



Självständigt arbete, 15 hp, för magisterexamen
HT 2019

Att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom hos äldre

- Erfarenheter bland distriktssköterskor i
hemsjukvården

Charlotta Fredriksson

Sektionen för hälsa och samhälle

Högskolan Kristianstad | www.hkr.se

Titel

Att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom hos äldre - Erfarenheter bland distriktssköterskor i hemsjukvården

Handledare

Lina Behm

Examinator

Gerd Röndahl

Sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett växande samhällsproblem, både globalt och i Sverige och risken att drabbas ökar med stigande ålder. Depression hos en äldre person kan vara svårt att uppmärksamma. Äldre som utsätts för en ökad psykisk belastning, som till exempel i samband med sjukdom, förluster av närstående och ensamhetskänslor, riskerar att utveckla depressiva symtom. Dessa symtom utsätter den äldre för ett stort lidande, ökar risken att dö i förtid samt utgör en stor samhällskostnad. Syftet var att studera distriktssköterskans erfarenheter när det gäller att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom hos äldre inom kommunal hemsjukvård. Metoden var kvalitativ och hade en induktiv ansats. Åtta distriktssköterskor i fem olika kommuner i södra Sverige intervjuades i 30-60 minuter. Med hjälp av en intervjuguide delgav distriktssköterskorna fritt sina erfarenheter. Innehållsanalysen var kvalitativ och innebar att meningsbärande enheter identifierades och processades till underkategorier samt abstraherades till kategorier. I resultatet framkom att distriktssköterskan använde sin intuitiva förmåga samt förlitade sig på sin erfarenhet, då han/hon i mötet och samtalet med den äldre uppmärksammat depressiva symtom. Mötet och samtalet med den äldre visade sig även vara viktiga redskap för att förbättra dessa symtom. Skattningsinstrument nyttjades inte i någon av kommunerna. Distriktssköterskan i hemsjukvården har en unik möjlighet att på ett tidigt stadium uppmärksamma depressiva symtom samt genom olika omvårdnadshandlingar förbättra dessa symtom. Genom att stå upp för den äldres rättighet till den vård och behandling han/hon är i behov av, får distriktssköterskan en nyckelfunktion i rollen som den äldres företrädare.

Ämnesord

Depressiva symtom, uppmärksamma, förbättra, äldre, distriktssköterska, hemsjukvård

Author

Charlotta Fredriksson

Title

Identifying and improving depressive symptoms among elderly people - Experiences by district nurses within home nursing

Supervisor

Lina Behm

Examiner

Gerd Røndahl

Abstract

Mental illness is a growing problem in society, both global and in Sweden and the risk of suffering from depressive symptoms (DS) increases with ageing. It can be difficult to identify DS in an older person. Elderly people are sometimes at a higher risk of mental pressure, when at the same time dealing with sickness, loss of close relationships and loneliness, which often lead to DS. These symptoms cause the elderly person a great suffering, increases the risk of dying prematurely and is a big cost for the society. The aim was to study district nurses experiences when it comes to identify and improve DS by elderly people in municipal home nursing. The method was qualitative and had an inductive approach. Eight district nurses from five different municipalities in southern Sweden were interviewed for 30-60 minutes. The analysis was qualitative which means that parts with meaning contents were identified and processed into categories and subcategories. The result showed that district nurses used their intuitive ability and leaned on their experience, when in an encounter and in a conversation with an elderly person identified DS. The encounter and the conversation with an elderly person turned out to be an important instrument even when it came to improve these symptoms. A valuation scale was not used in any of the municipalities. The district nurse in home nursing has a unique possibility to, in an early stage, identify DS and by different caring actions improve these symptoms. By standing up for the elderly person's right to get the care and treatment he/she is in need of, the district nurse has a key function in the role as the elderly person's representative.

Keywords

Depressive symptoms, identify, improve, elderly people, district nurse, home nursing

Innehåll

INLEDNING

	5
Bakgrund	5
Depression	6
Distriktssköterskan inom kommunal hemsjukvård	8
Syfte	10

METOD

Design	10
Kontext	10
Urval	11
Tillvägagångssätt	11
Datainsamlingsmetod	12
Förförståelse	12
Analysmetod	13
Etiska överväganden	13

RESULTAT

	14
Mötet, samtalet och relationens betydelse	15
Att se den äldre i sitt sammanhang	15
Förtroende och tillit	15
Att vara initiativtagare till svåra samtal	16
Att lyssna aktivt och att vara närvarande i samtalet	16
Att använda sin intuition	17
Att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom i samverkan med andra vårdgivare/aktörer	17
Betydelsen av kontinuitet	18
Att hjälpa den äldre att hitta strategier i samverkan med andra aktörer	19
Att främja fysisk, psykisk och andlig hälsa i samverkan med andra professioner	19

DISKUSSION

Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
SLUTSATS	27

REFERENSER

28

INLEDNING

Depression och psykisk ohälsa är ett växande samhällsproblem både globalt och i Sverige och har visat sig öka med stigande ålder (World Health Organization (WHO), 2016). Debuten av depression hos äldre personer över 65 år kommer ofta smygande och kan ibland vara svårt att identifiera på grund av att depressiva symtom (DS) hos äldre kan te sig annorlunda än hos yngre personer (Kragh Ekstam, 2014). Livet förändras för en människa när han/hon blir äldre. Uppkomsten av sjukdom, förluster av närstående och vänner, ensamhetskänslor och att bli marginaliserad av samhället är några av de faktorer som kan bidra till att den äldre blir mer utsatt för psykisk belastning och efter hand kan utveckla en depression (Wijngaarden, Leget & Goossensen, 2015). DS utsätter den äldre för ett stort lidande, ger den äldre en försämrad livskvalité, ökar risken för en för tidig död samt utgör redan idag en stor samhällskostnad (Statens Beredning och Utredning (SBU), 2015). Distriktssköterskan (DSK) i hemsjukvården möter många av dessa äldre personer i hemmet och har därför en unik och betydande roll att både i samtalet med den äldre (Dahlberg & Segesten, 2010; Lundman, Norberg, Santamäki Fischer & Alex, 2012; Socialstyrelsen, 2016) men också med hjälp av redan befintliga mätinstrument och skattningsskalor möjligheten att uppmärksamma DS hos äldre samt genom omvårdnadshandlingar och interventioner minska det lidande som DS hos den äldre innebär (Djukanovic, Carlsson & Peterson, 2016).

