



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **ATT MÖTA ÄLDRE PERSONER MED DEPRESSIVA SYMTOM**

Distriktssköterskors erfarenheter inom primärvården

**Malin Jedborg och Lisa Vångfors**

---

Examensarbete:	15 hp Examensarbete i omvårdnad
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distrikt
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Hanna Falk

Titel (svensk):	Att möta äldre personer med depressiva symtom – distriktssköterskors erfarenheter inom primärvården
Titel (engelsk):	Meeting elderly with depressive symptoms – district nurses' experiences in primary health care
Examensarbete:	15 hp Examensarbete i omvårdnad
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distrikt
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Hanna Falk
Nyckelord:	<i>äldre, depressiva symtom, primärvård, distriktssköterska</i>

## Sammanfattning:

Bakgrund: Äldre personer utgör en växande grupp i samhället och psykisk ohälsa är en av de största folkhälsosjukdomarna. Primärvården är första linjens vård och distriktssköterskan möter äldre personer med depressiva symtom i olika vårdsituationer, det är en utmaning att uppmärksamma symtom och tillgodose omvårdnadsbehov.

Syfte: Att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.

Metod: Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer och kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Fyra huvudkategorier och 12 subkategorier framträdde. Den första kategorin var *att se personen* med subkategorierna *angeläget, skuld och skam* samt *synen på depression*. Kategorin *att skapa en relation* innefattade *personliga och professionella egenskaper, samtalen* och *samverkan*. Tredje kategorin var *att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre* med subkategorierna *tydliga och diffusa symtom, söker för andra besvär* och

*bidragande faktorer. Den sista kategorin var att hantera svårigheter i mötet med osäkerhet och oro, patientens motivation och resursbrist.*

Slutsats: Distriktssköterskors erfarenheter är att äldres psykiska hälsa är ett eftersatt område som behöver prioriteras mer. I mötet med äldre personer med depressiva symtom behöver distriktssköterskan besitta en förmåga att se personen bakom symtomen och ha rätt verktyg för att skapa en god relation. Det saknas tydliga rutiner för omhändertagandet av patientgruppen vilket genererar osäkerhet, mer kunskap och resurser behövs.

Nyckelord: *äldre, depressiva symtom, primärvård, distriktssköterska*

## Abstract

Background: Older people are a growing group in society and mental health is one of the major public health issues. Primary health care is the first line care and the district nurse meets older people with depressive symptoms in different care situations, it is a challenge to pay attention to symptoms and to meet needs of care.

Objective: To elucidate district nurses' experiences of meeting people 70 years and older with undiagnosed or diagnosed depression in primary health care.

Method: Qualitative design with semistructured interviews and qualitative content analysis with inductive approach.

Results: Four categories and 12 subcategories emerged. The first category was *to see the person* with subcategories *important, shame* and *the perception of depression*. The category *to create a relationship* involved *personal and professional qualities, the dialogue* and *team work*. The third category was *to pay attention to depressive symptoms in older people* with subcategories *clear and diffuse symptoms, other reasons for contact* and *contributing factors*. The last category that emerged was *to handle difficulties* and included *uncertainty and worry, the patient's motivation* and *lack of resources*.

Conclusion: District nurses' experiences are that the mental health of elderly people is a subordinated area that needs more priority. In the meeting with elderly people with depressive symptoms, the district nurse needs to have the ability to see the person behind the symptoms

and have the right tools to establish a good relationship. There are no clear routines for the care of the patient group, which generates uncertainty, more knowledge and resources are needed.

Key words: *elderly, depressive symptoms, primary health care, district nurse*

## Förord

Tack till vår handledare Nils Sjöström som med stort engagemang och kunnande bidragit med god handledning och stöd under utformandet av examensarbetet. Vi vill även tacka de distriktssköterskor som medverkat i studien och möjliggjort nya insikter.

# Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
<b>Åldrande</b>	<b>1</b>
<b>Psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården</b>	<b>2</b>
<b>Depression</b>	<b>3</b>
<b>Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete</b>	<b>4</b>
<b>Personcentrerad vård</b>	<b>5</b>
<b>Känsla av sammanhang</b>	<b>7</b>
<b>Tidigare forskning</b>	<b>8</b>
<b>Problemformulering</b>	<b>9</b>
Syfte	9
Metod	10
<b>Urval</b>	<b>10</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>11</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>11</b>
Tabell 1. Exempel på analysering av data	12
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>12</b>
Resultat	14
Figur 1. Huvudkategorier och subkategorier	14
<b>Att se personen</b>	<b>14</b>
Angeläget	14
Skuld och skam	15
Synen på depression	16
<b>Att skapa en relation</b>	<b>17</b>
Personliga och professionella egenskaper	17
Samtalet	18
Samverkan	19
<b>Att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre</b>	<b>20</b>
Tydliga och diffusa symtom	20
Söker för andra besvär	21

Bidragande faktorer	21
<b>Att hantera svårigheter i mötet</b>	<b>22</b>
Osäkerhet och oro	22
Patientens motivation	23
Resursbrist	24
Diskussion	25
<b>Metoddiskussion</b>	<b>25</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>29</b>
Att se personen	29
Att skapa en relation	30
Att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre	31
Att hantera svårigheter i mötet	32
Slutsats	33
Referenslista	34
<b>Bilaga 1 Forskningspersonsinformation</b>	
<b>Bilaga 2 Brev till vårdenhetschefer</b>	
<b>Bilaga 3 Intervjuguide</b>	

# Inledning

Distriktssköterskan möter äldre personer i de flesta vårdkontexter inom primärvården vilket räknas som första linjens vård. Äldre har inte sällan omfattande och komplexa omvårdnadsbehov, det fokuseras ofta på de somatiska symtomen och depressiva symtom riskerar att ses som en normal del av åldrandet. Psykisk ohälsa och depression utgör växande folkhälsoproblem både nationellt och internationellt och det finns brister inom primärvården gällande handläggningen. Många äldre personer har antidepressiv läkemedelsbehandling men saknar samtalskontakt, socialt stöd och ”faller mellan stolarna”. Det finns risk att depressiva symtom hos äldre inte uppmärksammas eller prioriteras vilket medför onödigt lidande, sänkt välbefinnande och ytterst risk för suicid. I sin yrkesroll har distriktssköterskan unika möjligheter att i mötet uppmärksamma och bekräfta patientens tankar och känslor samt utgöra en trygg kontakt i en ofta komplicerad vårdkedja. Distriktssköterskan får inte undvika att ställa frågor om den psykiska hälsan och måste ha handlingsberedskap att hantera det som framkommer i mötet. Tidigare forskning visar att distriktssköterskor ofta upplever osäkerhet i mötet med äldre personer med depression. För att kunna möta framtidens hälso- och sjukvårdsbehov hos en ökad andel äldre personer med långvarig sjukdom och/eller psykisk ohälsa behöver distriktssköterskans roll lyftas och stärkas. Det är därför viktigt att belysa distriktssköterskors erfarenheter i ämnet, mer kunskap behövs för att möjliggöra god vård.

## Bakgrund

### Åldrande

Äldre är en befolkningsgrupp som växer och en fjärdedel av befolkningen beräknas år 2030 vara över 65 år. Förväntad medellivslängd för män är idag 81 år och för kvinnor 84 år (1). Några orsaker till att åldersgruppen ökar sett ur ett befolkningsperspektiv är att färre barn föds och människor lever längre (2). Gerontologi, vetenskapen om det naturliga och normala åldrandet, är ett brett och tvärdisciplinärt ämne som syftar att undersöka åldersrelaterade förändringar som sker hos en individ och vad som påverkar hur en person åldras. Det innefattar inte endast det biologiska åldrandet utan även uppkomst av åldrandets psykiska sjukdomar (geropsykiatri) och vilken roll socialt åldrande (socialgerontologi) spelar.



Geriatrisk, läran om åldrandets sjukdomar, är en del av begreppet gerontologi och behandlar orsaker till varför symptom och sjukdom hos äldre uppstår samt diagnostisering och behandling av olika tillstånd. Den yttre miljöns betydelse, synen på den äldre personen och hans roll i samhället är också av största intresse inom gerontologin. Syftet med gerontologisk forskning är även att undersöka på vilket sätt ett gott åldrande främjas och använda kunskapen för att skapa bättre vård, omsorg och service. Åldrandet är en mycket komplex process som utgör ett samspel mellan biologi, psykologi och sociologi och påverkas av personens livserfarenhet, sjukdom och den yttre miljön (3). Åldrandet består inte enbart av de kronologiska åren som levts eftersom människan kan ha en annan ålder ur ett biologiskt, psykologiskt eller socialt perspektiv. Synen på vem som räknas som gammal har ändrats genom historien. Det finns inga tydliga gränser för när ålderdomen börjar men generellt brukar den allmänna pensionsåldern, 65 år, räknas som tidpunkt för ålderdom. Biologiskt åldrande beskrivs som något som är beroende av ärftliga faktorer och innebär en nedgång eller försämring av kroppsliga funktioner (4). Minskad ben- och muskelmassa, nedsatt hörsel och syn, nedsatt immunförsvar, minskad hjärt- och lungkapacitet och försämrade kognitiva förmågor är exempel på hur kroppen förändras när en människa blir äldre. I samband med att de mentala funktionernas reservkapacitet minskar ges sämre möjlighet att hantera sjukdomar och stress (5). Det psykologiska åldrandet belyser hur personlighet, minne, intelligens och inlärningsförmåga styr hur en person anpassar sig till livsförändringar. Socialt åldrande behandlar hur interaktioner och relationer förändras i samband med åldrandet. Det psykologiska och sociala perspektivet betonar vikten av att den som åldras genomgår en process av utveckling och förändring samt beskriver miljö som en viktig komponent. Social samvaro är betydelsefullt för den självupplevda hälsan och åldrandet innebär att samspelet med andra människor förändras vid förlust av olika sociala funktioner och roller. Ensamhet och bortgång av viktiga personer i den äldres liv inverkar också på den sociala tillvaron, likaså kroppsliga förändringar och utseende (4).

## Psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården

Psykisk ohälsa är en av de största folkhälsosjukdomarna och ungefär 20 procent av befolkningen 65 år och äldre lider av psykisk ohälsa. I samband med hög ålder riskerar psykisk ohälsa att ses som något som är normalt och hör åldrandet till (6). De vanligaste

typerna av psykisk ohälsa hos äldre är demenssjukdom och depression (4). Inom primärvården råder idag brist på geriatrisk och gerontologisk kompetens och eftersom många äldre är multisjuka med komplexa behov behövs beredskap för att uppmärksamma och bemöta patientgruppen (7). Socialstyrelsen fastslår att kravet på det psykiatriska stödet för äldre inom primärvården kommer öka och trots gällande lagstiftning finns idag stora brister i den vård som bedrivs. Äldres psykiska hälsa är inte ett prioriterat område och vårdpersonalens kompetens behöver stärkas för en god och säker vård. Det psykosociala stödet är bristfälligt, Socialstyrelsen rekommenderar därför att primärvården erbjuder psykolog- och kuratorkontakt i högre utsträckning. Äldre personer med psykiatriska besvär har oftast inte tillgång till specialistpsykiatri utan har i första hand kontakt med primärvården där kunskapen om psykisk ohälsa inte är lika stor. Det behövs samordning av kompetenser och en gemensam strategi, mottagningar med äldrepsykiatrisk specialistkompetens behöver samarbeta mer med primärvården. Psykisk ohälsa hos äldre riskerar annars att inte uppmärksammas, diagnostiseras eller behandlas korrekt och konsekvenser blir onödigt lidande samt sänkt välbefinnande (6).

