

10097 Aurora Tinlund Gundersen  
10060 Suzanne Alisa Røen

# Hvordan kan sykepleier bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Bente Schei Skagøy  
Juni 2023



10097 Aurora Tinlund Gundersen  
10060 Suzanne Alisa Røen

# **Hvordan kan sykepleier bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem?**

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Bente Schei Skagøy  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem?

**Hensikt:** Studiens hensikt er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie med syv kvantitative og én kvalitativ forskningsartikkel.

**Resultat/funn:** Funnene resulterer i tre hovedkategorier: «*Samhandling mellom sykepleier og pasient*», «*Sykepleierkompetanse*» og «*Risikofaktorer*». Sykepleier kan ivareta eldre med depresjon og angst ved å bygge relasjon, tilby mer fysiske aktivitet og øke kompetansen parallelt med medikamentell behandling.

**Konklusjon:** For å konkludere så ser vi viktigheten av å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem. Den eldre befolkning øker, og helsebehovet blir større. Angst og depresjonssymptomene kan ofte bli forvekslet med en del av aldringsprosessen. Derfor er det viktig å være klar over at symptomene hos eldre kan opptre annerledes enn hos yngre. Sykepleier kan ivareta eldre med angst og depresjon, ved regelmessig fysisk aktivitet, gruppeaktivitet og sunn søvnhygiene, samt at arrangerte kurs på avdelingen er gunstig i den form at den styrker kompetansen hos helsepersonell slik at arbeidet får høyere kvalitet.

**Nøkkelord:** Depresjon, angst, eldre, sykepleierrollen, sykepleierinteraksjoner, sykepleie, sykehjem.

## Abstract

**Problem formulation:** How can nurses contribute to the care for elderly patients with anxiety and depression in a nursing home?

**Aim:** The aim of the study is to clarify how the nurse can care for elderly patients with depression and anxiety at a nursing home.

**Method:** A systematic literature study containing seven quantitative and one qualitative research article.

**Results:** The findings in the thesis are divided into three main categories: "*Interactions between nurse and patient*", "*nursing competency*" and "*risk factors*". The nurse may care for elderly patients with depression and anxiety through building relations, provide physical activities and increase the competency of the nurse, in parallel with medical treatment.

**Conclusion:** In conclusion, the thesis clarifies the importance of caring for elderly patients with depression and anxiety at the nursing home. The population of elderly increases, and their needs accordingly. Depression and anxiety symptoms may often be confused with the aging process itself, therefore it is important to be aware of specific symptoms with elderly patients that may appear different than with younger patients. The nurse can care for elderly patients with depression and anxiety through regular physical activities, social group activities and healthy sleep patterns, as well as arranging courses for the healthcare personnel at the department to increase the competency and lift the quality of work.

**Keywords:** Depression, anxiety, aged, nursing role, nursing interactions, nursing care, nursing home, long term care.



## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Introduksjon</b> .....                       | <b>6</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema.....                | 6         |
| 1.2 Problemstillingen: .....                      | 6         |
| 1.3 Avgrensing og presisering .....               | 7         |
| 1.4 Begrepsavklaring.....                         | 7         |
| 1.4.1 Ivareta: .....                              | 7         |
| 1.4.2 Eldre:.....                                 | 7         |
| 1.4.3 Sykehjem: .....                             | 7         |
| <b>2 Teori</b> .....                              | <b>8</b>  |
| 2.1 Depresjon og angst hos eldre .....            | 8         |
| 2.2 Behandling av angst og depresjon.....         | 8         |
| 2.3 Risikofaktorer hos den eldre.....             | 9         |
| 2.4 Sykepleierens rolle og funksjon .....         | 9         |
| 2.5 Yrkesetiske retningslinjer:.....              | 10        |
| <b>3 Metode</b> .....                             | <b>11</b> |
| 3.1 Datainnsamling .....                          | 11        |
| 3.1.1 Søkestrategi .....                          | 11        |
| 3.1.2 Kvalitativ -og kvantitativ forskning.....   | 12        |
| 3.1.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....  | 12        |
| 3.1.4. Etisk vurderinger.....                     | 13        |
| 3.1.5 Kvalitetsvurdering.....                     | 13        |
| 3.2 Analyse.....                                  | 13        |
| Tabell 3.3- Analysetabell 3.2.3. ....             | 14        |
| <b>4 Resultat</b> .....                           | <b>15</b> |
| 4.1 Samhandling mellom sykepleier og pasient..... | 20        |
| 4.2 Sykepleiekompetanse.....                      | 21        |
| 4.3 Risikofaktorer.....                           | 21        |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>5 Diskusjon</b> .....   | <b>22</b> |
| 5.1 Metodediskusjon.....   | 22        |
| 5.2 Resultatdiskusjon.....   | 22        |
| 5.2.1 Sykepleieren i møte med den eldre pasienten.....   | 22        |
| 5.2.2 Hva kan utfordre sykepleier-pasient-interaksjonen?.....                                      | 23        |
| 5.2.3 Sykepleiekompetanse.....   | 24        |
| 5.2.4 Hvordan bruke sykepleiekompetansen for å iverksette hensiktsmessige<br>intervensjoner? ..... | 25        |
| 5.2.5 Behandling og smerte.....  | 26        |
| 5.2.6 Hvordan sykepleier kan bidra med å redusere søvnproblematikk .....                           | 27        |
| <b>6 Konklusjon</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>Referanser</b> .....  | <b>30</b> |
| <b>Vedlegg</b> .....   | <b>33</b> |
| Vedlegg 1).....  | 33        |

Antall ord: 7617

# 1 Introduksjon

Dette kapittelet tar for seg den bakgrunnen som begrunner valget av temaet, formålet med oppgaven, problemstillingen, sentrale begreper og presisering og avgrensing av oppgaven.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsemyndighetene sier at den eldre befolkningen øker, og spår at det for første gang vil være en større andel av eldrebefolkningen enn barn og unge i løpet av det kommende tiåret. Det er stor variasjon i helsen til den eldre befolkningen, men jo eldre man blir desto større er risikoen for å få redusert helse (Strand, 2014). Nedsatt helse hos eldre gjør at de har et større hjelpebehov sammenlignet med den øvrige befolkningen. Vi velger å skrive om eldre på sykehjem med angst og depresjon, fordi depresjon forekommer oftere hos pasienter på sykehjem enn hos hjemmeboende (Romøren, 2014, s. 30-31). Han forklarer at grunnen til dette er at sykehjemspasienter ikke klarer å ta vare på de grunnleggende behovene grunnet reduksjon i den somatiske og psykiske helsen.

Psykisk og somatisk helse hos eldre pasienter, er noe helsepersonell aktivt skal følge opp (Helsedirektoratet, 2019a). Hos eldre er det andre krav til utredning av psykiske lidelser enn hos yngre, som blant annet skyldes at symptomene blir mer kamouflert av somatiske tilstander, eller at det er vanlig å tenke at depresjon- og angstsymptomene er en del av aldringen (Helsedirektoratet, 2019a).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.  *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*, viser det at kommunen er lovpålagt å utføre helsehjelp til pasienter som bor på sykehjem (brukerrettighetsloven, 1999 §2.1). Hva som er nødvendig helsehjelp kan defineres ulikt fra person til person, og man ser gjerne en definisjonskonflikt på hva helsehjelp innebærer mellom den utøvende helsehjelpen og pasient med pårørende. Pasientens rett til medvirkning i behandling og pleie er både viktig og nødvendig, men kan bli truet dersom helsepersonell har dårlig tid (Slettebø, 2014, s. 213-214). På grunn av fremskritt på den medisinske fronten, lever eldre lenger. Flere eldre kommer til å ha psykiske og somatiske plager, som igjen fører til økt forespørsel av helsepersonell på sykehjem.

## 1.2 Problemstillingen:

“Hvordan kan sykepleier bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem?”

### 1.3 Avgrensning og presisering

Pasientgruppen vi har valgt å ta for oss i denne oppgaven er eldre over 65 år på sykehjem med angst og depresjon. Det er de vi omtaler som «eldre», i oppgaven. Det kommer fram i artiklene at pasientene som har deltatt, har ingen eller liten grad av kognitiv svikt. I tillegg har vi opplevd at denne aldersgruppen i større grad er utsatt for kognitiv svikt, som trolig kan være en ekstra belastning under behandlingen. Vi vet at en andel av pasienter på sykehjem har kognitiv svikt, for eksempel i form av demens og at dette er noe som påvirker pasienten. Disse har vi valgt å ekskludere da studiene vi har inkludert tar for seg pasienter med ingen til mild grad av kognitiv svikt.

Artiklene som er inkludert i oppgaven, inneholder ulike kartleggingsverktøy som er brukt til å avdekke angst og depresjon. Vi velger å ekskludere det i diskusjonen, da vi ønsker å fokusere på hvordan sykepleiere kan ivareta eldre som allerede har angst og depresjon. For å gi god og helhetlig helsehjelp til pasienten er man avhengig av tverrfaglig arbeid. Vi har valgt å skrive fra et sykepleieperspektiv, men er bevisst at sykepleier på sykehjem samhandler med andre yrkesutøvere som for eksempel lege.

### 1.4 Begrepsavklaring

**1.4.1 Ivareta:** Begrepet kan forklares som å få hjelp til å ta vare på helse. Dette kan inkludere behovet for bistand eller assistanse til å håndtere sykdom, lidelse, skade eller funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet, 2018).

**1.4.2 Eldre:** I henhold til Husebø & Flo, blir begrepet "eldre" definert som en kategori som omfatter mennesker i en alder av 65 år og eldre (Husebø & Flo, 2020, s. 17).

**1.4.3 Sykehjem:** Et sykehjem er en institusjon som tilbyr medisinsk behandling, rehabilitering og assistanse med daglige aktiviteter for en variabel tidsperiode. Dette er nødvendig når en person, grunnet sykdom, skade eller aldersrelaterte begrensninger, ikke lenger kan opprettholde en tilfredsstillende funksjonalitet i sitt eget hjem (NHI, 2021).

## 2 Teori

### 2.1 Depresjon og angst hos eldre

Den vanligste psykiske lidelsen blant eldre er depresjon, og forekomsten av det øker i takt med alderen (Tveito, 2020, s. 223). Rundt 40% av sykehjemsbeboere har symptomer på depresjon (Kvaal, 2014, s. 443).