Bakgrund

Den psykiska ohälsan är globalt ett växande problem och har redan idag en betydande påverkan även på den fysiska hälsan hos individen. Problemet är så pass omfattande att det på sikt kan komma att hota de mänskliga rättigheterna och dessutom få konsekvenser för både samhället och ekonomin i alla världens länder (WHO, 2016). En av de vanligaste diagnoserna inom ramen för psykisk ohälsa är depression och orsakar idag enligt WHO (2016) 350 miljoner människor över hela världen lidande och nedsatt förmåga i sitt dagliga liv. Den förväntade medellivslängden är över hela världen stigande. År 2050 beräknas 2 miljarder människor vara 60 år eller äldre, vilket då kommer att utgöra omkring 22 % av jordens befolkning (WHO, 2016). Det är välkänt att risken för depression ökar med stigande ålder och i Europa uppskattas att mer än var tionde person över 65 år har en depression. Problemet med psykisk ohälsa hos personer över 65 år kommer globalt sett att tillta i framtiden och enligt beräkningar finns risken att detta i början av 2020-talet, efter hjärt- kärlsjukdomar, kommer att vara den största orsaken till funktionsnedsättning bland den äldre delen av befolkningen (WHO, 2016).

I Sverige har idag uppskattningsvis 12-15% bland de äldre över 65 år en depression. Vid vissa somatiska- och neurologiska sjukdomar ökar dessutom prevalensen och vid till exempel samtidig hjärtsjukdom eller cancer lider enligt gjorda beräkningar 30–40% bland personer över 65 år av en klinisk depression (SBU, 2015). Även i Sverige är medellivslängden stigande, vilket i sig utgör en potentiell risk för att problemen med psykisk ohälsa bland äldre ytterligare kan komma att tillta i framtiden. I nationella riktlinjer för depression och ångest, bekräftar Socialstyrelsen (2009) detta och beskriver allvarlighetsgraden i att äldres psykiska hälsa fortfarande är ett eftersatt område och ett folkhälsoproblem som kommer att förvärras om ingenting görs. SBU (2015) framhåller att depression hos en äldre människa är ett allvarligt tillstånd och att livskvalitén avsevärt försämras för den äldre samt utgör en riskfaktor för att den drabbade dör i förtid. Depression hos äldre utgör dessutom redan idag en stor kostnad för samhället. Trots att detta inte är ett okänt fenomen framkommer i SBU (2015) att äldre personer med psykisk ohälsa diskrimineras i den svenska vården. Antalet äldre som erbjuds psykologisk hjälp hos psykolog med till exempel kognitiv beteende terapi (KBT) är obefintligt, trots att Socialstyrelsen (2009) förespråkar att detta ska vara den prioriterade behandlingsformen vid depression och ångest för alla. Socialstyrelsen efterfrågar därför studier som bekräftar nyttan med psykologisk behandling hos äldre personer. SBU (2015) förmedlar i sin rapport att problemlösningsterapi till en viss del kan minska symtom av lindriga depressioner hos äldre. Idag behandlas äldre personer nästan uteslutande med serotoninåterupptagningshämmare (SSRI). Många får dock inte optimal hjälp av detta och SBU:s (2015) rapport påvisar även att äldres medicinering med SSRI-preparat inte följs upp av ansvarig läkare i primärvården på ett tillfredsställande sätt. DSK i kommunen har därför en nyckelfunktion som länk mellan äldre personer som erhåller hemsjukvård och ansvarig läkare på vårdcentralen.

Depression

Diagnosen depression ställs med utgångspunkt från nio olika kriterier, vilka definieras genom det internationella diagnostiska systemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Fem eller fler av dessa kriterier skall vara uppfyllda, ha varit ihållande under en sammanhängande period av två veckor samt lett till en försämring av patientens tidigare funktioner för att patienten ska få diagnosen depression. De mest kännetecknande symtomen är bland annat nedstämdhet större delen av dagen i stort sett varje dag, förlorad glädje över saker som tidigare skänkt glädje i livet, trötthet, försämrad aptit och viktförlust, känslan av att inte vara värd någonting, skuld känslor samt återkommande tankar på döden (Reynolds & Kamphaus, 2013). Depression hos äldre kan enligt Kragh Ekstam (2014) te sig annorlunda än hos yngre

personer och symtom som ångest, sömnstörningar och kroppsliga symtom som till exempel smärta, är mer vanliga än just nedstämdhet. Förloppet är dessutom ofta smygande och kan vara svårare att identifiera på grund av att den äldre personen i jämförelse med yngre personer har andra sjukdomar som kan ge liknande symtom. Även Huang och Carpenter (2011) menar att DSM-5 inte täcker in alla symtom på depression som äldre ofta uppvisar och i en kvantitativ studie använde forskarna sig av Depression Rating Scale (DRS) som ett komplement till DMS-5 för att identifiera DS hos äldre. Ytterligare mätinstrument som kan användas för att identifiera DS hos äldre är till exempel Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1982), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) samt Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Åsberg, 1979).

