



Depresjon hos den eldre hjemmeboende

Hvordan kan sykepleier oppdage tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende?

Depression in the elderly living at home

How can the nurse detect early signs of depression in the elderly living at home?

Kandidatnummer: 114

VID vitenskapelige høgskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 9633

28.03.19



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 114
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: BISB 3050
Innleveringsfrist: 28.03.19
Antall ord: 9633

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 114

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja:

Nei:

Sammendrag:

Bakgrunnen for denne oppgaven er at depresjon ofte blir oversett hos den eldre pasienten. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan oppdage tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende. Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie med litteratur både fra kvalitative og kvantitative studier. Forskning på området viser at depresjon blir oversett hos de som er kartlagt med tanke på depresjon, blant annet fordi sykepleierne ikke føler seg kompetente til å utføre kartleggingen. Likevel er det flere tiltak som kan iverksettes for å forbedre dette. Økt fokus på psykiske lidelser hos pasientene kombinert med kompetanseheving og en mer regelmessig bruk av kartleggingsverktøy kan gjøre sykepleierne mer rustet til å gjenkjenne tidlige tegn på depresjon. Hvilke tiltak kommunene har innført er usikkert. Dette kunne det vært interessant å se mer på i videre undersøkelser.

Nøkkelord: Depresjon, eldre, hjemmeboende, kartlegging, forebygging

Abstract:

Depression among the elderly patients are rarely recognized. The purpose of this thesis is to explore how the nurse can identify early signs of depression among the elderly living at home. The method is a literature review with knowledge from both qualitative and quantitative studies. Previous research has shown that depression was not detected even in the patients screened for depression. There are many factors affecting this, for example if the nurse felt unprepared to do the screening. Still, several measures can improve this such as an increased focus on mental illness combined with courses and systematic use of screening tools. This could make the nurses more equipped to recognize early signs of depression. It is not certain which of these measures incorporated. However, it could be interesting to investigate this further.

Key words: Depression, elderly, living at home, screening, prevention, recognition

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensinger	2
1.4 Oppgavens oppbygning.....	2
2. Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Litteratursøk	4
2.3 Etske overveielser	4
2.4 Kildekritikk	5
3. Teori	7
3.1 Depresjon hos eldre	7
3.1.1 Symptomer og risikofaktorer hos eldre	8
3.1.2 Kartlegging av depresjon	9
3.2 Forebyggende sykepleie	10
3.2.1 Sykepleierens rolle	11
3.2.2 Joyce Travelbee og mellommenneskelige forhold.....	11
3.3 Hjemmesykepleie	12
3.3.1 Samhandlingsreformen.....	13
4. Presentasjon av forskningsartikler	14
5. Drøfting	17
5.1 Å arbeide forebyggende	17
5.2 Betydningen av en relasjon til pasientene	19
5.3 Bruk av kartleggingsverktøy	22
5.4 Grunnleggende kunnskap hos sykepleiere	24
6. Konklusjon	27
Litteraturliste	28

1. Innledning

Det har lenge vært snakk om «eldrebølgen» som refererer til at det stadig blir flere eldre i samfunnet. Det antas at antallet eldre i Norge vil stige til én million i årene 2010- 2050 (Romøren, 2014, s. 29). Stadig flere bor hjemme og hjemmesykepleien er derfor en viktig del av dagens helsetjeneste (Fjørtoft, 2016, s. 11). I Norge mottok 140 949 mennesker hjemmesykepleie i utgangen av 2014, og flertallet av disse utgjorde syke eldre (Fjørtoft, 2016, s. 47). Mange av disse er utsatt for å utvikle depresjon av ulike grunner.

Forebyggende helsearbeid er en viktig politisk satsing som nevnes i både veiledere og strategier fra helse- og omsorgssektoren. Blant annet står det skrevet i strategien «Mestre hele livet» at «regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel ...» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Det presiseres også at det skal tilrettelegges for at de som trenger hjelp skal fanges opp, helst før de utvikler lidelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Eldre mennesker har økt risiko for å utvikle depresjon, men tilstanden blir ofte oversett da tegnene på depresjon kan være atypiske og mistolkes som aldringstegn (Fjørtoft, 2016, s. 86-87). Det antas at rundt 25-35 % av de over 65 år vil utvikle mild depresjon (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014, s. 245). Helsedirektoratet poengterer at for å hindre negativ utvikling bør psykiske lidelser hos eldre oppdages så tidlig som mulig (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleieren har en viktig rolle i dette arbeidet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å fokusere på dette temaet da depresjon forekommer relativt hyppig blant eldre mennesker, og fordi den kan få så store konsekvenser for dem som rammes. På bakgrunn av dette har jeg valgt å skrive om depresjon hos den eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, og ønsker å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til oppdage denne sykdommen på et tidlig tidspunkt. Sykepleiere skal ifølge de yrkesetiske retningslinjene fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2016). Av den grunn anser jeg derfor temaet som sykepleiepleiefaglig relevant.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier oppdage tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende?

1.3 Avgrensinger

Eldre i denne oppgaven er pasienter i aldersgruppen 67 år og oppover. Jeg fokuserer videre på forebyggende helsearbeid og hvordan sykepleiere kan fange opp depresjonen før den utvikler seg. Fokuset er dermed ikke på hvilke tiltak som skal iverksettes etter at en eventuell diagnose er satt. Pasienten som beskrives i oppgaven mottar hjemmesykepleie som en følge av andre sykdommer enn depresjon. I tillegg er pasientene som omtales både nye brukere av hjemmesykepleien og gamle kjenninger. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ha et stort fokus på pårørende som ressurs, men de blir likevel nevnt i oppgaven.

Det skilles ikke mellom depressive episoder eller depressive lidelser i drøftingen, da målet er at sykepleieren skal fange opp tidlige tegn på depresjon, før det utvikler seg til å bli en depressiv episode eller lidelse.

I drøftingskapittelet blir sykepleieren flere ganger omtalt som «hun» og pasienten som «han». Dette er for å variere språket.

1.4 Oppgavens oppbygning

I det følgende presenterer jeg oppgavens metode, etiske overveielser og kildekritikk. Deretter vil jeg presentere teori som danner et grunnlag for drøfting og svar på problemstillingen. Videre presenterer jeg de ulike forskningsartiklene jeg har valgt, som i tillegg til teorien danner utgangspunkt for diskusjonen. Etter dette diskuterer jeg funn fra forskningsartiklene og problemstillingens spørsmål. Avslutningsvis presenterer jeg oppgavens konklusjon og perspektivering.

2. Metode

I det følgende beskrives hvilken metode som er brukt i oppgaven og hvordan jeg har funnet og vurdert datamaterialet. Jeg presenterer først oppgavens metode og hvordan litteratursøket er gjennomført. Deretter beskriver jeg ulike etiske overveielser det er tatt hensyn til, og til slutt kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at man innhenter kunnskap fra skriftlige kilder, vurderer og analyserer disse og bruker dem som grunnlag for å besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2015, s. 79-80).

I denne oppgaven benytter jeg meg av kunnskap både fra den humanvitenskapelige og den naturvitenskapelige tradisjon. «Humanvitenskapene hjelper oss til å forstå mens naturvitenskapene bidrar med å forklare» (Dalland, 2012, s. 56). Jeg har benyttet meg av både kvalitative og kvantitative data i oppgaven. De kvantitative dataene er objektive, og eksempler kan være ulike symptomer og kartleggingsverktøy som kan benyttes i arbeidet med å identifisere depresjon. I de kvalitative dataene er det subjektive opplevelser hos pasient og sykepleier som kommer frem. Grunnen til at jeg benytter meg av både humanvitenskapen og naturvitenskapen er fordi jeg vil vite konkret hva sykepleierne kan gjøre for å avdekke depresjon hos den eldre, basert på kvantitative studier. Samtidig som jeg vil trekke inn en kvalitativ studie som sier noe om relasjonens og kontinuitetens betydning i møte med den deprimerte pasienten. De to vitenskapsteoretiske posisjonene tas dermed i bruk for å gi et mer nyansert og helhetlig bilde (Thidemann, 2015, s. 77-78).

Jeg har valgt Joyce Travelbees sykepleieteori fordi hun fokuserer på det mellommenneskelige forholdet i sykepleie. Jeg anser dette forholdet som viktig når sykepleieren skal fange opp tegn på depresjon hos pasienten. Jeg vil trekke ut deler av det som inngår i hennes teori som kan være med på å besvare oppgavens problemstilling. Travelbee tar avstand fra «sykepleier» og «pasient» som begrep (Kirkevold, 2001, s. 114). Jeg velger likevel å bruke begrepene da de blir brukt i det norske helsevesen.

