegg om man ikke klarer å akseptere den fysiske forandringen (Ranhoff, 2020, s. 163).

«Trappetrinnvis hjelp» kan være en god metode å bruke i hjemmesykepleien, om man har kunnskap om depresjon og de tidlige kjennetegnene, samt vet at rask og tidlig hjelp er av betydning (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Å introdusere hjelpetilbud så tidlig som mulig hos pasienter som viser tegn på sårbarhet er dessuten vesentlig i det forebyggende arbeidet (Mæland, 2021, s. 174). Første trinn i «trappetrinnvis hjelp» er å forsøke ikke-medikamentelle tiltak som for eksempel selvhjelpsmetoder for kognitiv terapi, eller deltakelse i fysiske eller/og sosiale aktiviteter (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 193). Dessuten viser forskning også til selvhjelpsmetoder som et forebyggende tiltak (Gilbody et. al., 2021). Studier viser at selvhjelp i form av et hefte for atferdsstrategier er effektivt for å dempe depresjonssymptomer på kort tid, samtidig er det lav kostnad for samfunnet (Gilbody et. al., 2021). Selvhjelpsmetoder har med andre ord vist seg positivt i forebyggingen av depresjon hos pasienter i primærhelsetjenesten (Gilbody et. al., 2021).

5.1.3 Sykepleierens forebyggende rolle

Ensomhet og isolasjon styrker depresjon og den lave selvfølelsen (Eskeland, 2017, s. 147). Med tanke på dette kan sykepleieren ta i bruk metoder for å hjelpe den gamle til mestring og tilpasning, slik at dette kan unngås (Ranhoff, 2020, s. 163). I tillegg må sykepleieren også kunne kritisk vurdere og reflektere over gjeldende praksis, og ta initiativ til bruk av ny kunnskap og arbeidsmetoder (Kristoffersen et. al., 2021, s. 26). Har man kunnskap om depresjon og hvordan ulike sykdommer virker inn på hverandre, har man forutsetning for å iverksette tiltak for at pasienten skal leve et best mulig liv i eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). I tillegg kan man unngå at den nåværende situasjonen forverres (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

Sykepleieren kan bidra til tilrettelegging av aktiviteter som bidrar til mestringsopplevelser (Kvaal, 2020, s. 454). Oppmuntring til integrering i sosiale aktiviteter kan dessuten være med å forhindre forekomsten av depresjon hos hjemmeboende eldre (You et. al., 2021). I tillegg viser studien til You et. al. (2021) at der de eldre viser høy score på aktiviteter i dagliglivet, er forekomsten av depresjon lav. Det kan skyldes at de eldre kan delta i flere sosiale aktiviteter (You et. al., 2021). Videre viser en annen studie at eldre med dårlig, langvarige helsetilstander kan ha innvirkning på den psykiske helsen (Gilbody et. al., 2021). Mange eldre klarer ikke å tolke symptomer på depresjon riktig (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 62). Først og fremst er det for mange en opplevelse av fysisk belastning i form av smerter og ubehag (Engedal & Bjørkløf, s. 140). På en annen side kan det få konsekvenser for det sosiale behovet som økt isolasjon, ensomhet og manglende initiativene, samt å oppsøke andre mennesker (Engedal & Bjørkløf, s. 140).

Sykepleieren kan oppmuntre den eldre til å oppsøke eldresentre, eller ta kontakt med familie og bekjente (Ranhoff, 2020, s. 163). Studier trekker dessuten også frem at man kan oppmuntre pasienter til å søke om dagsenter, for å styrke det sosiale (Halvorsund et. al., 2014). Eskeland (2017, s. 147) skriver i tillegg at motivasjon til å delta i en sosial sammenheng, eller følge til aktiviteter som eldresentre kan ha en forbedrende effekt på depresjon. Imidlertid kommer det frem i studien til Halvorsund et. al (2014), at mange eldre har vært så lenge hjemme at det kan være vanskelig å møte nye mennesker. I praksis har jeg sett at flere trenger mye motivasjon for å komme seg ut, nettopp fordi de har vært lenge hjemme uten sosial aktivitet. Det kan trolig bli vanskelig for hjemmesykepleien å følge opp dette, ettersom de som regel har mange andre oppgaver og gjøremål.