Forekomsten av angstlidelser hos eldre er lite undersøkt, men man ser at angst er et symptom som er vanlig blant eldre (Tveito, 2020, s. 225). Tveito (2020) forklarer at nedsatt funksjon kan også være en faktor for angst, og at depresjon ofte henger sammen med det. En undersøkelse gjort med alderspsykiatriske pasienter, viser at alvorlig depresjon er en av flere faktorer som kan gi en høy score på angstsymptomer på The Geriatric Anxiety Inventory. Eksempler på symptomer for depresjon kan være reduksjon av hukommelse og tempo, som Tveito (2020) omtaler som en ekstra utfordring fordi symptomene blir vanskelig å skille fra demens (Tveito, 2020, s. 223).

Ved depresjon hos eldre, er det for flere vanlig å ha symptomer på angst, som kan utspille seg som uro i kroppen, bekymring og rastløshet (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 228). Ifølge Bjørkløf & Barca (2019) er det viktig å ta i betraktning at symptombilde for depresjon kan være helt maskert eller dominert av angstsymptomene.

### 2.2 Behandling av angst og depresjon

Psykoterapi er en av de behandlingsformene som har vist seg å være mest hensiktsmessig ved behandling av depresjon og angst (Kvaal, 2014, s. 444). Denne typen behandling blir utført av andre yrkesgrupper eller sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Sykepleiers rolle under en slik behandling er å være en trygg støttespiller for pasientene (Kvaal, 2014, s. 445).

Den andre foretrukne behandlingsformen for angst og depresjon hos eldre, er medikamenter (Kvaal, 2014, s. 444). Antidepressiva er en gruppe med legemidler som blir brukt i behandlingen mot depresjon, men som kan gi bivirkninger hos eldre som blødninger, elektrolyttforstyrrelser og forbigående kvalme (Tveito, 2020, s. 224). Anxiolytika er fellesnevneren for legemidler som blir brukt ved behandling av angst, men man kan også ta i bruk antidepressiva og selektive serotoninreopptakshemmere for å lindre symptomene (Spigset, 2016b, s. 226-227). Benzodiazepiner er et legemiddel som blir brukt ved angst og søvnproblemer, hvor de vanligste bivirkningene er søvnighet, slapphet samt muskelslapphet (Spigset, 2016b, s. 226). Ved medikamentell behandling kan avhengighet kan forekomme og lede til toleranseutvikling. Derfor skal legemidlene nevnt under brukes i kortest mulig tid (Helmers, 2018). I tillegg

skriver Tveito (2020, s.223) at det er en utfordring med overforbruk av reseptbelagte legemidler.

Relasjon brukes som begrep i forholdet mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017, s. 17). God relasjon mellom pasient og sykepleier kan bidra med å gjøre hverdagen til pasientene mer meningsfulle. Pasientene vil også kunne oppleve økt tillit til pleierne (Hauge, 2014, s. 276).

Sykepleierens dobbeltkompetanse er bygget på organisatorisk og klinisk kompetanse, og skal sørge for at helsetjenestene som blir gitt til pasientene er av kvalitet. Kvalitet i helsetjenesten blir økt når tjenestene er godt koordinerte og organisert (Orvik, 2022, s. 19). Dobbeltkompetanse kan bidra med styrke helsepersonell, eksempelvis når det kommer til etiske konflikter (Orvik, 2022, s. 19). Helsehjelpen er da faglig forsvarlig og pasienten opplever omsorg. Orvik (2022) omtaler brukermedvirkning som et eksempel på hva som blir sett på som faglig forsvarlig (Orvik, 2022, s. 38).

Fysisk aktivitet har vist seg å ha god effekt ved depresjon (Kvaal, 2014, s. 446). Helsemyndighetene nevner fysisk aktivitet som tiltak i behandlingen av både angst og depresjon hos eldre (Helsedirektoratet, 2019c).

### **2.3 Risikofaktorer hos den eldre**

Eldre mennesker har levd et langt liv, der depresjon og angst kan ha forekommet på grunn av tap av venner, helse og funksjonsevne ifølge Kvaal (2014). Forekomst ved depresjon og angst er ofte knyttet til somatiske sykdommer, som kreft, kols, Parkinson eller hjertesykdommer (Kvaal, 2014, s. 444). Mangel på ressurser, som underbemanning, går ut over behandlingen til pasienten på sykehjemmet (Sykepleien, 2014). Søvn vil påføre økt funksjonssvikt, og som nevnt tidligere, kan funksjonssvikt være en risikofaktor for å utvikle depresjon og angst (Ranhoff, 2014, s. 362). Ved somatiske tilstander, kan smerter forekomme, og ved smerter hos eldre kan redusert livskvalitet og redusert fysisk funksjon forekomme (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Dolonen (2023) nevner at ensomhet hos eldre på sykehjem, forårsaker ofte depresjon og angst. Ensomhet, depresjon og angst er risikofaktorer for fysisk inaktivitet og lav livskvalitet (Dolonen, 2023).

### **2.4 Sykepleierens rolle og funksjon**

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999) forklarer at en sykepleier har utviklet ferdigheter for å kunne utøve god helsehjelp. Dette er gjort gjennom sin utdanning og erfaring, samt i møte sårbare mennesker (Travelbee, 1999, s. 72).

En utfordring innen klinisk praksis er å identifisere eldre pasienter som lider av angst og depresjon, som ofte oppstår i sen alder, i sammenheng med sykdom og nedsatt funksjonsevne (Kvaal, 2014, s. 446). Kvaal (2014) forklarer at eldre med

angst og depresjon ofte er underdiagnostisert både på sykehus, sykehjem, hjemmetjenesten og generelt i samfunnet. Disse eldre pasientene trenger ofte tid til å opprette tillitt med sykepleieren før de sier noe om sine psykiske plager (Kvaal, 2014, s. 446). Travelbee (1999) hevder at lidelser som angst og depresjon, samt somatiske sykdommer ikke alltid kan forebygges. Det er derimot sykepleierens rolle å hjelpe den enkelte til å mestre hverdagen når sykdom og lidelser inntreffer (Travelbee, 1999, s. 33).

Forholdet mellom sykepleier og pasient er en aktiv og viktig del av sykepleieprosessen (Travelbee, 1999, s. 41). Hensikten med dette forholdet er å hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringer. Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk, i tillegg til å sørge for at behovene hos pasienten og pårørende blir ivaretatt. Sykepleier skal også utøve sin plikt ovenfor samfunnet (Travelbee, 1999, s. 41).

Sykepleieren har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet på sykehjemmet, og må kontakte legen dersom det er mistanke om endringer i enten somatiske eller psykiske tilstander (Hauge, 2014, s. 278). Sykepleieren må følge med på om atferden hos eldre med angst og depresjon endrer seg i løpet av døgnet (Kvaal, 2014, s. 447). Ved endringer i stemningsleie, atferd og nye symptomer, bør sykepleieren alltid vurdere om tilstanden skyldes noe somatisk (Kvaal, 2014, s. 447).

## **2.5 Yrkesetiske retningslinjer:**

Som sykepleier kan man oppleve å komme i flere etiske problemstillinger. På Sykepleierforbundet (2019) sine sider er det yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som tar utgangspunkt i å bevare menneskets verdighet og liv. Den tar for seg sykepleiers relasjon til medarbeidere, pasienter samt pårørende. Sykepleierens rettigheter og hvordan sykepleieprofesjonen er representert i samfunnet er også en del av retningslinjene (Sykepleierforbund, 2019). Av de seks yrkesetiske retningslinjene velger vi å trekke frem «Sykepleieren og profesjonen» og «Sykepleieren og pasienten», som mest relevant for vår oppgave og problemstilling. «Sykepleieren og profesjonen» er et punkt som blant annet tar for seg at sykepleier må følge lovverk og utøve kunnskapsbasert praksis. «Sykepleieren og pasienten» inneholder blant annet at sykepleieren skal ivareta pasienten og gi god omsorg, samt fremme autonomi (Sykepleierforbund, 2019).

## 3 Metode

I dette kapitlet presenteres en systematisk og grundig fremgangsmåte som ble benyttet for å innhente data og kunnskaper som er relevante for å besvare vår problemstilling. Videre diskuteres valget av forskningsartikler og litteratur som er relevante for problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble brukt for å avgrense studiene som ble inkludert i litteraturgjennomgangen. I tillegg drøftes etiske vurderinger og kvalitetsvurdering av funnene som ble identifisert. I henhold til Thidemann (2020), blir metode definert som en systematisk tilnærming som brukes til å samle inn kunnskap og informasjon med formål å belyse en problemstilling. Når en relevant problemstilling er identifisert, kan en liste over søkeord utarbeides for å danne grunnlaget for en systematisk litteratursøking- prosess, som ofte omtales som et litteratursøk (Forsberg & Wengström, 2013, s. 74).

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie kan bli definert som en metodisk tilnærming som tar utgangspunkt i en klart formulert problemstilling, og systematisk velger ut, evaluerer og analyserer relevant forskning for å besvare problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). Det vil si, for å oppnå en vellykket litteraturstudie er det nødvendig å sikre kvaliteten på de inkluderte studiene, og sørge for at de er relevante i forhold til den aktuelle problemstillingen.

### 3.1 Datainnsamling

Data til denne oppgaven er innhentet ved å ta i bruk systematiske litteratursøk. Ved å bruke systematiske søk, får vi frem kvalitetssikre fagartikler. Det er viktig at søkene gjennomgås på en systematisk måte slik at all tilgjengelig informasjon om emnet er inkorporert (Aveyard, 2019, s.9).

#### 3.1.1 Søkestrategi

I perioden fra 11. april til 1. mai gjennomførte vi omfattende søk etter relevant litteratur. I samme periode justerte vi vår problemstilling for å spisse et tema, og følgelig endret og identifiserte vi nye sentrale begreper i vårt søk etter relevant litteratur. Denne tilpasningen var nødvendig for å sikre treffsikkerhet og nøyaktighet i våre søk etter relevant litteratur for oppgaven. Våre litteratursøk ble utført gjennom to databaser; CINAHL Complete og PubMed. Begge inneholder en omfattende samling av artikler innenfor helsefaglig forskning. Spesielt Cinahl har en utbredt database innenfor sykepleielitteratur, og ble dermed ansett som særlig egnet for vår oppgave med tanke på tema og problemstilling. Valg av databaser var en nødvendig strategi for å sikre en grundig og målrettet innsamling av relevant litteratur. (Aveyard, 2019, s. 81-82).