2.2 Litteratursøk

For å finne litteratur til oppgaven har jeg søkt i ulike databaser som SveMed+, Cinahl, og PubMed. I disse databasene har jeg gjort systematiske søk ved å benytte meg av søkeordene «depression», «aged», «aged, 80 and over», «home care nursing», «home health nursing» og «risk factors». Jeg har benyttet meg av både tekstord og Medical Subject Headings (MeSH-ord) for at søket skulle resultere i artikler med både medisinske begrep og vanlige tekstord. De ulike databasene kan ha ulike MeSH-ord og jeg har derfor tilpasset disse til søk i de aktuelle databasene. Eksempelvis har SveMed+ og Cinahl ulike MeSH-ord for hjemmesykepleie, henholdsvis «home health nursing» og «home health care». Jeg har kombinert de ulike søkeordene med «OR» og «AND» for å snevre inn søket for å få mest mulig relevante treff. Jeg vurderte de ulike artiklene blant treffene og valgte ut de som trolig ville være relevant for min oppgave. Jeg fant blant annet artikkelen «Recognition of depression among elderly recipients of home care services» og «Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten» som jeg har valgt å ta med i oppgaven. Disse artiklene presenterer jeg i et senere kapittel.

I tillegg til systematiske søk i databaser har jeg brukt manuell søking. Det vil si at jeg har funnet frem til artikler eller fagbøker som er interessante for min oppgave ved å lese referanselisten i annen aktuell litteratur (Thidemann, 2015, s. 83). Jeg har også benyttet meg av litteratur fra VID sin pensumliste og anser derfor disse som gode og sikre kilder, samt andre fagbøker funnet på biblioteket som omhandler mitt tema. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er også brukt som kunnskapsgrunnlag i oppgaven. Helsedirektoratet og Regjeringen sine nettsider er brukt, og ved hjelp av søkeordene «psykisk helse eldre» fant jeg blant annet frem til Stortingsmeldingen «Leve hele livet» og strategien «Mestre hele livet». Disse har jeg vurdert som svært relevante for besvarelsen. Jeg har også brukt Nasjonale retningslinjer som er utarbeidet av Helsedirektoratet, og anser derfor denne kilden som sikker. I oppgaven har jeg brukt forskningsbasert kunnskap fra flere nivå i kunnskapspyramiden (Kristoffersen, 2016, s. 150). Det kan da tenkes at kunnskapsgrunnlaget blir mer nyansert da kunnskapen stammer fra flere ulike studier.

2.3 Etske overveielser

Når man bruker litteraturstudie som metode er det viktig å tenke på etiske hensyn med tanke på blant annet henvisning og valg av litteratur. På bakgrunn av dette har jeg sett etter etiske

overveielser i artiklene og annen litteratur jeg bruker som kunnskapsgrunnlag i oppgaven. Flere av de valgte forskningsartiklene er godkjent av etiske komitéer eller kommenterer etiske hensyn. Fire av de fem forskningsartiklene jeg har valgt er fagfellevurdert. Det vil si at bidraget er kritisk vurdert av eksperter før publisering (Svartdal, 2018). Jeg har derfor vurdert de som gode og sikre kilder. I oppgaven benyttes andres arbeid og jeg har derfor etterstrebet korrekt henvisning, slik at det kommer tydelig frem hvor jeg har hentet stoffet. Jeg har fulgt VID sine retningslinjer for oppgaveskriving i utarbeidelse av oppgaven (2017).

2.4 Kildekritikk

Da kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven består av andres arbeid er det viktig å vurdere og stille seg kritisk til litteraturen man innhenter. I det følgende vil jeg poengtere ulike momenter ved litteraturen jeg har tatt i bruk i oppgaven.

Jeg har benyttet meg av både primær- og sekundærlitteratur i oppgaven. Jeg er bevisst på innholdet i sekundærlitteraturen er bearbeidet og representerer forfatterens tolkninger av det opprinnelige innholdet (Parahoo, 2006, s. 123). Hvem fagbøkene henvender seg til, eksempelvis andre faggrupper, er også noe jeg har tatt hensyn til ved valg av litteratur.

Jeg har brukt den norske oversettelsen av Joyce Travelbee sin bok. Dette kan føre til at det er forfatterens tolkninger av det opprinnelige innholdet som kommer frem. Flere av artiklene jeg har valgt er engelskspråklige med et noe avansert akademisk språk. En følge av dette kan være at jeg har lest og tolket innholdet i artiklene på en annen måte enn hva forfatterne har ment. Enkelte ord og begrep kan også være vanskelig å oversette til norsk. Dermed kan originalinnholdet bli misforstått eller at den opprinnelige betydningen forsvinner i oversettelsen. I presentasjonen av forskningsartiklene har jeg valgt ut funn som er relevant i henhold til min oppgave. Dermed kan funnene trekkes ut av en større kontekst og dermed få en annen betydning enn dersom alle funnene ble presentert samlet. Det kan tenkes at studier utført i andre land kan redusert overførbarhet til Norge som følge av for eksempel kulturforskjeller eller at helsevesenet er organisert på en annen måte. Tre av studiene mine er utført i henholdsvis USA, Canada og Nederland. Dette er vestlige land og det kan derfor tenkes at resultatene overførbare.

To av forskningsartiklene publisert i 2003 og 2006 bruker data innhentet i 1997-1999 og 1990-1991. Dette kan påvirke hvor gyldige resultatene er i dag da forskningen kunne ha fått andre resultater dersom den ble gjennomført i nyere tid. Jeg har likevel valgt å ta disse med

fordi det å oppdage depresjon hos eldre fortsatt er et viktig fokus. Det kan derfor tenkes at dataene fortsatt er gyldig. Disse dataene er også samlet inn spesifikk byer, henholdsvis Amsterdam og Westchester. Det kan bety at funnene er lite generaliserbare da funnene kun kan gjelde disse områdene. Det samme kan tenkes dersom utvalget i studiene er lite. Jeg har likevel valgt å ta studiene med da de vurderes som å være relevant og gir oss et bilde av hvordan det kan være.

Den ene artikkelen som presenteres i oppgaven rettet mot fysioterapeuter. Til tross for dette regner jeg den som relevant da den refererer til studier som omhandler å oppdage depresjon, bruk av ulike kartleggingsverktøy og undervisningsopplegg. Artikkelen er en selektiv litteraturgjennomgang som tar utgangspunkt i enkelte studier, også studier utført av forfatterne. Det kan dermed tenkes at oversikten ikke representerer all forskning som er gjort på temaet, men kun et utvalg.

3. Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som vil danne grunnlag for drøftingen og underbygge besvarelsen av oppgavens problemstilling. Innledningsvis introduserer jeg teori om depresjon for å gi leseren et innblikk i hvordan depresjon kommer til uttrykk hos den eldre pasienten. Deretter presenteres generell teori om hva forebyggende helsearbeid er og sykepleierens rolle i dette arbeidet. Dette fordi å oppdage tidlige tegn på depresjon er en del av det forebyggende helsearbeidet. Videre blir Joyce Travelbee sin teori presentert. Til sist skriver jeg om hjemmesykepleien da det er i denne arenaen jeg fokuserer på sykepleierens arbeid.

3.1 Depresjon hos eldre

Depresjon er en stemningslidelse, det vil si at man kan gjenkjenne den ved endringer i humøret eller stemningene hos et menneske (Snoek & Engedal, 2017, s. 96). I følge Helsedirektoratet (2016) er forekomsten av depresjon hyppig, og anslår at det til enhver tid er mellom 6 og 12 % av befolkningen som har depresjon. Depresjon er også en ledende årsak til sykdom (Helsedirektoratet, 2016).

«Ordet *depresjon* kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking» (Hummelvoll, 2012, s. 193). Det er mange ulike symptomer på depresjon, men tristhet, pessimisme, lav selvaktelse og kraftløshet er de mest fremtredende. Andre vanlige tegn på depresjon er en følelse av håpløshet, nedsatt konsentrasjon og andre kroppslige symptomer som nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag (Hummelvoll, 2012, s. 198). I tillegg til disse symptomene kan pasienten være preget av skyldfølelse og tanker om selvskading og selvmord (Snoek & Engedal, 2017, s. 97). Å leve med depresjon kan være invalidiserende og man kan oppleve det som å ikke se lys i enden av tunnelen (Kvaal, 2014, s. 442).

