

Hannah Wulfsberg
Vilde Iren Klokk Yven

Beboere på sykehjem sine opplevelser av depressive symptomer

Antall ord: 8147

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad

Mai 2019

Hannah Wulfsberg
Vilde Iren Klokk Yven

Beboere på sykehjem sine opplevelser av depressive symptomer

Antall ord: 8147

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å undersøke hva beboere på langtidsavdeling på sykehjem opplever bidrar til depressive symptomer.

Metode: Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk for å samle inn åtte forskningsartikler som belyser problemstillingen. Forskningen ble samlet inn gjennom datainnsamling. Ved analyse av resultatene har sentrale funn blitt identifisert.

Resultat: Funnene viser at eldre opplever ulike former for tap som årsak til depressive symptomer. De opplever tap av hjem, familie, frihet, helse og autonomi. Mange kjenner på ensomhet og isolasjon på sykehjemmet. Beboerne savner en god relasjon med helsepersonellet. Hyppig utskifting av helsepersonell og tidspress gjør det vanskelig å bygge en trygg relasjon. Funnene er kategorisert i følgende tema: opplevelse av tap, opplevelse av ensomhet og isolasjon, og relasjonen mellom beboer og helsepersonell.

Konklusjon: Å flytte på sykehjem innebærer for mange å miste selvstendighet, familie, hjem og trygge relasjoner. Opplevelsen av slike tap, kombinert med ensomhet og isolasjon, bidrar til utviklingen av depressive symptomer. Det viser seg at helsepersonellet har stor betydning for beboernes hverdag og kan være med på å forebygge depressive symptomer.

Abstract

Aim: The aim of this study was to explore which factors contributes to depressive symptoms from the nursing home residents perspective.

Methods: This is a systematic literature review where eight research articles were collected to answer the research question. The research articles were found through data collection and by analyzing the results central findings were identified.

Results: The findings show that residents experience different types of loss as a cause of developing depressive symptoms. Many nursing home residents have experienced loss of their home, family, freedom, health and autonomy. Isolation and loneliness are common in nursing homes. The residents wish they had better relations with the health professionals. Staff turnover and their lack of time makes it difficult to build a safe and close connection. The findings are categorized in the following topics: experience of loss, experience of loneliness and isolation and the relation between residents and health professionals.

Conclusion: Residents experience losing their independence, family, home and close relations when moving into a nursing home. These experiences can, combined with loneliness and isolation, contribute to the development of depressive symptoms. The health professionals play a big part in the residents everyday life, and can help prevent depressive symptoms.

DET DU VALGTE

Det var ikke du som valgte mørket
Det var mørket som valgte deg
Det du valgte
var alltid lyset
Ikke glem det
når de nattsvarte tankene forfølger deg

Maja Michelsen
@majmich

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.2.1	Begrepsforklaringer.....	12
1.2.2	Avgrensninger og presiseringer av problemstilling	12
1.3	Oppgavens videre oppbygning	12
2	Teori.....	13
2.1	Depresjon og depressive symptomer	13
2.2	Sykepleie i sykehjem.....	13
2.3	Pasientsentrert omsorg	14
2.4	Joyce Travelbee´s sykepleieteori.....	15
3	Metode.....	16
3.1	Datainnsamling.....	16
3.1.1	Søkestrategi.....	16
3.1.2	Søkehistorikk	16
3.2	Kvalitetsvurdering	17
3.3	Etisk vurdering	17
3.4	Analyse	18
4	Resultat.....	19
4.1	Opplevelse av tap	19
4.2	Opplevelse av ensomhet og isolasjon	20
4.3	Relasjonen mellom beboer og helsepersonell	20
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Opplevelse av tap	23
5.2.1.1	Fysiske funksjoner.....	23
5.2.1.2	Autonomi og selvstendighet.....	24
5.2.2	Opplevelse av ensomhet og isolasjon.....	25
5.2.3	Relasjonen mellom beboer og helsepersonell	26
6	Konklusjon.....	28
	Referanser	29
	Vedlegg	33
	Vedlegg 1: Søkehistorikktabell	
	Vedlegg 2: Litteraturmatriser (8 stk)	

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av depressive symptomer er høy i samfunnet. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som kan medføre størst tap av leveår og livskvalitet (Hummelvoll, 2016, s. 193). På grunn av biologiske faktorer og opplevelser i livet har eldre mennesker en økt risiko for en rekke sykdommer (Mensen, 2014, s. 52). Blant beboere på sykehjem er utbredelsen av depresjon høyere enn hos hjemmeboende eldre. Omtrent 40% av alle beboerne på sykehjem opplever depressive symptomer og 20-25% er diagnostisert med en depressiv lidelse (Kvaal, 2014, s. 443). Det er også grunn til å tro at depresjon og depressive symptomer er et maskert og underdiagnostisert problem hos eldre (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2018).

Depressive symptomer og lidelser kan føre til at eldre føler seg verdiløse og får dårlig selvbilde. Dette kan gjøre det vanskelig å være sammen med andre og ensomhet og isolasjon er ikke uvanlig (Kvaal, 2014, s. 444). I reformen "Leve hele livet" kommer det frem at beboere på sykehjem opplever at livet preges av passivitet, inaktivitet og kjedsomhet (Meld. St. nr. 15 (2017-2018), s. 85).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016) sier at sykepleiere skal ivareta pasienten sitt behov for helhetlig omsorg, understøtte håp, mestring og livsmot. Det kan være utfordrende å gi helhetlig omsorg til en beboer på sykehjem, fordi helsetilstanden ofte er svært sammensatt. 80% av beboere med langtidsopphold har omfattende bistandsbehov og de fleste har en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer (Hauge, 2014, s. 267). Somatiske sykdommer kan opptre som følgetilstander til depresjon, men også være en utløsende årsak (Kvaal, 2014, s. 444). Beboere på sykehjem er derfor utsatt for å utvikle depresjon og det er noe helsepersonellet på avdelingen må være oppmerksomme på i sitt arbeid.

Gjennom egne erfaringer fra sykehjem opplevde vi at det kunne være utfordrende å ivareta beboernes helhetlige behov. Beboerne hadde en stor variasjon av ulike sykdommer og sammensatte helsetilstander. Det var vanskelig å finne aktiviteter som passet alle og vi observerte at hverdagen kunne bli lang og ensformig. Det er en viktig sykepleieroppgave å ivareta eldres fysiske og mentale behov slik de kan oppleve god livskvalitet. På bakgrunn av dette velger vi å skrive om depresjon og depressive symptomer hos eldre som bor på sykehjem.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å sette et fokus på eldre på langtidsavdeling, slik at sykepleier og annet helsepersonell kan hjelpe den gamle med å oppleve god livskvalitet siste del av livet. Ved å bruke et pasientperspektiv får man verdifull informasjon som kan anvendes i arbeidet med eldre pasienter.

På bakgrunn av dette presenterer vi følgende problemstilling:

Hva opplever beboere på langtidsavdeling på sykehjem bidrar til utviklingen av depresjon og depressive symptomer?

1.2.1 Begrepsforklaringer

Depresjon:

Depresjon er en tilstand som karakteriseres med senket stemningsleie, energitap og interesse- og gledeløshet (NHI, 2019).

Depressive symptomer:

Med depressive symptomer menes det karakteristiske opplevelser og følelser som følger med tilstanden, samt fysiske kjennetegn (Kvaal, 2014, s. 442-443).

Sykehjem:

Et sykehjem er et institusjonstilbud som tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester hvor målsettingene er å gi god individuelt tilpasset pleie og omsorg, samt et korrekt medisinsk utrednings- og behandlingstilbud (Hauge, 2014, s. 265).

Beboere på langtidsavdeling:

Beboere på langtidsavdeling preges av høy alder, høy dødelighet og nedsatt fysisk funksjonsevne. De har ofte et sammensatt sykdomsbilde med høy forekomst av kronisk sykdom og funksjonstap (Haugan, 2017, s. 102).

1.2.2 Avgrensninger og presiseringer av problemstilling

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle beboere uten kognitiv svekkelse på langtidsavdeling som er over 65 år. Beboerne må ha bodd på sykehjem i over tre måneder. Vi bruker både begrepet beboer og pasient når vi omtaler de eldre i denne oppgaven.

Depresjon kan opptre som symptom og lidelser (Kvaal, 2014, s. 442). Derfor inkluderer vi i denne oppgaven både beboere diagnostisert med en depressiv lidelse og de som har depressive symptomer uten diagnose.

1.3 Oppgavens videre oppbygning

I neste kapittel blir relevant teori for oppgaven presentert. Videre beskriver vi metoden vi har brukt for datainnsamling og analyse. Funnene fra analysen blir presentert i resultatkapittelet. Diskusjonskapittelet starter med en metodediskusjon, før den tar for seg resultatdiskusjonen. Her blir også konsekvenser for sykepleie diskutert. Oppgaven rundes av med en konklusjon og anbefalinger for videre forskning.

2 Teori

I dette kapittelet blir aktuell teori presentert. Inkludert teori baserer seg på problemstillingen og gir en introduksjon til tematikken i oppgaven. Funnene fra forskningsartiklene og teorien vil skape grunnlaget for diskusjonskapittelet.

2.1 Depresjon og depressive symptomer

Det kan være vanskelig å definere begrepet depresjon fordi de som er rammet kan oppleve sykdommen på forskjellige måter. Begrepet kan omhandle en gruppe sykdommer, et syndrom eller en sinnsstemning (Hummelvoll, 2016, s. 193). Mild depresjon blir ofte bagatellisert og oversett hos eldre, men kan utvikle seg til mer alvorlig sykdom dersom den ikke blir oppdaget og behandlet (Kvaal, 2014, s. 442).

Vanlige symptomer på depresjon er nedsatt selvtillit eller selvfølelse, appetitt- eller vektendring, selvbekreidelse eller skyldfølelse, søvnforstyrrelser, tanker om død eller selvmord, agitasjon eller tanke- og konsentrasjonsforstyrrelser (Kvaal, 2014, s. 443). Karakteristiske kjennetegn er isolasjon, initiativløshet, grublerier og bekymringer. Eldre kan oppleve å ikke finne glede i livet og at alt er slitsomt. Det er også vanlig å være mimikkfattig og oppleve dødsønsker (Kvaal, 2014, s. 442). Disse symptomene kan gjøre hverdagen vanskelig. Funksjoner som konsentrasjon, motivasjon og glede minsker eller forsvinner (Hummelvoll, 2016, s. 198).