Lundman et al. (2012) beskrev hur livet förändras hos en människa då han/hon blir äldre. Många äldre förlorar kanske sin livspartner eller får efterhand se sina jämnåriga vänner försvinna en efter en. Det sociala kontaktnätet kan successivt komma att minska, vilket i sin tur kan leda till känslan av att vara ensam och utelämnad och i det långa loppet även till känslor av nedstämdhet, med risken för depression och ångest. Vidare talar Lundman et al. (2012) också om att det med åldern ofta kommer fysiska åkommor och sjukdomar som kan leda till att den äldre personen blir beroende av andra människor och på så sätt förlorar sin självständighet. Känslor av att 'vara till last' för andra, samt att inte själv längre kunna 'bidra med något' är faktorer som påverkar självkänslan. Dessa känslor hos äldre bekräftas av två ganska nyligen genomförda studier; en dansk studie (Drud, Sandholdt och Boch, 2017) och en holländsk studie (Winjgaarden et al., 2015). I den danska studien (Drud et al., 2017) deltog 461 personer som var 65 år och äldre. I resultatet framkom att 18 % av deltagarna hade ensamhetskänslor. Dessa känslor bidrog enligt resultatet framför allt till DS och ångest. De yttre riskfaktorer som visade sig vara kopplade till den upplevda ensamheten var mindre socialt umgänge/deltagande, att bo ensam, att vara kvinna, att få vård i hemmet, att vara oförmögen att själv klara sitt dagliga liv, oförmågan att höra vad den andre personen i en normal konversation säger samt nedsatt fysisk hälsa. I studiens resultat framkom även att dessa äldre patienter sällan själva berättar för sin vårdgivare att de känner sig ensamma. Drud et al. (2017) föreslår därför att vårdgivare och då framför allt allmänläkare på vårdcentralen, men också sjuksköterskor (SSK)/DSK i hemsjukvården bör vara särskilt observanta i mötet med äldre patienter som har de ovan beskrivna riskfaktorerna och att de dessutom bör ställa frågor som handlar om upplevd ensamhet.

I den tidigare nämnda holländska studien Winjgaarden et al. (2015) intervjuades 25 personer som var 70 år eller äldre, vilkas önskan var att dö och som skulle kunna tänka sig att få hjälp med att avsluta livet. Författarna i studien använde sig av fyra holländska dagstidningar och tre olika holländska hemsidor på internet för att nå ut till målgruppen. Inklusionskriterierna var: rika erfarenheter, olikheter i fysisk hälsa samt skillnader i ideologisk och demografisk bakgrund. De äldre personerna i fråga led inte av någon livshotande sjukdom eller någon allvarlig psykiatrisk sjukdom. I resultatet framkom att samtliga informanter hade känslan av en smärtsam ensamhet och upplevde sig vara avskilda från andra människor samt saknade värdefulla relationer och sällskap. Andra upplevda känslor bland informanterna kännetecknades av att inte längre vara behövda i samhället, att vara marginaliserade, att sakna inflytande, att vara isolerade från omvärlden och avsaknad av samhörighet. Författarna reflekterade över att dessa känslor tillsammans troligen kan resultera i att äldre personer oftare än då de var yngre lider av nedstämdhet eller depression.

Distriktssköterskan inom kommunal hemsjukvård

Socialstyrelsen (2016) beskriver DSK utifrån kompetensområde 18, vilket innebär att DSK ansvarar för att ta tillvara det friska hos patienten, att se till att patientens grundläggande och mer specifika omvårdnadsbehov blir tillgodosedda samt för organisering och deltagande i det teamarbete som pågår runt patienten. Vidare menar Socialstyrelsen (2016) att DSK:s uppdrag i hemsjukvården framför allt är att uppmärksamma ohälsa samt fästa avseende vid den psykosociala problematik som kan uppstå hos äldre på grund fysisk sjukdom, nedsatt funktionsförmåga och åldrande. DSK i kommunen kommer i kontakt med de äldre personer som är inskrivna i hemsjukvården i samband med de hembesök som görs då han/hon med uppdrag från primärvården eller slutenvården utför läkarordinerade åtgärder. Öresland (2010) menar att DSK är en av de vårdgivare som har tätast kontakt med den äldre personen i hemmet och att han/hon därför har en central roll och en unik möjlighet att få inblick i den äldres livsvärld, vilken även omfattas av den äldres relation till närstående och det kontaktnät som är av betydelse för den äldre. I enlighet med det Socialstyrelsen (2016) betonar är således den äldre personen beroende av att den omvårdnadspersonal och de DSK som utför de beviljade kommunala insatserna är lyhörda och uppmärksamma på depressiva symtom och annan psykisk ohälsa hos den äldre personen.

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver hur samtalet har en central funktion i SSK:s/DSK:s möte med en patient och menar att det så kallade vårdande samtalet kan bidra till att stärka och stödja

patienten i den livssituation han/hon befinner sig i och betonar samtidigt vikten av att DSK lyssnar på patientens egen berättelse. Att ha detta synsätt är en förutsättning för att DSK ska få en förståelse för hur en patient upplever sin tillvaro samt ser på sin egen hälsa och sjukdom.

Halldorsdottir (2008, 2012) delger resultatet från två studier som bland annat bygger på patienters uppfattningar om vad som kännetecknar SSK/DSK som ger en god omvårdnad. Patienterna gav framför allt uttryck för att relationen mellan patienten och SSK/DSK är avgörande för den tillit som så småningom eventuellt växer fram hos en patient och de menade att detta kan ge patienten upplevelsen av välbefinnande och hälsa. De beskrev vidare vilket förhållningssätt SSK/DSK bör ha i mötet med en patient. Bland annat bör SSK/DSK visa patienten en odelad uppmärksamhet, vara närvarande i mötet, lyssna aktivt, gensvara på det patienten ger uttryck för, samt vara lyhörd för patientens behov. Enligt Halldorsdottir (2012) delgav dessutom patienterna betydelsen av att SSK/DSK inte är rädd för de smärtsamma känslor och det lidande som en patient delar med sig av.