5.1.4 Tid og kontinuitet

Liten tid og manglende kontinuitet i hjemmesykepleien går igjen i flere av studiene. Både studien til You et. al. (2021), og studien til Halvorsund et. al. (2014), fremhever viktigheten av at hjemmesykepleien observerer endringer hos pasientens humør og vante mønstre. En forutsetning for dette er å kjenne godt til pasientene og gi de tilstrekkelig tid til å fortelle hvordan de har det (Halvorsund, et. al., 2014). Det er ofte mange ulike pleiere involvert hos pasientene (Næss, 2020, s. 256). Med hensyn til dette er det essensielt med god

koordinering og informasjon for å sikre kontinuitet (Næss, 2020, s. 256). Dessuten beskriver Eskeland (2017, s. 65) at pasienter med psykiske lidelser har et stort behov for faste og få pleiere. I praksis har jeg sett at dette kan være en utfordring noen plasser der det for eksempel er mange vikarer. Jeg har erfart at pasientene i hjemmesykepleien stort sett setter pris på at det er noen kjente som kommer, fordi det kan føles trygt og føre til en åpen dialog.

En trygg og tillitsfull relasjon kan være grunnlag for at pasienten åpner seg og snakker om vanskelige følelser (Sjøset & Helgesen, 2021). Tillit og trygghet er dessuten viktig for den eldre som er sårbar og skrøpelig (Eide & Eide, 2017, s. 315). I tillegg kan mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien være med å hemme muligheten til å skape en trygg og tillitsfull relasjon med pasienten (Sjøset & Helgesen, 2021). Med regelmessig kontakt og god omsorg over tid har man mulighet til å bygge tillit og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 315). «Leve hele livet» har dessuten et mål om at tjenestene bidrar til at de eldre får en trygg og verdig alderdom (St.meld. nr. 15, (2017-2018)). Forebyggende hjemmebesøk kommer frem som et forslag for å identifisere de pasientene som er i risiko for funksjonstap (St.meld. nr. 15, (2017- 2018)). Imidlertid kan nok ikke helsevesenet alene å forebygge depresjon hos den eldre befolkningen (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Det krever et samarbeid med andre aktører, samt både økonomiske og politiske tiltak (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Med andre ord, kan helsepersonell i samarbeid med andre peke ut spesielle grupper eldre der en vet at risikoen for depresjon er stor (Engedal & Bjørkløf, 2020, s. 192). Likevel har jeg selv opplevd at dette er noe som blir lite prioritert. På en annen side har jeg erfart at på steder der man er godt bemannet og delt inn i grupper som har ansvar for sine pasienter, kan gjøre det lettere å se hele pasienten og plukke opp tegn på depresjon, fordi man er faste og få som kjenner godt til pasientens behov. I henhold til dette har «Leve hele livet» et forslag om å nettopp sette inn primærkontakter og arbeidslag for å sikre kontinuitet og trygghet i tjenestene (St.meld. nr. 15, (2017-2018)).