## Depression

Mer än 300 miljoner människor lider av diagnostiserad depression och det är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa i världen. Symtom på depression kan vara dyster sinnesstämning, nedstämdhet, oförmåga att känna emotionellt engagemang och likgiltighet. I kombination upplever många även trötthet och kognitiv påverkan med exempelvis nedsatt koncentrationsförmåga. Depression kan ge konsekvenser för det psykiska, fysiska och sociala livet (8). En person kan under sitt liv uppleva tecken på psykisk obalans med symtom såsom oro, ångest och nedstämdhet utan att uppfylla diagnostiska kriterier för psykisk sjukdom. Funktionsförmågan kan i olika grad påverkas av de psykiska besvären men de är oftast övergående och inte så utbredda som vid diagnostiserad psykisk sjukdom utan kan vara normala reaktioner på påfrestande händelser i livet (9). För att diagnostisera depression används diagnossystemen ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) samt DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Det finns skiftande allvarlighetsgrader av depression och för att ställa diagnos krävs att vissa kriterier är uppfyllda. Symtomen ska ha varat i mer än två veckor och nedsatt energi, förlust

av självtillit, tankar på döden och skuld känslor är vanliga symtom som kan ingå. När en person får diagnosen lindrig depression påverkas funktionen i vardagen i mindre utsträckning och färre symtom i diagnostiseringskriterierna uppfylls, till skillnad från vid medelsvår och svår depression då symtomen är mer varaktiga och funktionshämmande samt risk för suicid ökar (10). En vanlig orsak till att den deprimerade personen söker vård kan vara att sömnen försämras och att fysiska smärtor uppstår, det är inte alltid de psykiska symtomen som patienten söker vård för (11). Uppskattningsvis 11-15 procent av befolkningen 65 år och äldre i Sverige lider av depression. 5-10 procent av de äldre drabbas av ångestsjukdomar som ofta förekommer samtidigt som depression och endast ungefär hälften av de äldre med diagnostiserad eller odiagnostiserad depression och ångest söker vård för det. Depression kan yttra sig på andra sätt hos äldre än hos yngre patienter, till exempel genom en mer långdragen process och inslag av kroppsliga symtom (6). Symtom på depression hos äldre kan vara långsamhet i rörelser och minnesstörningar vilket ibland feltolkas som demenssjukdom (4). Exempel på riskfaktorer för att utveckla depression hos äldre har visat sig vara demens, att vara ensamstående samt att vara i beroendeställning på grund av fysisk funktionsnedsättning (12). Behandling av depression har som mål att patienten ska få förbättrad livskvalitet (5) och bland äldre är psykofarmaka en av de mest använda läkemedelsgrupperna. Läkemedelsbehandling är vanligast till äldre personer men även psykoterapi och elektrokonvulsiv behandling (ECT) används som komplement eller alternativ. Den underdiagnostisering som finns av depression hos äldre gör att risken för suicid ökar (4) och av alla självmord begås en fjärdedel av personer som är 65 år och äldre (6). Under 2015 var det 384 personer som var 65 år och äldre som begick självmord, det är i genomsnitt en person om dagen (13). Det finns hos framför allt män över 85 år en förhöjd risk för suicid (14) och suicid är vanligare hos äldre män än hos äldre kvinnor (1). Uppskattningsvis 25 procent av alla kvinnor respektive 15 procent av alla män utvecklar någon gång under sitt liv diagnostiserad depression (10) och hos framförallt äldre kvinnor ökar konsumtionen av alkohol (14).

## Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Distriktssköterskor har i sin yrkesroll och i det dagliga arbetet inom primärvården stora möjligheter att uppmärksamma äldre personer som uppvisar depressiva symtom eller riskerar

att utveckla depression, samt koordinera omvårdnadsinsatserna (11). Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor framhåller att distriktssköterskan ska ha fördjupad förståelse för hur individens hälsa påverkas av bland annat ålder och åldersrelaterad ohälsa samt ska verka för att skydda och främja individens hälsa under hela livet. Distriktssköterskan ska ha kännedom om att de omgivande faktorerna såsom familj, sociala nätverk, närmiljö och samhällsliga strukturer på nationell och internationell nivå påverkar folkhälsan. Vilka psykosociala faktorer som påverkar hälsan behöver också uppmärksammas av distriktssköterskan i mötet med patienten (15). Distriktssköterskan har en akademisk specialistsjuksköterskeexamen med uppdrag att bland annat ansvara för att inom primärvården leda och utveckla omvårdnadsarbetet. Distriktssköterskan ska göra avancerade bedömningar av vårdbehov samt arbeta ur ett holistiskt förhållningssätt med flexibilitet och handlingsberedskap. Vårdinsatserna ska vara baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet och individens resurser ska uppmärksammas och tillvaratas så att hälsa återställs och lidande lindras. Distriktssköterskans kärnkompetenser är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informations- och kommunikationsteknologi. Kärnkompetenserna är grundläggande för att planera, utföra, utvärdera och vidareutveckla omvårdnad i en föränderlig värld (16, 17).

## Personcentrerad vård

Personcentrerad vård anses både nationellt och internationellt beskriva humanistisk och god omvårdnad och begreppet personcentrerad vård utarbetades ursprungligen inom äldrevården (18). Personcentrerad vård har personalismen som filosofisk grund och betonar att en person är en varelse med värdighet, självrespekt och kännedom om sig själv. Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård betyder att patienten ses som en person som är mer än sin sjukdom. I praktiken innebär det en process där människans livskraft och möjligheter tillvaratas trots ohälsa och personcentrerad vård utgår från den enskilda individen oavsett åldersgrupp. Sjukdom och ålder är mindre intressant eftersom det är personens egna upplevelser och livsvärld som är i centrum. Förutsättningen och utgångspunkten för att bedriva personcentrerad vård är att tillvarata och lyssna till patientberättelsen. Patienten är en person med känslor, tankar, förutsättningar, viljor, resurser, hinder och motiv. Vårdpersonal måste lyssna till personens egen beskrivning av sina upplevelser, endast då kan en utomstående försöka sätta sig in i hur

symtomen påverkar vardagen. Självrespekten och värdigheten ska bekräftas och patientberättelsen speglar en persons identitet. Vid åldrande och sjukdom kan den egna identiteten hotas och vårdpersonal behöver då hjälpa personen att rekonstruera identiteten. För att kunna uppleva mening och en sammanhållen helhet behöver livshistorien berättas för den aktivt lyssnande vårdaren. När vårdpersonal och patient formulerar en relation och överenskommelse samt utbyter information skapas ett partnerskap, det är den mest centrala delen i personcentrerad vård och består av ömsesidigt beroende och respekt för varandras kunskap. Partnerskapet innefattar ett teamarbete där en personlig hälsoplan formuleras i samråd med patient, närstående och andra vårdaktörer. Identifiering av resurser och risker i livsberättelsen ligger till grund för hälsoplanen som revideras kontinuerligt och innefattar mål och delmål. För att säkerställa personcentrerad vård måste partnerskapets överenskommelser dokumenteras utifrån ett helhetsperspektiv i en patientjournal som patienten har insyn i, kontrollen och delaktigheten främjas då (19, 20). I vården av äldre personer leder sjuksköterskan hälsoarbetet utifrån personens livsberättelse som innefattar vem personen varit och är idag, hens vanor, behov och personlighet. Genom att arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt främjar sjuksköterskan att den äldre personen kan vara medbestämmande och delaktig i vården som bedrivs samt behålla kontrollen över sitt liv och sin tillvaro. Studier har visat att ett personcentrerat förhållningssätt inom äldrevård och framförallt vård av demenssjuka kan leda till ökat välbefinnande och större delaktighet i meningsfulla aktiviteter (18). Vid demenssjukdom är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar personcentrerat för att se personen bakom sjukdomen och förstå psykiska symtom och beteenden. På så sätt kan individanpassade omvårdnadsplaner utarbetas för att tillgodose behov hos personen med demenssjukdom (21). Ett personcentrerat arbetssätt kan också innebära att närstående är mer nöjda med vården och omsorgen av den äldre personen. Bland personer med psykisk ohälsa kan minskade depressiva symtom och ångest vara effekter av ett systematiskt personcentrerat förhållningssätt (18). Inom Västra Götalandsregionen finns mål för hur primärvården ska utvecklas och förbättras, personcentrerad vård och implementering av personcentrerat arbetssätt är ett viktigt delmål då det fortfarande finns brister i vården som bedrivs, bland annat i stödet till personer med psykisk sjukdom (22).

## Känsla av sammanhang

I samband med åldrandet riskerar känslan av meningsfullhet och hanterbarhet att minska till följd av brist på socialt nätverk, försämrade livskvalitet samt avtagande funktionsförmågor och sjukdom. Äldre personer riskerar att uppleva minskat psykiskt välbefinnande och depressiva symtom till följd av förändrad livssituation i samband med åldrandet. Förlust av kroppsliga och kognitiva funktioner kan medföra minskad delaktighet i samhället och social isolering. Som del i ett hälsosamt åldrande nämns ofta meningsfulla aktiviteter och social gemenskap som viktiga områden i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för äldre. Grundläggande för ett gott åldrande med bevarad psykisk hälsa är att uppleva känsla av sammanhang (KASAM) i stor uträkning (23). Forskning har visat att det finns samband mellan upplevd KASAM och depression hos äldre. Brist på KASAM kunde orsakas av bland annat ensamhet, att inte ha spenderat tillräckligt med tid med sina barn och barnbarn och att ha flyttat under de senaste fem åren. Genom att använda metoder för att stärka den äldres egna resurser kan suicid förebyggas (24). KASAM utgår från ett salutogent synsätt som efterfrågar vilka faktorer som främjar hälsa istället för det patogena synsättet som fokuserar på sjukdomsdiagnoser och varför sjukdom uppstår. Begreppet KASAM är uppbyggt av tre beståndsdelar. Begriplighet, som är den första beståndsdel, innebär att de olika sammanhang som en människa befinner sig i upplevs som strukturerade och sammanhängande i motsats till oförklarliga och kaotiska som personen inte kan förstå sig på. Den andra beståndsdel är hanterbarhet och innefattar vilka resurser som finns för att hantera olika omständigheter i livet. Personens egna, inre resurser kan vara förutsättningar kopplade till personlighet samt förmåga att hantera påfrestande situationer i livet. Copingförmågan, förmågan att hantera svårigheter och motgångar, påverkas av personens förmåga att uppleva KASAM. Exempel på yttre resurser kan vara vänner, kollegor och sjukvård och bidrar till att situationer i livet blir mer hanterbara. För att kunna uppleva en hög hanterbarhet krävs hög begriplighet. Den tredje och sista beståndsdel är meningsfullhet och beskriver vikten av att känna engagemang och mening i livet och i olika sammanhang, det är den viktigaste beståndsdel och behövs för att upprätthålla de andra. De tre är beroende av varandra och personer som upplever att de har samtliga komponenter upplever KASAM i stor uträkning. Personer kan ha stor erfarenhet av livssituationer men inte känna någon delaktighet vilket gör att KASAM minskar, de med låg KASAM har mindre benägenhet att hantera svåra situationer (25).