Depresjon kan deles inn i mild, moderat og alvorlig depresjon, med varierende varighet og intensitet (Hummelvoll, 2012, s. 199). I tillegg kan man skille mellom depressiv episode og depressiv lidelse. En depressiv episode er ofte utløst av en hendelse og er av kort varighet, mens den depressive lidelsen er en langvarig tilstand (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 52).

Hva som ligger til grunn for at noen utvikler depresjon og andre ikke, er vanskelig å vite for sikkert. «Det kan se ut til at både arvelige faktorer og biologiske og psykososiale forhold i forskjellig grad spiller en rolle både behandlingsmessig og som årsaksfaktorer» (Snoek & Engedal, 2017, s. 98). Undersøkelser tyder på at kvinner opplever depresjon hyppigere enn

menn, og de som allerede har opplevd depresjon vil være utsatt for å bli deprimert senere (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 45). Kvaal skriver at sivilstatus, økonomiske forhold og samsykdommer er faktorer som kan forklare hvorfor depresjon forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn (2014, s. 443).

3.1.1 Symptomer og risikofaktorer hos eldre

Hos eldre forekommer depressive symptomer oftere enn depressive lidelser. Dette kommer frem i flere undersøkelser med fokus på depressive symptomer og lidelser hos eldre og gamle (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 45). Det kommer også frem at forekomsten av depressive symptomer øker etter 65 års alderen. Grunnen til denne økningen kan være både en følge av samtidig kroppslig sykdom, men andre negative livsstilsfaktorer kan også være av betydning. Det har også vist seg at personer med demens, hjerneslag og Parkinsons sykdom har en økt forekomst av depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 46). En sorgreaksjon som følge av tap av venner og ektefelle, helse og kroppslige funksjonsevner kan også være en årsak til depresjon hos den eldre (Kvaal, 2014, s. 438).

Hos eldre kan depresjon bli oversett som følge av at man tolker symptomene som normale aldringstegn (Fjørtoft, 2016, s. 87). Dette kan være tegn som tretthet, manglende energi og glede. Andre grunner til at depresjon ikke blir oppdaget eller behandlet kan være at pasienten selv ikke orker eller ønsker å søke hjelp, eller at helsepersonellet har manglende evner til å fange opp depresjon hos den eldre pasienten (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 47-48).

I tabellen under kommer det frem ulike symptomer depresjon kan ha hos yngre og eldre mennesker.

Unge mennesker	Eldre mennesker
Nedstemthet er ofte til stede og det er også manglende glede	Nedstemthet er mindre tilstede, mens manglende glede sees ofte
Sjelden klaging over fysiske plager	Ofte klaging over fysiske plager
Sjelden klaging over uro i kroppen	Ofte klaging over uro i kroppen
Sjelden klaging over redusert hukommelse	Ofte klaging over redusert hukommelse
Vrangforestillinger er sjeldent tilstede	Vrangforestillinger kan være tilstede
Uttrykker selvmordstanker hyppigere enn hos eldre	Selvmordstanker blir sjeldnere uttrykt

Forskjeller i uttrykk av depresjon mellom unge og eldre mennesker (Tabell i Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 51).

Depresjon kan altså komme til uttrykk på andre måter hos eldre enn hos yngre. Symptomene kan forveksles med andre tilstander da de ofte er atypiske hos eldre mennesker (Fjørtoft, 2016, s. 87).

Kvaal understreker at «... depressive tilstander virker inn på den gamles livskvalitet og livsutfoldelse, og kan være med på å forverre somatiske sykdommer» (2014, s. 438). I tillegg er det en betydelig økt dødelighet knyttet til depresjon (Kvaal, 2014, s. 442). Det er derfor viktig at depresjonen blir tidlig oppdaget slik at man kan redusere de negative konsekvensene for pasienten.

3.1.2 Kartlegging av depresjon

Det er ingen objektive mål som kan brukes for å stille diagnosen depresjon, men spesifikke symptomer må være tilstede over en viss tidsperiode. I følge Nasjonale retningslinjer bør symptomene være tilstede mesteparten av hver dag, i to uker eller mer (Helsedirektoratet, 2009, s. 25). I Norge brukes The International Classification of Diseases, versjon 10 (ICD 10) for å stille diagnosen depresjon. I tillegg brukes også Diagnostic and Statistical Manual of Diseases (DSM-V) ofte i forskning (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 48).

Hos pasienter i risikogrupper bør det foretas rutinemessig kartlegging (Helsedirektoratet, 2009, s. 27). Ulike kartleggingsverktøy kan tas i bruk som hjelpemiddel i dette arbeidet. Selv med hjelp av et slikt verktøy må man huske på å ta i bruk faglig skjønn i de enkelte vurderingene (Fjørtoft, 2016, s. 172). Hos geriatiske pasienter er de mest brukte kartleggingsskjemaene Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale, Cornells skala og Geriatrisk depresjonsskala (Kirkevold, 2014, s. 129).

Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale (blir videre omtalt som MADRS) er et veletablert verktøy i de nordiske landene og skalaen er sensitiv for endringer hos pasienten. Den fokuserer på ti emosjonelle områder og hvert område rangeres fra 0 til 6. Hvilken score pasienten ender opp med antyder depresjonens alvorlighetsgrad. Skalaen fylles ut ved hjelp av observasjon og intervju med pasient og/eller pårørende. Cornell skala for depresjon brukes hos pasienter med demens, og det benyttes samtale med pasientens pårørende i utfyllingen av skalaen (Kirkevold, 2014, s. 129). Både MADRS og Cornells skala brukes for vurdere alvorlighetsgraden av depresjon (Kirkevold, 2014, s. 131).

For å identifisere en mulig depresjon brukes Geriatric Depression Scale (videre omtalt som GDS). GDS består av 30 spørsmål som pasienten selv svarer ja eller nei på. Det anbefales

likevel at det gjennomføres et intervju ved utfylling av skalaen. Dersom pasienten får score over 11 indikerer dette at pasienten er deprimert (Kirkevold, 2014, s. 130-131).

3.2 Forebyggende sykepleie

Med forebyggende helsearbeid ønsker vi både å forebygge sykdom og å fremme helse (Mæland, 2016, s. 15). Verdens Helseorganisasjon definerer helsefremming som «... den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen» (Referert i Rannestad & Haugan, 2014, s. 15). Ved forebygging ønsker man derimot å redusere risikoen for sykdom. Det forebyggende sykdomsarbeidet kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Det primære arbeidet går ut på å forhindre eller utsette sykdom, mens det sekundære arbeidet tar utgangspunkt i å hindre tilbakefall og videre utvikling. Dersom sykdom er tilstede vil man ved tertiær forebygging prøve å redusere følgene av sykdommen (Mæland, 2016, s. 16). Jeg vil fokusere på primær og sekundær forebygging i denne oppgaven. Universal, selektiv og indikativ forebygging er en annen måte å beskrive det forebyggende arbeidet på. Den universale forebyggingen er rettet mot alle, mens den selektive rettes mot risikogrupperne i befolkningen og den indikative retter seg mot de som viser tegn til utvikling av sykdom, men som ikke fyller de diagnostiske kriteriene (Helsedirektoratet, 2016, s. 45).

Stortingsmeldingen «Leve hele livet» påpeker at dersom sykdom ikke oppdages vil riktige tiltak heller ikke kunne iverksettes. Videre skrives det at for å kunne avdekke endring i pasientenes helsetilstand må det foreligge blant annet: ulike observasjons- og kartleggingsverktøy, rutiner for dokumentering og overvåking av sykdom, en oversikt over helsepersonellens kompetanse og sist men ikke minst mulighet for faglig oppdatering. For at sykdom og sykdomsutvikling skal kunne fanges opp bør de ansattes kompetanse til å observere, kartlegge og følge opp pasientene, utvikles og brukes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 138).

Det forebyggende helsearbeidet er ifølge Fjørtoft en sentral oppgave i hjemmesykepleien (2016, s. 183). Dette påpeker også Rannestad og Haugan med at «fokus i kommunehelsetjenesten skal flyttes fra det syke til det friske, fra behandling til forebygging ...» (2014, s. 19). Å fremme helse og forebygge sykdom nevnes også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og er dermed en sentral oppgave i sykepleierens yrkesutøvelse (NSF, 2016).