Depresjon kan være årsak til eller oppstå som en følge av somatisk sykdom. Legemidler som benzodiazepiner, antipsykotika og glukokortikoider kan gi depressive symptomer (Kvaal, 2014, s. 444). Negative livshendelser som dødsfall i nære relasjoner gir økt risiko for å bli deprimeret. Stress knyttet til slike hendelser kan øke utskillelsen av kortisol i binyrene. Høye konsentrasjoner av kortisol kan skade nevroner i hjernen, spesielt i områder som er viktige for regulering av humør (Aarre, 2014, s. 83). Depresjon er assosiert med opplevd ensomhet (Kvaal, 2014, s. 444). En ensomhetsfølelse oppstår dersom en person ikke får dekket sitt individuelle behov for sosial støtte (Drageset, 2017, s. 79).

Psykoterapi og medikamentell behandling har dokumentert effekt på depresjon. Kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi og minnearbeid er ulike former for psykoterapi. Disse behandlingsformene krever at sykepleier har videreutdanning (Kvaal, 2014, s. 444-445). Medikamentell behandling bør være et av de siste alternativene i behandlingen av depresjon fordi bivirkningene kan være plagsomme. Medikamentell behandling bør gjennomføres sammen med ikke-medikamentell behandling. Fysisk aktivitet og lysbehandling er eksempler på dette (Kvaal, 2014, s. 446).

2.2 Sykepleie i sykehjem

Det er ulike typer langtidsavdelinger på sykehjem. Det finnes avdelinger for de som er multisyke og har redusert fysisk kapasitet, for personer med demens og avdelinger som spesialiserer seg på terminal pleie (Hauge, 2014, s. 267). De fleste beboerne er over 67 år, er multisyke og har sterkt redusert funksjonsevne. Rundt 80% av beboerne med

langtidsopphold har omfattende bistandsbehov og de fire viktigste årsakene til innleggelse er aldersdemens, hjerneslag, psykiske lidelser og hjerte- og lungelidelser (Hauge, 2014, s. 266-267).

De vanligste fysiske plagene hos beboere på sykehjem er smerte, inkontinens, dyspné og fatigue. Depresjon, angst og ensomhet er vanlige emosjonelle plager. På sykehjemmet skal beboernes grunnleggende, emosjonelle og åndelige behov ivaretas av helsepersonellet (Haugan, 2017, s. 103).

Å arbeide på langtidsavdeling kan være krevende fordi beboerne er skrøpelige både fysisk og mentalt (Hauge, 2014, s. 267). Begrepet skrøpelig blir brukt om de som har lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom ganghastighet, lav utholdenhet og ufrivillig vekttap (Ranhoff, 2014, s. 81). Eldre er på grunn av aldersforandringer og skrøpelighet ofte rammet av flere sykdommer på en gang. Det å være multisyk kompliserer situasjonen for pasienten, både når det gjelder diagnostikk, behandling, rehabilitering og risikoen for komplikasjoner. Å gi sykepleie til en multisyk pasient krever mer planlegging og større innsats enn når pasienten har én sykdom (Ranhoff, 2014, s. 85). Disse pasientene har ofte en kronisk funksjonssvikt som fører til tap av frihet, autonomi, sosial isolasjon og redusert livskvalitet (Ranhoff, 2014, s. 86-87).

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) er det kommunen sitt ansvar å tilby opphold på sykehjem dersom det er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Verdighetsgarantiforskriften (2010, § 2) sier at kommunale pleie- og omsorgstjenester skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer pasienten et verdig og meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Dette innebærer forsvarlig boform, godt kosthold, mest mulig normalt liv, mulighet til å komme seg ut, samtaler om eksistensielle spørsmål, verdig død og mulighet til å fungere i hverdagen.

2.3 Pasientsentrert omsorg

Johannesen (2015, s. 66) forklarer at pasientsentrert omsorg handler om å forstå hva som er viktig for pasienten. En god relasjon mellom pasient og helsepersonell er viktig for at pasienten skal føle seg trygg til å medvirke i egen behandling, rehabilitering og pleie. De viktigste prinsippene er fokus på det enkelte mennesket som et helhetlig individ og fokus på personen bak sykdommen og funksjonssvikten (Kirkevold, 2014, s. 108).

Denne tilnærmingen til sykepleie tilstreber en respekt for pasientens meninger og perspektiv, samtidig som man må inkludere sitt eget perspektiv og faglige kompetanse. Pasienten skal ikke ta avgjørelser alene, men helsepersonell og pasienten skal sammen komme frem til best mulig behandling (Johannesen, 2015, s. 66). Åpen kommunikasjon er en forutsetning for å lykkes. De fleste gamle ønsker å etablere en relasjon med en eller få sykepleiere. Dette skaper trygghet og forutsigbarhet (Kirkevold, 2014, s. 108). En individuell plan er et godt verktøy for pasienter som har et komplekst og omfattende hjelpebehov. Det skaper forutsigbarhet og samordning mellom ulike tjenester og helsepersonell (Kirkevold, 2014, s. 110).

Pasientsentrert omsorg er med på å bevare pasientens autonomi og integritet. Autonomi er pasientens følelse av selvbestemmelse (Slettebø, 2014, s. 217). Integritet er menneskets rett til å beholde sin verdighet til tross for ytre forhold (Hummelvoll, 2016, s. 85). Ved utøvelse av sykepleie og omsorg skal helsepersonell ha en grunnleggende respekt for disse verdiene. Et overordnet prinsipp innen sykepleie er å anerkjenne og

respekttere alle pasienter som unike personer med egen selvforståelse og identitet (Kirkevold, 2014, s. 95).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) underbygger ivaretagelsen av autonomi og integritet ved å fastslå at pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbud skal utformes i samarbeid med pasienten og pasientens ønsker skal legges særlig vekt på ved bestemmelser av tjenester. Reformen "Leve hele livet" setter også fokus på at beboere på sykehjem skal føle seg verdsatt, sett og involvert i beslutninger som angår dem selv (Meld. St. nr. 15 (2017-2018), s. 121).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) angis det at sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet. Herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.

2.4 Joyce Travelbee 's sykepleieteori

Travelbee legger hovedvekten i sin sykepleieteori på relasjonen og samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Hun understreker i sitt arbeid at samhandling og samarbeid er viktig for å ivareta pasientens behov for sykepleie. Kvaliteten på sykepleien som gis avhenger av hvor god relasjonen pasient og sykepleier har. Travelbee setter det hun kaller et menneske-til-menneske forhold sentralt i sykepleie og for at sykepleierens mål skal nås er det grunnleggende at dette forholdet er på plass (Travelbee, 1999, s. 171).

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og de(n) hun har omsorg for.

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177)

Menneske-til-menneske-forholdet vil utvikle seg i takt med sykepleierens interaksjoner med pasienten. Dette kan knytte dem tettere sammen og bygge en sterkere relasjon. Sykepleier må ha kunnskap om hva hun gjør og hvorfor, slik at omsorgen blir best mulig og tilpasset pasienten (Travelbee, 1999, s. 171). Empati er viktig i denne sammenhengen fordi det vil hjelpe sykepleier å forstå hvordan den andre parten opplever situasjonen. Når man har empati i en relasjon tar man på mange måter del i den andres sinnstilstand, men har samtidig et perspektiv utenfra (Travelbee, 1999, s. 193). Når det har oppstått empati mellom to personer, knyttes det bånd og kontakt oppstår (Kristoffersen, 2016, s. 33).

Et annet viktig begrep for Travelbee er sympati. Sympati kommer som et resultat av den empatiske prosessen og er knyttet til et ønske om å hjelpe og gjøre en forskjell. Når man har empati og sympati i en relasjon er partene i stand til å forstå og sette seg inn i den andres plager (Travelbee, 1999, s. 200).

3 Metode

I dette kapittelet tar vi for oss metoden vi har brukt for datainnsamling, søkestrategi og søkehistorikk, samt kvalitetssikring og analyse av artiklene.

3.1 Datainnsamling

En forutsetning for å kunne gjøre et systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig mengde studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengström, 2016, s. 26). Videre i følge Forsberg og Wengström (2016, s. 30) innebærer dette å gjøre et systematisk søk og deretter kritisk gjennomgå og oppsummere litteraturen innenfor et valgt emne eller problemstilling.

3.1.1 Søkestrategi

For å gjennomføre et godt søk i en database må man formulere en god problemstilling, bestemme aktuelle inklusjonskriterier og velge aktuelle databaser og søkeord (Forsberg og Wengström, 2016, s. 68). Forsberg og Wengström (2016, s. 63) forklarer at søkene kan skje manuelt og gjennom søk i databaser. Vi har brukt begge metodene i vår oppgave. Manuelle søk kan gjennomføres i referanselister til andre studier, direkte søk i tidsskrift, ved å søke etter litteratur i medier eller personlig ta kontakt med forskere på det aktuelle området (Forsberg og Wengström, 2016, s. 64).

Før vi begynte søkeprosessen valgte vi ut aktuelle inklusjon- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene inkluderer forskningsartikler med pasientperspektiv, fagfellevurdering og etisk redegjørelse. Beboerne i studien skal være over 65 år, ha bodd på sykehjem i over 3 måneder og ikke ha kognitiv svekkelse. Artiklene skal være fra 2008 til 2019 og være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. Vi ønsket å fokusere på kvalitativ forskning fordi den legger vekt på å forstå mennesker sine erfaringer og opplevelser rundt et fenomen eller problemstilling (Forsberg og Wengström, 2016, s. 44).

I følge Forsberg og Wengström (2016, s. 69) skal søkeordene være basert på ordene i problemstillingen. Dermed kom vi fram til følgende søkeord: «depression», «nursing home»/«nursing home patients»/«nursing», «interviews» og «qualitative research»/«qualitative studies»/«qualitative». Videre brukte vi ulike kombinasjoner av søkeordene og de boolske operatørene «AND» og «OR» for å få et smalere søk (Forsberg og Wengström, 2016, s. 69). Vi søkte i databasene CINAHL, PubMed, Web Of Science, PSYCinfo, Medline og Scopus. For å spesifisere søkene i CINAHL complete avgrenset vi søkeordene til å være ord i enten tittel, emne eller hovedemne. Det gjorde vi ved å søke på samme ord med den boolske operatøren «OR» på hovedsiden med de ulike feltsøkene bak hvert søkeord.