I *Tabell 3.1* nedenfor har vi fylt inn et PICO-skjema for å strukturere og avgrense søkene vi har brukt. Ved å anvende et PICO-skjema bruker man en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier som passer til problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 70). Vi har valgt å ekskludere "C", altså "Comparison", ettersom det ikke er relevant for problemstillingen.

“P” står for pasient eller populasjon. I denne oppgaven gjelder det eldre som bor på et sykehjem, som er plaget av depresjon og angst. Søkeord: “aged”, “nursing homes”, “long term care”, “depression”, “anxiety”. Nøkkelord: “elderly” og “retirement home”.

“I” står for intervensjon. I denne oppgaven gjelder det eldre som har depresjon eller angst. Søkeord: «Nursing»

“O” står for utfall eller resultat. I denne oppgaven er det ønskelige resultatet at sykepleiere skal ivareta pasienter med angst og depresjon. Søkeord: “nursing care”, “nursing intervention” og “nursing role” (Thidemann, 2020, s. 83).

Ved å bruke PICO-skjemaet dannet vi grunnlaget for vår søkehistorikk. Legger søkehistorikken med som *Vedlegg 1*.

Tabell 3.1

| <b>P</b><br><b>(Patient/population)</b>  | <b>I</b><br><b>(Intervention)</b> | <b>O</b><br><b>(Outcome)</b>   |
|--|-----------------------------------|--|
| Aged<br>OR<br>Elderly<br><br>Nursing homes<br>OR<br>Long term care<br>OR<br>Retirement home<br><br>Depression<br>OR<br>Anxiety | Nursing                           | Nursing care<br><br>OR<br>Nursing intervention<br><br>OR<br>Nursing role |

### 3.1.2 Kvalitativ -og kvantitativ forskning

*Kvalitativ forskning* kjennetegnes ved at forskerne har få observasjonsobjekter som de skaffer seg mye informasjon om (Thidemann, 2020, s. 76). Data kan eksempelvis bli innhentet ved intervju, observasjon eller ved å arrangere studiegrupper. På denne måten kommer forskerne nærmere objektene som forskes på ved å studere dem i en naturlig setting (Aveyard, 2019, s. 60-61). I motsetning til kvalitative studier, bruker *kvantitative studier* ofte tall ved innhenting av datamateriale, altså konkrete fakta. Datamaterialet kommer gjerne fra spørreskjema med svaralternativ, eksperimenter eller ved observasjoner som er systematisk og strukturert (Thidemann, 2020, s. 75-76). Artikkene vi har funnet er i hovedsak kvantitativ forskning, mens én er av kvalitativ forskning.

### 3.1.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vi valgte å innføre, var en avgjørende faktor i identifiseringen av relevante artikler i tråd med vår problemstilling. De kriteriene som ble benyttet inkluderte søk etter artikler som har IMRaD-struktur og publisert i tidsperioden 2012-2023. Resultatene av søket resulterte i seks artikler funnet i Cinahl Complete, og to



i PubMed. En detaljert oversikt over inklusjons og eksklusjonskriteriene finnes i *Tabell 3.2*.

*Tabell 3.2*

| <b>Inklusjonskriterier</b>                | <b>Eksklusjonskriterier</b>        |
|---|------------------------------------|
| Språk: Engelsk, norsk, svensk eller dansk | Andre språk                        |
| Fagfellevurdert                           | Ikke fagfellevurdert               |
| År 2012-2023                              | År >2012                           |
| Eldre pasienter over 65 år                | Pasienter under 65 år              |
| Sykepleieperspektiv                       | Pasient eller pårørendeperspektiv  |
| Pasienter i sykehjem                      | Pasienter på sykehus, hjemmeboende |

#### **3.1.4. Etisk vurderinger**

Studiene skal være etisk gjennomtenkt og være utført på en forsvarlig måte (Thidemann, 2020, s. 12). De åtte valgte studiene har tatt i betraktning etiske prinsipper om frivillighet, anonymitet og informert samtykke. Studiene vi har inkludert i oppgaven er vurdert, gjennomgått og godkjent av en etiske komité (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69-70).

#### **3.1.5 Kvalitetsvurdering**

For å kvalitetssikre søkene våre har vi brukt helsebiblioteket sine sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Formålet med en kritisk evaluering er å analysere og evaluere den vitenskapelige informasjonen i en studie for å fastslå dens gyldighet og pålitelighet (Helsebiblioteket, 2018). Som en del av vår kvalitetsvurdering, foretok vi en evaluering av artikkelens strukturelle disposisjon i henhold til IMRaD- standarden. IMRaD står for Introduction, Method, Results og Discussion (Thidemann, 2020, s. 30). Videre beskriver Thidemann (2020) at innenfor vitenskapelige artikler, er systematisk organisering og klar struktur en vanlig praksis. IMRaD- strukturen er anerkjent som en standard disposisjon av tekst i vitenskapelige artikler, og gir tydelige henvisninger til plasseringen av forskjellige kategorier av informasjon (Thidemann, 2020, s. 30).

### **3.2 Analyse**

Evans analysemodell er for å analysere funnene fra forskningsartiklene våre, for videre å beskrive fenomenet. Modellen består av fire trinn som steg for steg tar for seg prosessen av analysen (Evans, 2002).

#### **3.2.1 Trinn 1 - Samle data**

Som første trinn av Evans analysemodell fastslo vi hvilke artikler vi ønsket å finne, blant annet ved å avgrense søkene med inklusjons- og eksklusjonskriterier. (Evans, 2002).

Valg av artikler ble vurdert ut ifra om de opprettholdt etiske retningslinjer og om de var kvalitetssikret. Etter denne prosessen endte vi opp med åtte aktuelle forskningsartikler.

### 3.2.2 Trinn 2 - Identifisere funnene

I dette trinnet til Evans sin analysemodell (Evans, 2002), foretok vi en grundig gjennomgang av artiklene, der vi fant relevante funn. De ulike funnene ble fargekodet slik at det var mer oversiktlig, og for å gjøre det lettere å oppdage sammenhengen mellom funnene i hver studie.

### 3.2.3 Trinn 3 - Se sammenhenger mellom de ulike studiene

I det tredje trinnet til Evans analysemodell (Evans, 2002), identifiserte vi temaene samt undertemaene som var relevante for problemstillingen. Vi sammenlignet funnene fra hver studie opp mot hverandre, og grupperte de innen 3 tema; samhandling mellom sykepleier og pasient, sykepleierkompetanse og risikofaktorer. I *Tabell 3.3* har vi ført inn de ulike funnene vi har funnet, og hvilke artikler som er relevant til hvert tema.

### 3.2.4 Trinn 4 - samle funnene og skape en beskrivelse av fenomenet

I det siste trinnet av analysemodellen beskrives funnene som blir presentert i Kapittel 4, resultat.

Tabell 3.3- *Analysetablell 3.2.3.*

| Hovedtema                                | Undertema  | Artikkel      |
|--|--|---------------|
| Samhandling mellom sykepleier og pasient | <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervensjonsgrupper</li><li>• Relasjon</li><li>• Fysisk aktivitet</li></ul> | 1, 3, 4, 7, 8 |
| Sykepleierkompetanse                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Legemiddelhåndtering</li><li>• Læringsøkter</li></ul>                        | 2, 3, 5       |
| Risikofaktorer                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Søvn</li><li>• Smerter</li><li>• Ressursmangel</li></ul>                     | 6, 4, 7       |

## 4 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere hovedfunnene som er gjort gjennom analysearbeidet.

| Artikkel 1   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkel-begrep   | Metode   | Resultat/konklusjon  | Relevans  |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 28(1), 74.88.</p> <p>doi: 10.1111/scs.12028</p> | <p>Hensikten med studien er å undersøke hvordan sammenhengen mellom sykepleier-pasient-interaksjon påvirker håp, mening i livet og selvtranscendens blant kognitivt intakte pasienter på sykehjem. I tillegg til dette, utforske om disse faktorene har en sammenheng.</p> | <p>Long- term care, hope, meaning, nursing home, nurse- patient interaction, purpose in life, self- transcendence, holistic care.</p> | <p><b>Kvantitativ studie</b><br/> <b>Inklusjonskriterier:</b><br/>                     Studien ble gjennomført i 2008-2009. 202 langtidspasienter fra 44 ulike sykehjem ble inkludert. Gitt informert samtykke.</p> <p><b>Datasamling:</b><br/>                     Individuelle intervjuer. Skjemaer som ble brukt var HHI, PIL, STS- Skjemaet og NPIS.</p> <p><b>Analyse:</b><br/>                     Strukturell løsningsmodell + SEM- modell.</p> | <p>Studien fant sammenhenger mellom sykepleier-pasient-interaksjon og håp, selvtranscendens og mening i livet.</p> <p><b>Konklusjon:</b><br/>                     Hvordan sykepleiere kommuniserer med pasientene sine på kan påvirke pasientens velvære og livskvalitet på en positiv måte.</p> | <p>Hvordan sykepleier-pasient-interaksjon kan påvirke disse faktorene, kan være med å ivareta eldre med angst og depresjon.</p> |

| Artikkel 2   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkel-begreper                                     | Metode  | Resultat/konklusjon   | Relevans   |
|--|--|---|---|---|--|
| <p>Harbison, A., &amp; Mwesige, J. (2019). Meaningful Use of Antidepressants in Long-Term Care Facilities. <i>Annals of Long-Term Care</i>, 27(7), e6–e10. <a href="https://doi.org/10.25270/altc.2019.04.00069">https://doi.org/10.25270/altc.2019.04.00069</a></p> | <p>Dette prosjektet identifiserte pasienter på langtidsavdeling på et sykehjem som sto på antidepressiva, og hva som var hensikten bak det. Bakgrunnen for forskningen var bekymringer om upassende grunner til at pasienter fikk forskrevet denne typen medikamenter. Målet for studien var å redusere det totale antallet eldre pasienter på langtidsavdeling som gikk på antidepressiva med 25% innen 3 måneder</p> | <p>Older adults, antidepressants, nursing homes</p> | <p><b>Kvantitativ studie</b><br/> <b>Inklusjonskriterier:</b><br/>                     Studien pågikk fra 1. november 2017 til 5. februar 2018, og fant sted ved en langtidsavdeling i New York. Alle pasientene som gikk på antidepressiva, ble inkludert i studien.</p> <p><b>Datasamling:</b><br/>                     Forfatterne, inkludert medisinsk redaktør, og en farmasøyt diskuterte om pasienter skulle avvenes av antidepressiva.</p> <p><b>Analyse:</b><br/>                     En måned etter studien ble data innhentet og sammenlignet.</p> | <p>Av totalt 112 pasienter på, var 55 av dem satt på antidepressiva (49.1%).</p> <p>Forskerne bak studien hadde suksess med tanke på sitt mål om å redusere antidepressiva med 25%. Totalt ble det en reduksjon av 56%.</p> <p>Studien viser også at pasienter og deres familie hadde fått lite informasjon om det å gå på antidepressiva fra deres behandler, som for eksempel bivirkninger.</p> | <p>Studien fra 2009 viser at 14% av pasientene på avdelingen de tar for seg som tar antidepressiva er 65 år eller eldre, som er den pasientgruppen vi tar for oss i problemstillingen.</p> <p>Den viser også at flere av pasientene er satt på for høy dose eller feil type antidepressiva på institusjonen. Det er også nevnt pasienter som har fått antidepressiva uten å ha behov for det</p> |