## Tidigare forskning

Sjuksköterskor inom primärvården talar inte alltid om humör och nedstämdhet med patienter, antingen på grund av att de inte känner att de har tillräcklig kunskap eller tycker att det är deras skyldighet (26-30). I en studie blev patienterna ofta hänvisade vidare till läkare till följd av osäkerhet hos sjuksköterskorna (30) som dock tyckte att det var viktigt att vara alert och uppmärksam på depressiva symtom (29, 31). I tidigare kvalitativa studier framkom att äldre personer med depression inte alltid pratade med sin läkare om symtomen på grund av tidsbrist och patienterna ansåg inte att det var lämpligt att tala om sin psykiska ohälsa, de bagatelliserade symtomen och ville inte vara till besvär. Sjuksköterskor hade en unik möjlighet i sin yrkesroll och relation med patienten att tidigt uppmärksamma tecken på depression hos äldre personer, de hade mer tid att erbjuda så att patienten själv vågade ta upp ämnet även om det var svårt att prata om. Ibland var det dock svårt för sjuksköterskorna att närma sig ämnet på grund av det stigma som omger psykisk ohälsa, de ville inte kränka patientens integritet. Ett hinder för att de äldre skulle söka hjälp verkade vara att de inte ville bli dömda av vårdpersonalen (29, 31, 32). Första mötet mellan distriktssköterska och patient var grundläggande för att relationen skulle bli präglad av tillit (26, 29, 33). Det poängterades att när distriktssköterskan var patientens advokat möttes de på en jämlik nivå där distriktssköterskan stod upp för patientens intressen och behandlade hen med respekt. Det var viktigt att vara medveten om sina egna föreställningar och kunna erkänna sina brister för att skapa goda förutsättningar i mötet (33). Personer med kroniska somatiska sjukdomar uppfattades ha högre sårbarhet för att utveckla depression (31). Andra ord än just depression och ångest användes av de äldre patienterna, det kunde försena upptäckt och diagnostisering (31, 32). Sjuksköterskorna kunde i en studie ibland känna att de fick anpassa språket och avdramatisera samtalen om psykisk ohälsa då de inte ville skrämja patienterna med ordet "depression", metaforer användes istället (31). Många äldre verkade själva anse att de depressiva symtomen var normala efter omständigheterna och till följd av åldrandet. Depressiva symtom kunde av de äldre tolkas som tecken på svaghet. För sjuksköterskorna kunde det vara svårt att motivera medicinering av symtom som troligtvis utmynnat ur ensamhet, skvalt socialt nätverk eller ekonomiska problem (31, 32), känsla av vanmakt och att inte kunna göra mer åt omgivande sociala faktorer uttrycktes (32). Att arbeta med äldre multisjuka patienter ansågs komplext och mångfacetterat eftersom det ibland var svårt att avgöra vad som var "normalt" gällande känslor av nedstämdhet, hopplöshet och ensamhet

(28-32). Sjuksköterskor kunde ibland ha svårt att veta var gränsen gick för att symtomen skulle klassas som depressiva. På grund av det blev fingertoppskänsla och god kännedom om patientens habitualtillstånd viktigt (29, 31, 32).

## Problemformulering

Forskning visar att det finns bristande kunskap och osäkerhet hos distriktssköterskor i mötet med äldre personer med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården. Primärvården räknas som första linjens vård, äldre personer utgör en växande grupp i samhället och psykisk ohälsa är en av vår tids största folkhälsosjukdomar. Det finns risk att äldre förbises och att depressiva symtom anses vara en normal del av åldrandet, brist på känsla av sammanhang (KASAM) kan öka risken för att utveckla depression och distriktssköterskor står inför utmaningen att möta omvårdnadsbehoven. Föreliggande studie fokuserar på personer 70 år och äldre. Distriktssköterskan möter dem i många olika vårdssituationer och har stora möjligheter att uppmärksamma symtom samt bekräfta och hjälpa. Forskning visar att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vid utformandet av omvårdnadsåtgärder kan möjliggöra att den äldre ses som en individ med resurser som tillvaratas, på så sätt kan KASAM stärkas och suicid förebyggas. Få studier är gjorda de senaste tio åren och berör inte distriktssköterskans roll i att möta äldre personer med depression inom primärvården i Sverige, mer forskning behövs för att öka kunskapen och förbättra omvårdnaden.

## Syfte

Att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.



## Metod

En semistrukturerad intervjustudie med deskriptiv, kvalitativ design ansågs som lämplig metod utifrån studiens syfte. Genom att låta forskningspersonen berätta med egna ord får forskaren ta del av förstahandsinformation från personer som har upplevelser och erfarenheter av det som ska studeras. Resultaten från beskrivande och kvalitativa studier kan bidra till ökad förståelse för fenomenen i människors livsvärld genom att fokusera på det unika i personers erfarenheter av ett fenomen genom deras berättelser (34).

## Urval

I enlighet med Polit & Beck (34) användes ett litet, relevant, icke slumpmässigt urval vilket är brukligt i kvalitativa studier eftersom varje deltagare ses som en rik informationskälla. Målet var att generera tillräckligt mycket insikt i det som skulle studeras. Ett strategiskt urval gjordes utifrån studiens syfte och design och inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara distriktssköterskor inom primärvården i Göteborg med minst sex månaders erfarenhet och möta personer 70 år och äldre i sitt dagliga arbete (34). Inbjudan om att delta i studien skickades ut via mail till vårdenhetschefer på 24 offentliga och 13 privata vårdcentraler i Göteborg, totalt 37. Kontaktuppgifterna hämtades från enheternas hemsidor på internet. Forskningspersonsinformation samt brev gällande studiens syfte och genomförande bifogades till vårdenhetscheferna (se bilaga 1 och 2). Tretton vårdenhetschefer svarade via mail att de godkände enhetens medverkan och lämnade därmed skriftligt informerat samtycke. De vidarebefordrade informationen till distriktssköterskor på enheten som svarade an till urvalskriterierna. Tolv vårdenhetschefer tackade nej och 12 svarade inte trots två kontaktförsök via mail. Åtta distriktssköterskor, sex från fyra privata och två från två offentliga vårdcentraler valde att delta i studien. På två av de privata vårdcentralerna som medverkade intervjuades två distriktssköterskor vardera. Åldern på deltagarna varierade mellan 30-56 år (medelålder 41,5 år) och antal år som distriktssköterska mellan 0,5-26 år (i genomsnitt 10 år), samtliga var kvinnor. Deltagarna hade arbetat mellan 0,5-30 år (i genomsnitt 8 år) inom primärvården och 0,5-10 år på nuvarande arbetsplats (i genomsnitt 3 år). En distriktssköterska hade även en annan specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot intensivvård. Tre distriktssköterskor arbetade på äldremottagning på vårdcentralen.

## Datainsamling

I studien användes individuella semistrukturerade intervjuer. Polit & Beck (34) beskriver intervjuer som den vanligaste datainsamlingsmetoden i kvalitativa studier eftersom forskningspersonernas berättelser kan ge bredd och djup som ökar förståelsen för det studerade fenomenet. I enlighet med Polit & Beck (34) var det viktigt att intervjuaren var en god lyssnare och försökte skapa en tillitsfull och respektfull relation. Inför intervjun försäkrades att deltagarna läst och förstått den skriftliga informationen och de fick även muntlig genomgång angående studiens syfte och genomförande. Utrymme gavs för frågor och muntligt informerat samtycke inhämtades. Vid intervjutillfället närvarade en författare och fyra intervjuer genomfördes per författare. Intervjuerna ägde rum under september och oktober 2017 på en avskild plats på distriktssköterskornas egna arbetsplatser under arbetstid enligt överenskommelse. Platsen för intervjun valdes med omsorg för att deltagarna skulle känna sig trygga att tala fritt utan att bli störda av omgivande faktorer. Deltagarna fick tala fritt och en intervjuguide med övergripande öppna och utforskande frågor användes för att data som framkom skulle svara an till syftet. Följdfrågor ställdes för att ge möjlighet att utveckla svaren och ge djupare förståelse. För intervjuguide, se bilaga 3. Materialet spelades in via ljudupptagning och intervjuerna pågick i 11-32 minuter (i genomsnitt 16 minuter). Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället (34).

## Dataanalys

Manifest kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod. När kvalitativ data ska analyseras behöver den struktureras och brytas ned i mindre beståndsdelar samt organiseras för att generera djupare förståelse för materialet. Polit & Beck (34) menar att på så vis kan nya insikter skapas, innehållsanalys lämpar sig därför väl för ändamålet. Innehållsanalys används ofta i deskriptiva, kvalitativa studier. Som första steg i analysprocessen lästes de transkriberade intervjuerna av båda författarna i sin helhet flera gånger för att få en överblick och helhetsförståelse samt bli känd med materialet. Ingen förutbestämd teori låg till grund för studien varför induktiv ansats ansågs lämplig jämfört med deduktiv ansats. Texterna betraktades med tålmod och öppenhet samt med strävan efter att inte låta förutbestämda åsikter påverka analysen. Därefter, i enlighet med Polit & Beck (34), organiserades texterna

utifrån frågeställningarna “vad är det här?”, “vad säger texten?”, “vad är det här likt, vad är det inte likt?” (34). Fokus låg på det manifesta innehållet, det vill säga det uppenbara, beskrivande och synliga i texterna. Latent innehåll handlar istället om det underliggande och dolda i texten på en djupare, mer tolkande nivå. Meningsbärande enheter som svarade an till studiens syfte plockades ut, kondenserades och abstraherades genom att erhålla en specifik kod. I analysprocessen ingick konstanta jämförelser mellan skillnader och likheter i materialet. Det fördes en ständig diskussion för att säkerställa att koderna inte kunde passa in i flera olika kategorier, två kategorier fick heller inte överlappa varandra. En kategori svarar på frågan *vad?* och genomsyrar alla underliggande koder (35). Som Graneheim & Lundman (35) framhåller var analysfasen en dynamisk process som innebar att växla mellan att se texterna som delar och en helhet. Forskarna strävade efter att vara objektiva och fånga innebörden i materialet. För att förmedla deltagarnas erfarenheter användes citat i resultatet. Under hela analysfasen diskuterade författarna datas relevans utifrån syftet och jämförde uppfattningar och förståelser med varandra tills samstämmighet uppnåddes (35). I enlighet med Polit & Beck (34) sattes delarna samman i analysens sista fas och materialet sågs återigen som en integrerad helhet. Se tabell 1 för exempel på analysring av data.