3.1.2 Søkehistorikk

Litteratursøkene ble gjennomført høsten 2018 til våren 2019. Som utgangspunkt for første søk hadde vi temaet sykepleiers rolle for livskvalitet, helsefremming på sykehjem og aktivitet som del av problemstillingen. Vi opplevde det utfordrende å finne forskning på dette området. Derfor rettet vi fokuset over på depresjon på sykehjem i

pasientperspektiv. Vi har også justert problemstillingen underveis fra å handle om forebyggende tiltak til hva som oppleves som årsaken eller kan bidra til utvikling av depressive symptomer. Dermed ble også søkeordene justert, nye ble inkludert og gamle ble ekskludert.

Vi opplevde det utfordrende å finne kvalitativ forskning i databasene. Derfor gjennomførte vi også manuelle søk hvor to aktuelle artikler ble inkludert. Vi søkte i Google søkemotor med samme søkeord som vi har brukt i databasene. Ved å lese overskrifter og abstrakter ekskluderte vi artikler som ikke svarte på vår problemstilling.

Gjennom datainnsamlingen inkluderte vi fire kvalitative artikler og fire artikler med metodetrianglering som vi skal bruke som grunnlag for å svare på problemstillingen. I følge Thidemann (2017, s. 79) vil en kombinasjon av ulike metoder som gir samme resultat være et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige, da forskerne får en mer perspektivrik og helhetlig forståelse. Artiklene har brukt semistrukturerte dybdeintervju og supplerende spørreskjemaer i de kombinerte artiklene.

3.2 Kvalitetsvurdering

Gjennom avanserte søk i databasene undersøkte vi om forskningsartiklene svarte på problemstillingen vår, om de var fagfelleverdert og om de var fra de siste 10 årene. Ved de manuelle søkene undersøkte vi om artiklene var fagfelleverdert ved å søke opp tidsskriftet i Register for Vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk Senter for Forskningsdata [NSD], 2019). Begge hadde nivå 1 og vi vurderer derfor disse som fagfelleverdert.

Vi har i tillegg brukt sjekkliste for kvalitativ forskning fra Helsebiblioteket (2016) for å kvalitetsvurdere og vurdere forskningsartiklene. Denne sjekklisten undersøker blant annet om studiens formål er klart formulert. Dette er nødvendig for at intervjuene skal føre til et godt resultat (Forsberg og Wengström, 2016, s. 119). Alle forskningsartiklene tar tydelig for seg hva hensikten med studien er. Sjekklisten kontrollerer om gjennomførelsen av analysen og forhold rundt tolkningen er beskrevet. Siden tolkningen av resultatet er avhengig av forskeren sitt perspektiv og forståelse, skal dette gjøres rede for slik at leseren får en oppfatning av utgangspunktet for tolkningen (Forsberg og Wengström, 2016, s. 130). Forskningsartiklene har en egen beskrivelse for hvordan analysen av data har foregått. Forskerne i de utvalgte forskningsartiklene drøfter sin egen involvering under metodekapittelet eller under et eget avsnitt om svakheter og styrker ved studien.

Et kriterium i sjekklisten er at hovedfunn skal komme klart frem. Forskeren skal beskrive fenomenet som det virkelig fremstår og se bort fra eventuelle teorier og fordommer (Forsberg og Wengström, 2016, s. 132). Etske forhold skal også vurderes, dette blir omtalt i kapittel 3.4. Ut fra denne sjekklisten og teori fra Forsberg og Wengström (2016) vurderer vi de utvalgte forskningsartiklene som av god kvalitet.

3.3 Etisk vurdering

Forsberg og Wengström (2016, s. 59) understreker at forskningen man bruker skal være etisk vurdert. Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning som understreker at juks og uærlighet skal ikke forekomme. Det er viktig å velge studier som har fått tillatelse fra en etisk komité eller som har gjennomgått nøye etiske overveielser. Alle resultat skal presenteres (Forsberg og Wengström, 2016, s. 59).

De utvalgte forskningsartiklene beskriver hvordan de har gått fram for å velge ut deltakere og hvordan gjennomførelsen av studiene har foregått. Forskerne har gitt informasjon til pasient og helsepersonellet. Deltakere som ønsker å delta har signert en samtykkeerklæring. Forskerne opplyser også om at deltakerne er informert om at deltakelse er frivillig og at de kan trekke seg når som helst gjennom studiet. Det viser seg at i de fleste av forskningsartiklene er det beboere som har trukket seg av ukjent grunn eller forverring av helsetilstand. Alle forskningsartiklene har fått godkjenning fra en etisk komité til å gjennomføre studiene.

Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veie opp mot kravet for å beskytte individene som deltar i undersøkelsen. Forskeren skal vise omsorg overfor deltakerne og ikke forårsake skade. Forskeren skal også være nøye i sin konklusjon og gjøre en veloverveid redegjørelse av resultatene (Forsberg og Wengström, 2016, s. 132).

3.4 Analyse

For å analysere forskningsartiklene brukte vi metoden beskrevet av Evans (2002). Metoden består av fire faser:

1. **Datainnsamling**

Først utarbeides aktuelle inklusjonskriterier og ut i fra disse søker man etter forskningsartikler i databaser og medier. Man får da samlet inn et utvalg av artikler basert på samme tema (Evans, 2002). Vi brukte databasene CINAHL, MedLine og Scopus, samt håndzoek i ulike medier. Søkeord ble valgt ut i fra problemstillingen vår og vi benyttet den boolske operatøren «AND» for å få et utvalg av forskningsartikler basert på disse. Søkene var basert ut fra aktuelle inklusjonskriterier.

2. **Identifisere nøkkelfunn**

I denne fasen leser man artiklene flere ganger for å få en god forståelse av dem. Deretter skal man samle alle nøkkelfunn fra hver artikkel i ett felles dokument (Evans, 2002). Etter vi hadde funnet åtte relevante forskningsartikler, leste vi disse gjentatte ganger med særlig fokus på resultatet. Vi opprettet et dokument der vi skrev ned nøkkelfunnene fra hver enkelt artikkel.

3. **Sammenligne temaer på tvers av studiene**

I denne fasen bruker man listen med nøkkelfunn til å identifisere felles temaer. Nøkkelfunn kategoriseres etter likheter. Temaer og undertemaer identifiseres. Disse analyseres for å tolke innholdet i hvert tema og identifisere gjentatte funn og uoverensstemmelser (Evans, 2002). Videre i analyseringsprosessen brukte vi fargekoder som representerte ulike temaer for å kategorisere funnene. Ved hjelp av dokumentet med nøkkelfunn og fargekoder ble det oversiktlig å identifisere temaer som gikk igjen på tvers av artiklene. Nøkkelfunnene ble kategorisert i tre hovedtemaer: opplevelse av tap, opplevelse av ensomhet og isolasjon og relasjonen mellom beboer og helsepersonell.

4. **Beskrive fenomenet**

I den siste fasen er nøkkelfunnene grunnlaget for å beskrive fenomenet vi utforsker. Hoved- og undertemaer blir beskrevet og støttet opp av eksempler referert tilbake til originalstudien (Evans, 2002). Etter at vi hadde identifisert tre hovedtemaer, leste vi igjen gjennom artiklene med utgangspunkt i disse. Vi skrev ned sitater og kilder fra forskningsartiklene. Dette blir presentert videre i resultatkapittelet.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres de tre temaene vi kom fram til gjennom analysearbeidet av forskningsartiklene. Man skal i følge Forsberg og Wengström (2016, s. 41) presentere resultatene på en presis og logisk måte. Leseren skal kunne avgjøre om resultatene som presenteres svarer godt på problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2016, s. 41).

4.1 Opplevelse av tap

Den mest nevnte årsaken til depressive symptomer er den manglende evnen til å bo hjemme på grunn av svekket helsetilstand. Flere forteller at de savner familien, hjemmet, selvstendigheten sin og få være en del av noe (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016).

For beboerne er tap av fysisk funksjon en årsak til at de opplever depressive symptomer (Baldacchino og Bonello, 2013; Drageset mfl., 2016; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018). En dame forteller at hun føler seg ensom og alene på grunn av tap av sine fysiske funksjoner. Hun kan ikke lenger se eller bruke hendene, noe som gjør at hun ikke kan delta på de aktivitetene hun ønsker (Paque mfl., 2018, s. 1479). Baldacchino og Bonello (2013, s. 682) fant i sin studie at beboere som har nedsatt mobilitet har høyere forekomst av depressive symptomer. Redsel for fall, ytterligere tap av mobilitet og tap av autonomi nevnes som årsaker (Baldacchino og Bonello, 2013, s. 781).

Urininkontinens og pleie relatert til dette oppleves ydmykende og er en årsak til triste følelser. Beboerne synes det er ubehagelig å bruke bleier og føler det er nedverdiggende å måtte få hjelp av helsepersonell og teknisk utstyr til slike grunnleggende behov (Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018). En kvinne sier: «I am often sad because I have to wear diapers and need help to use the bathroom. But I don't like it when my diapers are wet and I'm completely dependent on care» (Iden mfl., 2015, s. 3).

Beboerne opplever at tap av autonomi og selvstendighet bidrar til utvikling av depressive symptomer. De synes det er deprimerende å føle seg hjelpeløse og pleietrengende (Baldacchino og Bonello, 2013; Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016). Den stadige påminnelsen om alt man ikke lenger klarer fører til motløshet. En mann forklarer det slik: «When you can't do things that you want to do and that's the way things are, you get to a point where you stop thinking about what you can do» (Choi mfl., 2008, s. 539). Beboerne savner at helsepersonell lar dem utnytte egne ressurser til å gjennomføre oppgaver i hverdagen (Drageset, 2016; Choi mfl., 2008). En deltaker i studien til Drageset mfl. (2016, s. 9) forteller: «It is important for me to be persistent and really try to be as independent as possible». Flere beskriver at de blir deprimerede når de ikke lenger klarer å lage mat, vaske hus, handle, gjøre hagearbeid og delta i sosiale aktiviteter (Choi mfl., 2008, s. 540).