3.2.1 Sykepleierens rolle

«Sykepleie som virksomhet er rettet mot å påvirke situasjonen i en bestemt retning, mot bedre helse og økt velvære for pasienten» (Skaug, 2016, s. 338). En viktig oppgave sykepleieren har er å kartlegge pasienten. Kirkevold beskriver at kartleggingen gjøres for å kunne tilpasse omsorgen individuelt og å kunne fange opp endringer i pasientens helsetilstand (2014, s. 122). En systematisk og omfattende vurdering av pasienten ved hjelp av ulike vurderingsskjema er en forutsetning for god behandling og sykepleie. Likevel er det mange gamle som ikke blir systematisk vurdert. Dette kan føre til at vage symptomer blir oversett og at sykdom utvikler seg (Kirkevold, 2014, s. 122). I tillegg til å gjøre en systematisk kartlegging av pasientene må sykepleieren også dokumentere sine observasjoner, for eksempel endringer i pasientens behov. Dette vil være med på å sikre kvaliteten og kontinuiteten i arbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 184).

Gjennom observasjon og samtale med både pasient og pårørende vil sykepleieren kunne danne seg et bilde av pasientens situasjon og hvilke behov han trenger hjelp til å dekke. Pasientens egne opplevelser av sin situasjon er sentralt i datainnsamlingen (Skaug, 2016, s. 346-349). Det er dermed viktig at det er etablert en relasjon mellom pasient og sykepleier.

3.2.2 Joyce Travelbee og mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbee skriver at «sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (2001, s. 41). For å kunne oppnå hensikten med sykepleie må det ifølge Travelbee etableres et menneske- til- menneske- forhold. Gjennom felles opplevelser og erfaringer skapes dette forholdet mellom den syke og sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 41). Menneske- til- menneske- forholdet må bygges opp over tid og sykepleieren må bevisst gå inn for å bli kjent med pasienten. Den reelle kontakten oppstår først når sykepleieren og pasienten ser på hverandre som mennesker (Travelbee, 2001, s. 171).

Den syke har behov som sykepleieren gjennom sin profesjon kan oppfylle, og dette kaller Travelbee et sykepleiebehov. Dersom den sykes behov blir oppfylt vil dette kunne bidra til å forebygge sykdom. Ivaretagelse av sykepleiebehovet er et viktig kjennetegn på menneske-til- menneske-forholdet (Travelbee, 2001, s. 178-179). Sykepleiebehovet kan identifiseres ved hjelp av flere trinn. Først må sykepleieren observere og avdekke eventuelle behov hos den

syke. Deretter må sykepleieren få disse behovene bekreftet eller avkreftet. I tredje trinn må sykepleieren vurdere om hun selv kan oppfylle behovene, eller henvise den syke videre. Det fjerde trinnet går ut på å planlegge hvordan den sykes behov skal ivaretas. På det femte og siste trinnet evaluerer sykepleieren hvordan behovet ble ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 179-182). Jeg vil i denne oppgaven fokusere på de to første trinnene da det er i disse trinnene sykepleieren identifiserer pasientens sykepleiebehov.

3.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende som av ulike grunner trenger helsehjelp, enten i kortere eller lengre perioder (Fjørtoft, 2016, s. 17). Det er kommunen som har ansvar for at de som trenger helsehjelp får tilbud om dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). For å kunne motta hjemmesykepleie må det fattes et vedtak på bakgrunn av en søknad om hjemmesykepleie (Fermann & Næss, 2014, s. 246). Hjemmesykepleiens har tre overordnede mål: å hjelpe pasienten til å mestre hverdagen hjemme, livskvalitet for pasienten og at pasienten skal få bo hjemme dersom pasienten ønsker det og det er forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 122).

De fleste av pasientene man møter i hjemmesykepleien er i aldersgruppen over 67 år (Fjørtoft, 2016, s. 47). Dette kan sees i sammenheng med at aldersforandringene som kan føre til at man er mer utsatt for sykdom og får problemer med å klare seg selv i hverdagen, kommer i takt med alderen (Ranhoff, 2014, s. 79).

Kartlegging er spesielt viktig når hjemmesykepleien får nye pasienter, men det er også et arbeid som må gjøres kontinuerlig hos alle pasienter. Pasientens tilstand kan både forbedres og forverres, og dermed føre til endringer i hjelpebehovet (Fjørtoft, 2016, s. 171). «Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer, er en forutsetning for å komme tidlig i gang med tiltak, både hos hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 24). Strategien «Mestre hele livet» vektlegger også dette arbeidet. Strategien er lagt frem av Regjeringen for å fremme god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 64). Gjennom systematisk kartlegging av pasientene kan disse tegnene fanges opp.

3.3.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og som følge av dette skal flere pasienter motta helsehjelp fra kommunen fremfor spesialisthelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 19). Pasienter blir raskere skrevet ut fra sykehuset og dette innebærer at kommunen, og dermed også hjemmesykepleien, møter flere og sykere pasienter enn tidligere (Fermann & Næss, 2014, s. 238). I følge samhandlingsreformen skal kommunene «... sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging ...» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Dette understreker den viktige jobben hjemmesykepleien har i å oppdage tegn på sykdom hos pasientene.

4. Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapitlet vil jeg presentere de ulike forskningsartiklene jeg har valgt som grunnlag for drøftingskapitlet og for å svare på problemstillingen. Det nevnes hva som var hensikt med studiene, hvilken metode som ble brukt og til slutt trekker jeg ut funn fra studiene som er relevante for min oppgave.

Forskningsartikkel 1: Recognition of depression among elderly recipients of home care services

Forfattere: Ellen L. Brown, Gail McAvay, Patrick J. Raue, Suzanne Moses & Martha L. Bruce

Dette er en amerikansk studie med hensikt å undersøke hjemmesykepleieres evner til å identifisere depresjon hos den eldre hjemmeboende. I tillegg ønsket forfatterne å finne hva som kjennetegnet sykepleier og pasient i de tilfellene hvor sykepleier gjorde en mer korrekt vurdering av depresjon hos pasienten. Det er brukt kvantitativ metode i studien hvor 42 sykepleiere ble valgt ut til å svare på en undersøkelse. Sykepleierne skulle vurdere depressive symptomer hos pasienter som allerede var evaluert av en tredjepart med tanke på diagnosen depressiv lidelse. Blant nye mottakere av hjemmesykepleie ble en gruppe pasienter i alderen 65 år og oppover ble tilfeldig valgt. Totalt 403 pasienter var med i studien. Blant disse klarte sykepleierne å identifisere depresjon hos 44 av de 97 pasientene som var deprimert. 230 av 306 pasienter som var vurdert som ikke deprimert ble også riktig vurdert av sykepleierne. Sykepleierne med erfaring fra geriatri hadde større sannsynlighet for å klare å gjenkjenne depresjon hos pasientene. Forfatterne konkluderer med at det var vanskelig for sykepleierne å identifisere depresjon hos pasientene, og at dette er en barriere for at pasientene får behandling for depresjon (Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce, 2003, s. 208-213).

Forskningsartikkel 2: Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten

Forfattere: Liv Halvorsrud, Ingun Pahr & Lisbeth Gravidal Kvarme

Hensikten med studien var å finne ut hvordan hjemmesykepleierne beskrev den nedstemte pasienten med depressive symptom og hvilke tiltak de iverksatte. Metoden som er brukt i denne studien er intervju med ti sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien i et byområde i Norge. Studien er kvalitativ med et beskrivende forskningsdesign. Interessante funn i studien er at sykepleierne så etter endringer i pasientens vante mønstre for å identifisere pasienter med

depressive symptomer. Det kom også frem at kjennskap til pasienten er nødvendig for å fange opp disse endringene (Halvorsrud, Pahr & Kvarme, 2014, s. 245-250).

Forskningsartikkel 3: Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin?

Forfattere: Robert A. Schoevers, Filip Smit, Dorly J. H. Deeg, Pim Cuijpers, Jack Dekker, Willem van Tilburg & Aartjan T. F. Beekman.

Hensikt med studien var å sammenligne to ulike modeller, en for selektiv og en for indikativ forebygging. Videre var målet å finne den beste strategien i arbeidet for å forebygge depresjon hos eldre. Studien ser på modeller for selektiv og indikativ forebygging for å identifisere ulike risikofaktorer for å utvikle depresjon hos eldre pasienter. Risikofaktorene kan dermed brukes for å identifisere pasienter som er i risikozonen for å utvikle depresjon. Dataene studien er basert på kommer fra «The Amsterdam Study of the Elderly», en kohortstudie med fokus på eldre med ulike risikofaktorer for utvikling av depresjon. Studien har dermed en kvantitativ metode. Funnene i studien peker på at indikativ forebygging er den mest foretrukne metoden for å identifisere ulike grupper med høy risiko for å utvikle depresjon. Om man derimot velger selektiv forebygging fant man at pasienter som nylig har opplevd tap av ektefelle og som har en kronisk sykdom har økt risiko for å utvikle depresjon. Med indikativ forebygging vil flere tilfeller av depresjon hos eldre bli avverget enn ved bruk av selektiv forebygging (Schoevers et al., 2006, s. 1611-1621).