| Artikkel 3   | Studiens hensikt/mål  | Nøkkelbegreper   | Metode  | Resultat/konklusjon  | Relevans   |
|--|---|--|---|--|--|
| Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(4), 872-881. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x | Hensikten med denne studien er å undersøke forekomsten av symptomer på depresjon og angst. I tillegg bruken av antidepressiva og antipsykotika og hvordan dette har tilknytting til ulike faktorer. | Older, nursing home, social support, depression, anxiety | <b>Kvantitativ studie</b><br><b>Inklusjonskriterier:</b> Observasjonsstudiet av 227 langtidspasienter på 30 sykehjem i Norge.<br><b>Datasamling:</b> Intervjuer der de brukte verktøy som medisinske journaler, og HADS.<br><b>Analyse:</b> Pearson's chi-squared test and ordinær logisk regresjon for å se sammenhenger mellom angst, depresjon, og Social Provision Scale. | Dobbelt så mange beboere hadde symptomer på depresjon, angst og begge kombinert, selv om langt flere på avdelingen ble medisinert med antidepressiva og anxiolytika. Under studien ble det også oppdaget at symptomer på angst og depresjon var vanlig, men at det sjeldent ble diagnostisert. | Artikkelen er relevant for vår problemstilling da den tar for seg eldre på sykehjem, som har angst og/eller depresjon, og bruker medikamenter for dette. I studien kommer det fram at tilhørighet og sosial støtte er tiltak som kan redusere depresjon hos pasienter. |

| Artikkel 4  | Studiens hensikt/mål   | Nøkkelbegreper   | Metode  | Resultat/konklusjon  | Relevans   |
|---|--|--|---|--|--|
| Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. <i>Archives of gerontology and geriatrics</i> , 70, 92-98. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008">http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008</a> | Hensikten med denne studien er å undersøke om et fysisk aktivitetsprogram kan ha en positiv effekt på eldre på sykehjem som har depressive symptomer. Studien undersøker også om det kan foregå en økning i livskvaliteten hos de i intervensjonsgruppen sammenliknet med tidligere. | Elderly, physical activity, depression, quality of life. | <b>Kvantitativ studie</b><br><b>Inklusjonskriterier:</b> Studien ble gjennomført i et sykehjem i Antalya, og inkluderte 80 deltakere. 40 av dem var i intervensjonsgruppen og 40 av dem i kontrollgruppen. Deltakerne ga informert samtykke.<br><b>Datasamling:</b> Data ble samlet inn ved hjelp av Beck Depression Inventory og SF 36 Quality of Life scale.<br><b>Analyse:</b> Resultatene ble analysert ved hjelp av statistiske verktøy. | Resultatet viste en reduksjon i score på depresjonsskalaen for intervensjonsgruppen når det gjelder livskvalitet, fysisk helse og generell helsetilstand.<br><b>Konklusjon:</b> Å delta i et fysisk aktivitetsprogram kan forbedre livskvaliteten og redusere depresjonssymptomer hos eldre mennesker. | Fysisk aktivitet kan være med å redusere depresjonssymptomer og øke livskvaliteten. Vi ønsker å ta dette med videre i diskusjonen. |

| Artikkel 5   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkelbegrep   | Metode  | Resultat/konklusjon  | Relevans  |
|--|--|--|---|--|---|
| <p>Lee, C. C., Tseng, H. C., Wu, L. P., &amp; Chuang, Y. H. (2020). Multiple brief training sessions to improve nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding nursing care of older adults with depression in long-term care facilities. <i>Research in Nursing &amp; Health</i>, 43(1), 114-121. doi:10.1002/nur.21997</p> | <p>Hensikten med denne studien var å se om korte læringsøkter kunne øke sykepleiernes kunnskap, holdning og selvtillit om depresjon hos eldre på langtidsavdelinger på sykehjem.</p> | <p>Aging, attitude, confidence, depression, intervention, late-life depression knowledge, long-term care facilities, nurse</p> | <p><b>Kvantitativ studie</b></p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Sykepleiere fra 9 langtidsavdelinger på sykehjem i Taiwan var med på denne undersøkelsen. 4 fikk opplæring om late life depression, mens 5 ble brukt som kontrollgruppe. sykepleieren måtte være over 20 år, vært ansatt på avdelingen i over en måned, jobbe fulltid, og kunne lese kinesisk.</p> <p><b>Datasamling:</b> Læringsprogrammet besto av tre 30-minutters økter, fordelt på tre uker. Deltakerne i kontrollgruppen fikk ikke delta på disse øktene, men de fikk en håndbok som inneholdt informasjon om hva som ble undervist på øktene.</p> <p><b>Analyse:</b> Data om intervensjonsgruppen ble innhentet via et selvrapporteringsskjema før og etter.</p> | <p>I intervensjonsgruppen økte sykepleiernes kunnskap om depresjon hos eldre og holdningene til depresjon, samt at de ble mer selvsikker i pleien til eldre med depresjon etter læringsøktene.</p> <p>Læringsøkta vekket også mer interesse hos intervensjonsgruppa.</p> | <p>Denne studien er relevant for problemstillingen vår da den tar for seg sykepleier i pleie med eldre, deprimerte på en langtidsavdeling på et sykehjem.</p> |

| Artikkel 6   | Studiens hensikt/mål  | Nøkkel-begreper  | Metode  | Resultat/konklusjon   | Relevans   |
|--|---|--|---|---|--|
| Chau, R., Kissane, D. W., & Davison, T. E. (2021). Risk factors for depression in long-term care: a prospective observational cohort study. <i>Clinical Gerontologist</i> , 44(2), 112-125. doi: 10.1080/07317115.2019.1635548 | Hensikten med denne studien er å identifisere modifiserbare risikofaktorer for depresjon som kan danne grunnlag for strategier for intervensjon og forebygging. | Older adults, long-term care, depression, risk factors, aging, nursing homes, aged care, pain, sleep disturbance | <p><b>Kvalitativ studie</b></p> <p><b>Inklusjonskriterier</b> : Studien ble utført på 15 langtidssykehjem i Australia. Studien inkluderte 147 deltakere ved første baseline.</p> <p><b>Datasamling:</b> Studien inkluderte flere målemetoder for å evaluere deltakernes depresjon, funksjonsnivå og søvnkvalitet. I tillegg til andre faktorer som kan påvirke resultatet som smerter, kronisk sykdom eller kognitiv funksjon.</p> <p><b>Analyse:</b> Studien er en prospektiv observasjons kohortstudie i to faser. Den inkluderte seks uavhengige variabler og to avhengige mål på depresjon.</p> | <p>Studiens resultater viste at høyere GDS- poengsum ved inklusjon, funksjonshemming, færre besøk fra venner/familie og høyere antall legemidler var signifikante risikofaktorer for depresjon etter 6 og 12 måneder.</p> <p>Videre viste studien at depresjonssymptomer var assosiert med økt risiko for funksjonssvikt.</p> | Ulike risikofaktorer som er med å øke depresjonssymptomer, slik at vi kan ta for oss ulike sykepleietiltak som kan iverksettes for å redusere dette. |

| Artikkel 7  | Studiens hensikt/mål  | Nøkkel-begreper  | Metode  | Resultat/konklusjon   | Relevans   |
|---|---|--|---|---|--|
| Cesetti, G., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). The promotion of well-being in aging individuals living in nursing homes: a controlled pilot intervention with narrative strategies. <i>Clinical Gerontologist</i> , 40(5), 380-391. <a href="https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979">https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979</a> | <p>Studien vurderer tilstanden til eldre mennesker på sykehjem når og hvordan forbedre deres livskvalitet ved hjelp av narrative strategier.</p> <p>De ser også på sammenhengen mellom søvn og depresjon.</p> | Depression, nursing home, older adults, positive narrative intervention, satisfaction with life, well-being. | <p><b>Kvantitativ studie</b></p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Studien består av to deler. Studien omfattet fire sykehjem i Italia, og eldre voksne som bodde i lokalsamfunnet. 207 deltakere ved første baseline og alle måtte gi informert samtykke.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Oppfølgingen omfattet re-administrering av alle baseline-målinger, og vurderinger ble gjort underveis.</p> <p><b>Analyse:</b> Studie 1 ble gjennomført for å se om det var høyere andel folk som mistrikket på sykehjem. I studie 2 ble det gjort en studie for å undersøke muligheten for en narrativ intervensjon rettet mot sårbare pasienter på sykehjem.</p> | <p>Eldre som bodde på sykehjem hadde lavere nivåer av livstilfredshet og psykologisk velvære, samt høyere nivåer av depresjon.</p> <p>Resultatene av den andre delen tyder på at narrative strategier kan være en lovende tilnærming for å forbedre velvære og redusere angst og depresjon.</p> | Denne artikkelen er relevant for bacheloren da den tar for seg eldre på sykehjem og tilstedeværelsen av depresjon hos dem. Samt at gruppen på sykehjemmet blir sammenliknet med en gruppe eldre i den øvrige befolkningen. |

| Artikkel 8  | Studiens hensikt/mål  | Nøkkelbegreper   | Metode   | Resultat/konklusjon   | Relevans   |
|---|---|--|--|---|--|
| <p>Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. <i>Journal of advanced nursing</i>, 70(1), 107-120.</p> | <p>Undersøke sammenhengen mellom sykepleier-pasient-interaksjon, og mening i livet for pasienter boende på et sykehjem.</p> | <p>Meaning and purpose-in-life. Nurse-patient interaction, nursing home patient, psycho-spiritual functioning, structural equation modeling, well-being.</p> | <p><b>Kvantitativ studie</b></p> <p><b>Inklusjonskriterier</b><br/>: - 44 sykehjem i Norge ble inkludert i studien, 202 deltakere svarte til inklusjonskriteriene. Kommunevedtak om langtidssykehjem, Informert samtykke fra deltakerne, godkjent av ansvarlig lege eller sykepleier, og i stand til å bli intervjuet.</p> <p><b>Datasamling:</b><br/>Intervjuene som tok i bruk PIL, NPIS og HADS skjemaer.</p> <p><b>Analyse:</b> SEM-modell som viser sammenhengen mellom meningen med livet og sykepleier-pasient-interaksjon.</p> | <p>Resultatene Det ble funnet en positiv sammenheng mellom sykepleier-pasient-interaksjon og PIL. Videre var det en betydelig sammenheng mellom depresjon og PIL.</p> | <p>Denne studien er relevant for problemstillingen vår ved at tar utgangspunkt i hvordan sykepleier-pasient interaksjon kan påvirke både depresjon og mening i livet på en positiv måte hos pasienter på sykehjem.</p> |