Då bekymret med psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen i Sverige är ett växande problem finns ett uttalat behov av att på ett konkret och strategiskt sätt i den kommunala hemsjukvården, genom interventioner både förebygga och förbättra DS hos de äldre, men också ge den äldre det stöd som leder till att den äldres inre resurser stärks (Socialstyrelsen, 2016). Djukanovic et al. (2016) undersökte i en studie vilken effekt gruppdiskussioner kan ha när det gäller att DS symtom hos äldre samt genom empowerment hjälpa den äldre att ta tillvara sina egna resurser. Under diskussionerna användes en så kallad strukturerad reminiscence i kombination med en problembaserad metod (Problem Based Method (PBM)), vilket innebar att den äldre fick hjälp med att både kunna se tillbaka och minnas det som varit bra, men också förmågan och styrkan att kunna planera och tänka framåt. Resultatet visade att de DS hos de äldre förbättrades samt att livskvalitén och den självskattade hälsan förbättrades både kortsiktigt men också var förbättrad ett år senare. Författarna anser att det vore önskvärt att fler studier görs för att undersöka värdet av denna typ av interventioner.

I en studie av Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons och Gott (2015) där sjuksköterskor fick delge sina kliniska erfarenheter när det gäller att känna igen och uppmärksamma nedstämdhet och depression hos multisjuka äldre patienter, menade en del av SSK att de inte brukade eller kände att de kunde tala med äldre patienter om deras psykiska hälsa. Vissa SSK menade att det inte var deras ansvar och att det inte alls ingick i deras profession. Dock tydliggör Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008) i de grundläggande ansvarsområdena att DSK:s

roll bland annat är att främja och skydda människors hälsa under hela livet.

Kompetensbeskrivningen syftar här till WHO:s definition av hälsa, som innebär även psykiskt välbefinnande hos varje individ oavsett ålder. Om DSK i mötet och i samtalet med den äldre ska kunna registrera om dennes psykiska hälsa är hotad, är det av stor vikt att han/hon kan uppmärksamma DS hos äldre och dessutom har kännedom om hur han/hon kan bidra till att förbättra dessa symtom. Endast ett fåtal empiriska studier har gjorts både internationellt och i Sverige, vilka belyser DSK:s erfarenheter på detta område. Då DS hos äldre är ett tilltagande och samtidigt underbehandlat problem som utsätter den äldre för ett stort lidande, vore det värdefullt om fler studier på detta område görs.

Syfte

Syftet var att studera distriktssköterskans erfarenheter när det gäller att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom hos äldre inom kommunal hemsjukvård.

METOD

Design

Eftersom syftet var att inhämta kunskap som handlar om DSK:s erfarenheter valdes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. En kvalitativ studie syftar till att skapa en förståelse för en människas upplevelse som den erfars i hans/hennes sammanhang. Genom intervjun ges informanten möjlighet att ge information om det fenomen som ska undersökas (Polit & Beck, 2017).

Kontext

Studien har genomförts inom kommunal hemsjukvård. I samband med Ädelreformen som trädde i kraft 1992 tog kommunen över hälso- och sjukvårdsansvaret från Landstinget för de patienter som kunde vårdas i ordinärt boende eller på särskilt boende. Hemsjukvård definieras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) som kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet upp till sjuksköterskenivå, det vill säga att kommunen har samma ansvar för hälso- och sjukvården som Landstinget, förutom läkarinsatser. I Skåne har samtliga kommuner skrivit på avtalet om att överta ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Huvuddelen av de personer som får beviljad hjälp med antingen omvårdnad i hemmet (hemvård), eller hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), är personer som är 65 år eller äldre och som fortfarande bor kvar i ordinärt boende. Bland de allra äldsta personerna, det vill säga de som är 80 år eller äldre, får 59% både

hemvård och hemsjukvård. Bland de som är mellan 65 och 79 år är det vanligast med enbart hemsjukvård. För att bli beviljad hemsjukvård måste personen i fråga vara oförmögen att ta sig till vårdcentralen, samt ha ett hälso- och sjukvårdsbehov som varar i mer än 14 dagar, den så kallade tröskelprincipen (Socialstyrelsen, 2016).

Urval

Urvalet av kommuner var strategiskt för att uppnå en spridning av större och mindre kommuner (mellan 7000–33000 invånare). Ett bekvämlighetsurval användes för att välja ut DSK till studien. Ett bekvämlighetsurval innebär att lättast tillgängliga distriktssköterska som uppfyller inklusionskriterierna inkluderas i studien (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterierna i föreliggande studie var att informanterna hade en specialistutbildning till distriktssköterska, att de arbetade i kommunal hemsjukvård samt att de inte hade en personlig relation till författaren. Förfrågan om deltagande i studien skickades ut till verksamhetschefer inom hemsjukvård i sju av Skånes 33 kommuner. Av de sju verksamhetschefer som tillfrågades att delta i studien, tackade fem ja till att delta. De som tackade nej angav omorganisering av verksamheten och att ett annat lärosätes studier prioriterades. Totalt tillfrågades 10 DSK att delta i studien, varav 8 tackade ja. Av de 8 DSK som tackade ja och gav sitt samtycke till att intervjuas fullföljde alla 8 sitt deltagande. Informanterna bestod av sju kvinnor och en man. Åldern varierade mellan 37-63 år och den genomsnittliga åldern var 53 år. Informanterna hade i genomsnitt arbetat som sjuksköterskor i 22 år och som DSK i hemsjukvården i 11 år.

Tillvägagångssätt

Verksamhetscheferna i respektive kommun som tackat ja att delta fick både muntlig och skriftlig information om studien; både via telefon och mail. Ett skriftligt samtycke erhöles från varje verksamhetschef innan studien påbörjades. För att information om studien skulle kunna ges direkt till DSK i kommunernas upptagningsområden, bad författaren verksamhetschefen om tillstånd att kontakta dem. DSK fick därefter både muntlig information via telefon och skriftlig information via mail. De fick även information om att det var frivilligt att delta samt att deltagandet kunde avbrytas när som helst under studiens gång. De DSK som tackade ja att delta i studien gav sitt skriftliga samtycke innan intervjuerna påbörjades. Författaren bokade därefter tid och plats för intervju med informanterna. Polit och Beck (2017) betonar betydelsen av att intervjuerna om möjligt bör äga rum avskilt, som till exempel i ett rum där risken för avbrott och distraherande ljud är så liten som möjligt, vilket även eftersträvades och till stor del uppnåddes i denna studie. Intervjuerna pågick mellan 30 och 60 minuter samt spelades in digitalt med hjälp av en

Smartphone. Intervjumaterialet transkriberades verbatim av författaren (Polit & Beck 2107) och för att ge innehållet ett djupare innehåll skrevs även stunder av tystnad, tveksamheter, pauser etcetera ner (Elo & Kyngäs, 2007).