Forskningsartikkel 4: An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms

Forfattere: Maureen Markle-Reid, Carrie McAiney, Dorothy Forbes, Lehana Thabane, Maggie Gibson, Gina Browne, Jeffrey S. Hoch, Thomas Peirce & Barbara Busing.

Dette er en kanadisk studie med hensikt å undersøke om det var gjennomførbart å innføre sykepleietiltak for å fremme psykisk helse, og se om tiltakene hadde noen effekt på å redusere depressive symptomer hos eldre hjemmeboende over 70 år. Det ble brukt både kvalitativ og kvantitativ metode i studien. Kvantitativ metode ble brukt for å gjøre vurderinger før, umiddelbart etter gjennomføringen og igjen seks måneder etter dette. Et fortolkende beskrivende design ble brukt for å evaluere deltakernes meninger om tiltakene. Interessante funn er at pasientene som deltok i studien opplevde en reduksjon i de depressive symptomene og økt kunnskap om depresjon. I tillegg påpekte pasientene en forbedring i sykepleiernes

kunnskaper om vurdering og håndtering av depresjon etter intervensjonen. Sykepleierne som deltok rapporterte også dette (Markle-Reid et. al, 2014).

Forskningsartikkel 5: Depression in older adults: screening and referral

Forfattere: Edgar Ramos Vieira, Ellen Brown & Patrick Raue.

Artikkelen gir en oversikt over ulike tilnærminger til kartlegging av eldre mennesker hvor man mistenker depresjon. Kartleggingen er utført av fysioterapeuter og annet helsepersonell uten (videre)utdanning innen psykiatri. Artikkelen gir en faglig oversikt med status på forskning rundt tema som presenteres. Det vises blant annet til en studie hvor det kommer frem at depresjon ikke blir fanget opp selv hos de som blir kartlagt. I en annen studie som presenteres rapporterte sykepleierne at de ikke følte seg forberedt til å utføre en slik kartlegging. For å kartlegge depresjon kan ulike verktøy brukes, blant annet nevnes GDS og Cornells skala. Det påpekes også at undervisningsopplegg kan brukes for å øke kvaliteten på kartleggingen (Vieira, Brown & Raue, 2014, s. 24-30).

5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen «hvordan kan sykepleier oppdage tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende?» i lys av teori og funn fra forskningsartiklene som er presentert tidligere i oppgaven. Jeg vil innledningsvis drøfte det å arbeide forebyggende, deretter betydningen av relasjonen til pasienten, bruk av kartleggingsverktøy og til sist kunnskap hos sykepleieren i henhold til problemstillingen.

5.1 Å arbeide forebyggende

For å forhindre sykdom og sykdomsutvikling er det forebyggende helsearbeidet viktig. At sykdommen blir oppdaget før den utvikler seg kan spare pasienten for lidelse og andre negative konsekvenser den, i dette tilfellet depresjonen, kan føre med seg. Som nevnt tidligere er det en økt politisk satsing på forebyggende helsearbeid. Det økte fokuset på helsefremmende arbeid vil dermed prege sykepleierens fremtid (Rannestad & Haugan, 2014, s. 17). I tillegg står det skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at det skal være fokus på å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2016). Dette er også sykepleierens mål ifølge Travelbee (2001, s. 41). Det overnevnte legger altså føringer for sykepleiernes arbeid. Det kan dermed sies at sykepleierne har et ansvar for å utøve et forebyggende helsearbeid. Sykepleierne skal med sitt arbeid hjelpe pasienten i retning av bedre helse og økt velvære (Skaug, 2016, s. 338). At sykepleieren oppdager depresjon slik at pasienten får behandling, kan bidra til dette.

Pasientene som mottar hjemmesykepleie er ofte eldre med flere sykdommer (Fjørtoft, 2016, s. 65). Mange av disse har kanskje et begrenset nettverk og utfordringer med å komme seg ut av huset på grunn av funksjonssvikt. Hos disse pasientene kan tenkes at sykepleieren er den personen som oftest har mulighet til å observere pasienten og som dermed kan oppdage en eventuell depresjon. Noen pasienter drar kanskje ikke så ofte til fastlegen. Dersom de likevel drar til legen, har legen kanskje ikke mulighet til å fange opp symptomene som kan føre til at en diagnose blir stilt, da det å stille en diagnose gjerne forutsetter observasjon over tid. Dermed kan det være sykepleierens observasjoner og ikke legens, som er avgjørende for fange opp de tidlige tegnene på depresjon. Dette kan være med på å understreke den viktige rollen sykepleieren har i det forebyggende helsearbeidet. Ifølge Travelbee vil sykepleieren gjennom observasjoner blir klar over pasientens behov, og dersom disse ivaretas av sykepleieren kan dette bidra til å forebygge pasientens sykdom (2001, s. 178-179). Pårørende

og andre helsearbeidere i kontakt med pasienten kan også bidra til at depresjon oppdages. Eksempelvis hvis de selv kontakter legen eller ved å informere sykepleieren slik at hun kan iverksette tiltak.

Pasientenes livskvalitet kan bli redusert som følge av depresjon og hjemmesykepleien har som mål og bidra til livskvalitet for pasienten. Å oppdage depresjonen tidlig kan føre til at livskvaliteten bedres. Men hvordan skal det forebyggende helsearbeidet gjennomføres på best mulig måte i praksis? I studien utført av Schoevers et al. antydes det at indikativ forebygging er best egnet for å identifisere pasienter i risikozonen for å utvikle depresjon. Det viktigste kjennetegnet for å identifisere disse pasientene var depressive symptomer. Likevel kan det være et omfattende merarbeid for sykepleieren å prøve å identifisere disse symptomene hos pasientene (Schoevers et al., 2006, s. 1617-1618). For at sykepleieren skal kunne fange opp disse pasientene må sykepleieren se etter slike symptomer i møte med pasientene for å kunne oppdage depresjon før den utvikler seg. Det kan dog stille krav til flere faktorer som kjennskap til pasientene og sykepleiernes kunnskaper, noe jeg kommer tilbake til senere i kapitlet. Funn i Halvorsrud et al. sin studie viste at tiltak i forhold til depressive symptomer ble vektlagt, men på grunn av lite kontinuitet var det vanskelig å planlegge dem (2014, s. 249). Det kan derfor tenkes at selv om sykepleieren identifiserer depressive symptomer, kan det være vanskelig å gjøre noe med det på grunn av lite kontinuitet.

Den selektive forebyggingen tar utgangspunkt i de pasientene som står i fare for å utvikle depresjon som en følge av at de er utsatt for ulike risikofaktorer. Schoevers et al. fant i sin studie at eldre som nylig hadde mistet ektefellen sin var svært utsatt for å utvikle depresjon. Risikoen var enda større dersom de i tillegg hadde en kronisk sykdom (2006, s. 1618). Pasienter som tidligere har hatt depressive episoder kan også være i risikozonen for tilbakefall (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 162). På bakgrunn av dette kan det være en fordel om sykepleieren vet om hvilke pasienter som kan være i risikozonen i sitt forebyggende arbeid. Et eksempel kan være dersom det er et par som mottar hjemmesykepleie og den ene parten dør, vet man at den gjenværende parten kan være utsatt for å utvikle depresjon. Om sykepleieren har dette i bakhodet i sine neste møter med denne pasienten, kan hun muligens fange opp depresjon på et tidlig stadié.

Det ble antydnet at man ved indikativ forebygging kunne identifisere større grupper av mennesker i risikozonen enn ved selektiv forebygging. Likevel krever indikativ forebygging en større innsats fra sykepleieren da alle pasientene må kartlegges med tanke på depressive symptomer (Schoevers et al., 2006, s.1618). Det kan dermed sies at det er fordeler og ulemper

ved å bruke begge disse formene for forebygging, men at begge formene kan være nyttige for å fange opp eldre med depresjon.

På bakgrunn av det som er diskutert kan det tenkes at en oversikt over pasienter med ulike risikofaktorer kan være et godt hjelpemiddel for sykepleieren for å kunne fange opp tidlige tegn på depresjon. Samtidig er det viktig at fokus på alle mulige risikofaktorer ikke farger møtet med pasienten, og at sykepleieren ikke sykelligjør pasienten uten at det faktisk foreligger sykdom. Dette påpeker Schoevers et al. i sin artikkel (2006, s. 1611-1612). Å fokusere på risiko kan skape helseproblemer ved at man vender oppmerksomheten mot alt som kan være truende. Dette kan blant annet bidra til økt engstelse hos pasienten (Mæland, 2010 referert i Hummelvoll, 2012, s. 87).