Det oppleves nedverdiggende for beboerne å ikke bli inkludert i avgjørelser som påvirker deres hverdag og behandling på sykehjemmet. Beboerne føler at det truer deres identitet og autonomi å måtte tilpasse seg sykehjemmets regler og rutiner (Choi mfl., 2008;

Österlind mfl., 2016). Flere savner friheten og fleksibiliteten de hadde hjemme (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset, 2016; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016).

Det å få tildelt langtidsplass på sykehjem er for flere en påminnelse om at de er i livets siste fase. Tankene rundt døden og mangel på livskvalitet i denne fasen skaper nedstemthet hos mange (Choi mfl., 2008; Österlind mfl., 2016). En kvinne forteller at å vente på døden er en langsam og tankefull prosess. Hun skulle ønske hverdagen inneholdt flere meningsfulle aktiviteter (Österlind mfl., 2016, s. 4). Religion er en strategi mange beboerne bruker for å mestre negative følelser. De bruker tillit og takknemlighet til Gud som en sterk ressurs. De leser Bibelen, ber daglig og deltar på religiøse aktiviteter (Baldacchino og Bonello, 2013; Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Iden mfl., 2015).

4.2 Opplevelse av ensomhet og isolasjon

I flere av studiene kommer det frem at ensomhet fører til depressive symptomer fordi det får mange av beboerne til å føle seg triste, verdiløse, fanget, usynlig og ensomme (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016). Sykehjemmet sammenlignes med et fengsel fordi man har begrenset mulighet til å komme seg ut på grunn av nedsatt fysisk funksjon (Drageset, 2015; Österlind mfl., 2016). «I think that I feel restricted. I feel that I cannot go where I want and such like. It would be a bit more fun if one could spend time in the fresh air. But instead you have to stay indoors» (Österlind mfl., 2016, s. 5). På grunn av mangel på transport og ressurser fra sykehjemmet har beboerne begrenset kontakt med livet utenfor (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset mfl., 2016; Österlind mfl., 2016).

Det å miste eller bo borte fra familie, ektefelle og nære venner skaper depressive tanker hos mange og forsterker følelsen av ensomhet og isolasjon (Baldacchino og Bonello, 2013; Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016). En beboer i studien til Drageset mfl. (2015, s 9) forklarte det slik: «If you are unable to come in contact with others, you will feel the loneliness strongly and you also feel invisible». Flere uttrykker at de mangler noen å dele en meningsfull samtale med. Som et resultat av dette føler mange at det er best å holde de triste følelsene for seg selv (Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016).

Flere opplever det utfordrende å bli kjent med andre beboere. Det er særlig vanskelig for de som er kognitive friske å bo sammen med de som er kognitivt svekket. Uttalelsene deres er en blanding mellom medfølelse og frykt for å selv skulle utvikle en kognitiv svekkelse. Beboerne forteller at de får vondt av å se andre rundt seg ikke klare å ha samtaler eller gjennomføre aktiviteter (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018).

4.3 Relasjonen mellom beboer og helsepersonell

Beboerne beskriver relasjonen med helsepersonellet på avdelingen som viktig. En mangelfull relasjon med helsepersonell knyttes til tidspress og stadig utskifting av personalet (Choi mfl., 2008; Dahle og Ploeg, 2009; Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016; Iden mfl., 2015).

Beboerne uttrykker bekymring for tidspress og hyppig utskifting av personalet. Flere unnviker å spørre om hjelp fordi de er kjent med mangelen på ressurser. Når beboerne spør om hjelp synes mange det er frustrerende å måtte vente lenge (Choi mfl., 2008;

Dahle og Ploeg, 2009; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018; Österlind mfl., 2016). «The nurses are always in short of time. They have so many tasks to be carried out, and they can´t be blamed for that (...)» (Iden mfl., 2015, s. 3).

Måten helsepersonell utfører sitt arbeid på har stor betydning for beboernes evne til å akseptere livet på sykehjemmet. Dersom man har en god relasjon med helsepersonellet føler beboerne seg tryggere (Drageset mfl., 2015; Drageset mfl., 2016). Mangelfull omsorg og oppmerksomhet fra helsepersonell kan resultere i at pasientene føler seg verdiløse, ensomme og triste (Drageset mfl., 2016; Iden mfl., 2015; Paque mfl., 2018). «A lot of things hurt me. I feel overlooked by many of the caregivers. I feel like nobody» (Drageset mfl., 2016, s. 8).

5 Diskusjon

Vi ønsker gjennom denne bacheloroppgaven å undersøke hva beboere på sykehjem opplever bidrar til utvikling av depresjon og depressive symptomer. I dette kapitlet presenterer vi først en metodediskusjon som tar for seg hva vi opplever som styrker og svakheter ved metoden vi har brukt. Videre presenteres det en resultatdiskusjon som diskuterer funnene med relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

Gjennom dette systematiske litteratursøket har vi brukt metoden til Forsberg og Wengström (2016) og analysen av Evans (2002) som utgangspunkt. Disse kildene har vært gode støtter gjennom prosessen og sikret at fremgangsmåten som er brukt er av god kvalitet. Vi gjorde flere søk i ulike databaser med søkeordet «experience» fordi vi har ordet «opplevelse» i problemstillingen. Vi fant ingen aktuelle artikler med dette søket og opplevde at det kom mange kvantitative artikler. Siden vi ønsket kvalitative artikler, valgte vi derfor å erstatte «experience» med ulike versjoner av «qualitative» som søkeord. Dette kan være en svakhet fordi dette ordet ikke er et direkte ord i problemstillingen. Vi inkluderte det likevel da kvalitativ forskning omhandler deltakernes erfaringer og opplevelse av et fenomen (Forsberg og Wengström, 2015, s. 44). En annen svakhet er at vi har relativt lite erfaring med søk i databaser og at det er mulig relevant forskning derfor ikke kom opp i søkene våre. En styrke er derimot at vi var kritiske til forskningen vi leste og inkluderte kun artikler som svarte på problemstillingen vår.

Gjennom hele prosessen har vi hatt et nært samarbeid. Dette opplever vi som en styrke da det har vært en lang prosess med søking, lesing av forskning og drøfting for å komme frem til et godt resultat. Alle artiklene er skrevet på engelsk og det kan være en svakhet på grunn av at misforståelser i oversettingen og tolkningen kan oppstå. Vi har derfor lest artiklene flere ganger og vi samarbeidet om analyseprosessen for å sikre at funnene fra artiklene er korrekt gjengitt.

Vi opplever det som en styrke at fire av artiklene er fra Skandinavia og resten er fra land med vestlig kultur fordi funnene kan overføres til norsk helsevesen. En artikkel inkluderer kun eldre som er romersk katolske og det kan være en svakhet fordi det er få eldre i Norge som praktiserer denne religionen. Vi valgte likevel å inkludere den fordi funnene samsvarer med resultatene fra de andre forskningsartiklene. Vi har inkludert to forskningsartikler med deltakere som er selektivt kvinner eller beboere med kreft. Problemstillingen vår inkluderer alle som bor på sykehjem og vi valgte derfor å inkludere disse to artiklene. Resultatene samsvarte også med de andre forskningsartiklene og problemstillingen vår.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Opplevelse av tap

Resultatet vi har kommet frem til viser at ulike opplevelser av tap bidrar til utvikling av depressive symptomer. Eksempler på dette er tap av autonomi, hjem, fysiske funksjoner, familie og venner.

5.2.1.1 Fysiske funksjoner

Funnene viser at beboere på sykehjem utvikler depressive symptomer fordi de ikke lenger kan bo hjemme og leve sitt tidligere liv på grunn av sviktende helse. Å bli hjelpetrequende fører til tap av autonomi og frihet, og dette er forbundet med nedsatt livskvalitet. Man blir avhengig av andre og livsutfoldelsen blir redusert (Ranhoff, 2014, s. 87). I Choi mfl., (2008, s. 540) forteller de eldre at det er deprimerende når helsetilstanden hindrer dem i å utføre daglige aktiviteter som husarbeid, matlaging og hagearbeid.

Verdighetsgarantiforskriften (2010, § 3) fastslår at helsetjenesten skal tilby beboere et mest mulig normalt liv. Hva som oppleves som normalt er individuelt for hver enkelt person. For å kunne gi person- og individtilpasset sykepleie må sykepleier kontinuerlig observere og ha samtaler med beboerne for å finne ut hvordan de har det, og hvilke behov de har. Når sykepleier har samlet inn informasjon må sykepleien tilpasses ut i fra dette (Kirkevold, 2014, s. 109). Om beboere ønsker å hjelpe til med oppgaver på sykehjemmet som å brette klær, matlaging eller rydde kan sykepleier legge til rette for at det skal være mulig. For å kunne få mest mulig pasientdeltakelse i daglige aktiviteter på sykehjemmet er det viktig at sykepleier understøtter beboerens ferdigheter og evner. En måte å gjøre det på er å komme med forslag som beboeren kan ta stilling til (Kirkevold, 2014, s. 109).

Sykepleier skal i samarbeid med annet helsepersonell utarbeide individuell plan for alle som har et omfattende og vedvarende hjelpebehov (Kirkevold, 2014, s. 110). Kirkevold (2014, s. 110) forklarer at formålet med en individuell plan er å få en mer langsiktig og helhetlig tenking, som skaper forutsigbarhet for pasienten. Beboeren og eventuelt pårørende skal være en aktiv del av utformingen av planen. Sykepleier må ta ansvar for at retten til medbestemmelse bevares.

Funnene viser at beboerne føler seg triste og ensomme når de ikke lenger kan ta del i aktiviteter på sykehjemmet grunnet funksjonsnedsettelse. Fysisk aktivitet har helsemessige gunstige effekter selv hos personer med redusert funksjon. Det kan gi pasienten en mulighet til mestring, økt styrke og kontroll i hverdagen (Kvaal, 2014, s. 446). Sykepleier bør gjøre en individuell vurdering av fysisk funksjon for å sikre tilstrekkelig og tilpasset fysisk aktivitet til hver enkelt beboer på sykehjemmet (Meld. St. nr. 15 (2017-2018), s. 133). Sykepleier må også observere funksjonssvikten og kartlegge pasientens behov og ressurser slik at man har en god oversikt og kan oppdage endringer i helsetilstand tidlig. Dermed vil hjelpen og omsorgen som gis bli hensiktsmessig og tilpasset pasienten som individ (Ranhoff, 2014, s. 87).