**Tabell 1. Exempel på analysring av data**

<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Kondenserad meningsbärande enhet</i>	<i>Kod</i>	<i>Subkategori</i>	<i>Huvudkategori</i>
Ja, det utmanande är ju att, dels tids...att man kan känna att man har tidsbrist. Eller att man har tiden emot sig.	Man har tidsbrist, tiden emot sig	Tid	Resursbrist	Att hantera svårigheter i mötet

## Forskningsetiska överväganden

Det finns fyra huvudprinciper för god forskningsetik gällande forskning som avser människor: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet

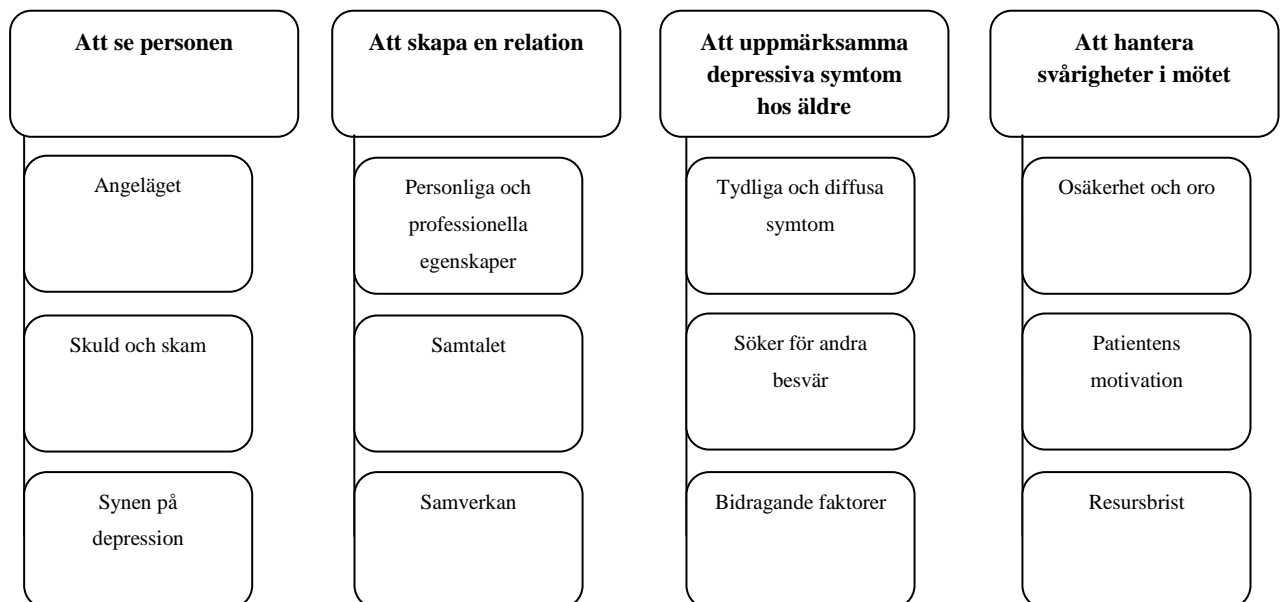
(36). För att uppnå informationskravet och samtyckeskravet gjordes etiska överväganden och utformandet av forskningspersonsinformation utifrån Etikprövningsnämndens vägledning för forskningspersonsinformation samt ansökan om forskning som avser människor. All forskning kräver informerat samtycke och frivillighet varför forskningspersonerna informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte och tillvägagångssätt. God forskningsetik fastslår att det alltid ska ges möjlighet för forskningspersonen att ställa frågor varför utrymme gavs inför intervjun (37). Information gavs även om att det var helt frivilligt att medverka, samt att hen när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan motivering eller konsekvenser, på så sätt säkerställdes att informationskravet och samtyckeskravet uppfylldes. Informerat samtycke inhämtades muntligen av deltagaren och skriftligen av vårdenhetschefen inför intervjutillfället (36-38). I enlighet med konfidentialitetskravet och nyttjandekravet fick deltagarna information om att deras integritet skyddades genom att allt insamlat material avidentifierades och försågs med en kod, på så vis kunde det ej kopplas till forskningspersonen. All insamlad data förvarades oåtkomligt för obehöriga, användes endast för studien och förstördes efter studiens slut. Deltagarna informerades om vad materialet skulle användas till och syftet med examensarbetet (36). Forskningspersonerna i studien var yrkesutövare och ombads svara på frågor som rörde deras arbete. Frågorna berörde endast deras egna professionella erfarenheter av ämnet och riskerade därför inte att skada någon annan. Intervjuerna genomfördes på arbetstid på deltagarnas egna arbetsplatser i en miljö de kände sig trygga i. För forskningspersonsinformation, se bilaga 1.

Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor betonar vikten av att mänskliga rättigheter alltid ska beaktas i forskningssammanhang och forskning får endast genomföras med respekt för människovärdet. Den goda viljan och önskan om att få information av vetenskapligt värde får aldrig riskera skada forskningspersonen (39) och nyttan med studien vägdes därför noga mot eventuella risker för intervjudeltagarnas integritet, hälsa och säkerhet innan datainsamling påbörjades (38). Eventuell risk som skulle kunna uppstå för deltagarna var att ämnet upplevdes som känslomässigt påfrestande på ett personligt och/eller professionellt plan och väckte känslor av obehag. Ytterligare nackdelar skulle kunna vara att intervjuerna medförde stress för distriktssköterskorna samt att de upptog tid från patientarbetet. Nyttan med studien kan vara att personerna som intervjuades fick möjlighet att

fritt uttrycka tankar samt bidra med sina erfarenheter. Studien kan leda till ökad kunskap om ämnet och användas av distriktssköterskor och studenter i utbildning eller förbättringsarbete. Med de etiska övervägandena i åtanke gjordes bedömningen att risker som identifierats för deltagarna understiger eventuell nytta av studiens resultat.

## Resultat

Dataanalysen resulterade i fyra huvudkategorier och tolv subkategorier. Huvudkategorierna var: Att se personen, att skapa en relation, att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre och att hantera svårigheter i mötet. Se figur 1 för presentation av kategorier och subkategorier.



**Figur 1. Huvudkategorier och subkategorier**

### Att se personen

#### Angeläget

Depressiva symtom hos äldre är ett vanligt förekommande problem som ökar, äldre är en utsatt grupp som ofta glöms bort och måste prioriteras mer. En distriktssköterska menade att yngre personer med misstänkt eller diagnostiserad depression oftast får snabbare och mer

omfattande hjälp än äldre eftersom deras situation ger större ekonomiskt bortfall för samhället. Att lyfta äldre personers utsatthet och psykiska ohälsa uppfattades som viktigt, angeläget, intressant och värdefullt.

*...det är ju väldigt viktigt... eh, ämne, för det är ju... stor del av den, eh, äldre generationen som mår dåligt (Intervjuperson 4).*

Diskussion och ökad medvetenhet i både samhället och hälso- och sjukvården ansågs behövas. Två av distriktssköterskorna uttryckte att det var roligt att arbeta med äldre personer och en beskrev att hon ömmade särskilt för vissa patienter och tänkte mycket på hur det gick för dem. Hon berättade att äldre personer kunde uttrycka livsleda och brist på meningsfullhet relaterat till hög ålder och sjukdom. Det beskrevs som viktigt att ha tillgång till en distriktssköterska med särskild kompetens och ansvar för de äldre. Ett förslag var även att en distriktssköterska med särskild kompetens och intresse av psykisk ohälsa skulle kunna rikta in sig på att uppmärksamma äldre personer med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.

*...då var ju hon nedstämd och ledsen för hon kände att livet rann henne ur händerna och hon kunde liksom verkligen ta på det och beskriva det. Och liksom... och ha den här livsledan och säga att liksom "det här är inte meningsfullt längre" och "varför ska jag leva när jag är så här gammal, när jag blir såhär sjuk?" och det är naturligtvis svårt att sopa bort (Intervjuperson 8).*

### **Skuld och skam**

Distriktssköterskorna uppmärksammade att många äldre personer med misstanke om eller konstaterad diagnos depression upplever känslor av skuld och skam och inte vill besvära anhöriga.

*Eh, sen så kan det ju vara andra saker som begränsar dem, att de kanske... eh... de kanske tycker det är lite skämmigt eller att de inte vill berätta att de inte mår bra (Intervjuperson 5).*

En av distriktssköterskorna uttryckte att ämnet depression kändes svårt, laddat och komplext och att det inte var lätt att närma sig ämnet, därför visste hon inte alltid hur patienten skulle reagera när hon frågade om det psykiska måendet. Vissa patienter uppfattades ha hög integritet och pratade lite om sina bekymmer, då krävdes att distriktssköterskan jobbade mer med personen. Andra uppfattades ha lättare för att prata.

*...man vet aldrig riktigt hur den personen reagerar, man vet inte hur man ska säga det ibland eller hur man ska fråga (Intervjuperson 7).*

### **Synen på depression**

Distriktssköterskorna noterade att depressiva symtom ofta uppfattas som något normalt i samband med åldrandet, både i samhället överlag men även av äldre och deras anhöriga. De äldre uppfattades acceptera sina depressiva symtom alltför lättvindigt. Symtomen förklarades ofta av patienterna som naturliga konsekvenser av åldern eftersom det inte var kul att bli gammal och de kämpade inte för att bli hörda. Vissa patienter överdrev dock symtomen av rädsla för att inte bli trodda eller tagna på allvar.

*...för vissa tänker nog att "ja men när man blir äldre då är man väl inte så, va, det...". Dels tror jag att de själva tänker så "ja ja men det är ju inte så kul att bli gammal" eller sådär. Men man accepterar nog lite för mycket... (Intervjuperson 5).*

Äldre personer fick inte alltid frågan om den psykiska hälsan och distriktssköterskorna glömde ofta ta upp ämnet vid besök för andra orsaker. Det var vanligt att äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression erhöll läkemedelsbehandling, nästan alla äldre

uppfattades ha antidepressiv medicinering. Det ansågs som en alltför enkel lösning och väldigt få fick hjälp av psykolog. Föreställningar om att det är naturligt att vilja dö när man är gammal existerar, risken finns att depressiva symtom hos äldre inte uppmärksammas som något sjukligt.

*Och sen är det alltid svårt det här när en ung person säger att de vill dö så reagerar man ju alltid men om en äldre person säger att de vill dö så är det mer att man blir lite... att det är lätt att liksom bara "ja ja, det vill väl alla i den åldern" (Intervjuperson 6).*

## Att skapa en relation

### **Personliga och professionella egenskaper**

För att skapa en god relation med patienten var det viktigt att besitta mod och inte försumma frågan om den psykiska hälsan. Några poängterade att det var nödvändigt att öppna upp för samtal och visa att ämnet var okej att prata om. Svåra frågor fick inte undvikas. Det betonades dock att distriktssköterskan fick vara beredd på svaret och kunna hantera det, vad som än framkom, och våga möta patientens blick.

*Nej men framförallt att man vågar fråga, det är ju jätteviktigt och då liksom visar patienterna att det här är okej, det är någonting som är okej att prata om (Intervjuperson 6).*

Distriktssköterskorna beskrev även kunskap om depression och psykisk ohälsa hos äldre som väsentlig faktor för att kunna bemöta patienten på ett bra sätt. Några uttryckte att det var viktigt att besitta förmågan att skapa en förtroendefull relation präglad av kontinuitet, respekt och tillit samt att lyssna aktivt och bekräfta utan att forcera eller tvinga fram svar. Värdefulla egenskaper hos distriktssköterskan kunde vara att verkligen se individen och ha ett genuint intresse för personen samt besitta empati. En förmåga att förmedla hopp, vara stöttande, tillgänglig och erbjuda hjälp men även hålla professionell distans i mötet framhölls också. Att vara trygg som distriktssköterska, gå på sin magkänsla och vara närvarande i mötet ansågs



betydelsefullt samt att tänka i ett bredare helhetsperspektiv och lyfta fram patientens egna resurser. Det var nödvändigt att rannsaka sig själv och vara medveten om egna brister samt göra så gott det går utifrån förutsättningarna.

*Och bekräfta att de mår dåligt. ”Ja jag ser att, jag hör och ser att du inte mår bra”  
eh...försöka förmedla hopp. För det har de ofta förlorat (Intervjuperson 1).*

### **Samtalet**

Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att våga ställa ingående frågor om patienternas mående för att göra sig en så god bild av situationen som möjligt och vilka konsekvenser de depressiva symtomen fick i vardagen. De behövde kunna göra avancerade bedömningar och försöka komma fram till lösningar som gagnade patienten.