Spørsmålet er om det er godt nok tilrettelagt for forebyggende helsearbeid, spesielt med tanke på psykiske lidelser, da dette er noe som har fått større fokus de senere årene (Fjørtoft, 2016, s. 83). I praksissammenheng har jeg ofte opplevd at man i somatikken overlater pasientens psykiske problemer til de som jobber innen psykiatrien. Dette kan sies å ikke samsvare med den helhetlige omsorgen sykepleieren skal gi til pasienten (NSF, 2016). Heller ikke med synet på at både det psykiske og det fysiske henger sammen. Kulturen i hjemmesykepleien kan være «... preget av en praktisk funksjon og fysiske behov ...», noe som ble antydnet i en studie med fokus på eldre og ensomhet (Birkeland, 2013, s. 119). Som følge av dette kan det tenkes at sykepleierne ikke har den kunnskapen og det fokuset som trengs for å oppdage psykiske lidelser hos pasienten. I det videre vil jeg diskutere om, eller i hvilken grad, en relasjon til pasienten er av betydning i det forebyggende arbeidet.

5.2 Betydningen av en relasjon til pasientene

«Mulighetene for å avdekke depresjon er knyttet til kvaliteten på pasient– behandlerrelasjonen» (Helsedirektoratet, 2009, s. 24). Det kan dermed tolkes dit at sykepleieren må etablere en god relasjon med pasienten for at depresjon skal kunne oppdages. Dette kan sees i sammenheng med det Travelbee kaller et menneske-til-menneske-forhold som må etableres for å oppnå sykepleiens hensikt (Travelbee, 2001, s. 41).

Travelbee antyder at det tar tid å etablere et menneske-til-menneske-forhold (2001, s. 171). Om sykepleieren viser interesse og tar seg tid til å bli kjent med pasienten kan det skapes et menneske-til-menneske- forhold med pasienten. Et samtidig økt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient kan være et resultat av dette. Denne tilliten kan føre til at pasienten

åpner seg mer opp for sykepleieren og forteller hvordan han eller hun har det. Det kan tenkes at denne tilliten også fører til at sykepleieren får se sider av pasienten som han ikke har vist tidligere. Likevel er arbeidshverdagen i hjemmesykepleien er ofte preget av tidspress og korte besøk (Fjørtoft, 2016, s. 91). Dette er kanskje ikke alltid forenelig med det å skulle skape en relasjon til pasientene. På bakgrunn av dette og Helsedirektoratets utsagn om betydningen av en relasjon, kan det tolkes som at det kan være en utfordring for sykepleierne å avdekke depresjon.

Tidspress ble nevnt som en utfordring i studien til Halvorsrud et al. (2014, s. 249). Det kan hende at sykepleieren bare har tid til å gjøre akkurat de oppgavene som står på arbeidslisten som å gi medisiner eller utføre et sårskift. Dermed har kanskje ikke sykepleieren den tiden som er nødvendig for å plukke opp tegn som kan bety at pasienten er deprimert. Til tross for tidspress kan det tenkes at en sykepleier som har god kjennskap til en pasient likevel kan fange opp tegn på depresjon. Eksempelvis dersom pasientens væremåte eller uttrykk avviker fra det som er normalt for pasienten. Kanskje sykepleieren som kjenner pasienten har større forutsetning for å legge merke til endringene. Dette fant Halvorsrud et al. i sin studie (2014). Sykepleierne som deltok i studien opplevde kjennskap til pasientene som en fordel da de lettere kunne observere endringer i pasientens vante mønster og dermed også fange opp en eventuell depresjon (Halvorsrud et al., 2014, s. 247).

Samtidig mottar hjemmesykepleien stadig nye pasienter og disse må også kartlegges med tanke på depresjon. Man må derfor både se etter endringer i den kjente pasientens vante mønster, og i tillegg kunne kartlegge og oppdage tegn på depresjon hos den nye ukjente pasienten. Det kan ta tid å kartlegge pasientens sykepleiebehov som gjerne gjøres gjennom flere trinn (Travelbee, 2001, s. 178-179). Hos de nye pasienten kan det kanskje tilrettelegges slik at sykepleieren har litt ekstra tid de første besøkene. På den måten kan sykepleieren legge til rette for et godt første møte og dermed også starten på en god relasjon, som igjen kan føre til at depresjon oppdages.

I en studie om tid i kommunehelsetjenesten kom det frem at «flere fortalte at de ikke klarte å formidle hva de trengte fordi det kom forskjellige hjelpere som alle hadde dårlig tid» (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 67). Det kan tenkes at den eldre som sliter med depressive symptomer ønsker at dette skal bli fanget opp, men ikke klarer eller har energi å gi uttrykk for dette. Det kan også være vanskelig for den sårbare eldre å åpne seg opp for sykepleien som virker å ha dårlig tid og kun fokuserer på de arbeidsoppgavene hun har på listen. Dersom sykepleien skaper en relasjon til pasienten og viser at hun har tid til pasienten kan det være

lettere for pasienten å åpne opp om hvordan han har det. Dette blir også understøttet av funn i Halvorsrud et al. sin studie hvor det kom frem at «å åpne seg og fortelle om sine vansker, krever at det er utviklet en god relasjon og ikke minst at det er tid til å snakke sammen» (2014, s. 248). Med dette kan pasienten fortelle om sin situasjon som muligens også inkluderer å fortelle om sine depressive symptomer. På denne måten kan sykepleieren fange opp tidlige tegn på depresjon. Men dette forutsetter trolig at pasienten åpner seg for sykepleieren og at hun har tid til pasienten.

Gjennom sine observasjoner får sykepleieren relevant og nyttig informasjon. Depresjon kan være en bivirkning av medikamenter som betablokkere, cellegift og glukokortikoider (Helsedirektoratet, 2009, s. 26). Hvilke medikamenter pasienten bruker kan sykepleieren trolig finne ut av ved å lese på pasientens legemiddelloversikt, og er derfor ikke avhengig av en relasjon til pasienten for å finne ut av dette. Men dette forutsetter at sykepleieren har tilgang til pasientens legemiddelloversikt. Det er viktig at sykepleieren tenker over de ulike bivirkningene medikamentene kan gi, spesielt hos eldre da de fleste bruker mange ulike medikamenter samtidig (Ranhoff & Engh, 2014, s. 186). Observasjon av ansiktsmimikk er heller ikke en observasjon som krever at det foreligger en relasjon mellom pasient og sykepleier. Kvaal skriver at observasjon av ansiktsuttrykk og mimikk er viktig (2009, s. 5). «Hvis den eldre er mimikkfattig og har et trist ansiktsuttrykk, så er det å regne som et ganske sikkert tegn på at den eldre lider av en depressiv tilstand, og det bør gjøres en grundig undersøkelse» (Kvaal, 2009, s. 5). Samtidig kan redusert ansiktsmimikk skyldes for eksempel Parkinsons sykdom (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 483). På bakgrunn av dette kan en relasjon til pasienten avgjøre hvordan man tolker disse tegnene. En sykepleier som kjenner til at denne pasienten har Parkinsons sykdom vil trolig ikke tolke den reduserte ansiktsmimikken som tegn på depresjon.

Halvorsrud et al. skriver i sin artikkel at det kan være vanskelig å sikre kontinuitet i hverdagen (2014, s. 249). Det kan derfor tenkes at det er vanskelig å fange opp tidlige tegn på depresjon da det ofte er mange ulike pleiere hos pasienten. Dette kan også hindre sykepleieren i å etablere en relasjon til pasienten dersom det går lang tid mellom hvert besøk. I tillegg kan det tenkes at dersom dokumentasjonen fra tidligere besøk hos pasienter hvor det mistenkes depresjon ikke er tilstrekkelig, kan det være vanskelig å følge dette opp for andre sykepleiere. Et tiltak for at sykepleierne kan klare å fange opp tidlige tegn på depresjon kan være et større fokus på å sikre god dokumentasjon. Dette kan lette arbeidet for pleieren som kanskje ikke

kjenner pasienten så godt, og kan føre til at denne pleieren også kan følge opp pasienten på en god måte.