## 4.1 Samhandling mellom sykepleier og pasient

Sykepleiere kan bidra med å redusere symptomer på depresjon hos pasienter ved sykepleieintervensjoner som tiltak. Fra studiene har vi hentet funnene samhandling, relasjon og fysisk aktivitet. I studien til (Cesetti et al., 2017), ble det utført en intervensjon med narrative strategier, hvor formålet var å redusere lidelse samt øke velvære hos pasientene på sykehjemmene. Studien besto av én intervensjonsgruppe og én kontrollgruppe. Pasientene fikk opplest en historie eller et eventyr, og fikk i oppgave å gjenkjenne og analysere én av følgende følelser: frykt, sinne, tristhet og lykke, for så å trekke inn egne opplevelser relatert til følelsen. Til slutt fikk de laget en egen fortelling hvor de adresserte disse følelsene. Resultatet tyder på at pasientene blant annet fikk økt livstilfredshet og aksept av seg selv. Det viste også en reduksjon av livstilfredshet, aksept av seg selv, og rapporterte bedre søvnkvalitet hos pasientene som deltok, sammenlignet med andre kunst- og håndverksaktiviteter, men det var ingen forskjell i depresjon mellom gruppene i studien (Cesetti et al., 2017).

Haugans (2014) har innhentet data i en tverrsnittundersøkelse hos 44 norske sykehjem. Den viser at forbindelsen mellom relasjon hos pasient og sykepleier har en sammenheng med håp, selvoverskridelse og mening med livet. En annen studie fra Haugan (2013) tar for seg interaksjon mellom sykepleier og pasient, og viser at denne relasjonen kan være viktig for pasientens mentale helse. Interaksjonen med sykepleier er relatert til mening og formål i livet.

I Drageset et al. (2013) sin studie, tar de får seg sammenhengen mellom tilknytning, pleie, bekreftelse av verdi og sosialt samkvem, med symptomer på depresjon og angst. Resultatet av forskningen bekrefter at man får en reduksjon av symptomer på depresjon ved å få bekreftelse om at man er av verdi, samt at man er sosial med andre. Tilknytning har vist en reduksjon av angst (Drageset et al., 2013).

Studien (Lok et al., 2017) viser at et aktivitetsprogram over ti uker kan ha god effekt hos eldre med depresjon. Programmet inkluderte fire treningsøkter ukentlig som inneholdt 10 minutter oppvarming, 10 minutter rytmisk bevegelse, 10 minutter avspenning, samt 30 minutter gange. Det var 40 personer i den eksperimentelle gruppen som ble sammenlignet med en kontrollgruppe på 40 personer. Pasientene ble vurdert med The Beck Depression Scale (BDI), der resultatet viste en signifikant reduksjon i score hos intervensjonsgruppen etter de ti ukene de deltok på aktivitetsprogrammet. Ingen endring i scoren ble oppdaget hos kontrollgruppen. Studien viste også at de som deltok fikk økt energi, mentale helse, og emosjonelle og sosial funksjon. De skilte seg også fra kontrollgruppen ved at livskvaliteten bedret seg, i den grad at fysisk helse, funksjon og den generelle helsetilstanden økte. Forskerne oppdaget også at smerte økte hos pasientene som deltok i denne studien (Lok et al., 2017).



## 4.2 Sykepleiekompetanse

Sykepleierens kompetanse er nødvendig for å kunne gi god og forsvarlig helsehjelp. I Lee et al. (2016) sin studie fra langtidsavdelinger på sykehjem i Taiwan undersøkte om læringsøkt kunne styrke sykepleiernes kunnskap, holdning og selvtillit rundt eldre med depresjon. En intervensjonsgruppe deltok på læringsøkt og ble sammenliknet med en kontrollgruppe. Resultatet viste at sykepleierne som deltok fikk økt kunnskap, bedre holdninger og ble mer selvsikker i pleien av eldre med depresjon, sammenlignet med kontrollgruppen samt sin egen score før de deltok på læringsøktene (Lee et al., 2019).

I studien til Harbison & Mwesige (2019) tar de for seg bruk av legemidler er en del av behandlingen for flere pasienter. Et av funnene som har vist seg i forskningsartiklene vi har inkludert er at pasienter blir feilmedisinert (Harbison & Mwesige, 2019). Studien til Drageset et al. (2013) som ble utført ved et sykehjem i Bergen kom det fram at flere av pasientene har blitt gitt antidepressiva og anxiolytika til, uten at de har de respekterte diagnosene. Studien til Haribo & Mwesige (2019) fra langtidsavdelinger ved sykehjem i New York, undersøkte om pasienter kan redusere forbruket sitt av antidepressiva. Før studien startet stod 49,1% av pasientene på antidepressiva. Forskernes mål var å redusere denne medikamentbruken med 25%, som de oppnådde ved at 56% av pasientene reduserte eller seponerte denne medikamentgruppen. I studien kommer det fram at årsaken til reduksjonen var at pasienter hadde stått på antidepressiva uten å ha den aktuelle diagnosen, i tillegg til at noen hadde fått foreskrevet medikamenter i upassende høye doser.

## 4.3 Risikofaktorer

Forskning har vist at søvn og smerte er risikofaktorer som kan lede til depresjon blant sykehjemspasienter. Resultater fra langtidsavdelinger på sykehjem (Chau et al., 2021) i Melbourne, viser at depresjon er forventet å øke når søvnforstyrrelser øker. Samtidig viser studien at det er en sammenheng mellom økt depresjon og økt smerte. Pasientene som deltok i studien til Cesetti et al. (2017) brukte deling av fortellinger som en intervensjon. De som deltok rapporterte bedre søvnkvalitet, som tillegg ga en betydelig økning i livstilfredshet og aksept av seg selv i etterkant. Det er også verdt å merke seg at pasientene i studien til Lok et al. (2017) som deltok på et 10-ukers treningsprogram viste en økning i smerte, selv om de i hovedsak opplevde positive resultater på Quality of Life-skalaen.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

Denne oppgaven er et samarbeid mellom to studenter, som vi ser på som en styrke da det muliggjør god refleksjon og diskusjon. Vårt valg av databaser er begrunnet i kravet om å basere oppgaven vår på artikler som er identifisert gjennom systematiske søk, fremfor selektiv utvelgelse. Vi er godt kjent med disse spesifikke databasene. Litteratursøkene i PubMed og Cinahl Complete har resultert i inkludering av artikler som utfyller hverandre, og som belyser hovedtemaene: "*Samhandling mellom sykepleier og pasient*", "*Sykepleiekompetanse*" og "*Risikofaktorer*". Vi er av den oppfatning at disse artiklene kan besvare problemstillingen vår. Syv av de åtte artiklene vi har valgt å inkludere er kvantitative studier, mens én er kvalitativ, da flertallet av relevante artikler som belyser vår problemstilling er basert på en kvantitativ forskningsmetode.

Inklusjonskriteriene som ble brukt under søkeprosessen i databasene, anses som en styrke, da de har gitt oss et avgrenset og relevant utvalg av artikler. Tre av forskningsartiklene er fra Norge, noe som vi ser på som en verdifull tilnærming for å oppnå en bredere forståelse av studien. Dette er særlig relevant ettersom studiene er forankret i den norske helsetjenesten, som vi har praktisk erfaring med. Vi har valgt å inkludere forskningsartikler fra hele verden, hvilket kan betraktes som en mulig svakhet ettersom helsesektorer kan variere mellom ulike land og kontekster. Ikke desto mindre hevder vi at denne tilnærmingen kan ha en positiv verdi, da den muliggjør inkludering av forskjellige perspektiver som kan bidra til å besvare problemstillingen vår. Vi har også investert betydelig tid og ressurser i å oversette artiklene fra norsk til engelsk ved å bruke ordbok, Google Translate og egne språkkunnskaper. Til tross for vår grundige innsats kan det likevel forekomme feiltolkninger i oversettelsen.

### 5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet skal vi drøfte de sentrale funnene som bidrar til å besvare problemstillingen om "Hvordan kan sykepleier ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem?".

#### 5.2.1 Sykepleieren i møte med den eldre pasienten

Med en økende eldre befolkning blir forekomsten av depresjon og angst stadig utbredt, med flere faktorer som spiller en rolle i utviklingen av disse psykiske tilstandene (Tveito, 2020, s.222-224). Vi har begge erfaring fra praksis der vi møter eldre som mangler livsglede, og gråter når «ingen» ser dem. Vi har stilt oss selv spørsmålet om hvordan vi som framtidige sykepleiere kan ta vare på disse eldre, og hvorfor dette er viktig. Vi har funnet ut at sykepleier er mer enn å avdekke somatiske tilstander, yrkesgruppen er også en støttespiller for dem som trenger det mest. Chau et al. (2021) mener at hvis helsepersonell klarer å identifisere risikofaktorer som smerte, ensomhet og endret sosial tilhørighet, kan det redusere depresjon og angstsymptomer. Det er viktig å ta i betraktning at det ofte ligger underliggende somatiske årsaker, som demens, Parkinson, kols, kreft eller hjertesykdommer (Kvaal, 2014, s. 444). I tillegg vise første delen av

studien til Cesetti et al. (2017) at det er en høyere forekomst av depresjon blant sykehjemspasienter sammenliknet med eldre i den øvrige befolkningen (Cesetti et al., 2017).