Datainsamlingsmetod

Intervjuerna genomfördes individuellt, vilket enligt Polit och Beck (2017) är den primära metoden för att insamla kvalitativ data. Denna metod ger informanten möjlighet att berätta om sina erfarenheter eller upplevelser om ett fenomen. Intervjuerna var semistrukturerade (Polit & Beck, 2017) och baserades på en intervjuguide med öppna frågor som härledde till studiens syfte. De två huvudfrågorna var; Vill du berätta om erfarenheter som du som DSK har när det gäller att uppmärksamma depressiva symtom hos äldre?; Vill du berätta om dina erfarenheter som DSK när det gäller att förbättra depressiva symtom hos en äldre person?. Informanterna uppmanades även att ge exempel på omvårdnadstillfällen eller patientmöten som beskrev hur de som DSK uppmärksammat depressiva symtom hos äldre. Följdfrågor till informanternas berättelser, som till exempel; "vad hände sen?" och "kan du berätta mer?" användes. Följdfrågor kan hjälpa informanten att under intervjuens gång ge en så rik och detaljerad information om fenomenet som möjligt (Polit & Beck, 2017). Innan intervjuguiden användes testades den i en pilotintervju. En pilotintervju har enligt Polit och Beck (2017) syftet att testa den metod och det tillvägagångssätt som valts till studien, samtidigt som det ger forskaren tillfället att öva sin intervjuteknik. Pilotintervjun i föreliggande studie har använts i intervjumaterialet. I pilotintervjun testades intervjuguidens frågor huruvida de gav informanten möjligheten att beskriva fenomenet på ett så målalande sätt att det kunde ge intervjun ett rikt innehåll. Frågor lades till i intervjuguiden några gånger under studiens gång.

Förförståelse

En förförståelse för kontexten och DSK:s arbetssituation finns, eftersom författaren tjänstgjort cirka ett halvår i hemsjukvården samt 14 år på korttidsboende och äldreboende i kommunal regi. Detta innebär att författaren under sina år i kommunal hälso- och sjukvård mött äldre personer med DS och har därför en förförståelse för äldres situation och behov. Denna förförståelse kan ha påverkat intervjuerna, då till exempel följdfrågor ställdes till DSK. Möjligheten finns även att DSK:s respons samt samspelet mellan DSK och författaren under studiens gång kan ha påverkats av det faktum att författaren har erfarenhet av att arbeta som SSK i en liknande kontext som den i studien. Författaren anade att DSK med hjälp av sin erfarenhet och intuitiva förmåga uppmärksammat depressiva symtom och att ingen skattningsskala användes. Att samtalet utgör

en så stor del i mötet mellan den äldre och DSK och att detta bidragit till att förbättra depressiva symtom var inte heller någon överraskning för författaren. Författaren har under sina tjänstgörings år i kommunal hälso- och sjukvård erfarenheten av att DSK ofta har en osynlig roll och att framförallt politiker och andra förvaltningar i kommunen, men också andra aktörer inom hälso- och sjukvården, till exempel primärvården och slutenvården, saknar kunskap och förståelse för vad en DSK i kommunen gör. Ett ytterligare mål med denna studie var därför att synliggöra det arbete de utför samt den viktiga roll DSK har i den kommunala hälso- och sjukvården.

Analysmetod

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes enligt Elo och Kyngäs (2007). De menar att detta är en lämplig metod då kunskapen om det som ska undersökas är begränsad och fragmentarisk. Vidare följde analysen de steg som författarna beskriver som de tre huvudfaserna; förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsefasen innebar att författaren läste igenom texten ett flertal gånger för att få en förståelse för vad texten handlade om samt tills texten framstod som en helhet. I organiseringsfasen skrevs anteckningar och rubriker i marginalen allt medan texten lästes. Därefter identifierades meningsbärande enheter, vilka därefter processades tills olika kategorier framträdde. De olika kategorierna abstraherades slutligen till huvudkategorier, kategorier och subkategorier, se tabell 1. För att inte gå miste om något väsentligt i intervjumaterialet, gick författaren kontinuerligt tillbaka och läste texten i sin helhet. De mest kärnfulla citaten valdes ut för att illustrera subkategorierna.

Tabell 1: Exempel på analysförfarande från meningsbärande enhet till huvudkategori.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kategori	Subkategori
... man ska lyssna ... tror jag ... de ska få prata... det tror jag är viktigt... att de .. alltså att jag inte gör en massa annat så att jag inte... lyssnar... på dem... om de märker det liksom att jag är inte så där riktigt närvarande i det här då va... då tror jag inte alls att de bryr sig om att prata... (intervju 6)	Lyssna, de ska få prata, vara närvarande.	Samtalet och relationens betydelse	Att lyssna aktivt och vara närvarande i samtalet
Det tog tid för mig att upptäcka det, det tog tid... inte förrän jag gick till den första damen mer regelbundet och så, då... (Intervju 3, citat 23).	Tog tid att upptäcka, besökte pat mer regelbundet, då först...	Att uppmärksamma och förbättra DS i samverkan med andra vårdgivare/aktörer	Betydelsen av kontinuitet