«Hjemmesykepleie kan se ut til å bygge på skjønn, kjennskap til pasienten og taus kunnskap, fremfor systematisk vurdering og dokumentasjon» (Fermann & Næss, 2014, s. 241). Det kan derfor tenkes at sykepleierens skjønn og kjennskap til pasienten blir avgjørende når hun skal gjøre sine vurderinger. Dette kan trolig også føre til at den systematiske vurderingen blir nedprioritert. En følge av dette kan være at symptomer og tegn på depresjon hos pasienten blir oversett. Et viktig poeng kan være at kjennskap til pasienten ikke bør gå utover den systematiske vurderingen fordi denne er viktig for å se helhetsbildet. For å sikre dette kan sykepleieren ta i bruk kartleggingsverktøy som hjelpemiddel i arbeidet rettet mot å fange opp tidlige tegn på depresjon.

5.3 Bruk av kartleggingsverktøy

Å stille en diagnose og iverksette en eventuell behandling er legens oppgave, men det er som regel sykepleieren som har den daglige kontakten med pasienten og dermed er den som kan fange opp symptomer og tegn på depresjon. For å kunne gjøre dette må sykepleieren ha kjennskap til sykdommen og de ulike symptomene. Gjennom observasjon og kartlegging av pasienten kan symptomene fanges opp.

Kartleggingen bør innledes med to spørsmål: «har du de siste par uker kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «har du de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?» (Helsedirektoratet, 2009, s. 28).

Dersom pasienten svarer ja på spørsmålene kan det i neste omgang tas i bruk kartleggingsverktøy i den videre utredningen av pasienten (Helsedirektoratet, 2009, s. 28). Et kartleggingsverktøy kan fungere som et hjelpemiddel for sykepleieren når hun skal vurdere forekomst og/eller grad av depresjon. Hos den eldre kan symptomene og tegnene på sykdom være mindre tydelige eller være atypiske (Kirkevold, 2014, s. 123). Dette kan gjøre den eldre pasienten vanskelig å vurdere. Et kartleggingsverktøy kan dermed hjelpe sykepleieren til å systematisere kartleggingen av disse pasientene. Kartleggingsverktøyene MADRS, Cornells skala og GDS anbefales (Helsedirektoratet, 2009).

Vieira et al. refererer til en studie hvor resultatene ble vurdert som gyldige og pålitelige ved bruk av GDS-15 (2014, s.26). GDS-15 er en kortere versjon av GDS. Ved bruk av dette kartleggingsverktøyet vurderer pasienten seg selv. Funnene i denne studien antydte altså at

denne skalaen ga korrekte resultater. Likevel kan det tenkes at det er en rekke forhold sykepleieren må tas hensyn til for at resultatene skal kunne gi et korrekt bilde av pasientens situasjon. Pasienten må blant annet forstå spørsmålene og ha krefter til å kunne fylle ut skjemaet, samt å ikke føle at det er upassende og krenkende å skulle svare på nærgående spørsmål i skjemaet (Kirkevold, 2014, s. 142). Her kan det nevnes at det ofte er et stigma knyttet til psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 23). På bakgrunn av dette kan det tenkes at pasienten kan la være å svare ærlig på spørsmålene i da de ikke ønsker å få en psykiatrisk diagnose. Dersom dette er tilfelle kan sykepleieren informere pasienten om at det er viktig at en eventuell depresjon blir kartlagt da den uten behandling kan være svært belastende å leve med.

Nasjonale retningslinjer anbefaler at det bør foretas en rutinemessig kartlegging av pasienter som er i risikozonen for å utvikle depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 27). Det bør fastsettes hvor ofte pasientene skal kartlegges. Dersom det ikke er et fastsatt tidsintervall kan det føre til at kartleggingen ikke blir fulgt opp i en ellers travel arbeidshverdag. Om pasientene som står i fare for å utvikle depresjon kun blir kartlagt eksempelvis én gang per år, er muligheten tilstede for at sykdommen utvikler seg uten at den blir oppdaget. Derimot kan den oppdages om den blir gjort regelmessig, eksempelvis hver tredje måned. Om kartleggingen blir en rutine for sykepleierne er muligheten tilstede for at flere eldre med depresjon blir oppdaget. Schoevers et al. skriver at primærhelsetjenesten har gode muligheter til å kartlegge eldre mennesker med depressive symptomer fordi det finnes en rekke kartleggingsverktøy tilgjengelige (2006, s. 1619). Likevel står ofte sykepleiere i hjemmesykepleien overfor et stadig tidspress som kan gjøre det vanskelig å kunne foreta en grundig kartlegging og fange opp tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende (Fjørtoft, 2016, s. 130).

Det har vist seg at vurderingene blir forbedret ved å bruke standardiserte skjemaer (Kirkevold, 2014, s. 122). Likevel fant Vieira et al. at depresjon ble oversett hos pasientene som ble kartlagt for depresjon. En årsak til dette var at sykepleierne følte seg uforberedt til å utføre en slik kartlegging (2014, s. 25). Dette kan peke i retning av at det ikke er nok å stole blindt på disse verktøyene i kartleggingen. Det kliniske blikket og det faglige skjønnnet som er en grunnleggende og viktig del av sykepleie, må også være med i vurderingen. I tillegg bør sykepleieren ha grunnleggende kunnskaper om depresjon.

5.4 Grunnleggende kunnskap hos sykepleiere

Kunnskap kan være den avgjørende faktoren for at sykepleierne klarer å fange opp tidlige tegn på depresjon hos den eldre hjemmeboende. Dersom sykepleierne for eksempel ikke er klar over at den eldre har økt risiko for å utvikle depresjon, vil hun kanskje ikke tenke over dette i møte med pasienten med depressive symptomer. Sykepleieren kan muligens tenke at disse symptomene er normale aldringstegn (Fjørtoft, 2016, s. 86-87).

I studien gjort av Brown et al. kom det frem at sykepleierne klarte å identifisere graden av depresjon (ikke deprimert, mild, moderat eller alvorlig depresjon) hos 68 % av pasientene som deltok i studien. Det viste seg at sykepleierens erfaring påvirket i hvilken grad vurderingene av pasienten var korrekt (Brown et al., 2003, s. 210-211). Det kan på bakgrunn av dette trekkes en slutning om at sykepleiere med videreutdanning innen geriatri og andre sykepleiere med lang erfaring innen geriatri, vil kunne vurdere depressive pasienter bedre enn de uten erfaring. Dette kan peke i den retning at det kan være en fordel å ha flere sykepleiere med videreutdanning innen geriatri i hjemmesykepleien. Likevel kan det være vanskelig å rekruttere disse sykepleierne til kommunehelsetjenesten. Studien antydte også at sykepleierne generelt hadde vanskeligheter med å skille de deprimerte pasientene fra de som ikke var deprimert (Brown et al., 2003, s. 212). I tillegg til erfaring kan det tenkes at det er andre faktorer som fører til at sykepleierne gjenkjenner depresjon hos den eldre. Det er med dette ikke sagt at sykepleiere uten erfaring ikke kan gjøre en like godt jobb, men de må trolig ha en form for grunnleggende kunnskap om depresjon.

Hvis sykepleieren skal kunne fange opp tidlige tegn på depresjon er det trolig en fordel at hun har kunnskaper om de ulike faktorene som gjør noen eldre mer utsatt for å utvikle depresjon enn andre. Dette understøttes av studien til Schoevers et al. hvor depressive symptomer var den beste indikatoren for å identifisere pasienter med høy risiko for å utvikle depresjon (2006, s. 1617). Dersom sykepleieren har i dette i bakhodet vil hun trolig være mer observant for disse tegnene, og med dette kunne fange opp de pasientene med økt risiko for å utvikle depresjon. Med dette kan sykepleieren være føre var og bidra til det forebyggende arbeidet. På den andre siden er det kan det tenkes at sykepleieren synes det er uoverkommelig å skulle ha dette i bakhodet i møte med pasientene da hun allerede har andre arbeidsoppgaver og observasjoner å tenke på.

Symptomene på depresjon er ofte atypiske hos den eldre pasienten. Pasienten klager gjerne over uro i kroppen, fysiske plager og redusert hukommelse (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 51).

Det kan tenkes at en sykepleier vil trekke en slutning om at det handler om fysisk sykdom da det er fysiske symptomer som beskrives. Dersom sykepleieren har grunnleggende kunnskaper om depresjon hos eldre er det derimot en mulighet for at hun vil kunne tolke disse symptomene som tegn på depresjon.