Kontinuitet er en sentral faktor i hjemmesykepleien for at pasientene skal oppleve at de får god hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16). Med tanke på dette bør det brukes en del tid på å bli kjent med pasienten, i og med at det ofte kan knyttes stor spenning å få hjemmesykepleien inn i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 54). Videre er det mange mottakere av tjenester i hjemmesykepleien som opplever at de er preget av liten kontinuitet blant pleierne de møter (Eskeland, 2017, s. 65). Derfor kan tjenesten oppleves som ustabil og

slitsom (Eskeland, 2017, s. 65). Et mål i samhandlingsreformen for fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, er at pasienter og brukere møter en helhetlig tjeneste, som er godt samordnet og preget av kontinuitet (St. meld. nr. 47, (2008-2009)), s. 48). Med hensyn til dette har «Leve hele livet» tatt for seg noen forslag til økt kontinuitet i tjenestene. Dette er for eksempel hjelp til rett tid, som går ut på at hjemmesykepleien kommer til avtalt tid, og at pasient får beskjed ved endring i tidspunkt. Målet med disse forslagene er økt forutsigbarhet og trygghet (St.meld. nr. 47., (2008-2009)). Selv har jeg erfart at det er utfordrende å møte alle pasienter der de ønsker, på grunn av alle pasienter man skal rekke og alle behov som skal dekkes.

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

6.1 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan en som sykepleier kan bidra til forebygging av depresjon hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie. Eldre er mer usatt for å få depresjon, og den opptrer veldig ulikt fra person til person. Det er derfor vanskelig å gi konkrete råd om tiltak til den enkelte. Likevel er det metoder og tiltak sykepleieren kan sette i verk for å forebygge depresjon.

Sykepleieren må ha kunnskap om de ulike sykdommene. Det krever også at noen kjenner til tidlige kjennetegn på depresjon, for å ikke forveksle det med normale aldringstegn eller andre somatiske tilstander. Derfor er tid og kontinuitet i tjenestene en viktig faktor som går igjen i oppgaven. Kontinuitet kan bidra til økt tillitt og trygghet, noe som er avgjørende for at pasienten skal åpne seg om følelser og utfordringer. Om det er flere faste pleiere hos pasienten har de mulighet for å bli kjent og se pasientens behov, samt endringer i tilstand.

Eldre som er i stand til å ivareta sin egenomsorg og grunnleggende behov har lavere forekomst av depresjon. Sykepleieren bør derfor styrke og støtte de eldres kapasitet til egenomsorg gjennom opplæring og veiledning. Dette inkluderer å oppmuntre til selvhjelpsmetoder og kognitive terapiformer som kan bidra til bedre mestring av

depresjonssymptomene. Gjennom tid til samtale kan sykepleieren få grep om situasjonen til den enkelte og hva som er viktig for den. Det er avgjørende å sette inn tiltak tidlig og sykepleieren kan benytte seg av «trappetrinnvis hjelp», som en gradvis tilnærming til behandling.

Sosial isolasjon og ensomhet er betydelige risikofaktorer for depresjon hos eldre.

Sykepleieren bør derfor oppmuntre den eldre til å delta i sosiale aktiviteter og integrere seg i samfunnet. Dette kan inkludere aktiviteter på eldresentre eller å oppsøke bekjente.

Forskning viser at eldre som er aktive i dagliglivet har lavere forekomst av depresjon.

Forebygging av depresjon hos eldre krever samarbeid mellom helsepersonell og andre aktører. I dette krever både økonomiske og politiske tiltak for å sikre ressurser og støtte til forebyggende tiltak. Sykepleieren må sammen med andre kritisk vurdere og reflektere over gjeldende praksis, samtidig ta initiativ til dialog om bruk av ny kunnskap og nye arbeidsmetoder.

6.2 Implikasjoner for praksis

Eldre er mer utsatt for å få depresjon. I tillegg er eldreomsorg en stor del av tjenestene i hjemmesykepleien. Sett i lys av dette er det et område som burde forskes mer på. Det burde legges til rette for kontinuitet i hjemmesykepleien for å oppdage tidlige kjennetegn og sette i verk tiltak for den enkelte pasient som er i risiko for depresjon. Gjennom blant annet samarbeid med andre aktører, har helsepersonell en mulighet for å bidra til forebyggingen av depresjon.