Kvaal (2014) legger vekt på at sykepleierens egenskaper som sensibilitet og omtanke er avgjørende for å kunne forstå pasientens perspektiv og opplevelser (Kvaal, 2014, s. 447). Det er gjennom slike interaksjoner mellom sykepleier og pasient at en god relasjon kan etableres. Gjennom studieløpet har vi fått god innføring i det Kvaal (2014) beskriver, og ut ifra våre tolkninger synes vi at det er svært viktig at pasientens integritet fremheves når en slik interaksjon foregår. Sykepleierens holdninger og handlinger spiller en viktig rolle i å opprettholde integriteten til pasienten. Hvis sykepleieren stiller for høye krav til pasienten, eller ikke anerkjenner deres kompetanse, kan dette bidra til krenkelse av integriteten (Kirkevold, 2014, s. 100). Dette tenker vi er avgjørende for å fremme pasientens trivsel, og kan derimot stille bedre med å kunne ivareta eldre med angst og depresjon. Det er nemlig flere positive sider ved sykepleier-pasient-interaksjon, og det nevner også Haugan (2013, 2014) i sine studier. Hun hevder at sykepleier-pasient-interaksjonen kan øke håp og mening med livet, i tillegg til økt velvære ved mer selvrefleksjon hos pasienten (Haugan, 2013, 2014). I studien konkluderte Haugan (2013,2014) at depresjon ofte henger sammen med mening i livet. Dette er det samme inntrykket vi sitter med; at det er vanskelig å forestille seg at det å smile og le er noe du gjør når alt annet kjennes håpløst ut. Men når det er sagt, så har vi erfart at eldre med angst og depresjon, er at de ofte lider i stillhet.

I Travelbee´s teori, er menneske-til-menneske forhold og sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv grunnleggende (Travelbee, 1999, s. 29-32). Flere av de inkluderte studiene nevner at relasjonen mellom helsepersonell og pasienten blant annet kan redusere depresjon og angst samt øke livskvaliteten. Ut ifra dette tenker vi at det er viktig at sykepleier legger til rette for å styrke relasjon og samhandling. Dette kan gjøres med samtaler, fokus på aktiv lytting og interesse for hele mennesket. Det vi tenker, er at med en god relasjon og samhandling, vil det kunne formidles trøst og håp for framtiden.

### **5.2.2 Hva kan utfordre sykepleier-pasient-interaksjonen?**

Travelbee (1991) hevder at erfaringer gjennom å møte sårbare mennesker bidrar til utvikling som sykepleier, og øker forståelse for hvorfor pasienten føler seg deprimert eller angstpreget (Travelbee, 1999, s. 72). Ved økt forståelse, kan sykepleier lettere legge til rette for pasienten, noe som vi ser på som viktig i sykepleieryrket -et helhetlig menneskesyn. Sykepleiere må være bevisst på hvor viktig det er å ivareta pasienter med angst og depresjon, og ikke kun se det somatiske. En god sykepleier-pasient interaksjon er i tillegg en viktig helsefremmende ressurs for livskvalitet for eldre på sykehjem (Dolonen, 2023). I studien til Haugan (2013), skriver hun hvordan håp, sykepleierinteraksjon og mening med livet henger sammen. Hun viser også at sykepleier-pasient-interaksjon har en positiv betydning i ivaretagelsen av eldre med angst og depresjon, samt at det øker livsgleden og håp. Her vil vi gjerne trekke fram viktigheten med samhandling. Det å ha en samtale, virker kanskje overkommelig for helsepersonell, allikevel påpekes det at depresjon og angst ofte blir oversett i primærhelsetjenesten (Sæterstrand, 2016).

Det er flere ting som kan skyldes dette, for eksempel ressursmangel innen helsevesenet, tid og kvalitetsarbeid (Torkildsen, 2023). Sykepleier er pliktig til å følge de yrkesetiske retningslinjene i utøvelsen av sykepleie, på tross av ressursmangel (Sykepleierforbund, 2019). Torkildsen (2023) forteller videre at helsepersonell føler seg utbrent, og at de ikke yter god nok helsehjelp på bakgrunn av dette. I tillegg har underbemanning på sykehjem, påført forsømmelse ovenfor pasientene (Sykepleien, 2014). Da stiller vi oss spørsmålet, hvordan kan man gå på jobb der man vet at det er ressursmangel på både tid, penger og bemanning, samt gå hjem og vite at disse eldre har det vondt inni seg? I studien til Lee et al (2019) forklares at sykepleiere er nøkkelen for eldre med angst og depresjon, og trenger derfor kunnskap om depresjon som oppstår i senere liv. Dette mener også Dolonen (2023). Vi må kunne balansere det organisatoriske med det kliniske, det er også kalt for dobbelkompetanse (Orvik, 2022, s. 19). Ved å klare å utføre klinisk praksis, samt ha et godt organisatorisk blikk, jobber man mer effektivt og kvalitetsarbeidet økes (Orvik, 2022, s. 34-36). Dette krever planlegging, strukturering samt være fleksibel til endringer.

### 5.2.3 Sykepleiekompetanse

Vi tenker også at det er viktig å bemerke seg at det finnes begrensninger og utfordringer knyttet til denne typen interaksjon. Eldre pasienter har ofte individuelle behov og utfordringer knyttet til deres psykiske helse. Identifisering av disse risikofaktorer kan være utfordrende på grunn av variasjoner i symptomer og hvordan de utspiller seg blant eldre pasienter. Det er ved sykepleierens evne til å identifisere og håndtere risikofaktorer som kan oppstå (Aarre, 2018, s. 50).

Aarre (2018) understreker hvor viktig det er at sykepleieren er kompetent til å gi den beste tilgjengelige behandlingen til eldre pasienter med depresjon og angst. Dette er viktig da pasienter har rett til passende behandling som er bygd på evidensbaserte metoder. Hvis sykepleieren mangler kunnskap eller ferdigheter innenfor dette området, kan det være etiske utfordringer knyttet til behandlingen som tilbys (Aarre, 2018, s. 50).

I flere av artiklene konkluderte forskerne med at høyere kunnskap og kompetanse hos helsepersonell, kan bidra med å forbedre en kvalitetsmessig behandling hos eldre med angst og depresjon (Haugan, 2013, 2014; Harbison & Mwesige, 2019).

For å adressere dette, kan et kurs for å styrke sykepleierens kompetanse innenfor angst og depresjon blant eldre være nødvendig (Lee et al., 2019). Ved et innført kurs som inkluderer opplæring om symptomer og tegn på depresjon og angst hos eldre, tenker vi at sykepleieren blir mer selvsikker i fagfeltet. Ved å iverksette slike kurs, kan sykepleiere få en bredere forståelse over symptomene om pasientenes atferd, samt ivareta behovene til de og sikre at behandlingen står i samsvar med etiske retningslinjer. Det er også viktig å merke seg at den foreslåtte løsningen i seg selv kan møte utfordringer. Planlegging av kurs krever ressurser, både i form av personal, tid og økonomi.

#### 5.2.4 Hvordan bruke sykepleiekompetansen for å iverksette hensiktsmessige intervensjoner?

Vi mener at en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten kan være en avgjørende faktor for å motivere pasienten til å delta i aktiviteter som morgensamling eller andre gruppeaktiviteter. Helsedirektoratet (2019a) hevder at fysisk aktivitet, selvhjelpstiltak og psykososiale tiltak er førstevalg ved depresjon. Funn fra forskningen til Lok et al. (2017) viser at trimøkter kan være gunstig for pasienter med depressive symptomer (Lok et al., 2017). Tiltak hos eldre pasienter med angstlidelser kan være fysisk aktivitet og psykoterapi, som vi senere skal se nærmere på (Helsedirektoratet, 2019b). Ut ifra dette, tolker vi at de ulike tiltakene nevnt, til sammen kan bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon.

Ifølge Cesetti et al. (2017) indikerte resultatene at en gruppeaktivitet der pasientene knytter sammen følelsene sine til ulike fortellinger, bidro til å forbedre pasientens livskvalitet. Denne gruppeaktiviteten besto av flere pasienter som er preget av angst eller depresjon. Vi vet fra før, at ensomhet ofte har en betydning for depresjon og angst, og følelsen av fellesskap og å bli sett er viktig for mennesker. Ved å delta på en intervensjon hvor man deler historien fra sitt liv, og hører historier fra andres vil man få en dypere kjennskap og relasjon til andre som bor på sykehjemmet. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på at en slik intervensjon kan oppleves som energikrevende og overveldende for pasienten. Eldre med depressive plager, har som regel redusert livskvalitet, og kan oppleve en følelse av verdiløshet (Kvaal, 2014, s. 444). Vi kan tenke oss at mange av pasientene med angst og depresjon, kanskje har en rolig hverdag fra før. Derfor må vi ta i betraktning at flere ulike tiltak for å redusere angst og depresjon, kan bli en stor omveltning. Da du kan oppleve å plutselig få en mer innholdsrik, og sosial hverdag. Ut ifra dette, ser vi viktigheten med at sykepleieren har forståelse for den eldre pasienten, samt klare å tilrettelegge for hver enkelt. Dette vil bidra til at intervensjonen i sin helhet, er hensiktsmessig og gjennomførbar for pasienten.

Vi har erfart at relasjoner og tilknytning er viktig for mange eldre. Ved å delta på fysiske aktiviteter, gjør de noe som er helsefremmende, i tillegg til at pasienten kan oppleve mestringsfølelse (Rykkje & Engevik, 2018). I studien til Lok et al. (2017) konkluderte de med at en god rutine ved fysiske aktiviteter, reduserer angst og depresjon hos eldre. I tillegg kan det oppleves som mindre utfordrende å utføre hverdagslige gjøremål, fordi kroppsstyrken øker og man blir mer bevegelig (Kvaal, 2014, s. 446).