Uansett om sykepleieren er erfaren eller ikke, bør hun kunne fange opp depresjon hos den eldre pasienten. Et mulig tiltak for å sikre dette kan være å utvikle sykepleiernes kunnskaper om vanlige psykiske lidelser hos eldre, deriblant depresjon. Helse- og omsorgsdepartementet nevner blant annet at kompetansekartlegging blant de ansatte og faglig oppdatering vil kunne bidra til at man tidlig kan oppdage depresjon (2018, s. 138). Å gjennomføre dette er trolig ikke noe sykepleieren selv kan ta ansvar for, men noe det må legges til rette for på de ulike arbeidsplassene. Det kan likevel tenkes at det er lettere sagt enn gjort å gjennomføre. Det kan tenkes at det vil være tid- og ressurskrevende å skulle kartlegge alle ansattes kompetanse og ikke minst sette opp kurs som sykepleierne må delta. For sykepleierne kan det også tenkes at det er vanskelig å få tid til å delta på et kurs enten i arbeidstiden eller på fritiden.

I en randomisert kontrollert studie ble kurset «Training in the Assessment of Depression» (TRIAD) testet. Kurset er utviklet for å forbedre gjenkjennelse av depresjon hos syke eldre som mottar hjemmesykepleie. Resultatet var at man så en bedring i gjenkjennelsen av depresjon hos eldre med hjemmesykepleie (Vieira et al., 2014, s. 27). Kanskje det er mulig å holde et lignende kurs for sykepleiere i Norge, slik at sykepleierne som deltar på kurset kan få et bedre grunnlag for å kunne gjenkjenne depresjon hos sine pasienter. «Erfaringer fra både pasientsikkerhetsprogrammet og andre prosjekter viser at å styrke kompetansen gjennom tverrfaglige undervisningsopplegg fører til at systematisk observasjon og kartlegging bedre integreres i tjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 139). Dette utdraget fra «Leve hele livet» kan understøtte viktigheten av et slikt undervisningsopplegg. Et mulig resultat er et økt fokus på kartlegging og systematisk observasjon av depresjon som igjen kan resultere i at depresjon blir gjenkjent hos flere eldre.

En annen måte sykepleierne kan bruke sine kunnskaper for å oppdage depresjon på er ved å involvere pasient og pårørende. Sykepleierne kan ved hjelp av sine kunnskaper gi pasient og pårørende informasjon om depresjon. Det kan tenkes at verken pasienten eller de pårørende vet hvilke symptomer og tegn depresjon kan gi, og dermed har god nytte av denne informasjonen. På denne måten kan både pasient og pårørende være en ressurs i å oppdage en eventuell depresjon. Det kan likevel by på utfordringer da det ofte er knyttet stigma og fordommer til psykisk uhelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 23). Eldre kan

oppleve fokus på dette som flaut og belastende da som følge av dette stigmaet. Pasientene som deltok i studien utført av Markle-Reid et al. rapporterte dette som negative konsekvenser etter at studien var gjennomført (2014, s. 11). Trolig er det også pasienter som ikke ønsker å snakke om hvordan de «egentlig har det» med sine pårørende og dermed også skjuler disse sidene for dem. Dette har jeg i praksissammenheng opplevd flere ganger. Det kan dermed være en stor usikkerhet knyttet til hvor mye informasjon pasient og pårørende kan gi sykepleieren i denne sammenhengen.

Dersom det blir et økt fokus på psykisk helse hos eldre, og spesielt på depresjon, kan dette føre til at sykepleierne lærer mer og vil føle seg mer kompetent til å oppdage denne lidelsen. Dette kan understrekes ved å trekke inn funn fra en studie gjort av Markle-Reid et al (2014, s. 19). Studien førte til at det ble mer fokus på depresjon hos pasientene (over 70 år) som mottok hjemmesykepleie. Sykepleierne som deltok i studien rapporterte at de fikk mer kunnskap og ble mer selvsikker når gjaldt sykepleie til eldre mennesker med depressive symptomer (Markle- Reid et al., 2014, s. 19). Dette kan peke i retning mot at et økt fokus på psykiske lidelser kan føre til at sykepleierne gjenkjenner depresjon hos den eldre pasienten. Det er likevel ikke bare sykepleierens kunnskaper det står på, men også en kombinasjon av flere faktorer som kan bidra til at depresjon ikke blir oppdaget.

6. Konklusjon

Den eldre pasienten har økt risiko for å utvikle depresjon. Likevel blir depresjon ofte oversett hos den eldre pasienten som følge av at symptomene blir mistolket for eksempel som aldringstegn. Det kan derfor tenkes at det er mange eldre som lider i stillhet som følge av dette. Formålet med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere kan oppdage tidlige tegn hos den eldre hjemmeboende.

I lys av drøftingen kommer det frem at det er flere faktorer som påvirker hvorfor depresjon ikke blir oppdaget hos den eldre pasienten. Lite fokus på psykisk helse og lite kunnskaper om denne lidelsen er faktorer som kan være av stor betydning. Forebyggende helsearbeid kan føre til at flere fanges opp, men at det bør fokuseres mer på psykiske lidelser blant eldre. En relasjon til pasienten kan føre til at man lettere kan oppdage tegn på depresjon. Men det kan samtidig være vanskelig å etablere en relasjon i en arbeidshverdag preget av tidspress og lite kontinuitet. Bruk av kartleggingsverktøy kan føre til at flere blir fanget opp. Det kan likevel tyde på at det må etableres bedre rutiner for dette. Geriatrisk erfaring kan være en faktor som fører til at man fanger opp depresjon hos den eldre. Likevel kan det tenkes at kommunehelsetjenesten trenger flere med denne erfaringen. Kompetanseutvikling hos de ansatte kan føre til at flere med depresjon blir oppdaget. Det er altså flere mulige løsninger på hvordan sykepleierne kan oppdage flere tilfeller av depresjon hos den eldre. Kanskje disse løsningene kan bidra til at de 25-35 % som utvikler depresjon bli fanget opp og får behandling.

På bakgrunn av konklusjonen kan det tyde på at det må tilrettelegges ytterligere for å drive med psykisk helsearbeid. Det kan dog tenkes at det er utfordringer med dette i praksis. Eksempelvis kan arbeidshverdagen i hjemmesykepleien være preget av oppgavefokus som følge av bruk av arbeidslister og vedtak som grunnlag for arbeidsoppgaver. Dermed kan fokuset på det psykiske helsearbeidet bli nedprioritert. Det kunne vært interessant å se på hvordan man kan implementere de ulike løsningene i praksis og hvilke konkrete tiltak som blir innført i kommunen. Underveis i søkeprosessen har jeg funnet flere artikler som omhandler temaet. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke hatt mulighet til å inkludere disse i tillegg. Det kunne derfor vært interessant å se mer på dem i videre undersøkelser.

Litteraturliste

- Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. *Sykepleien forskning*, 8(2), 116-122. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0049>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk: Oslo.
- Brown, E. L., McAvay, G., Raue, P. J., Moses, S. & Bruce, M. L. (2003). Recognition of depression among elderly recipients of home care services. *Psychiatric Services*, 54(2.), 208- 213.
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre: psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 238-264). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*, 9(3.), 245-250. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0133>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud* (IS-1896). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>
- Helsedirektoratet. (2016, 21.juni). Depresjon. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

- Helsedirektoratet. (2017, 20. desember). Psykisk helsevern for eldre. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-eldre>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Mestre hele livet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/?q=mestre%20hele%20livet>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. nr. 15 2017–2018). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Herlofson, K. & Kirkevold, M. (2014). Parkinsons sykdom. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 480-496). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie: kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie –fag og funksjon* (3. utg., bind 1, 139-191). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2009). Depresjon hos eldre. *Geriatrisk sykepleie: Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 1(1), 4-5. <https://www.nsf.no/fagtidsskrift/artikkelliste/264394>

- 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. 438-449). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., ... 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>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues* (2. Utg). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.79-91). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). Eldre og legemidler. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 184-196). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 15- 25). Oslo: Cappelen Damm.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J. H., Cuijpers, P., Dekker, J., Tilburg, W. V., & Beekman, A. T. F. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: Do we know where to begin?. *Am J Psychiatry*, 169(3.), 1611-1621.

- 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>
- Skaug, E. A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjon* (3.utg., bind 1, s. 337-377). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Svartdal, F. (2018, 22.september). Fagfelleevaluering. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- VID vitenskapelige høyskole. (2017). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA*. Hentet fra <https://www.vid.no/filer/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk/>
- Vieira, E. R., Brown, E. & Raue, P. (2014). Depression in Older Adults: Screening and Referral. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 37(1.), 24-30.
<https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31828df26f>