Referanseliste

- Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I T.F. Aarre (Red.), *Psykatri for helsefag* (2. utg., s. 135-155). Fagbokforlaget.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Braut, G. S. (2020, 24. august). Hjemmesykepleie. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 18. april 2024 fra <https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Dalgard, O. S. & Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. (Rapport 2008:1). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G. H. (2020). *Depresjon hos eldre: forståelse og behandling* (2. utg.). Hertervig Forlag.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2011-06-24-29/§4>
- Gilbody, S., Brabyn, S., Mitchell, A., Ekers, D., McMillan, D., Bailey, D., Hems, D., Graham, C. A. C., Keding, A. & Bosanquet, K. (2021). Can We Prevent Depression in At-Risk Older Adults Using Self-Help? The UK SHARD Trial of Behavioral Activation. *The American journal of geriatric psychiatry*, 30(2), 197-207. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.06.006>
- Halvorsund, L., Pahr, I. & Kvarme, G. L. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0133>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV- 2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2011-06-24-30/§3-2>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-3>
- Helsebiblioteket. (2017, 16. juni). 4.5 Tverrsnittstudie. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-45-tverrsnittstudie>
- Helsebiblioteket. (2019, 14. mai). 4.3 Randomisert kontrollert studie. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-43-randomisert-kontrollert-studie>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. September). 4.1 Sjekklistor. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

- Helsebiblioteket. (2022, 31. august). 4.4 Kvalitativ metode.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-44-kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). *Psykiske lidelser hos eldre: Nasjonale faglige råd*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2020). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2020/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202020.pdf/_attachment/inline/0794d739-d96e-42cb-ac7a-52a059ccabd1:5a96b4fc833c906ecac232821961dc52f1345891/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202020.pdf
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-111). Gyldendal.
- Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 115-139). Gyldendal.
- Kontinuitet. (2005-2007). I *Store norske leksikon*. Hentet 18. april 2024 fra
<https://snl.no/kontinuitet>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal.
- Kriz, S. & Solberg, B. (2019, 9. august). *Kognitiv atferdsterapi*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-3-behandlingsmetoder-og-spesielle-arbeidsomrader/psykoterapi/kognitiv-atferdsterapi/>
- Kvaal, K. (2020). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 442-455). Gyldendal.
- Kåss, E. (2021, 8. november). Somatisk. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 24. april 2024 fra
<https://sml.snl.no/somatisk>
- Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 29-34). Gyldendal.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245-258). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-65). Gyldendal.

- Ranhoff, A. H. (2020). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 160-171). Gyldendal.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn- Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Sjøset, M. E. & Helgesen, A. K. (2021). Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien. *Sykepleien forskning*, 109(87177), Artikkel e-87177.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.87177>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 15 (2017-2018). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Thiedemann, I-J. (2018). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Utdanningsforbundet. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel?*. Utdanningsforskning. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>
- World Health Organization. (2022, 1. oktober). *Ageing and health*. WHO. Hentet 10. april 2024 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2022, 1. oktober). *Ageing and health*. WHO. Hentet 10. april 2024 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2022, 8. juni). *Mental disorders*. WHO. Hentet 24. april 2024 fra https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw26KxBhBDEiwAu6KXtyTIQY4Vtk05XRC7Z5572_Fi6RpprFu_Zji0MZhkdbVQd5ZG7l0XqRoC4S0QAvD_BwE
- World Health Organization. (2023, 31. mars). *Depressive disorder (depression)*. WHO. Hentet 15. April 2024 fra https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwq86wBhDiARIsAJhuphkuLrTvMs_JMRMJvNLj40vJhZlj06UifnSFUAPaWST1T8kNEYnaMAaAvfXEALw_wcB
- You, Y., Huang, L., Peng, X., Liao, L., Zhang, F., Feng, M., Chen, Y., Chang, H., Mo, B. & Liu, Y. (2023). An analysis of the influencing factors of depression in older adults under the home care model. *Frontiers in Public Health*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1191266>

Vedlegg 1

PICO-skjema

P	I	C	O
Eldre hjemmeboende over 60 år som mottar hjemmesykepleie	Sykepleierens forebyggende rolle i hjemmesykepleien		Forebygge utvikling av depresjon
Elderly Aged Older Geriatric Geriatric patients	Home care nursing Preventive health services Preventive health Person centered care Nursing intervention Home nursing		Prevent depression Depression Mental health Depressive symptoms

Vedlegg 2

Søkestrategi

Søkene ble gjennomført i perioden 08.04.24- 24.04.24.