Etiska överväganden

Innan intervjuerna påbörjades inhämtades ett etiskt godkännande från examinator vid Högskolan Kristianstad. Forskningen skedde i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer (2002), vilka

består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informanterna garanterades full konfidentialitet och intervjumaterialet, det vill säga ljudfiler och transkriberat material, har därför avidentifierats, allt i enlighet med GDPR-lagen (Europeiska unionen, 2016) och förstörs efter studiens färdigställande. Vidare har informanterna informerats om syftet med studien och på vilket sätt den planerades att genomföras. Informanterna informerades även om att deltagande i studien var helt frivilligt och att de när som helst utan konsekvenser kunde dra sig ur. Ett skriftligt samtycke inhämtades från informanterna och förvarades inlåst i författarens hem tills studien var färdigställd och har därefter förstörts. Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 1964/2013) bör informanterna även erbjudas delgivning om studiens resultat samt hur detta kan komma till nytta, det vill säga i detta fall; erfarenheter när det gäller att uppmärksamma samt förbättra depressiva symtom hos äldre. Risker för enskilda personer som skulle kunna uppstå på grund av medverkan i studien måste ses som små. Möjligheten finns dock att någon av informanterna sagt något om organisationen eller chefen som i efterhand av informanten kunde upplevas som känsligt. Data från studien presenteras dock på gruppnivå, vilket gör att enskilda individers utsagor blir svåra att identifiera.

RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i två kategorier och åtta subkategorier, se tabell 2. Resultatet presenteras under varje kategori och subkategori samt med klagörande citat. Några av citaten har kortats ner samt i viss mån omarbetats till skriftspråk med bibehållet innehåll.

Tabell 2: Kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Mötet, samtalet och relationens betydelse	<ul style="list-style-type: none"> -Att se den äldre i sitt sammanhang -Förtroende och tillit -Att vara initiativtagare till svåra samtal -Att lyssna aktivt och vara närvarande i samtalet -Att använda sin intuition
Att uppmärksamma och förbättra DS i samverkan med andra vårdgivare/aktörer	<ul style="list-style-type: none"> -Betydelsen av kontinuitet -Att hjälpa den äldre att hitta strategier i samverkan med andra aktörer -Att främja fysisk, psykisk och andlig hälsa i samverkan med andra professioner

Mötet, samtalet och relationens betydelse

Att se den äldre i sitt sammanhang underlättar enligt DSK i mötet när det gäller att få förståelse för den äldres livsvärld samt bidrar till att DS kan uppmärksammas och förbättras. DSK menade att samtalet i mötet med den äldre är ett av de viktigaste och mest centrala verktyg de använder för att dels uppmärksamma DS men som också bidrar till en förbättring av DS. DSK framhöll betydelsen av förtroende och tillit i relationen mellan dem och den äldre, vilken bidrar till att den äldre vågar öppna sig och berätta om sitt psykiska mående. De beskrev även att de brukar ta initiativet till svåra samtal och betonade vikten av att lyssna aktivt samt att vara närvarande i samtalet med den äldre. DSK gav uttryck för att de ofta använt sin intuitiva förmåga när de uppmärksammat DS hos äldre personer. Kategorin mötet, samtalet och relationens betydelse kan beskrivas med hjälp av subkategorierna: *Att se den äldre i sitt sammanhang; Förtroende och tillit; Att vara initiativtagare till svåra samtal; Att lyssna aktivt och vara närvarande i samtalet* samt *Att använda sin intuition*.

Att se den äldre i sitt sammanhang

DSK beskrev sina erfarenheter av att arbeta i hemsjukvården och framhöll fördelen med att möta den äldre i hemmet och i sitt eget sammanhang, i jämförelse med en sjukhusavdelning där vården ofta inriktar sig på att ta hand om en viss del av kroppen och där de som utför vården vanligtvis inte vet någonting om den äldres liv och bakgrund. DSK beskrev hur de genom att beakta den äldres bakgrund, hur dennes liv har sett ut, men också genom att ta hänsyn till hur det ser ut vid det aktuella tillfället, till exempel avseende hälsotillståndet, relationen med närstående, övrigt kontaktnät och så vidare och menade att detta underlättar i mötet och samtalet med den äldre. Att se den äldre i sitt sammanhang kan enligt DSK också ge en förklaring till varför den äldre uppvisar DS samt underlätta för både DSK och hemvårdspersonalen att bemöta den äldre så att DS kan uppmärksammas och förbättras.

Ibland så kan ju ens bakgrundshistoria förklara varför man är lite mer orolig och ängslig och depressiv och lätt för att gråta och så här... Så att just det här att man kan knyta an på ett annat sätt till patienterna och att man har mer helheten... (Intervju 2, citat 16).

Förtroende och tillit

Det ansågs av DSK vara betydelsefullt att utveckla en relation med den äldre för att DS skall kunna uppmärksammas och förbättras. Denna relation utvecklas oftast efter att en vårdgivare under en längre tid, regelbundet besökt en äldre person och utgör sedan grunden för det

förtroende och den tillit som gör att den äldre vågar öppna sig, vilket gör det möjligt att uppmärksamma förändringar i den äldres stämningsläge.

Det har ju enorm betydelse så klart... att man ser förändringar i hur patienten mår... naturligtvis... och sen även att man bygger upp en relation och när man har en relation så är det ju lättare att utbyta förtroenden... att komma in på olika samtalsämnen. Både glädjeämnen och annat (Intervju 2, citat 15).

Tillit kan endast uppstå när den äldre upplever att vårdgivaren står på hans/hennes sida samt tar hänsyn till hans/hennes integritet. DSK gav exempel på när de främjat tilliten genom att komma när de lovat, eller genom att meddela den äldre när de fått förhinder. På detta sätt fick DSK visa att de håller sina löften samt visar respekt för den äldre. Enligt DSK kan tillit och förtroende inte påskyndas eller forceras fram, utan måste få ta den tid det tar.

Att vara initiativtagare till svåra samtal

DSK beskrev hur de tagit initiativet och frågat den äldre rakt ut om han/hon kände sig nedstämd eller deprimerad och de hade på detta sätt uppmärksammat DS. De gjorde detta framförallt i situationer då de lagt märke till en förändring i den äldres stämningsläge eller då de uppfattat att något i det den äldre sagt tytt på DS. DSK uttryckte att de inte känner någon rädsla eller obehag inför att ställa frågan till den äldre och ansåg att den äldre inte skall behöva ta ansvaret för att ta upp svåra samtalsämnen. Om den äldre inte är redo att prata första gången frågan ställs, menade DSK att de försöker få den äldre att förstå att han/hon finns kvar även vid ett senare tillfälle, om den äldre är redo att prata då.