Funnene viser at flere beboere opplever urininkontinens og pleien relatert til dette som ydmykende og en årsak til triste følelser. Beboere i studien til Iden mfl. (2015, s. 3) forteller at de opplever det frustrerende å måtte bruke bleier og hjelpemidler for å komme seg på toalettet. Beboerne føler at de mister verdigheten sin. Problematikken ved ikke å kunne kontrollere kroppens avfallsstoffer er for mange et tabubelagt tema. Dette

kan oppleves som en trussel for ens integritet. Urininkontinens kan føre til isolasjon, unngåelse av sosiale aktiviteter og tap av verdighet. Det kan føre til angst, depresjon og nedsatt livskvalitet (Skotnes mfl., 2014, s. 327-328). I samråd med lege må sykepleier kartlegge eventuelle årsaker til inkontinens og undersøke hvordan det påvirker beboernes hverdag. Ved hjelp av samtaler med beboeren eller pårørende kan sykepleier avdekke utløsende eller forverrende årsaker til problemet. Målet er å kurere eller bedre tilstanden. For å nå målet må sykepleier gi informasjon om hvordan man kan balansere væskeinntak og få gode toaletttrutiner. Miljøtiltak ved toalettbesøk og spesifikke treningsteknikker som blæretrening og bekkenbunnstrening kan også være gode tiltak (Skotnes mfl., 2014, s. 328-329).

Funnene viser at tap av fysiske funksjoner og overflytting til sykehjem er for mange en påminnelse om at de er i livets siste fase. Tanker rundt døden skaper nedstemthet. I studien til Österlind mfl. (2016, s. 4) beskriver flere at de holder følelsene for seg selv fordi de føler pårørende og helsepersonell ikke ønsker å snakke med dem om vanskelige temaer. Funnene viser også at religion hjelper mange med å mestre disse tankene. Sykepleier, institusjonsprest og ledelsen har sammen et ansvar for å tilrettelegge for religionsutøvelse. Helsepersonellet skal også være tilgjengelig for samtale om eksistensielle spørsmål (Torbjørnsen, 2014, s. 543-544). Eldre bør få dele tanker om livet som har vært og meningen med livet de har nå. Håp og tro er viktige temaer i slike samtaler. Håp bidrar til mestring i vanskelige situasjoner, ensomhet og lidelse (Travelbee, 1999, s. 117). Åndelig omsorg kan være utfordrende for sykepleiere og flere føler at de mangler kompetanse på dette området (Torbjørnsen, 2014, s. 544). Likevel er det viktig at sykepleier møter, anerkjenner og bekrefter beboeren sine tanker og følelser, samt stimulerer til videre refleksjon (Haugan, 2017, s. 111). Sykepleierens oppgave er å bidra til at beboerne holder fast ved håpet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe (Travelbee, 1999, s. 123).

5.2.1.2 Autonomi og selvstendighet

Funnene viser at tap av fysisk funksjon er en årsak til at de eldre opplever depressive symptomer. I følge Ranhoff (2014, s. 87) fører redusert fysisk funksjon til tap av autonomi og selvstendighet. Studiet viser at dette er en grunn til at eldre på sykehjem er deprimerte.

Funnene viser at eldre synes det er deprimerende være avhengig av andre og føler seg hjelpeløse når de må vente på hjelp til egenomsorg. Måten sykepleier møter den gamle på er avgjørende for opplevelsen av verdighet, respekt og egenverd (Kirkevold, 2014, s. 25). Helsepersonell glemmer ofte å se mennesket bak funksjonssvikten, og ser heller bare oppgavene som skal gjøres og begrensningene beboeren har. Den gamle trenger at man ser ens personlighet, erfaringer og ressurser (Kirkevold, 2014, s. 26). Det kan oppleves krenkende å bli gjort hjelpeløs og ikke få utnytte de ressursene man fortsatt har. Det er ikke uvanlig at helsepersonell utfører oppgaver pasienten egentlig klarer selv på grunn av effektivitet og lettvinthet (Kirkevold, 2014, s. 111). Gjennom samtale er det viktig at sykepleier kartlegger hva som er viktig for beboeren og hvilke ressurser han har. Å gjennomføre egenomsorg krever krefter og styrke, og det må oppnås en balanse mellom uavhengighet og avhengighet for å kunne bevare og støtte beboerens ressurser best mulig (Kirkevold, 2014, s. 114).

Funnene viser at beboerne ikke føler seg inkludert i avgjørelser som omhandler deres hverdag og behandling på sykehjemmet. Dette fører til at beboerne ikke føler seg sett av helsepersonell. Funnene viser også at beboerne føler autonomien deres er svekket da de

ikke får bestemme selv når de skal stå opp eller ha måltider. Reformen "Leve hele livet" understreker at eldre skal føle seg verdsatt og sett og bli involvert i beslutninger som angår dem selv. Spørsmålet "Hva er viktig for deg?" er viktig i denne sammenhengen. Hver enkelt beboer har rett til å ytre sine ønsker om hvordan hverdagen på sykehjemmet skal være (Meld. St. nr. 15 (2017-2018), s. 126). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) understreker at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjeneste og at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal utformes i samarbeid med pasient og pårørende. Sykepleier må få innsikt i beboerens rutiner, døgnrytme og gjøremål, samt spørre hva beboeren ønsker å gjøre i løpet av dagen. Videre må helsepersonell legge til rette for at disse aktivitetene i størst mulig grad kan gjennomføres. Når det legges til rette for at beboerne kan bestemme over viktige detaljer i dagliglivet, kan de i større grad opprettholde kontrollen og myndigheten over sitt eget liv (Hauge, 2014, s. 274). Reformen "Leve hele livet" sier også at eldre på sykehjem bør inkluderes når menyen skal utarbeides slik at spisevaner og mattradisjoner i større grad kan opprettholdes (Meld. St. nr. 15 (2017-2018), s. 19).

Det er ulike verktøy sykepleier kan ta i bruk for å bevare identiteten og autonomien til de eldre som flytter på sykehjem. Å la beboerne fortelle om livet sitt, lage album eller minnebøker kan bidra til at helsepersonell lettere ser dem som unike personer. Man kan også inkludere pårørende i en slik prosess slik deres perspektiv kan være med å fylle ut historien (Hauge, 2014, s. 274). Aldring og Helse (u.å) har utarbeidet et skjema som kan brukes som verktøy i samtalen. Den er utarbeidet for beboere med demens, men kan brukes hos alle som flytter på institusjon (Hauge, 2014, s. 274).

5.2.2 Opplevelse av ensomhet og isolasjon

Ensomhet er spesielt utbredt hos de som har nedsatt funksjonsevne og er avhengige av hjelp (Kvaal, 2014, s. 444). På sikt kan ensomhet bidra til utvikling av depressive symptomer (Foss og Wahl, 2009). Resultatene vi kom frem til viser at ensomhet og isolasjon er en av grunnene til at eldre opplever depresjon.

Funnene viser at beboerne føler seg isolert og sammenligner sykehjemmet med et fengsel. På grunn av nedsatt fysisk funksjon har de ikke lenger friheten til å komme seg ut i nærområdet. Hverdagen på sykehjemmet blir ensformig og beboerne får lite nye impulser fra verden utenfor. Som et resultat av dette står mange i fare for sosial isolasjon (Ranhoff, 2014, s. 86). Travelbee (1999, s. 106-107) sier at isolasjon kan forsterke de depressive symptomene og kan føre til at beboerne opplever en sterkere følelse av ensomhet og kjedsomhet. Hummelvoll (2016, s. 285) skriver at en vedvarende følelse av isolasjon kan føre til at man ikke klarer å gi dagen innhold og mening. Sykepleier kan være med på å påvirke hverdagen til beboeren ved å være interessert i å skape innhold og opplevelser. For at beboerne skal få oppleve en mer meningsfull hverdag kan et tiltak være å legge til rette for utflukter og aktiviteter utenfor sykehjemmet. På den måten skapes nye impulser for beboerne. Dersom det ikke er muligheter for utflukter kan sykepleier legge til rette for aktiviteter inne på sykehjemmet som for eksempel trim, spill eller matlaging.

Beboerne synes det er utfordrende å skape relasjoner med andre beboere på avdelingen. En av grunnene er kognitiv svekkelse. Beboerne opplever det vanskelig å kommunisere og ha felles aktiviteter sammen med dem. De som bor på sykehjem har som regel flyttet fra sine tidligere relasjoner og bor nå sammen med andre syke og skrøpelige eldre. Redusert hørsel og syn, talevansker og kognitiv svikt kan true relasjonsbyggingen med andre beboere på sykehjemmet (Hauge, 2014, s. 275). Manglende sosial støtte svekker

evnen til å mestre påkjenninger og vanskelige livssituasjoner, og dette kan føre til depressive symptomer og opplevelse av maktesløshet (Hånes, 2014). Helsepersonell må delta aktivt i samtaler for å skape et fellesskap mellom beboerne. De må tilrettelegge miljøet slik at beboerne kan skape relasjoner med hverandre (Hauge, 2014, s. 275). Om de eldre ønsker det selv kan helsepersonell for eksempel plassere beboere med like interesser sammen under måltider eller fellesaktiviteter.

Funnene viser at ensomhet knyttes til tap av familie, venner og meningsfulle relasjoner. Dersom beboerne ikke har pårørende eller venner som kommer på besøk kan de oppleve det som å være glemt. Dette kan forsterke følelsen av depresjon, tap og verdiløshet (Travelbee, 1999, s. 106). Gode relasjoner til familie og venner knyttes til god helse og tilfredshet i hverdagen. Familie og venner er derfor en viktig ressurs for beboere på sykehjem. De bidrar med sosial støtte, kontakt og gir et menneskelig sikkerhetsnett (Helgesen, 2016, s. 143). Samarbeidet med pårørende står derfor sentralt for sykepleier. Travelbee (1999, s. 107) skriver at det kan oppstå en konflikt mellom pasient og pårørende. Den syke kan klage mye og få pårørende til å trekke seg unna. Det er en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pårørende med å finne styrke og mening i en vanskelig situasjon. Sykepleier bør oppmuntre pårørende til å ha jevnlig kontakt med den gamle (Ranhoff, 2014, s. 165). Et tiltak er å gi familien til beboeren oppmerksomhet og anerkjennelse, fordi det betyr mye for dem at sykepleieren viser forståelse og respekt (Travelbee, 1999, s. 259-260). Dersom sykepleier møter de pårørendes behov og meninger vil det gjøre det lettere for dem å besøke sine nære og kjære oftere. Det vil også gi bedre kvalitet på besøkene.