Data base	Søk nr	Dato	Søkeord/kombinasjoner	Antall treff	Kommentar til søket/ artikler brukt
CINAHL/MEDLINE	#1	08.04.24	Elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric AND home care services or home health care OR home healthcare AND prevent depression	8	«An analysis of the influencing factors of depression in older adults under the home care model»
	#2	11.04.24	Elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric AND home care services OR home health care OR home healthcare OR home nursing AND depression	2470	

			OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder		
	#3	16.04.24	Old people OR elderly OR old age OR senior AND nursing interventions AND depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder	208	
	#4	22.04.24	Home care nursing AND older patients OR older people OR older adults OR elderly AND depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder	227	
	#5	22.04.24	Prevent depression AND older patients OR older people OR older adults OR elderly	364	«Can We Prevent Depression in At-Risk Older Adults Using Self-Help? The UK SHARD Trial of Behavioral Activation”
	#6	22.04.24	Older patients OR elderly patients AND nursing preventions AND depressive symptoms OR depression	82	
	#7	22.04.24	Homecare OR home care OR homecare nurse AND depression OR depressive symptoms	3163	

	#8	22.04.24	Old people OR elderly OR old age OR senior	721586	
	#9	22.04.24	#7 AND #8	830	
	#10	23.04.24	Older patients OR older people OR older adults OR elderly AND preventive health care AND depression OR depressive symptoms	49	
	#11	23.04.24	Home care nursing OR home health care nursing AND depression OR depressive symptoms OR prevent depression	281	
	#12	23.04.24	Older patients OR older people OR older adults OR elderly AND home care nursing OR homecare OR home health care AND depression OR depressive symptoms	448	
	#13	24.04.24	Older patients OR older people OR older adults OR elderly AND prevent depression AND nursing care OR nursing OR home based nursing	50	
Sykepleien forskning	#1	10.04.24	Forebygge depresjon	31	«Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten»
Sykepleien forskning	#2	16.04.24	Depresjon hjemmesykepleie	23	Her huket jeg også av på «Fag». Følger en IMRaD- struktur. «Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien»