*...men att man försöker forska lite i ”vad är det som gör situationen som den är nu?”  
(Intervjuperson 4).*

En god samtalsmetodik med motiverande samtal och öppna frågor ansågs nödvändig för att möta patienten och bedöma omvårdnadsbehoven. Flera distriktssköterskor använde sig av frågeformulär som en del i kartläggningen av patientens symtom och tecken, screeninginstrument användes ibland men inte strukturerat eller rutinmässigt eftersom de inte alltid ansågs lämpliga eller användbara. En poängterade att hon ofta behövde fråga vidare och inte nöja sig med första svaret för att få patienten att berätta. Hon beskrev att det var väsentligt att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och ge patienten verktyg att hantera situationen.

*Och att försöka få dem att berätta och mycket öppna frågor som “hur menar du då, hur tänker du på det?” och även liksom låta dem berätta (Intervjuperson 5).*

## Samverkan

En första bedömning av patientens depressiva symtom gjordes i många fall av distriktssköterskan och ofta bokades även ett nytt besök till henne själv för uppföljning eftersom hon kunde göra mycket för patienten. Distriktssköterskan kunde fungera som en konsult och ha en samordnande funktion för omvårdnadsinsatserna. För att hjälpa patienten på bästa sätt var det viktigt att ta hjälp av andra kompetenser, till exempel vid behov boka in besök till läkare och psykolog samt utbyta erfarenheter kollegor emellan och stödja varandra. Två distriktssköterskor önskade att det fanns fler psykologer inom primärvården att hänvisa äldre patienter till och det nämndes även att en psykiatriresurs vore bra att ha som stöd.

*...att man också använder sig av läkarkollegor...läkare och sjuksköterskor. Att man hjälper varandra lite grann i "vad är din erfarenhet, hur hade du bemött, vad är din..., har du träffat nåt såhär...?" (Intervjuperson 1).*

I de fall patienten hade hemtjänst eller hemsjukvård behövde samarbetet förbättras. Vid akut suicidrisk poängterades vikten av att hänvisa patienten till psykiatriakuten. Det var värdefullt att samverka med patientens anhöriga men även uppmärksamma när deras börda blev för tung. Sociala aktiviteter och resurser i närområden såsom grupper för äldre och kyrklig verksamhet kunde användas som komplement till omvårdnadsåtgärder som primärvården erbjöd.

*...man försöker penetrera och se om de vill ha någon att prata med...det finns ju kyrkan, kan ju, är ju mycket samtalsgrupper och så och man kanske kan ge lite olika förslag (Intervjuperson 2).*

## Att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre

### Tydliga och diffusa symtom

Distriktssköterskorna beskrev att vissa patienter var öppna med att de var ledsna, nedstämda, ångestfyllda eller inte mådde bra. Patienten kunde även vara märkbart förändrad och uppvisa till exempel misstänksamhet eller tappa fotfästet helt i sin tillvaro. Det uttrycktes att de depressiva symtomen ofta gav konsekvenser och påverkade vardagen, bland annat hade de svårt att klara dagliga sysslor såsom att betala räkningar, städa och sköta hygien. När en patient hade tydliga depressiva symtom kunde det visa sig via ansiktsmimik, rörelsemönster, gråtmildhet och kognitiva svårigheter, till exempel påverkat språkbruk eller minnessvårigheter som behövde utredas. Tydliga depressiva tecken hos äldre kunde även vara att de uttryckte funderingar på att inte vilja leva och hade sömntabletter hemma som en utväg om livet blev för tungt. I de fall patienten inte hade tydliga, klassiska tecken på depressiva symtom beskrevs det att symtomen kunde vara mer ospecifika och diffusa.

*Eh, och vissa är ju öppna med att de är ledsna, eller de kanske inte säger rakt ut att de mår psykiskt dåligt. Men det... man kan tolka det som det, det visar sig som det (Intervjuperson 4).*

Äldre patienter kunde uppvisa andra symtom och tecken på depression jämfört med yngre. Ofta sa de inte rakt ut att de inte mådde bra men distriktssköterskorna kunde tolka det som tecken på depression. Distriktssköterskornas erfarenheter var att äldre personer med misstänkt eller konstaterad depression ofta uttryckte att ingenting kändes roligt längre, allt kändes jobbigt och de uppvisade någon form av lidande. Det var viktigt att uppmärksamma skyddsfaktorer i den äldres liv. Att göra en noggrann riskkalkyl gällande suicid och ha handlingsberedskap och förmåga att hantera akuta situationer framhölls också.

*Att de mår så pass dåligt, och att de funderar på "är det värt att leva längre?" (Intervjuperson 1).*

## **Söker för andra besvär**

Det framkom att äldre personer med depressiva symtom oftast inte sökte aktivt för de psykiska symtomen, de fokuserade istället på somatiska besvär eller angav kroppsliga åkommor som kontaktorsak. Distriktssköterskorna kom oftast i kontakt med patientgruppen via telefon eller i anslutning till planerade eller oplanerade besök för andra orsaker än de depressiva symtomen.

*Utan att då kanske de mer fokuserar på den här foten eller vad det nu är, istället då (Intervjuperson 5).*

Ibland kunde närstående kontakta distriktssköterskan på grund av oro över att patienten till exempel hade gått ned i vikt eller uppvisade andra tecken på ohälsa, patienten kunde även söka vård för kognitiva svårigheter där demens misstänktes. Distriktssköterskorna visste därför inte alltid i förväg vad mötet eller samtalet skulle utmynna i.

*Ofta söker de ju inte själva för att de mår dåligt utan det kan vara att... ofta är det ju närstående som kanske hör av sig och då kan det ofta vara att de kanske har gått ner mycket i vikt och såna saker (Intervjuperson 6).*

## **Bidragande faktorer**

Distriktssköterskorna uppmärksammade att det fanns många olika bidragande faktorer till att äldre personer utvecklade depressiva symtom. Ensamhet, social isolering och anhörigas bortgång nämndes men även det faktum att livet förändras i 70-årsåldern i samband med pensionering.

*Eller så är de precis i gränslandet mellan när de slutar jobba och jobbar, där de plötsligt inser att 1: "jaha jag har ju inte mina arbetskamrater kvar" och eh 2: kroppen börjar kanske*

*säga ifrån vilket den inte har gjort innan. 3: "jaha, nu ska jag umgås med min partner 24/7 vilket jag behövt göra på kanske 40 år" (Intervjuperson 3).*

Distriktssköterskorna hänvisade ofta patienten till sociala aktiviteter men många kom inte iväg på grund av brist på ork eller lust. I de fall patienten vårdade en anhörig kunde utmattning leda till depressiva symtom. Kroppens normala åldrande och förlust av vitala funktioner ansågs också kunna bidra men även somatiska sjukdomar och symtom såsom stroke, demens, sköldkörtelpåverkan, nedsatt hörsel och syn, smärta, illamående och aptitlöshet. Distriktssköterskan behövde även vara observant på eventuellt alkoholmissbruk.

*...det är ju mycket fysiskt också som gör att man får en depression, det är inte bara mentalt eller psykiskt. Det är ju att man blir äldre och det har ju en viss påverkan på hjärnan. Och det kan ju i sin tur ge depression (Intervjuperson 5).*

## Att hantera svårigheter i mötet

### **Osäkerhet och oro**

Att möta äldre personer med depressiva symtom krävde mer än enkla, snabba lösningar. Det fanns en oro över att inte endast ställa frågorna slentrianmässigt utan med eftertanke på rätt sätt. Kontakt med patienten via telefon gav ibland också upphov till osäkerhet hos distriktssköterskan. Att prata om jobbiga saker, bedöma allvarligheten i det patienten uttrycker och inge hopp var utmanande i mötet. Ansvarsbördan kunde upplevas som tung och det kändes ibland svårt att lita på att den egna bedömningen var korrekt. Det var svårt att nå ut till äldre personer med depressiva symtom som inte orkade ta sig till vårdcentralen.

*Så att ifall jag gör en felaktig bedömning så blir...kan det bli väldigt illa (Intervjuperson 6).*

En utmaning kunde vara att vissa patienter söker tät kontakt med vården och har ett omätligt behov som är svårt att greppa och tillgodose. Vid misstanke om depression, uppvisande av somatiska eller diffusa symtom eller när patienten inte fått rätt behandling var det svårare att möta patienten. Distriktssköterskorna kunde känna osäkerhet över vad som var tecken på depression och vad som berodde på något annat och det kunde vara svårt att uppmärksamma vilka som hade depressiva symtom. Det var svårt när patienten hela tiden fick prata med olika personer när de sökte kontakt, distriktssköterskan fick därför börja om med anamnesen vid varje kontakttillfälle vilket upplevdes som påfrestande för patienten. Det fanns också en osäkerhet och oro över när patienten uttryckte suicidtankar, det var svårt att hantera och handledning efterfrågades. En distriktssköterska uttryckte oro över att primärvården inte har kontroll över vilka mediciner patienten har hemma. Vaksamhet kring att patienten ibland kunde överföra sina känslor till distriktssköterskan var nödvändig.

*...men ibland kan det vara svårt tycker jag på telefon, det har ju varit tillfällena när man pratat med patienten i telefonen och de har uttryckt suicidtankar och då... det är svårt tycker jag hur man ska hantera det (Intervjuperson 7).*

### **Patientens motivation**

Patientens varierande grad av eller brist på motivation sågs som en svårighet eftersom distriktssköterskan ibland kunde erbjuda en lösning på ett problem men patienten var inte mottaglig, det var då viktigt att försöka ta reda på varför patienten inte var motiverad att ta emot hjälp. Det var svårt att skapa trygghet i mötet när patienterna inte sökte vård för att de själva ville det utan på grund av påtryckningar från anhöriga. Ofta kunde det gå långt innan de depressiva symtomen uppmärksammades och patientens psykiska mående hann försämrats kraftigt innan hen uttryckte motivation att ta tag i sina bekymmer. Det var även problematiskt om patienten motsatte sig att ha tolk närvarande vid mötet, språkbarriärer försvårade då distriktssköterskans möjligheter att planera omvårdnadsåtgärderna.

*Och vi kan hitta olika saker som orsakar patientens nedstämdhet och depression och allt var det är, men om patienten inte själv är motiverad... de kanske behöver gå hem och fundera och tyvärr kan de ibland bli ännu sämre innan de är motiverade att faktiskt pröva (Intervjuperson 3).*

Om patienten medicinerades för depression var det av största vikt att försäkra sig om följsamhet till behandlingen, det fanns tillfällen när patienten inte var motiverad eller trodde att medicinen endast skulle tas vid behov och inte kontinuerligt.

*Compliance...för det är rätt vanligt att man inte tror att man behöver ha medicinen hela tiden. Man tar den vid behov eller "behöver jag verkligen ha den här medicinen?" (Intervjuperson 1).*

### **Resursbrist**

Det framkom att möjligheterna att påverka sitt arbete med äldre personer med depressiva symtom var beroende av var distriktssköterskan arbetade och om chefen ansåg att det var ett prioriterat ämne. En distriktssköterska poängterade att det var viktigt att få chefen att förstå att det måste finnas tid och resurser för att kunna ta sig an patientgruppen och erbjuda goda omvårdnadsåtgärder. Frustration uppstod när distriktssköterskan kände att hon inte hade stöd från verksamheten eller andra yrkesgrupper och fick tackla situationer som egentligen inte låg inom ramen för hennes yrkesroll.