5.2.3 Relasjonen mellom beboer og helsepersonell

Funnene viser at helsepersonell er viktig for beboernes trivsel på sykehjemmet. Pleier-pasient-interaksjonen har stor betydning for beboernes helse og livskvalitet. Det kommer frem i studier at denne relasjonen har en effekt på håp, mening, angst og depresjon (Haugan, 2014, s. 115). Travelbee kaller dette et menneske-til-menneske-forhold. Dersom sykepleier og beboer klarer å etablere et slikt forhold vil det kunne være med på å redusere negative tanker og følelser. Samtidig vil det bidra til at sykepleierens mål og hensikt kan oppnås. En slik relasjon vil dermed være nyttig for begge parter. Alt sykepleieren foretar seg bidrar til å utvikle menneske-til-menneske-forholdet og det bygges opp dag for dag (Travelbee, 1999, s. 171). En stor del av relasjonsbyggingen skjer gjennom kommunikasjon. Under de første samtalene mellom sykepleier og beboer er det viktig at sykepleieren lytter og snakker med beboeren Kristoffersen mfl. (2016, s. 23). Bekreftende kommunikasjon er et verktøy sykepleier kan benytte seg av. Denne typen kommunikasjon skaper tillit og trygghet (Eide og Eide, 2008, s. 220). Ved å kartlegge beboerens interesser danner sykepleier et grunnlag for en god relasjon. Dette kan gjøres ved å bruke forskjellige kartleggingsverktøy som for eksempel "Min Livshistorie" (Aldring og helse, u.å). Her kan beboeren og pårørende fylle ut viktig informasjon om livet og interessene til beboeren. Et annet konkret tiltak i relasjonsbyggingen er at sykepleier og beboer gjør aktiviteter sammen, som for eksempel å gå en tur.

Funnene viser at beboerne synes tidspresset sykepleierne er under og hyppig utskiftning av personalet gjør det utfordrende å danne en god relasjon. Muligheten for å danne en trygg relasjon mellom sykepleier og beboer avhenger av organisatoriske rammer som sykepleieren må utøve sitt arbeid innenfor. Deltidsstillinger, utskiftning av personalet og sykemeldinger er faktorer som fører til fragmentering av omsorgstjenestene. Dette fører til lite kontinuitet i relasjonen (Kirkevold, 2014, s. 102). En positiv side med å bo på

sykehjem er nettopp muligheten til å få kontakt med ansatte og mange ønsker å være sammen med personalet (Hauge, 2014, s. 275).

Resultatene viser at beboerne opplever ulike utfordringer grunnet underbemanning på sykehjemmene. For eksempel å måtte vente lenge på hjelp er frustrerende for mange. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003, § 3) understreker at beboerne har rett på hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov. Dersom helsepersonell skal ha muligheten til å møte disse behovene er tid en viktig faktor. En spørreundersøkelse gjort av NOVA i 2016 viser at halvparten av sykepleiere som er ansatt på sykehjem eller i hjemmesykepleien ønsker å slutte på grunn av underbemanning som fører tidspress og uforsvarlig arbeid. Sykepleierne opplever daglig og ukentlig at kravene til faglig forsvarlighet ikke oppfylles på grunn av for lite tid til pasientene (Gautun mfl., 2016, s. 9). Helsepersonelloven (1999, § 4) fastslår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i tråd med kravene til faglig forsvarlighet. Når disse kravene ikke møtes på grunn av tidspress og underbemanning setter det beboerne i en uverdigg situasjon fordi de ikke får den omsorgen og hjelpen de har krav på. Liten tid med beboerne gjør at sykepleiere må nedprioritere deres psykososiale behov (Nydal mfl., 2016, s. 70). Haugan (2014, s. 115) mener at meningsfull kontakt i tråd med pasientens ønsker vil bidra til helsefremming i sykehjem. Når denne kontakten er mangelfull kan det føre til ytterligere ensomhet og isolasjon hos beboerne. Sykepleier må benytte seg av de mulighetene som oppstår til relasjonsbygging med beboerne. Situasjoner som stell og måltider er gode arenaer for dette. Sykepleier får muligheten til å møte den gamle som et helt menneske. Her står tålmodighet og å være til stede i øyeblikket sentralt (Brodtkorb, 2014, s. 176). Selv om sykepleier har dårlig tid er det viktig å roe ned når man er sammen med beboeren og fokusere på situasjonen her og nå.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hva beboere på sykehjem opplever bidrar til utvikling av depresjon og depressive symptomer. I diskusjonskapittelet har vi også drøftet konsekvenser for sykepleie.

Funnene viser at å flytte på sykehjem innebærer en opplevelse av tap på flere områder. Beboerne opplever tap av hjem, tidligere liv, autonomi, helse og familie. På grunn av svikt i fysiske funksjoner opplever mange depressive symptomer grunnet tap av autonomi. Det er vanskelig å bli avhengig av andre mennesker for å kunne utføre daglige oppgaver. Beboerne føler seg også isolert på sykehjemmet og flere sammenlignet det med å bo på i et fengsel. Helsepersonell mangler ressurser til å kunne ta beboerne med seg ut i lokalsamfunnet og gjennomføre aktiviteter. Flere beboere har heller ikke pårørende som kan ta dem med seg ut. Det gjør at de savner å være en del av noe. Beboerne savner selvstendighet, frihet, familien og venner de har mistet. Funnene viste også at helsepersonell er av stor betydning for hvordan beboerne opplever hverdagen på sykehjemmet. Sykepleier må inkludere beboeren i samtaler som omhandler hverdagen og behandling på sykehjemmet. Det er viktig å bygge opp under den gamles autonomi og legge til rette for at han eller hun skal kunne gjøre mest mulig selv. Både verdighetsgarantiforskriften, pasient- og brukerrettighetsloven og stortingsmeldingen "Leve hele livet" understreker at beboerne skal ha noe å si om sitt eget liv og skal inkluderes i avgjørelser som omhandler dem selv. Sykepleier har en viktig oppgave i å sørge for disse rettighetene blir ivaretatt. Sykepleier og annet helsepersonell må spørre den aktuelle beboeren: "Hva er viktig for deg?" og sørge for at det den gamle svarer er med i vurderingen for hvordan pleien utformer seg videre.

Under arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi har forstått viktigheten av kvalitativ forskning i pasientens perspektiv. Denne typen forskning gir verdifull informasjon som helsepersonell kan benytte i sitt arbeid. Ved å se situasjoner og problemer fra pasientens ståsted gir det viktig kunnskap om pasientsentrert omsorg. På bakgrunn av dette anbefaler vi mer kvalitativ forskning om pasienter på sykehjem. Vi opplever at mye forskning omhandler pasienter med demens. Derfor anbefaler vi også at videre forskning fokuserer på pasienter uten kognitiv svekkelse.

Referanser

Aarre, T.F., Bugge, P. og Juklestad, S.I. (2015) *Psykiatri for helsefag*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Aldring og helse (u.å) Personopplysninger - min livshistorie [Internett] Oslo: ressurscenter for demens/alderspsykiatri. Tilgjengelig fra: <<https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Personopplysningskjema.pdf>> [Lest 15. mai 2019].

Baldacchino, D.R. og Bonello, L. (2013) Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 1. *British Journal of Nursing* [Internett], 22 (12), s. 677-683. DOI: [10.12968/bjon.2013.22.12.677](https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.12.677).

Baldacchino, D.R. og Bonello, L. (2013) Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 2. *British Journal of Nursing* [Internett], 22 (13), s. 780- 785. DOI: [10.12968/bjon.2013.22.13.780](https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.13.780)

Brodtkorb, K. (2014) Stellet - mulighetens arena. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 174-183.

Choi, N.G., Ransom, S. og Wyllie, R.J. (2008) Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health* [Internett], 12 (5), s. 536-547. DOI: [10.1080/13607860802343001](https://doi.org/10.1080/13607860802343001).

Dahle, R. og Ploeg, J. (2009) On the outside looking in: Nurses in gerontology a qualitative descriptive study of the lived experiences of older women with depression living in long-term-care. *Perspectives* [Internett], 33 (1), s. 5-12. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/217332857?accountid=12870> [Lest 21. januar 2019].

Drageset, J. (2017) Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I: Haugan, G. og Rannestad, T. red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 76-84.

Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G.K. og Furnes, B. (2015) Suffering and mental health among older people living in nursing homes – a mixed method study. *PeerJ* [Internett], s. 1-18 DOI: [10.7717/peerj.1120](https://doi.org/10.7717/peerj.1120).

Drageset, J., Eide, G.E. og Hauge, S. (2016) Symptoms of depression, sadness and sense of coherence (coping) among cognitively intact older people with cancer living in nursing homes – a mixed-methods study. *PeerJ* [Internett], s. 1-16. DOI: [10.7717/peerj.2096](https://doi.org/10.7717/peerj.2096).

Eide, H. og Eide, T. (2008) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Evans (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20 (2), s. 22-26.

Tilgjengelig fra:

<<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=405497388325103;res=IELHEA>> [Lest 20. mars 2019].

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4.utg. Stockholm: Natur og kultur.

Foss, B. og Wahl, A.K. (2009) Pasientens behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien* [Internett], 90 (18), s. 35-39. DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0050 [Lest: 11. april 2019].

Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende*. Rapport nr. 6/16. Oslo: NOVA.

Haugan, G. (2017) Helsefremming blant mentalt klare langtidspasienter i sykehjem. I: Haugan, G. og Rannestad, T. red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 101-115.

Hauge, S. (2014) Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 264-283.

Helgesen, A.K. (2016) Sosial kontakt. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. og Grimsbø, G.H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 141-167.

Helsebiblioteket (2016) Sjekklistor [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>> [Lest 28. mars 2019].

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. Hummelvoll, J.K. (2016) *Helt - ikke stykkevis og delt*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hånes, H. (2014) Fakta om sosial støtte og ensomhet [Internett]. Oppdatert 11.05.2015. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>> [Lest 14. mai 2019].

Iden, K.R., Ruths, S. og Hjørleifsson, S. (2015) Resident´s perceptions of their own sadness – a qualitative study in Norwegian nursing homes. *BMC Geriatrics* [Internett]. DOI: 10.1186/s12877-015-0019-y.