Vedlegg 3

Litteratormatrise

Forfatter, år, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Funn/Resultat
You, Y., Huang, L., Peng, X., Liao, L., Zhang, F., Feng, M., Chen, Y., Chang, H., Mo, B. & Liu, Y. Frontiers in Public health 2023	An analysis of the influencing factors of depression in older adults under the home care model	Å undersøke og analysere påvirkningsfaktorene til depresjon hos eldre som bor hjemme. Samt komme med forslag for å forbedre kvaliteten for eldre hjemmeboende.	Tverrsnittstudie Spørreskjema basert på generell informasjon om bakgrunn, alder, kjønn, helsetilstand, levekår og andre faktorer. To ulike skala-skjema ble også brukt for å måle deltakernes aktivitet i dagliglivet (ADL) og et skjema som brukes til å screene personer med depresjon. 498 pasienter deltok i alderen 60-98 år, uten alvorlig psykisk sykdom	69,9% av deltakerne viste depressive symptomer. Forekomsten var høyest i alderen 60-69 år. Jo høyere egenomsorgsscore de hadde, desto lavere var forekomsten av depresjon. Dette gjaldt også for høy ADL- score (aktivitet i dagliglivet). Alderen 60-69 år viste høyest forekomst av depresjon i motsetning til alderen 70-79 der det var lavest. Dette kan tenkes er på grunn av de yngre eldre som nylig har blitt eldre, den fysiske tilstanden har blitt dårligere, den sosiale situasjonen har endret seg og de har ikke tilpasset seg en pensjonisttilværelse enda.
Halvorsund, L., Pahr, I. & Kvarme, L. Sykepleien forskning 2014	Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten	Undersøke hvordan hjemmesykepleiere beskriver den nedstemte pasienten som har enkelte depressive symptomer, samt hvilke tiltak de utfører innenfor yrkets handlingsrom.	Kvalitativt beskrivende design med semistrukturerte intervjuer til hjemmesykepleiere. Ti kvinnelige ansatte i hjemmesykepleien i alderen 30-56 år deltok. I intervjuene ga de en beskrivelse av tegn på hva som skiller en nedstemt pasient fra en som har diagnosen depresjon.	Hjemmesykepleien ville sette i verk tiltak slik at pasienten kom ut av nedstemtheten. Tiltakene var samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidete vedtak. Tiltakene ble kalt «det lille ekstra». Mangel på kontinuitet i arbeidet gjorde at det ble begrensede muligheter til å følge opp tiltakene.
Sjøset, M. E. & Helgesen, A. K. Sykepleien forskning	Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien	Å få mer kunnskap om erfaringene hjemmesykepleierne hadde med å følge opp depresjon.	Kvalitativt forskningsdesign. Fem sykepleiere deltok i intervjuene.	Deltakerne fortalte at oppfølging av eldre med depresjon er en lite prioritert sykepleieoppgave. Samtidig er det lite oppmerksomhet rundt pasientgruppen. Det er sjeldent beregnet tid til kartlegging eller en samtale som gjelder den psykiske helsen.

2021				
<p>Gilbody, S., Brabyn, S., Mitchell, A., Ekers, D., McMillan, D., Bailey, D., Hems, D., Graham, C. A. C., Keding, A. & Bosanquet, K.</p> <p>The American Journal of Geriatric Psychiatry</p> <p>2021</p>	<p>Can We Prevent Depression in At-Risk Older Adults Using Self-Help? The UK SHARD Trial of Behavioral Activation</p>	<p>Undersøke effektiviteten av selvhjelpsmetoder basert på atferd hos eldre voksne, og se om dette kan redusere risikoen for utvikling av depresjon hos eldre i risikogrupper. I risikogruppen tar studien blant annet for seg eldre med svekkelser i livskvalitet og funksjonsnivå, samt et negativt syn på aldringen. De sammenliknet også selvhjelpsmetoden med vanlig behandling/omsorg.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Selvhjelpsstudien (SHARD) undersøker effekten av selvhjelp ved bruk av atferdsaktivering for å forebygge eller lindre depresjon hos eldre mennesker i primærhelsetjenesten som har symptomer, men som ikke oppfyller kravene for diagnosen depresjon.</p> <p>Basert på spørreundersøkelser, intervju og statistisk analyse. Utfallene var depresjonsstatus og alvorlighetsgrad, og helse relatert livskvalitet. De 332 deltakerne var eldre over 65 som scoret positivt for depresjon med hjelp av et spørreskjema. Tiltaket de brukte var et selvhjelpshefte basert på atferdsaktivering ved depresjon.</p>	<p>Hovedfunnet var at bruken av selvhjelpsheftet hadde potensiale til å være effektiv i forhindringen av depresjon. En måling gjort etter 4 måneder viste en halvering i sjansen for å utvikle depresjon hos deltakerne med selvhjelpsmetoden sammenliknet med vanlig omsorg. De målte kontinuerlig symptomene på depresjon ved hjelp av et kartleggingskjema. 172 deltakere benyttet selvhjelpsmetode, mens 160 med vanlig behandling/ omsorg. Det var høye nivåer av langvarige, fysiske tilstander hos deltakerne.</p>