*Och då kan man ju bli frustrerad på grund av det, när det är uppenbart att man bär på någonting som det inte är meningen att jag ska hantera (Intervjuperson 8).*

Inte alla distriktssköterskor hade en plan eller strategi för att möta äldre personer med depressiva symtom utan önskade bättre riktlinjer på sin arbetsplats. Vikten av att vara rustad

för samtal och kunna erbjuda stöd och rådgivning framkom. Möjlighet att få utbildning i åldrandets processer, psykisk ohälsa och depression samt samtalsmetodik via arbetsplatsen efterfrågades. Tidsbrist, brist på kontinuitet och stress var ytterligare svårigheter i mötet. Att kunna påverka sin kalender och avsätta ordentligt med tid, speciellt till första mötet, ansågs viktigt. När distriktssköterskorna visade att de hade tid för patienten upplevdes hen ha lättare för att öppna sig och mådde bättre.

*Så det är tidsbristen, skulle jag nog säga, är det som är utmanande framförallt (Intervjuperson 5).*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Anledningen till studien fokuserade på personer 70 år och äldre var att många fortfarande arbetar upp till 70 års ålder och författarna intresserade sig för de effekter av åldrandeprocesser som uppstår i samband med förändrad livssituation och socialt åldrande. Syftet ansågs relevant utifrån problemområdet. Kvalitativ metod anses ofta flexibel och holistisk i sin utformning och svarade bäst an till syftet. Metoden lämpade sig bättre jämfört med kvantitativ design eftersom det möjliggjorde en djupare inblick i ämnet. Ett övergripande mål för kvalitativ forskning är trovärdighet i resultatet och det är beroende av olika huvudprinciper såsom tillförlitlighet eller reliabilitet, generaliserbarhet, överförbarhet och objektivitet. Validitet är dock ett begrepp som används mestadels inom kvantitativ forskning och begreppet är inte helt enkelt eller aktuellt inom kvalitativ forskning (34).

Polit & Beck (34) menar att urvalets storlek och variation påverkar utfallet, hur tydligt kontexten och urvalet är beskrivet bidrar till läsarens förmåga att göra sig en tydlig bild och dra slutsatser från resultatet (34). För att få tillgång till ett strategiskt urval med distriktssköterskor i Göteborg som möter äldre personer med depression skickades förfrågan om deltagande ut till både privata och offentliga vårdcentraler i olika stadsdelar och



socioekonomiska områden. Inbjudan sändes till 37 vårdcentraler vilket ansågs tillräckligt i relation till examensarbetets omfattning. Tretton vårdenhetschefer tackade ja och 12 svarade att de inte hade möjlighet att delta på grund av tidsbrist eller att de inte hade någon distriktssköterska att avvara. Tolv svarade inte alls på förfrågan trots ett påminnelsemail och gav därmed ingen anledning till varför de inte kunde delta, det vore intressant att veta orsaken. Drygt två tredjedelar av de tillfrågade enheterna föll bort vilket kan ses som begränsande för studien eftersom värdefulla insikter troligtvis förlorades. Försök till kontakt via telefon efter de två utskicken av mail kunde möjligen ha genererat att någon ytterligare deltagare medverkade i studien. Av de 13 enheterna där vårdenhetschefen godkände medverkan och vidarebefordrade informationen till distriktssköterskor som matchade urvalskriterierna var det enbart sex enheter som till slut medverkade, det kan ses som en svaghet i studien.

Åtta distriktssköterskor deltog, eventuellt uppstod ej urvalsmättnad. På två av enheterna intervjuades två distriktssköterskor vardera, det kan ha påverkat resultatet eftersom flera av deltagarna därför troligtvis hade liknande arbetssituation och förutsättningar. Endast två arbetade på offentliga vårdcentraler medan de övriga sex arbetade på privata vårdcentraler. Orsaken till att endast två distriktssköterskor på 24 offentliga tillfrågade enheter valde att delta, jämfört med sex från 13 tillfrågade privata enheter, kan diskuteras. Eventuellt hade distriktssköterskorna vid de privata vårdcentralerna större förutsättningar i sitt arbete för att kunna avsätta tid, alternativt var det enbart en tillfällighet. Sju av åtta distriktssköterskor arbetade i områden med liknande socioekonomiska förutsättningar med hög social status, det har troligtvis påverkat resultatet i studien och ses som en begränsning. Deras erfarenheter skiljde sig inte markant från varandra men skulle möjligtvis kunna vara av annan karaktär om distriktssköterskor i mer socioekonomiskt utsatta områden intervjuats, det hade därför varit önskvärt med större spridning av medverkande enheter. Det faktum att deltagarna utgjorde en homogen grupp gällande kön och kulturell bakgrund bör ha påverkat resultatet. Inga män fanns bland deltagarna vilket möjligen kan ha påverkat resultatet på grund av eventuella andra förutsättningar och förförståelse som är kopplade till genuskillnader. En risk finns alltid att resultatet färgas av att personerna som väljer att delta i en studie är extra engagerade och insatta i ämnet medan de som har andra åsikter avböjer.

Polit & Beck (34) beskriver att planering av intervjuer är tidskrävande, behöver planeras noga i förväg och ställer krav på forskarens skicklighet. Ett alternativ till semistrukturerade intervjuer är fokusgrupper som kan stimulera deltagarna att reagera på och kommentera vad som sägs i gruppen vilket kan generera ett rikare material. En nackdel som dock poängteras är att deltagarnas beskrivningar och uttryckta erfarenheter riskerar att påverkas av varandra (34). Semistrukturerade individuella intervjuer ansågs därför mest lämpade. Deltagarna berättade fritt om sina erfarenheter vilket ses som en styrka och intervjuguiden med öppna, utforskande frågor möjliggjorde att deltagarnas berättelser svarade an till syftet. Att utföra intervjuer var ovant och de uppskattade 45-60 minuter som varje intervju beräknades ta, som det även informerades om i forskningspersonsinformation, visade sig i verkligheten ta mellan 11 och 32 minuter. Eventuellt upplevdes den beräknade tidsåtgången som för lång och krävande, det kan ha bidragit till att inte så många kände att de ville eller kunde delta i studien. Intervjuerna varade i genomsnitt 16 minuter, författarna hade inte erfarenhet sedan tidigare och det medförde troligtvis att intervjuerna inte blev lika djupgående och rika som om erfarna forskare utfört dem. I enlighet med Polit & Beck (34) reflekterade författarna över den egna förförståelsen samt kroppsspråk, ansiktsmimik och attityd vid intervjutillfället eftersom det var viktigt att skapa en tillåtande atmosfär präglad av förtroende, tillit och trygghet. Polit & Beck (34) framhåller dock att intervjuaren på något sätt alltid omedvetet påverkar situationen och forskningspersonen (34). En författare medverkade per intervju. Om båda medverkat kunde den ena varit observatör och fått djupare inblick i berättelsen, det skulle dock kunna medföra stress och hämning för deltagarna. Den avskilda platsen för intervjun syftade i enlighet med Polit & Beck (34) till att skapa trygghet men det fanns oundvikligen ändå en risk för störande moment eftersom verksamheten pågick utanför rummet, dock uppfattades inga avbrytande incidenter och alla deltagare fullföljde utan att ge uttryck för obehag. Transkribering utfördes i direkt anslutning till intervjun av den författare som genomfört den vilket anses som en styrka för korrektheten och trovärdigheten (34).

Det är alltid en utmaning inom kvalitativ forskning att visa hur analys och tolkning av data skett. För att uppnå transparens i tillvägagångssättet samt trovärdighet i resultatet beskrevs metoden noggrant och författarna argumenterade för ställningstaganden som gjorts. Demonstration av analysprocessen i form av en tabell stärkte trovärdigheten (34). I enlighet

med Polit & Beck (34) krävdes en noggrannhet i analysprocessen där konstant kritisk omvärdering samt utvärdering av tillvägagångssätt, tolkning och utformandet av kategorier och subkategorier var nödvändig. För att stärka trovärdigheten ytterligare reflekterade författarna även över objektiviteten, det vill säga att resultatet skulle vara neutralt och grundat i data. Självrannsakan och reflektion över förförståelsen behövdes för att påvisa att tolkningar som gjordes var valida. Enligt Graneheim & Lundman (35) kan forskarens egen förförståelse med tankar, känslor och erfarenheter påverka datainsamlingen och analysen (35). Eftersom forskaren själv är redskapet för datainsamlingen i kvalitativa studier behövde författarna (LV & MJ) rannsaka sig själva. Innan processen påbörjades reflekterade författarna över vad den personliga bakgrunden samt de tidigare kunskaperna, värderingarna och fördomarna fick för konsekvenser för tolkningen (34). Det konstaterades att tidigare arbetslivserfarenheter samt personliga erfarenheter av att möta äldre och personer med depression troligtvis bidrog till tolkningen av och förståelsen för ämnet. Polit & Beck (34) menar dock att det inte enbart behöver vara ett hinder om forskaren är insatt i området som studeras och kan relatera till ämnet. En medvetenhet om förståelsen kan bidra till större öppenhet i analysen, på så vis kan trovärdigheten i resultatet stärkas (34). Resultatet var tvunget att ge röst åt informanternas känslor, tankar och levda erfarenheter varför citat användes i resultatpresentationen, autenticiteten styrktes därmed. En utmaning med kvalitativ innehållsanalys är, enligt Polit & Beck (34), att det ställer krav på forskarens kreativa abstraktionsförmåga. Det finns heller inga givna regler för analysen utan det är alltid upp till forskaren att tolka vilket påverkas av erfarenhet och skicklighet i vetenskapsmetodik (34). En svaghet med metoden är att subjektiva tolkningar alltid kan ifrågasättas och resultatet hade med största sannolikhet inte blivit detsamma igen eller om andra forskare gjort analysen.

Det faktum att endast det manifesta innehållet studerades, jämfört med det mer tolkande latent, ansågs dock vara en styrka och förenklade analysen. Författarna läste båda igenom transkriberat material och blev väl insatta i texterna så att de, i enlighet med Polit & Beck (34), kunde diskuteras och jämföras. Allt analysarbete utfördes gemensamt och författarna kompletterade varandra, trovärdigheten i analysprocessen och resultatet stärktes således. Det är svårt att generalisera resultat i kvalitativa studier eftersom erfarenheter och upplevelser av ett levtt fenomen alltid är personliga, unika och beroende av kontext. Polit & Beck (34)

uttrycker att generaliserbarhet behandlar möjligheten att överföra resultatet till liknande kontexter medan överförbarhet innebär att resultatet kan överföras till andra situationer och grupper än den studerade. Resultatet i studien kan eventuellt generaliseras till liknande kontexter inom primärvården i Sverige men är troligtvis inte överförbart till andra situationer och grupper eftersom det studerade fenomenet är ämnesspecifikt.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.

Sammantaget visade våra resultat att erfarenheterna handlade om att se personen, att skapa en relation, att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre samt att hantera svårigheter i mötet.