Där tror jag vi som vårdpersonal inte kan förvänta oss att en människa med depressiva symtom ska vara den som är initiativtagare till den typen av diskussioner, för är det något som karaktäriserar en depression så är det oftast initiativlöshet och tillbakadragenhet. Man är liksom i sin bubbla och då måste ju någon 'knacka på' och säga: "hallå, jag finns här om du vill och vill du inte idag så kanske du vill om en vecka... och jag kommer att finnas här då också" (Intervju 5, citat 26).

Att lyssna aktivt och att vara närvarande i samtalet

DSK framhöll vikten av att lyssna aktivt och att vara närvarande i samtalet med den äldre. Detta innebär att den som lyssnar måste visa att han/hon har ett genuint intresse för vad den äldre har att berätta samt har hela sin uppmärksamhet riktad mot den äldre. Detta uppgavs kunna förstärkas genom till exempel kroppsspråk och röstläge och försämras genom att göra annat samtidigt som samtalet pågår.

Man ska ju lyssna... de ska få prata... det tror jag är viktigt... alltså att jag inte gör en massa annat så att jag inte lyssnar på dem... om de märker det liksom att jag inte är riktigt närvarande... då tror jag inte alls att de bryr sig om att prata... (Intervju 6, citat 23).

Att dröja sig kvar och att låta den äldre få tid på sig att prata togs också upp av DSK som ett betydelsefullt förhållningssätt, vilket bidragit till att äldre personer de samtalat med fick upplevelsen att den de samtalade med inte hade bråttom iväg till nästa ställe. En del äldre har svårare än andra, beroende på personlighet, att beskriva sitt stämningssläge och i mötet med dessa äldre personer är det ännu viktigare att vara lyhörd och lyssna på vad den äldre säger för att kunna uppmärksamma DS. DSK betonade även vikten av att vara lyhörd för vad den äldre ger uttryck för i samtalet samt för innehållet i samtalet, för att på så sätt uppmärksamma DS. Om den äldre till exempel uttrycker livsleda eller annat negativt tankeinnehåll kan detta vara tecken på DS. DSK beskrev möten med äldre personer som på grund av yttre traumatiska händelser hade starka känslouttryckningar och ett stort behov av att få prata av sig och fick möjligheten till detta vid upprepade tillfällen. DSK fick i dessa situationer fungera som en `ventil` och som ett emotionellt stöd för den äldre och menade att detta efteråt inneburit en förbättring av DS.

Att använda sin intuition

Några av DSK beskrev återkommande att de uppmärksammat DS med hjälp av sin intuitiva förmåga och de liknade det vid att använda sig av sin `magkänsla` och de beskrev det även i termer som att: `läsa av`, `känna in`, `se även det osynliga`, `lyssna på undertoner` `läsa mellan raderna` och så vidare och menade att denna förmåga till viss del beror på vårdgivarens personlighet. DSK kunde inte riktigt förklara hur de gjorde när de läste av en person, men framhöll betydelsen av att vara uppriktigt intresserad av den äldres behov. Genom att inte enbart lyssna på vad den äldre uttrycker verbalt i samtalet, utan även med hjälp av intuitiv upplevelse förnimma att det finns något mer underliggande i det den äldre uttrycker, kan enligt DSK leda till att DS som inte annars skulle bli uppmärksammat blir det. DSK framhöll därför vikten av att inte nöja sig med svaret, att inte ge upp, utan fortsätta att `komma tillbaka` till den äldre så att han/hon till slut vågar berätta om sitt psykiska mående.

Ja, det är klart att man gör det, att man ser och känner in och sen... det är ju det här, det är så svårt och det måste återigen bli den här subjektiva upplevelsen, för vissa har ju den läggningen som personer att de kanske... för en utomstående kan de upplevas deprimerade, medan de i själva verket inte är det (Intervju 1, citat 9).

Att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom i samverkan med andra vårdgivare/aktörer

DSK framhöll vikten av kontinuitet både bland dem och hemvårdspersonalen, för att på ett tidigt stadium kunna uppmärksamma förändringar av symtom/beteendet samt av stämningssläget hos

den äldre. De nämnde dessutom olika typer av symtom/beteenden som bidragit till att de misstänkt att det kunde röra sig om DS. Anhöriga är enligt DSK nyckelpersoner när det gäller uppmärksammandet av DS. Främjandet av den äldres fysiska, psykiska och andliga hälsa äger rum genom samverkan mellan olika vårdgivare/aktörer som finns runt den äldre. DSK beskrev sin egen roll som den som ansvarar för att antingen hänvisa den äldre vidare till andra vårdgivare/aktörer eller som den äldres språkrör i de fall när den äldre inte har förmågan att tala för sig själv. Kategorin att uppmärksamma och förbättra depressiva symtom i samverkan med andra vårdgivare/aktörer kan beskrivas med hjälp av subkategorierna: *Betydelsen av kontinuitet; Att hjälpa den äldre att hitta strategier samt Att främja den äldres fysiska, psykiska och andliga hälsa.*

Betydelsen av kontinuitet

Ett förändrat beteende/förändrad symtombild hos den äldre fick ofta DSK att reflektera över möjligheten att det kunde röra sig om en depression. De symtom som DSK uppgav var till exempel försämrad aptit med påföljande viktnedgång, trötthet och förändrade sömnvanor, apati och likgiltighet, vilket till exempel ofta resulterade i att den äldre struntade i att sköta sin hygien eller att ta sin medicin. DSK talade även om sina erfarenheter av att undandragande och social isolering ofta visat sig vara DS. Betydelsen av kontinuitet för att kunna uppmärksamma DS, det vill säga att samma DSK med regelbundenhet besöker sina äldre patienter betonades av DSK. Hemvårdspersonalen är de som besöker många av de äldre dagligen och är därför de som oftast lägger märke till förändringar i stämningsläge eller av symtom/beteende på ett tidigt stadium, som de därefter rapporterar till DSK. Av den anledningen är enligt DSK kontinuiteten bland hemvårdspersonal en förutsättning för att kunna uppmärksamma DS. "Det tog tid för mig att upptäcka det, det tog tid... inte förrän jag gick till den första damen mer regelbundet och så, då..." (Intervju 3, citat 23).