Lok et al. (2017) tar for seg mange ulike typer aktiviteter som pasientene skal gjennomføre. Aktivitetene besto av å gå tur, tøyning, oppvarming og rytimiske aktiviteter, noe som vi kan se kan være krevende for mange pasienter på sykehjemmet. Studien konkluderte også med at smerten hos pasientene, økte etter forskningen (Lok et al., 2017). Ut ifra dette tolker vi at for mye aktivitet, vil angstrengte kroppen og innser viktigheten av å tilrettelegge for hver enkelt pasient. Et alternativ kan være en gruppebasert fysisk aktivitet, da den både tar for seg sosialt samvær og økt fysisk aktivitet. Chau et al. (2021) konkluderte med at sosialt samvær og støtte kan redusere angst, siden endringer i sosialt liv er ansett som en stor risikofaktor. Gruppeaktiviteten kan bestå av enkle øvelser, som alle kan gjennomføre (Rykkje & Engevik, 2018). Morgensamlinger som er ledet av en helsepersonell, er en fin måte å innføre en slik gruppeaktivitet på.

### 5.2.5 Behandling og smerte

Det finnes flere måter å behandle pasienter med angst og depresjon på, men medikamentell behandling og psykoterapi er vist å ha best effekt (Kvaal, 2014, s. 444). Vi har møtt eldre med disse lidelsene og erfart at de kan ha andre utfordringer, både innen somatisk og psykisk helse. I tillegg har vi opplevd at denne aldersgruppen i større grad er utsatt for kognitiv svikt, som trolig kan være en ekstra belastning under behandlingen. Vi vet at en andel av pasienter på sykehjem har kognitiv svikt, for eksempel i form av demens og at dette er noe som påvirker pasienten. Disse har vi valgt å ekskludere da studiene vi har inkludert tar for seg pasienter med ingen til mild kognitiv grad av kognitiv svikt.

I gjennomsnitt bruker pasienter på sykehjem fem til seks legemidler daglig (Spigset, 2016a, s. 334). Antidepressiva, anxiolytika, smertestillende samt sovemedisiner er fire legemiddelgrupper vi anser som aktuelle for pasientgruppa i problemstillingen. Dette fordi vi har observert i praksis at eldre med depresjon og angst, bruker disse av ulike årsaker. Vi vet at pasientgruppen typisk bruker andre medikamenter i tillegg, men velger å ekskludere disse fra oppgaven, da de gjerne er mot somatiske lidelser. I mange tilfeller er det sykepleieren som administrerer legemidlene, samt observerer virkningen og eventuelle bivirkninger av legemiddelet. For eksempel kan benzodiazepiner, som gis ved angst eller søvnproblemer, ha bivirkninger som depressive symptomer (Kvaal, 2014, s. 444). Dette er noe som kan være vanskelig å skille, da vi vet at pasienter både kan ha angst og depresjon. Gjennom praksisperiodene, har vi erfart at tverrfaglig samarbeid er nødvendig i en slik prosess. Legen er den som forskriver medikamentene, og sykepleieren informerer legen om pasienten.

Spigset (2016) uttaler at pasienter med depresjon og smerte kan være underbehandlet i den form at de ikke får tilstrekkelig med medikamentell behandling (Spigset, 2016a, s. 334). Dette kan tyde på at pasienter som lever med smerter er i risiko for å utvikle depresjon, og det å være i smerte kan gjøre at livet blir begrenset. Det vil si, at man ikke får til å gjøre det man ønsker eller at tanken om at man har det vondt opptar vedkommende i hverdagen. Chau et al. (2021) forskning støtter dette da de fant ut at dersom smerte økte, ville også depresjon øke (Chau et al., 2021).

I Harbison & Mwesiges (2019) sin forskning kom det fram at flere av pasientene ved langtidsavdelinger i New York sto på antidepressiva uten å ha behov for det. Etter deres intervensjon fikk de redusert sykehjemsbeboernes forbruk med 56% (Harbison & Mwesige, 2019). Grunnen til overbruk av antidepressiva tenker vi skyldes ønske om effektiv behandling, grunnet ressursmangel i helsevesenet. Dette har vi ved flere anledninger erfart i praksis. Det kommer fram i en undersøkelse at mange sykepleiere har gitt medikamenter, istedenfor andre tiltak på grunn av ressursmangel og tidsnød (Helmets, 2018).

I motsetning til dette sier forfatteren Spigset (2016), som tidligere nevnt, at depresjon kan være underbehandlet med legemidler (Spigset, 2016, s. 334). Vi tror at underbehandling med legemidler kan føre til en redusert livskvalitet, økt ensomhet og fortvilelse blant pasientene. I likhet med Spigset (2016), konkluderer studien til Drageset et al. (2013) med at pasientene blir underbehandlet på sykehjem. Studien oppdaget i tillegg at langt flere på avdelingen ble feilmedisinert med antidepressiva og anxiolytika

uten å ha en tilhørende diagnose (Drageset et al., 2013). Legemidler blir sjeldent brukt alene i behandling ved angst og depresjon hos eldre, men heller parallelt med psykoterapi. Vi er klare over at denne type behandling utøves av ulike yrkesgrupper med videreutdanning innenfor psykisk helse. Likevel synes vi dette er verdt å nevne da sykepleier kan være en viktig støttespiller under psykoterapi. Som nevnt tidligere, er sykepleieren nøkkelen til å ivareta eldre med angst og depresjon (Lee et al., 2019).

Innen psykoterapi i geriatrien er kognitiv atferdsteori, remnisensarbeid og interpersonlig terapi de vanligste formene for behandling av angst og depresjon (Kvaal, 2014, s. 445). Eldre har et langt liv bak seg, og stått i ulike situasjon som har preget livet. En del av behandlingen hos eldre som har angst og depresjon, kan være å se tilbake på livet og hva som har preget en. Under kognitiv atferdsterapi jobber man med følelser, tanker og handlinger, og lærer seg å identifisere tankemønstre som er negative samt hvordan man kan komme seg ut av det. Dette fører oss videre til Cesetti et al. (2017) sin forskning hvor de tok for seg en intervensjon bestående av pasienter som forbinder følelsene deres til ulike fortellinger, slik nevnt ovenfor (Cesetti et al., 2017). Cecetti et al. (2017) konkluderte at det økte velvære og søvnkvalitet. Ut ifra det vi vet fra tidligere, er at økt velvære og økt søvnkvalitet kan redusere symptomer på angst og depresjon. Interpersonlig terapi tar for seg relasjoner hos eldre fra den nærmeste tiden og det rundt som omhandler det, eksempelvis rollekonflikt og tap av relasjoner (Kvaal, 2014, s. 445). Chau et al. (2021) omtaler tap av relasjoner og sosiale endringer som en av risikofaktorer for depresjon og angst hos eldre. En annen risikofaktor er søvnproblematikk (Chau et al., 2021).

### **5.2.6 Hvordan sykepleier kan bidra med å redusere søvnproblematikk**

Søvnvansker henger sammen med depresjon, både som et symptom og en risikofaktor (Chau et al., 2021; Kvaal, 2014). Det kan være flere grunner til at eldre på sykehjem med angst og depresjon har søvnforstyrrelser. Vi har erfart at det ofte kan skyldes følelse av frykt eller sorg som kan trigge dette. Med dette mener vi at eldre holder seg våken med frykt om usikker framtid, helseangst, samt savn av nære relasjoner. Eldre på sykehjemmet kan ha erfart å miste en eller flere viktige personer gjennom sitt liv, og kan da kjenne på følelser som tap, ensomhet, sorg og nedstemthet.

Andre grunner til søvnforstyrrelser er følelsen og frykten av det ukjente. De fleste har hatt ett hjem bestående av kjente omgivelser store deler av livet. Der kan føles skremmende ut å innfinne seg i å sove på en institusjon, med ukjente lyder fra korridoren, eller at helsepersonell kommer innom å sjekke hvordan det går. Ut ifra dette ser vi viktigheten med å ha en god relasjon mellom sykepleier og pasient, slik at nettene på sykehjemmet oppleves som en tryggere situasjon for pasienten. I noen tilfeller vil det være vanskelig å vite hva som kom først av søvnproblemene, og angsten og depresjonen (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 361).

Forskningen utført av Chau et al. (2021) tilsier at depresjon er forventet å øke når søvnproblematikken øker (Chau et al., 2021). Når man blir eldre kan man oppleve endringer i søvnrutinen, som for eksempel kan resultere i innsovningsproblemer eller mindre dyp søvn (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 354). Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om søvnforstyrrelser for å kunne utøve helsehjelp med de rette tiltakene. Et

av tiltakene for å redusere søvnforstyrrelser kan være å tilrettelegge sovemiljøet, sørge for at pasienten føler seg trygg og bistå pasienten med å opprettholde rutiner, også kalt søvnrestriksjon. Andre tiltak kan være medikamentell behandling. Sovemedikamenter kan være et nyttig hjelpemiddel for flere, men kan igjen gi en følelse av tretthet dagen derpå, samt lavt blodtrykk som gir større risiko for fall (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 366). Pasienter med smerter kan ha god effekt av smertestillende medikamenter i forkant av legging (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 365).

Når dette er sagt, kan søvnproblemer kan medføre mindre overskudd samt mindre energi til å være sosial med andre (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 361). Vi har forstått viktigheten med både sosialisering, og fysisk aktivitet når det gjelder å ivareta eldre med angst og depresjon. Mindre overskudd og lite energi kan føre til redusert fysisk aktivitet, samt funksjon. Med utgangspunkt i dette tenker vi at dersom pasienten har god søvnkvalitet, vil pasienten få forutsetning for en bedre hverdag. Ved å ivareta eldre med angst og depresjon, er en god hverdag grunnleggende (Bastøe & Frantsen, 2019, s. 362-366).



## 6 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra med å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem. Ved å ta i bruk sin kompetanse kan sykepleiere iverksette tiltak som bidrar med for å ivareta pasienter med angst og depresjon.

Samhandling mellom sykepleier og pasient er avgjørende i utøvelsen av sykepleie. Ved å ha en god relasjon, kan det være lettere å motivere pasienten til å delta i gruppeaktiviteter eller andre sosiale sammensetninger. Intervensjoner hvor de deler fortellinger fra sitt liv med hverandre har vist å ha god effekt hos pasientgruppen. Det har også vist seg at fysisk aktivitet bidrar med å redusere angst og depresjonssymptomer hos eldre.

Legemidler er en vanlig del av behandlingen hos disse pasientene. Vi har sett at flere pasienter på sykehjem er feilmedisinert med antidepressiva og anxiolytika, og at en reduksjon av legemidlene har vist seg å være hensiktsmessig hos flere av dem. Hos andre har det vært mangel på diagnostisering som har resultert i undermedisinering. Medikamenter er også aktuelt ved smerte og søvnforstyrrelser, som kan være risikofaktorer for utvikling av angst og depresjon.