### **Att se personen**

Distriktssköterskorna uttryckte att depressiva symtom hos äldre personer är vanligt förekommande och ett viktigt, angeläget ämne som inte prioriteras. Resultatet av studien stärker tidigare kunskap om att depressiva symtom riskerar att ses som en normal del av åldrandet vilket gör att symtomen inte alltid uppmärksammas som något sjukligt (6, 31, 32). Författarna reflekterade över att äldre ibland ses som en homogen grupp i samhället men det är viktigt att distriktssköterskan ser den unika personen och utgår från hens individuella behov. Synsättet överensstämmer med principerna inom personcentrerad vård där det grundläggande är att se individen som en person som är mer än sig sjukdom samt att lyssna till livsberättelsen (19, 20). Många har, trots att psykisk ohälsa är vanligt, svårt att prata om det på ett naturligt och avdramatiserat sätt. Det bidrar till stigmatisering och påverkar troligtvis även i vilken utsträckning den äldre erhåller behandling samt kvaliteten av åtgärderna och rehabiliteringen (14). Resultatet av studien bekräftar att skuld och skamkänslor kring att må psykiskt dåligt eventuellt hindrar att en person söker hjälp för sina besvär (6) och många äldre vill inte vara till belastning för anhöriga och vården. I enlighet med tidigare forskning (24) framkom att brist på meningsfullhet kan medföra lidande och äldre personer kan uppleva livsleda till följd av hög ålder och sjukdom. Brist på meningsfullhet kan leda till minskad KASAM (25) och författarna reflekterade över om det finns något som kallas

“normal livsleda” i samband med hög ålder? När får en äldre person känna sig färdig med sitt liv och var går gränsen för när personen ger uttryck för depression? Tidigare forskning har belyst det etiska dilemmat (28-32) och distriktssköterskorna i studien uttryckte att frågan behöver lyftas och diskuteras. Äldre personers depressiva symtom är enligt författarna ett dubbelt stigma, dels orsakat av ålderismen som råder i samhället med negativ syn på åldrande och att vara gammal, dels på grund av att psykisk ohälsa i sig är ett stigma. Lyckligtvis finns idag ett ökande intresse för psykisk ohälsa och flera organisationer som verkar för att sprida kunskap och medvetenhet (40, 41).

### **Att skapa en relation**

För att skapa en god relation mellan distriktssköterskan och den äldre personen med depressiva symtom framkom i resultatet vikten av att besitta personliga och professionella egenskaper såsom mod och lyhördhet. Att ställa ingående frågor med hjälp av god samtalsmetodik och vara beredd på att hantera svaret var nödvändigt för att skapa en tillitsfull relation präglad av kontinuitet. Flera distriktssköterskor poängterade att de måste våga ställa svåra frågor om den psykiska hälsan. Författarna reflekterade över att det är viktigt ur etisk synvinkel och frågan får inte undvikas i mötet med patienten då det kan vara livsavgörande. Självkännedom och självrannsakan är därför nödvändigt för att kunna bemöta patienten och hantera svåra situationer. Partnerskapet är den mest centrala delen av personcentrerad vård med teamarbete som viktig komponent (19, 20) och resultatet av studien beskriver att distriktssköterskan såg sig som patientens advokat och en konsult i planeringen av omvårdnadsåtgärderna. Det överensstämmer med tidigare forskning (33, 42) om att äldre personer ofta behöver en stabil kontakt i vårdkedjan som företräder patienten och hans behov. Samverkan med andra yrkeskategorier i primärvården samt närstående lyftes av distriktssköterskorna fram som väsentligt för att tillgodose de ofta komplexa vårdbehoven. Distriktssköterskan har en unik roll med stora möjligheter att göra gott för patienten och eftersom det tyvärr råder brist på kunskap och psykiatrisurser inom primärvården behöver distriktssköterskans roll stärkas. Att använda sig av kompletterande metoder, jämfört med att enbart sig förlita sig på läkemedelsbehandlingen, är fundamentalt vilket tidigare forskning visar (29) och framhölls även av distriktssköterskorna i studien. Det gäller att tillvarata dels individens resurser men även möjligheter i närområdet såsom sociala aktiviteter. Ensamhet

har visat sig kunna medföra sänkt KASAM (24) och genom att distriktssköterskan uppmuntrar de äldre att delta i sociala aktiviteter skulle KASAM kunna stärkas och välbefinnande främjas. Närståendes roll och börda behöver också uppmärksammas och det är viktigt att distriktssköterskan samarbetar med närstående för att möjliggöra planering av goda omvårdnadsåtgärder, vilket även framkommit i tidigare forskning (43).

### **Att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre**

Distriktssköterskornas erfarenhet var att vissa patienter uttryckte tydliga symtom på depression medan andra gav uttryck för illabefinnande på ett mer diffust sätt. Psykiska symtom verkade kunna maskeras i fysiska krämpor och ofta sökte inte patienterna vård på grund av just de depressiva symtomen. Att äldre ibland uppvisar andra symtom på depression jämfört med yngre personer framkom också, det är i enlighet med tidigare kunskap i området (6) och behöver belysas i sammanhanget. Tidigare forskning har visat att män generellt har svårare för att tala om sina psykiska besvär jämfört med kvinnor (32) och är mer utsatta för allvarlig depression med en högre risk för suicid (1, 14, 32). Även kulturella uppfattningar och traditioner gällande synen på psykisk ohälsa kan bidra till om och när patienterna söker hjälp (32). Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor framhåller att distriktssköterskan ska ha kunskap om och förståelse för folkhälsans bestämningfaktorer (15) och det är därför viktigt att distriktssköterskan är medveten om att det finns skillnader kopplade till genus, kultur, språk och uttryckssätt samt socioekonomiska förutsättningar när det gäller hur och i vilka sammanhang patienter uttrycker symtom på depression. Resultatet av studien styrker det faktum att livet till stor del verkar förändras efter pensionsåldern och de tidigare roller och sociala funktioner som en person har haft rubbas. Fenomenet benämns inom gerontologin som socialt åldrande (4). Författarna reflekterade över att pensionering för många innebär förändrad självbild och i förlängningen ofta även sänkt KASAM vilket bör uppmärksammas av distriktssköterskor som möter äldre personer i sitt arbete. I resultatet framkom att ett eventuellt alkoholmissbruk kan vara orsak till depressiva symtom och författarna diskuterade att frågan ofta glöms bort, missbruk kan även vara en konsekvens av depression. En del distriktssköterskor använde sig av vedertagna screeninginstrument för att upptäcka depressiva symtom hos äldre personer men många använde dem inte rutinmässigt eller överhuvudtaget.

Patientsäkerheten skulle enligt författarna kunna förbättras om mer användbara screeninginstrument utvecklas för att möjliggöra upptäckt av depressiva symtom.

### **Att hantera svårigheter i mötet**

Distriktssköterskor ska ha bred kompetens och vara rustade för olika typer av möten, det ställer stora krav på handlingsberedskap och flexibilitet. Resultatet av studien visar att resursbrist utgör svårigheter i mötet med äldre personer med depressiva symtom. Att inte ha stöd från ledningen, tid eller utrymme i verksamheten kan skapa en frustration och känsla av vanmakt hos distriktssköterskan. Risken är att även distriktssköterskan tar på sig eller får till sig arbetsuppgifter som egentligen inte ligger inom ramen för yrkesrollen. Författarna reflekterade över att det tar tid att etablera en god relation med patienten och få hen att anförtro sig men det är svårt att uppnå när tidsbrist och stress råder. För att orka ett helt arbetsliv och känna att man räcker till och kan erbjuda god vård behövs därför rätt verktyg och förutsättningar. Studien visar att distriktssköterskor efterfrågar utbildning och utökad kompetens för att bättre möta äldre personer med depressiva symtom. I tidigare forskning framkommer att utbildning i depression hos äldre är nödvändig eftersom distriktssköterskor har en viktig roll inom primärvården och ofta kommer i kontakt med äldre personer med depression (44). Brist på energi kan medföra att en person med depressiva symtom inte söker hjälp och genom att arbeta med uppsökande insatser kan vårdpersonal tidigt upptäcka tecken på försämring, patientens börda av att själv ansvara för att kontakta vården lättar då (42). Det har även visat sig effektivt när en vårdgivare i primärvården, till exempel sjuksköterska, är speciellt utbildad inom psykisk ohälsa och erbjuder kontinuerlig och individanpassad kontakt för personer med depressiva symtom, på så sätt möjliggörs gott omhändertagande och handläggning (42, 45). Flera distriktssköterskor upplevde osäkerhet i hur de skulle hantera patienter som uttryckte suicidtankar och att det kändes svårt att lita på den egna bedömningen. Författarna reflekterade över att ansvarsbördan är stor och tydliga handlingsplaner och riktlinjer krävs för att underlätta svårigheter som kan uppstå i samband med suicidrisk. När patienten inte är motiverad blir det ytterligare utmaning i mötet att nå fram. Mer forskning inom området behövs dock för att förbättra omvårdnadsåtgärderna för äldre personer med depressiva symtom inom primärvården. Förslag på vidare forskning är att undersöka hur äldre personer med depressiva symtom eller konstaterad diagnos depression upplever mötet med

distriktssköterskan och omhändertagandet inom primärvården. Sådana studier skulle ytterligare bidra till ökad inblick, förståelse och kunskap inom området samt leda till utveckling och förbättring av omvårdnadsåtgärder.

## **Slutsats**

Distriktssköterskors erfarenheter är att äldres psykiska hälsa är ett eftersatt område som behöver prioriteras mer. I mötet med äldre personer med depressiva symtom behöver distriktssköterskan besitta en förmåga att se personen bakom symtomen och ha rätt verktyg för att skapa en god relation. Det är viktigt att våga ställa frågor om psykisk ohälsa och inte vara rädd för svaren. En medvetenhet om att många inte söker aktivt för depressiva symtom behöver finnas hos distriktssköterskan för att uppmärksamma ohälsa och erbjuda goda omvårdnadsåtgärder. För att möta framtidens hälso- och sjukvårdsbehov hos en ökad andel äldre personer med långvarig sjukdom och/eller psykisk ohälsa behöver distriktssköterskan samverka i team. Distriktssköterskan behöver även ha förståelse för hur åldrandeprocesser påverkar välbefinnandet samt vilka bidragande faktorer som kan finnas när äldre personer utvecklar depressiva symtom. Det saknas tydliga rutiner för omhändertagandet av patientgruppen vilket genererar osäkerhet, mer kunskap och resurser behövs. Studiens resultat ger ökad inblick i hur distriktssköterskor upplever mötet och kan användas i utbildningssyfte och förbättringsarbete för studenter och distriktssköterskor.



## Referenslista

1. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre-Lägesrapport 2017 Stockholm2017 [cited 2017 7/9]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>.
2. Folkhälsomyndigheten. Åldrande befolkning 2013 [cited 2017 29/9]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/aldrande-befolkning/>.
3. Ernsth Bravell M. Gerontologi - vad är det? In: Ernsth Bravell M, editor. Äldre och åldrande : grundbok i gerontologi. Malmö: Gleerup; 2013. p. 19-42.
4. Berg S. Åldrandet : individ, familj, samhälle. Malmö: Liber; 2007.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depression hos äldre Stockholm2015 [cited 2017 6/9]. Available from: [http://www.sbu.se/contentassets/091b2eda2ea94eec983300d0d1236e04/depression\\_aldre\\_2015.pdf](http://www.sbu.se/contentassets/091b2eda2ea94eec983300d0d1236e04/depression_aldre_2015.pdf).
6. Socialstyrelsen. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa Stockholm2013 [cited 2017 5/9]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>.
7. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi-förslag till utformning och genomförande av satsning Stockholm2012 [cited 2017 29/9]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18591/2012-2-5.pdf>.
8. World Health Organization. Depression 2017 [cited 2017 6/9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
9. Begrepp psykisk hälsa: Folkhälsomyndigheten,; 2017 [cited 2017 6/11]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>.
10. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Stockholm: Socialstyrelsen,; 2016 [cited 2017 6/11]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>.
11. Socialstyrelsen. Det är inte alltid som man tror- vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården Stockholm2013 [cited 2017 2/10]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/vagledning-primarvard.pdf>.

12. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of affective disorders*. 2017;221:123-31.
13. Karolinska Institutet. Självmord i Sverige - statistik Stockholm2015 [cited 2017 6/9]. Available from: <http://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige-0>.
14. Sveriges Kommuner och Landsting. Äldres psykiska ohälsa-att fånga upp psykisk ohälsa hos äldre i handlägningsprocessen 2015 [cited 2017 4/9]. Available from: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-319-2.pdf?issuusi=ignore>.
15. Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning -Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska 2008 [cited 2017 6/9]. Available from: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>.
16. Quality and Safety Education for Nurses institute. QSEN Competencies 2017 [cited 2017 29/9]. Available from: <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/>.
17. Svensk sjuksköterskeförening. Kärnkompetenser 2015 [cited 2017 29/9]. Available from: <https://www.swenurse.se/Utanfor-strukturen/karnkompetenser/>.
18. Svensk sjuksköterskeförening. Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård 2016 [cited 2017 6/11]. Available from: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf).
19. Centrum för personcentrerad vård-GPCC. Personcentrerad vård Göteborg2017 [cited 2017 29/9]. Available from: <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>.
20. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care-ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2011;10(4):248-51.
21. Socialstyrelsen. Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre – stöd för vård- och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner Stockholm2012 [cited 2017 6/11]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18841/2012-10-2.pdf>.

22. Socialstyrelsen. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner - delrapport Stockholm201 [cited 2017 6/11]. Available from:  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf>.
23. Statens folkhälsoinstitut. Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet 2009 [cited 2017 6/11]. Available from:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/939eb16e9a414205951b939456e181fd/r2009-18-det-ar-aldrig-for-sent.pdf>.
24. Mellqvist M, Wiktorsson S, Joas E, Ostling S, Skoog I, Waern M. Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. *International psychogeriatrics*. 2011;23(6):986-93.
25. Antonovsky A, Elfstadius M. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
26. Bindels J, Cox K, Widdershoven G, van Schayck OC, Abma TA. Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(15-16):2313-22.
27. Grundberg A, Hansson A, Hilleras P, Religa D. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *Journal of clinical nursing*. 2016;25(17-18):2590-9.
28. Haddad M, Plummer S, Taverner A, Gray R, Lee S, Payne F, et al. District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(8):976-85.
29. Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(17-18):2562-70.
30. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family practice*. 2006;23(3):369-77.
31. Coventry PA, Hays R, Dickens C, Bundy C, Garrett C, Cherrington A, et al. Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. *BMC family practice*. 2011;12:10.

32. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social science & medicine* (1982). 2006;63(5):1363-73.
33. Nygren Zotterman A, Skar L, Olsson M, Soderberg S. District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2015;29(3):418-25.
34. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
35. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
36. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-sammhällsvetenskaplig forskning 2002* [cited 2017 7/11]. Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
37. Etikprövningsnämnderna. *Vägledning till ansökan* [Available from: <http://www.epn.se/start/ansoekan/vaegledning-till-ansoekan/>].
38. Cöster H. *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber; 2014.
39. Svensk författningssamling 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor: Utbildningsdepartementet; [cited 2017 13/9]. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460).
40. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg. NSPHiG 2017 [cited 2017 4/10]. Available from: <http://www.nsphig.se/>.
41. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg. Hjärnkoll 2017 [cited 2017 4/10]. Available from: <http://www.nsphig.se/hjarnkoll/>
42. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jager C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient education and counseling*. 2012;86(1):114-9.
43. Jeon YH. Shaping mutuality: nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International journal of mental health nursing*. 2004;13(2):126-34.

44. Butler MP, Quayle E. Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International journal of older people nursing*. 2007;2(1):25-35.

45. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården Stockholm 2012 [cited 2017 9/10]. Available from: [http://www.sbu.se/contentassets/3f1b92656cf34f1c89561b7ae0267830/implementeringsstod\\_psykiatrisk\\_SMF.pdf](http://www.sbu.se/contentassets/3f1b92656cf34f1c89561b7ae0267830/implementeringsstod_psykiatrisk_SMF.pdf).

# Bilagor

## Bilaga 1 Forskningspersonsinformation



### **Information till distriktssköterskor angående deltagande i studien “Distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med depression inom primärvården”**

#### **Bakgrund**

Äldre personer utgör en växande grupp i samhället och har ofta omfattande vårdbehov. Primärvården är “första linjens sjukvård” dit äldre vänder sig och distriktssköterskan möter denna patientgrupp i många olika vårdkontexter. Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem som behöver uppmärksammas och det finns en risk att äldre personer med depression förbises. Det är en utmaning för distriktssköterskan att bemöta den deprimerade äldres omvårdnadsbehov och vi vill därför fördjupa oss i ämnet.

#### **Syfte**

Syftet med studien är att belysa distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.

#### **Förfrågan om deltagande**

Vi har via mail sänt ut en förfrågan till vårdenhetschefer på vårdcentraler i olika stadsdelar i Göteborg angående att delta i studien. Eftersom du är distriktssköterska på en av de tillfrågade enheterna och möter äldre personer i ditt dagliga arbete tillfrågar vi dig om att medverka. Vårdenhetschefen på din arbetsplats har givit oss dina kontaktuppgifter eller vidarebefordrat utsänd information dig, samt godkänt att er enhet deltar om du är intresserad.

## **Hur går studien till?**

Vi kommer att genomföra en intervju där vi ber dig berätta fritt om dina erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med depression inom primärvården. Intervjun kommer äga rum vid ett tillfälle på din arbetsplats under arbetstid. Mötet förväntas pågå ca 45-60 minuter. Intervjun kommer spelas in med ljudupptagning, sedan skrivs ut ordagrant i text och analyseras av oss.

## **Finns det några fördelar?**

Studien förväntas ge ökad kunskap som i förlängningen förbättrar vården av äldre personer med depression inom primärvården.

## **Vilka är riskerna?**

Eventuella risker för dig som intervjuas kan vara att ämnet upplevs som känslomässigt påfrestande och väcker obehag. Om ditt deltagande i studien skulle väcka känslor av obehag eller om du har ytterligare frågor, var god kontakta studiens ansvariga Lisa Vångfors, Malin Jedborg eller handledare Nils Sjöström. Se kontaktinformation nedan.

## **Hantering av data och sekretess**

Material som framkommer via intervjuerna avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Ljudupptagningen och intervjuutskriften kommer att kopplas till en kod så att uppgifterna du lämnar inte kan härledas till dig. Persondata och insamlat material kommer att förvaras oåtkomligt för utomstående i ett låst skåp, endast tillgängligt för oss och vår handledare. Efter att examensarbetet är avslutat kommer allt intervjumaterial förstöras.

## **Information om studiens resultat**

Studiens resultat sammanställs och presenteras i form av en skriftlig uppsats. Examensarbetet kommer finnas att ta del av via Göteborgs universitets publikationer, GUPEA. Du kan även själv kontakta oss via mail.

## **Frivillighet**

Deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att behöva ge en förklaring och det får inga konsekvenser för dig. Endast ett muntligt samtycke behövs av dig för att delta. Avbryter du under studiens gång kommer insamlad data att sparas.

## **Kontaktuppgifter**

Vid frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående:

Lisa Vångfors, leg. sjuksköterska och student [gusvangli@student.gu.se](mailto:gusvangli@student.gu.se) 0730-679127

Malin Jedborg, leg. sjuksköterska och student [gusjedbma@student.gu.se](mailto:gusjedbma@student.gu.se) 0705-199799

Handledare Nils Sjöström Leg. ssk., universitetslektor, Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa,  
Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel. 031 - 786 61 33 [nils.sjostrom@vgregion.se](mailto:nils.sjostrom@vgregion.se)



## Bilaga 2 Brev till vårdenhetschefer

Brev till vårdenhetschefer inom primärvården i Göteborg.



Hej

Vi heter Lisa Vångfors och Malin Jedborg och studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Göteborgs universitet. Som avslutande moment under utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete på magisternivå.

Vårt examensarbete kommer handla om distriktssköterskans erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med depression inom primärvården. Äldre personer utgör en växande grupp i samhället och har ofta omfattande vårdbehov. Primärvården är "första linjens sjukvård" dit äldre vänder sig och distriktssköterskan möter denna patientgrupp i många olika vårdkontexter. Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem som behöver uppmärksammas och det finns en risk att äldre personer med depression förbises. Det är en utmaning för distriktssköterskan att bemöta den deprimerade äldres omvårdnadsbehov och vi vill därför fördjupa oss i ämnet.

Genomförandet kommer ske i form av intervjuer med öppna, utforskande frågor där intervjupersonen får uttrycka sig fritt angående ämnet. Intervjun kommer äga rum vid ett tillfälle i september eller oktober 2017 på distriktssköterskans arbetsplats under arbetstid. Mötet förväntas pågå ca 45-60 minuter. Intervjun kommer spelas in med ljudupptagning, skrivs ut ordagrant i text och sedan analyseras av oss. Studiens resultat sammanställs och presenteras i form av en skriftlig uppsats. Examensarbetet kommer finnas att ta del av via Göteborgs universitets publikationer, GUPEA.

Vi önskar komma i kontakt med distriktssköterskor på Er enhet som möter personer 70 år och äldre i sitt dagliga arbete och är intresserade av att delta i studien. Vidarebefordra gärna detta mail med bifogade dokument till samtliga distriktssköterskor hos er och be de som är intresserade att kontakta oss för vidare planering av utförandet.

Om du som vårdenhetschef godkänner att distriktssköterskor från er enhet medverkar, vänligen svara på detta mail. Det räcker då som skriftligt samtycke. Från intervjudeltagarna kärvs endast ett muntligt informerat samtycke.

Kontaktuppgifter Vid frågor är du välkommen att kontakta någon av nedanstående:

Lisa Vångfors, leg. sjuksköterska och student [gusvangli@student.gu.se](mailto:gusvangli@student.gu.se) 0730-679127

Malin Jedborg, leg. sjuksköterska och student [gusjedbma@student.gu.se](mailto:gusjedbma@student.gu.se) 0705-199799

Handledare Nils Sjöström Leg. ssk., universitetslektor, Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel. 031 - 786 61 33 [nils.sjostrom@vgregion.se](mailto:nils.sjostrom@vgregion.se)

## Bilaga 3 Intervjuguide

### **Intervjuguide**

#### Bakgrundsfrågor

- Hur gammal är du?
- Kön?
- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?
- Hur länge har du arbetat inom primärvården?
- Hur länge har du arbetat på denna arbetsplats?
- Har du någon annan specialistutbildning?

#### **Huvudfrågor**

1. *Berätta om dina erfarenheter av att möta personer 70 år och äldre med misstanke om eller konstaterad diagnos depression inom primärvården.*
2. *Hur utreder ni misstanke om depression?*
3. *Vad är utmanande i mötet?*
4. *Hur hanterar du patientens tankar och känslor?*
5. *På vilket sätt ställer mötet krav på dig?*
6. *Vilka strategier använder du dig av i mötet?*
7. *Vilka faktorer skulle underlätta för dig?*
8. *Har du något ytterligare att tillägga?*

#### Följdfrågor

- Kan du utveckla detta lite mer?
- På vilket sätt?
- Vad kände/tänkte du?
- Vad menar du?
- Vad tror du att det beror på?
- Kan du ge exempel?