Johannesen, A-K.M. (2015) Pasientsentrert eldreomsorg. *Sykepleien* [Internett], 103 (07), s. 66-69. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.54648 [Lest 07. april 2019].

Kirkevold, M. (2014) Den gamles integritet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 94-105.

Kirkevold, M. (2014) Gammel og syk. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 22-128.

- Kirkevold, M. (2014) Personsentret og individualisert sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 106-121.
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. og Grimsbø, G.H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-80.
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E.A. og Grimsbø, G.H. (2014) Hva er sykepleie? I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E.A. og Grimsbø, G.H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 15-27.
- Kvaal, K. (2014) Angst og depresjon. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 438-451.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. *Forskrift 27. juni. 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet*.
- Mensen, L. (2014) Biologisk Aldring. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 52-57.
- Norsk Helseinformatikk [NHI] (2018) *Depresjon hos eldre* [Internett]. Trondheim: NHI. Tilgjengelig fra: <<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre/>> [Lest 29. april 2019].
- Norsk Helseinformatikk [NHI] (2019) *Depresjon, en oversikt* [Internett]. Trondheim: NHI. Tilgjengelig fra: <<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/?page=all>> [Lest 02. april 2019].
- Norsk Senter for Forskningsdata [NSD] (2019) Register over vitenskapelige publiseringskanaler [Internett] Bergen. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside?fbclid=IwAR0sRDFDO-vHYJoB991GxPqLjLUGXTE1D3hnVnfcbu1NihXO5qdKS6c0VI8>> [Lest 28. mars 2019].
- Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. og Torheim, H. (2016) Stressa sykepleiere i kommunen. *Sykepleien* [Internett], 104 (3), s. 68-70. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter*.
- Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P. og Dilles, T. (2018) Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internett], 32 (4), s. 1477-1484. DOI: 10.1111/scs.12599.
- Ranhoff, A.H. (2014) Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 79-91.

Ranhoff, A.H. (2014) Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 162-173.

Skotnes, L.H., Omli, R., Einarsen, E.K. og Dahlhaug, L. (2014) Eliminasjonsproblemer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 324-339.

Slettebø, Å. (2014) Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 212-224.

Thidemann, I-J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Torbjørnsen, T. (2014) Ritualer og åndelig omsorg. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 538-548.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Verdighetsgarantiforskriften. *Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg*.

Österlind, J., Ternestedt, B-M., Hansebo, G. og Hellström, I. (2016) Feeling lonely in an unfamiliar place: older people's experiences of life close to death in a nursing home. *International journal of Older People Nursing* [Internett], 12 (1), s. 1-8. DOI: 10.1111/opn.12129.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeshistorikktabell

Vedlegg 2: Litteraturmatrise (8 stk)

Vedlegg 1 Søkehistorikktabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
S1 Depression TI or SU or MW	22.03.19	CINAHL complete	109,044			
S2 Nursing home patients TI or SU or MW			12,481			
S3 Interviews TI or SU or MW			135,391			
S4 Qualitative studies TI or SU or MW			95,697			
S5 "S1 AND S2 AND S3"			47	10	3	Litteratormatrise 5: Choi, N.G., Ransom, S. og Wyllie, R.J. (2008) Litteratormatrise 8: Baldacchino, D.R. og Bonello, L. (2013)
S6 "S1 AND S2 AND S4"			18	4	1	Litteratormatrise 3: Dahle, R. og Ploeg, J. (2009)
S1 Depression	15.01.19	MedLine OVID	71,941			
S2 Nursing Home (keyword)			12,206			
S3 Qualitative Research			38,758			
S4 "S1 AND S2 AND S3"			2	1	1	Litteratormatrise 2: Iden, K.R., Ruths, S. og Hjørleifsson, S. (2015)
"Qualitative", "Nursing home", "Depression"	21.01.19	Google søkemotor (håndsök)		1	1	Litteratormatrise 1: Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G.K. og Furnes, B. (2015)
Depression AND Nursing AND Home AND Qualitative	15.03.19	Scopus	154	2	2	Litteratormatrise 6: Drageset, J., Eide, G.E., Hauge, S. (2016) Litteratormatrise 7: Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P. og Dilles, T. (2018)
"Depression", "Nursing home care" "Older people"	28.03.19	Google søkemotor (håndsök)		10	3	Litteratormatrise 4: Österlind, J., Ternestedt, B-M., Hansebo, G. og Hellström, I. (2016)

Vedlegg 2 Litteratormatrise 1-8

Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G.K. og Furnes, B. (2015) Suffering and mental health among older people living in nursing homes – a mixed methods study. <i>PeerJ</i> [Internett], s. 1-18. DOI: 10.7717/peerj.1120	Studiens hensikt er å undersøke psykisk helse og tristhet hos eldre beboere på sykehjem. Forfatterne ønsker å finne ut hvordan beboerne opplever livet på sykehjem, og hva som er sammenhengen mellom sosiodemografiske- og sykdomsvariabler og angst, depresjon og livskvalitet.	Suffering, Mental health, Mix-methods, Nursing homes	Denne artikkelen bruker både kvalitativ og kvantitativ metode. Kjernen i studien er dog kvalitativ med intervjuer av 18 eldre over 65 år som bor på sykehjem i Norge. Forfatterne bruker denne metoden for å se hvordan de kvantitative funnene kan utvide funnene fra kvalitativ analyse.	De kvalitative dataene viser at beboerne beskriver vonde følelser som resultat av tap, traumatiske opplevelser relatert til død, krig, sult og isolasjon. Opplevelser knyttet til deres nåværende liv var tap av ektefelle og venner, mangel på sosiale relasjoner og mangel på håp og motivasjon. De kvantitative dataene viser at smerte, sosial funksjon og psykisk helse henger sammen.	Denne artikkelen vil vi kunne bruke i vår oppgave for å få frem beboernes egne opplevelser av psykisk helse på sykehjem. Det er deres nåværende opplevelser av tristhet vi vil legge fokus på i oppgaven.

Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Iden, K.R, Ruths, S. og Hjørleifsson, S. (2015) Resident´s perceptions of their own sadness – a qualitative study in Norwegian nursing homes. <i>BMC Geriatrics</i> [Internett], 15 (1), s. 1-7. DOI: 10.1186/s12877-015-0019-y</p>	<p>Det er studiens hensikt å undersøke beboernes opplevelse av deres egen nedstemthet.</p>	<p>Sadness, Depression, Nursing homes, Frail elderly, Coping strategies, Medicalization</p>	<p>Det ble brukt kvalitativ metode hvor det ble utført intervjuer med 12 sykehjemsbeboere uten kognitiv nedsettelse. Intervjuet bestod av spørsmålene: hva som gjorde beboerne nedstemt og hva som var med på å forebygge nedstemthet.</p>	<p>Tre hovedtemaer ble identifisert:</p> <p>Forfall og tap av autonomi</p> <p>Beboerne på sykehjemmet nevnte at faktorer som helseutfordringer, dårlig funksjon i hverdagen, lav autonomi, dårlige tekniske hjelpemidler og dårlig pleie var med på å skape nedstemthet.</p> <p>Ensomhet</p> <p>Ensomhet var noe som ble mye diskutert. Artikkelen understreker at sykepleiere og leger på sykehjem bør identifisere og reagere ved oppdagelse av nedstemthet hos beboerne. Ved å finne og støtte opp under de elder sine ressurser vil de kunne være med på å skape et bedre liv for dem på sykehjem.</p> <p>Forsoning og identitet</p> <p>Beboerne beskrev at det å akseptere deres egen livssituasjon og å endre på tankegangen sin hjalp mot nedstemthet.</p>	<p>Denne studien er svært relevant i vår oppgave fordi den forteller noe om hvordan det er å ha nedstemte følelser og depressive tanker fra beboernes perspektiv. Disse opplevelsene vil vi bruke i vår oppgave.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Dahle, R. og Ploeg, J. (2009) On the outside looking in: Nurses in gerontology a qualitative descriptive study of the lived experiences of older women with depression living in long-term-care. <i>Perspectives</i> [Internett], 33 (1), s. 5-12. Tilgjengelig fra: https://search.proquest.com/docview/217332857?accountid=12870 [Lest 21. januar 2019].</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan eldre kvinner som bor på langtidsavdeling opplever og tolker depresjon.</p>	<p>Ikke nøkkelbegrep i artikkelen</p>	<p>Kvalitativt design, semistrukturerte i-dybde-intervju.</p> <p>6 kvinnelige beboere fra en langtidsavdeling i Ontario. Alle hadde diagnosen depresjon.</p> <p>Inklusjonskriterier: kvinne, 65 eller eldre, deprimer basert på diagnose eller dem selv, bodde på langtidsavdeling, kompetent til å gi samtykke til å delta og klarte å beskrive opplevelser på engelsk.</p> <p>Eksklusjonskriterier: kognitiv svekkelse</p>	<p>Fire temaer ble identifisert fra analysen av dataene:</p> <p>Mangel på nær tilknytning</p> <p>Alle nevnte mangel på tilknytning til både familie, venner, andre beboere – og så på dette i sammenheng med depressive symptomer. Ensomhet gikk igjen som årsak til nedstemthet.</p> <p>Tap av autonomi</p> <p>Dette mye i sammenheng med å flytte på sykehjem. Noen nevner en følelse av å være i fengsel – ikke kunne gå ut når man vil. Vanskeligheter med å godta hjelp fra andre til ting de har klart selv tidligere. Få av de visste noe om hvilke medisiner de brukte.</p> <p>Holder følelser for seg selv</p> <p>Alle følte det var best å holde følelsene for seg selv, og mange deler ikke følelsene sine med familie, venner eller sykepleierne. De vil ikke dele det med familie for å unngå at de blir trist. Deltakere har også vanskelig for å dele opplevelsen av depressive symptomer under det aktuelle intervjuet.</p> <p>Mestringsstrategier</p> <p>Mestringsstrategier var å ikke fokusere på triste følelser, religion og bry seg om andre.</p>	<p>Selv om dette er ett studie kun basert på kvinnelige deltakere, vil den være relevant for både menn og kvinner som bor på langtidsavdeling på sykehjem og har depressive symptomer. Den får frem viktige temaer som sier noe om hvordan beboerne opplever depressive symptomer og tristhet, og hva de føler er årsaken, samt beste mestringsstrategiene.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Österlind, J., Ternestedt, B-M., Hansebo, G. og Hellström, I. (2016) Feeling lonely in an unfamiliar place: older people's experiences of life close to death in a nursing home. <i>International journal of Older People Nursing</i> [Internett], 12 (1), s. 1-8. DOI: https://doi.org/10.1111/opn.12129</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse over eldre personer sitt perspektiv på siste fase av livet, med fokus på dagliglivet på sykehjem.</p>	<p>End-of-life care, nursing home care, older people, palliative care, transition</p>	<p>Kvalitativ studie basert på individuelle intervju med 6 eldre mennesker på sykehjem i Sverige, uten kognitiv svekkelse.</p> <p>Under intervjuet ble det stilt spørsmål om opplevelsen av hverdagen på sykehjem og synet på framtiden. Det ble gjennomført 1-4 intervju med hver av deltakerne.</p>	<p>Flere oppgav et ønske rom å dø fordi de hadde mistet den personen de en gang var. Dette var en langsom og trist prosess. De eldre ønsket å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter.</p> <p>Identiteten og selvbildet deres ble truet på sykehjemmet fordi de måtte underordne seg etter regler og rutiner. Dette førte til at de måtte tilpasse seg det nye miljøet. Beboerne følte seg ikke sett og inkludert i egen behandling, selv om de ytret ønsker om dette.</p> <p>Det nye ukjente miljøet gjorde at beboerne følte seg ensom, fremmed og usynlige. De savnet at noen så på dem som individuelle mennesker.</p> <p>Flere sammenligner sykehjemmet med et fengsel på grunn av begrensede muligheter til å komme seg ut og ivareta sin autonomi.</p> <p>Beboerne syntes at helsepersonellet manglet kunnskap om hvordan man skal møte eldre sine behov.</p> <p>For å holde motet oppe tok beboerne vare på sine tidligere vaner og rutiner så mye som mulig for å skape en meningsfull hverdag. Som å lese, skrive og være med på sosiale aktiviteter.</p>	<p>Denne studien omhandler hvordan det er å skulle leve siste årene på sykehjem og hvordan de selv føler seg i denne hverdagen. Den er aktuell da deltakerne i studien nevner flere årsaker til at de føler seg ensom, alene og at de har mistet identiteten sin.</p>

Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Choi, N.G., Ransom, S. og Wyllie, R.J. (2008) Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. <i>Aging & Mental Health</i> [Internett], 12 (5), s. 536-547. DOI: 10.1080/13607860802343001</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke beboere på sykehjem sin egen forståelse av, og perspektiv på depressive symptomer og hva som kan være risikofaktorer og årsaker. Samt hvordan de selv takler symptomene og hva de selv føler er gode tiltak for å forebygge depresjon.</p>	<p>Nursing home residents, depression, loneliness, autonomy</p>	<p>Kombinert kvalitativ og kvantitativ. Semi-strukturelt og i-dybde-intervju (45min-2t), fulgt av administrasjon av 15-dels Geriatric Depression Scale (GDS) med 65 beboere på sykehjem uten kognitiv svekkelse.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp og transkribert for analyse.</p> <p>Inklusjonskriterier: over 65 år, kognitivt kapable, hadde vært på sykehjem minst 3mnd og ikke skulle bli utskrevet i nærmeste fremtid.</p>	<p>Temaene som ble tatt opp som årsak til depressive symptomer under intervjuene var tap av selvstendighet, frihet og kontinuitet av deres tidligere liv, en følelse av sosial isolasjon og ensomhet, tap av privatliv og å måtte dele rom og bad med andre. Å bo sammen med beboere med kognitivt svekkede beboere og oppleve tap og død ble også tatt opp som årsak til depressive symptomer.</p> <p>Beboerne syntes det var lav bemanning og ofte utbytting av personalet. Noe som førte til lite meningsfulle aktiviteter.</p> <p>Beboerne følte at tap av autonomi oppstod på grunn av sykehjemmets regler.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da det er gjort intervju med beboerne som selv beskriver depressive symptomer, sin egen tilstand og hvordan det er å bo på sykehjem.</p> <p>Sykepleier kan bruke denne informasjonen til å gjøre omsorgen mer pasientorientert og få et bilde på hvilke behov beboeren har.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Drageset, J., Eide, G.E. og Hauge, S. (2016) Symptoms of depression, sadness and sense of coherence (coping) among cognitively intact older people with cancer living in nursing homes – a mixed-methods study. <i>PeerJ</i> [Internett], s. 1-16. DOI: 10.7717/peerj.2096</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke symptomer på depresjon og sense of coherence blant beboere på sykehjem som ikke har kognitiv nedsettelse og har kreft.</p>	<p>Depression, coping, sadness, nursing home, cancer, mix-methods</p>	<p>Det ble brukt en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Det ble gjort kvantitativ undersøkelse av 60 beboere over 65 år, og det ble supplert med kvalitative intervjuer om beboernes opplevelser av symptomer på depresjon og ulike mestringsstrategier.</p>	<p>Noen av beboerne beskrev en sterk følelse av tristhet, som ble koblet sammen med sorg, tap og en følelse av verdiløshet. Sorg ble beskrevet som en indre smerte. De fleste lengtet tilbake til hvordan de hadde det tidligere i livet. Ulike mestringsstrategier ble koblet til identitet, relasjoner, respekt, selvstendighet og å være engasjert i ulike ting.</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkelen i vår oppgave fordi den viser hvordan beboere uten kognitiv svekkelse på sykehjem opplever depresjon og depressive symptomer. Artikkelen belyser hvordan pasienten opplever tristhet og hvordan livet er på sykehjem.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P. og Dilles, T. (2018) Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> [Internett], 32 (4), s. 1477-1484. DOI: 10.1111/scs.12599</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke beboere på sykehjem sine generelle følelser, med en særlig interesse for ensomhet. Med denne kunnskapen ønsket de å utvikle ulike mestringsstrategier for støtte og lette vonde og triste følelser.</p>	<p>Autonomy, loneliness, grief, existential, nursing home, phenomenological study</p>	<p>Det ble brukt en fenomenologisk metode i denne studien. En slik metode er kvalitativ og brukes for å undersøke hvordan mennesker opplever bestemte fenomen og situasjoner. Det ble gjennomført intervjuer på med 11 beboere på sykehjem i Belgia.</p> <p>Inklusjonskriteriene var alder på over 65 år, bodd på sykehjemmet i over 3 måneder, nederlandsktalende, ikke kognitiv svekkelse og deltagelse i et intervju på 60 minutter.</p>	<p>Resultatdelen i artikkelen er delt inn i tre kategorier.</p> <p><i>Ensomhet:</i> Deltagerne i studien snakket sjelden om ensomhet på eget initiativ. Beskrivelsene av ensomhet omhandlet følelser av å være alene, å føle seg lite satt pris på, kjedsomhet, å ikke føle seg som hjemme, tap av autonomi og selvbestemmelse. Ensomhet ble også linket til nedsatt allmenntilstand og tap av autonomi.</p> <p><i>Tap av autonomi:</i> Alle deltagerne følte tap av autonomi når de flyttet inn på sykehjemmet. Det virket som at tap av autonomi var mer ødeleggende enn ensomhet. Dette tapet sammenfalt med et meningsløst liv, tap, sorg, følelse av fangenskap, nedslåtthet, ydmykelse, sinne, frykt og å ikke føle seg som hjemme.</p> <p><i>Sorg:</i> Følelse av sorg var til stede under alle intervjuene, ofte sammen med tap av autonomi og tap av nære og gjenstander og hjem.</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkelen i oppgaven vår for å belyse hvilke følelser beboere på sykehjem har. Resultatet fra denne artikkelen viser at de følelsene og opplevelsene som beboerne bærer på er vanskelige å takle. Dette kan i noen tilfeller medvirke til utvikling av depresjon og depressive følelser.</p>

Litteraturmatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Baldacchino, D.R. og Bonello, L. (2013) Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 1. <i>British Journal of Nursing</i> [Internett], 22 (12), s. 677-683. DOI: 10.12968/bjon. 2013.22.12.677</p> <p>Baldacchino, D.R. og Bonello, L. (2013) Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 2. <i>British Journal of Nursing</i> [Internett], 22 (13), s. 780-785. DOI: 10.12968/bjon. 2013.22.13.780</p>	<p>- Vurdere forekomsten av depresjon og angst hos beboere på sykehjem i Malta og Australia - Finne ut om det er forskjeller mellom forekomsten av depresjon og angst i intervjugruppene og deres personlige erfaringer - Undersøke hvordan eldre opplever depresjon og angst</p>	<p>Adaption, comparative study, elderly institutions, mobility, psyc-social-religious activities, stress, cognitive theory of stress and coping</p>	<p>Det ble brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Del 1 av artikkelen inneholder kvantitative data og del 2 inneholder kvalitative data. Den kvantitative dataen ble samlet inn via scoringsskjemaer. Skjemaet bestod av 14 spørsmål, 7 om angst og 7 om depresjon. Beboerne som var inkludert var fra to sykehjem i Australia, to på Malta og to på øya Gozo.</p>	<p>Kvantitative resultat (Part 1):</p> <p>Gjennomsnittscore angst: 3,53-4,36 og depresjon: 2,67-4,72 (0-7 normalt).</p> <p>Gjennomsnitt depresjon fullt mobile: 3,52, rullator/stokk: 3,55, rullestolbrukere: 6,77. Mobilitet var det eneste resultatet som var signifikant.</p> <p>Kvalitativt resultat (Part 2):</p> <p>Nedsatte fysiske funksjoner hindret beboerne fra å delta i sosiale aktiviteter og ha kontakt med andre på institusjonen. Flere rapporterte en følelse av ensomhet. Beboerne sammenlignet seg også med andre, det bidro til nedsatt selvtillit og dårlig selvbilde. Flere unngikk å dele problemer sine med helsepersonell på grunn av frykt for sladder og tidspress fra helsepersonell. Å ha kontakt med utsiden bidro til en mer meningsfull hverdag med blant annet mimring til "gamle dager". Mange oppgav religion som god støtte for angst og depressive symptomer</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkelen i vår oppgave fordi den gir et innblikk i hvordan beboerne på sykehjemmet har det i hverdagen. Funnene om hva de opplever som årsak til depresjon er aktuelle for vår oppgave.</p>