Denne pasientgruppen er sårbar og har flere risikofaktorer i utviklingen av depresjon og angst. I utøvelsen av sykepleie kan man oppleve at ressursmangel, i form av få ansatte eller dårlig tid kan påvirke helsehjelpen som blir gitt. Det er likevel yrkesetiske retningslinjer man er pliktig til å forholde seg til, slik at det ideelt sett ikke skal gå utover pasientene. I § 2-1a, *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*, viser det at kommunen er lovpålagt å utføre helsehjelp til pasienter som bor på sykehjem (brukerrettighetsloven, 1999 §2.1).

For å konkludere så ser vi viktigheten av å ivareta eldre med angst og depresjon på sykehjem. Den eldre befolkning øker, og helsebehovet blir større. Angst og depresjonssymptomene kan ofte bli forvekslet med en del av aldringsprosessen. Derfor er det viktig å være klar over at symptomene hos eldre kan opptre annerledes enn hos yngre. Sykepleier kan ivareta eldre med angst og depresjon, ved regelmessig fysisk aktivitet, gruppeaktivitet og sunn søvnhygiene, samt at arrangerte kurs på avdelingen er gunstig i den form at den styrker kompetansen hos helsepersonell slik at arbeidet får høyere kvalitet.

Blant sykepleierens mange gjøremål som bidrar til en bedre helse hos eldre med angst og depresjon, synes vi at den viktigste oppgaven er å gi dem en bedre hverdag, og dette kan gjerne være gjennom noen av de nevnte tiltakene i denne teksten.

## Referanser

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care. A practical guide* (4. utg.). Open University Press.
- Bastøe, L. K. H. & Frantsen, A.-M. (2019). Behovet for søvn og hvile. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 347- 372). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørkløf, G. H. & Barca, M. L. (2019). Depresjon. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 213-240). Aldring og helse
- brukerrettighetsloven, p.-o. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 2. juli nr. 63* Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Cesetti, G., Vescovelli, F. & Ruini, C. (2017). The Promotion of Well-Being in Aging Individuals Living in Nursing Homes: A Controlled Pilot Intervention with Narrative Strategies. *Clin Gerontol*, 40(5), 380-391.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979>
- Chau, R., Kissane, D. W. & Davison, T. E. (2021). Risk Factors for Depression in Long-term Care: A Prospective Observational Cohort Study. *Clin Gerontol*, 44(2), 112-125. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1635548>
- Dolonen, K. A. (2023, 08.03.2023). *Så viktige er sykepleierne for livskvaliteten til de som bor på sykehjem*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2023/03/ny-studie-sa-viktige-er-sykepleierne-livskvaliteten-til-de-som-bor-pa-sykehjem>
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 872-881. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3, Red.). Gyldendal norsk forlag.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Natur & Kultur.
- Harbison, A. & Mwesige, J. (2019). Meaningful Use of Antidepressants in Long-Term Care Facilities. *Annals of Long-Term Care*, 27(7), 6-10.  
<https://doi.org/doi:10.25270/altc.2019.04.00069>
- Haugan, G. (2013). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/doi:10.1111/jan.12173>
- Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74-88. <https://doi.org/doi:10.1111/scs.12028>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helmers, A.-K. B. (2018). *Sykepleiere gir pasienter beroligende midler på grunn av tidsnød*. sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2018/03/sykepleiere-gir-pasienter-beroligende-midler-pa-grunn-av-tidsnod>

- Helsebiblioteket. (2016, 03.06.2016). *4.1 Sjekklistor*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2018, 11.12.2018). *4 Kritisk vurdering*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsedirektoratet. (2018, 27 Juni 2018). *Ivareta egen helse*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/funksjonsvariablene/ivareta-egen-helse>
- Helsedirektoratet. (2019a, 02 Mai 2019). *1. Psykiske lidelser hos eldre er vanlig*. Helsedirektoratet <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/psykiske-lidelser-hos-eldre-er-vanlig#ved-mistanke-om-en-psykisk-lidelse-hos-en-eldre-person-skal-tilstanden-folges-opp-aktivt-og-ikke-bare-oppfattes-som-en-del-av-aldringen-i-seg-selv-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2019b, 02.mai 2019). *Angst hos eldre*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/angst-hos-eldre#eldre-personer-med-nylig-oppstatt-angst-bor-utredes-for-underliggende-psykiske-lidelser-som-depresjon-kognitiv-svikt-og-somatisk-sykdom>
- Helsedirektoratet. (2019c, 02 mai 2019). *Depresjon hos eldre*. Helsedirektoratet.
- Kirkevold, M. (2014). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 94-105). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 438-451). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lee, C.-C., Tseng, H.-C., Wu, L.-P. & Chuang, Y.-H. (2019). Multiple brief training sessions to improve nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding nursing care of older adults with depression in long-term care facilities. *Research in nursing&health*, 43(1), 114-121.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.21997>
- Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017). *The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial*, 70, 92-98. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- NHI. (2021, 16.08.2021). *Innleggelse i sykehjem*. NHI.  
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.). Cappelen Damm AS.
- Ranhoff, A. H. (2014). Tretthet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 360-366). Gyldendal Norsk forlag.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Gyldendal Norsk Forlag.
- Rykkje, L. & Engevik, T. (2018). *Slik kan eldre få god trening på sykehjem*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/slik-kan-eldre-fa-god-trening-pa-sykehjem>
- Slettebø, Å. (2014). *Juridiske rammer og etiske utfordringer* (2. utg.). Gyldendal Norsk forlag.
- Spigset, O. (2016a). Eldre og legemidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 333-340). Gyldendal Norsk forlag.

- Spigset, O. (2016b). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 217- 234). Gyldendal Norsk forlag.
- Strand, B. H. (2014, 13.03.2023). *Helse hos eldre i Norge*. FHI.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Sykepleien. (2014). *Beboere på sykehjem blir forsømt*. sykepleien.no.  
<https://sykepleien.no/2014/01/beboere-pa-sykehjem-blir-forsomt>
- Sykepleierforbund, N. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Sæterstrand, T. M. (2016). *Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme*. sykepleien.no. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/08/sykepleie-til-eldre-med-psykiske-lidelser-som-bor-hjemme>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torkildsen, H. (2023). *Derfor blir helsepersonell utbrent*. sykepleien.no.  
<https://sykepleien.no/meninger/2023/03/derfor-blir-helsepersonell-utbrent>
- Torvik, K. & Bjøro, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-407). Gyldendal Norsk forlag.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Tveito, M. (2020). Psykiske lidelser hos eldre. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 222-231). Gyldendal Norsk Forlag.
- Aarre, T. F. (2018). Grunnlaget for et kunnskapsbasert psykisk helsevern. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 39-53). Fagbokforlaget.

# Vedlegg

## Vedlegg 1)

| Søkeord   | Dato    | Database        | Evt. avgrensning   | Antall treff | Leste abstracter (antall) | Leste artikler (antall) | Inkluderte artikler (forfatter, årstall) |
|---|---------|-----------------|--|--------------|---------------------------|-------------------------|--|
| S1 depression (søkeord) OR depression (nøkkelord)                       | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 26,858       |                           |                         |  |
| S2 anxiety (søkeord) OR anxiety (nøkkelord)                             | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 12,949       |                           |                         |  |
| S3 = S1 OR S2   | 27/4    | CINAHL Complete | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 31, 509      |                           |                         |  |
| S4 aged (søkeord) OR aged (nøkkelord)                                   | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English    | 500,632      |                           |                         |  |
| S5 elderly (nøkkelord)  | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English     | 34,432       |                           |                         |  |
| S6= S4 OR S5  | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English     | 500,632      |                           |                         |  |
| S7 nursing role (søkeord) OR nursing role (nøkkelord)                   | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English     | 1,532        |                           |                         |  |
| S8 nursing interventions (søkeord) OR nursing interventions (nøkkelord) | 27/4-23 | CINAHL Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian               | 1,017        |                           |                         |  |

|   |             |                    |   |       |  |  |   |
|---|-------------|--------------------|---|-------|--|--|---|
|   |             |                    | English   |       |  |  |   |
| S9 nursing care<br>( <i>søkeord</i> ) OR<br>nursing care<br>( <i>nøkkelord</i> )            | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 8,327 |  |  |   |
| S10= S7 OR S8<br>OR S9  | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 9,293 |  |  |   |
| S11 nursing<br>homes ( <i>søkeord</i> )<br>OR nursing<br>homes<br>( <i>nøkkelord</i> )      | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 5,603 |  |  |   |
| S12 Retirement<br>home<br>( <i>nøkkelord</i> )  | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 19    |  |  |   |
| S13<br>Long term care<br>( <i>søkeord</i> )<br>Or<br>Long term care<br>( <i>nøkkelord</i> ) | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 5,212 |  |  |   |
| S14= S11<br>OR S12 OR 13  | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 9,263 |  |  |   |
| S15=<br>S3<br>AND<br>S6<br>AND<br>S10<br>AND<br>S14   | 27/4-<br>23 | CINAHL<br>Complete | Alder: 65+<br>2012-2023<br>Peer reviewed<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 66    |  |  | 6 |

| Søkeord  | Dato    | Database | Evt. avgrensning  | Antall treff | Leste abstracter (antall) | Leste artikler (antall) | Inkluderte artikler (forfatter, årstall) |
|--|---------|----------|---|--------------|---------------------------|-------------------------|--|
| Depression<br><i>OR</i><br>Anxiety   | 28/4-23 | PUBMED   | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 11,881       |                           |                         |  |
| Aged<br><i>OR</i><br>Elderly   | 28/4-23 |          | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 130,322      |                           |                         |  |
| Nursing role<br><i>OR</i><br>Nursing care<br><i>OR</i><br>Nursing interventions  | 28/4-23 |          | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 5,851        |                           |                         |  |
| <i>Nursing homes</i><br><i>OR</i><br>Retirement home<br><i>OR</i><br>Long term care  | 28/4-23 |          | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 6,952        |                           |                         |  |
| Depression <i>OR</i> anxiety<br><i>AND</i><br>Aging <i>OR</i> Elderly<br><i>AND</i><br>Nursing role<br><i>OR</i> Nursing interventions<br><i>OR</i> Nursing care<br><i>AND</i><br>Nursing homes <i>OR</i> Retirement home <i>OR</i> Long term care | 28/4-23 |          | Alder: 65+ år<br>2012-2023<br>Danish<br>Swedish<br>Norwegian<br>English | 3,365        |                           |                         | 3  |