Några av DSK menade att anhöriga många gånger är nyckelpersoner när det gäller uppmärksammandet av DS. Om relationen mellan till exempel föräldrar och barn är/har varit god är det oftast de som känner sin mamma eller pappa allra bäst och som därför kan uppges om de upplever någon förändring i beteendet eller av stämningsläget hos sin förälder. DSK berättade att de emellanåt blir kontaktade av anhöriga när dessa upplevt att någon av föräldrarna tett sig nedstämda eller deprimerade. "Ja, anhöriga tycker jag väl är nyckelpersoner... i just också det att identifiera just förändringar i stämningsläget och så..." (Intervju 7, citat 24).

Att hjälpa den äldre att hitta strategier i samverkan med andra aktörer

DSK menade att många äldre personer saknar strategier för att kunna hantera den omställning som åldrandet innebär. De beskrev bland annat hur ensamhet, sorg, funktionsnedsättningar eller kognitiva svårigheter kräver olika strategier för att den äldre ska kunna hantera sin livssituation.

Men jag tänker; "livet är inte hur man har det, utan hur man tar det" liksom, så det kanske hjälper folk att hitta de verktygen till att nå dit liksom... att motverka ensamhet, eller att få vara i en gemenskap och... hitta det som gör så att man själv blir lycklig liksom... Det är inre verktyg tänker jag ju liksom... (Intervju 1, citat 23A)

Då DS framförallt orsakas av ensamhet och isolering bör enligt DSK de huvudsakliga insatserna vara inriktade på att uppmuntra och stötta den äldre att regelbundet lämna hemmet för att få en stunds socialt umgänge med andra människor. Detta var en strategi som förespråkades av DSK och som de menade hjälpt äldre personer att hantera ensamhetsproblematiken. DSK framhöll att samtliga professioner/aktörer runt den äldre, har ett gemensamt ansvar att hjälpa den äldre att bryta ensamhet och isolering. Det yttersta ansvaret menade DSK ligger på kommun- och politikernivå och mycket görs enligt DSK redan i kommunerna med hjälp av olika aktiviteter, i syftet att förhindra ensamhet och isolering bland de äldre. DSK berättade bland annat om sångstunder, gudstjänster, föreläsningar, matlagingsgrupper, vinprovningar, olika typer av fysisk aktivitet för de som är 70 plus och så vidare. DSK beskrev även tillfällen då biståndshandläggare kontaktats av dem eller av enhetschef för hemvårdspersonalen, då det till exempel funnits ett behov av måltidssällskap, eller sällskap i samband med promenad. Dessa förändringar i biståndsbeslutet har enligt DSK gjorts med avsikt att bryta den äldres ensamhet och isolering och därmed med målet att förbättra DS. DSK beskrev även hur de ibland i mötet med en äldre person som till exempel uttryckt livsleda och att det inte längre känns meningsfullt att leva, försökt hjälpa den äldre att fokusera på det som fortfarande var positivt i livet och menade att detta i vissa fall varit en strategi som åtminstone tillfälligt förbättrat DS. Att stärka den äldres egna resurser och värna om den äldres autonomi ansågs av DSK vara betydelsefullt när det gäller att främja den psykiska hälsan samt förbättra DS. DSK gav uttryck för att mer behöver göras för att hjälpa den äldre att hitta olika strategier som kan förbättra DS, samtidigt som det i kommunerna behövs fler insatser och nya tankesätt som inriktar sig på att hjälpa äldre personer att komma ur ensamhet och isolering.

Att främja fysisk, psykisk och andlig hälsa i samverkan med andra professioner

DSK framhöll vikten av att hjälpa den äldre att upprätthålla det fysiska välmående, eftersom de menade att olika hälsobekymmer kan resultera i att den äldre till exempel förhindras att göra

aktiviteter som han/hon mår väl av. Vissa sjukdomssymtom som till exempel smärta angavs också kunna leda till en känsla av hopplöshet och DS. Att då hjälpa den äldre med lindring av smärta kan enligt DSK avsevärt förbättra DS. "Hon blev så låst, hon kunde ju inte gå ut... tänk, det är sänkt livskvalitet... att inte få gå ut... Sen när man lindat hennes (ben) då reste hon sig och... då kunde hon..." (Intervju 3, citat 12). En vanlig orsak till att DSK tagit kontakt med läkare på vårdcentralen, förutom när det gäller fysiska hälsoproblem, är då de upplevt att en äldre person varit nedstämd eller depressiv och ansetts vara i behov att antidepressivt läkemedel. DSK gav uttryck för att vissa läkare sällan krävt en utförlig anamnes, utan ganska godtyckligt satt in till exempel SSRI preparat, vilket inneburit att läkaren i fråga litat helt och hållet på DSK:s bedömning. Vikten av att först utesluta fysiska orsaker till DS innan antidepressivt läkemedel sätts in betonades av DSK. "Är det några nyuppkomna depressionssymtom... så bör ju, inte bara med tanke på medicinering för depression, så bör ju andra fysiska åkommor uteslutas. Så läkarbesök är ju viktigt." (Intervju 7, citat 10). DSK menade att många äldre personer får god hjälp av antidepressiv medicin, medan vissa inte blir helt hjälpta, utan till viss del har kvarstående DS. Förutom läkarkontakt hade DSK förmedlat samtalskontakt med äldreкуратор, som finns i vissa kommuner samt med diakon/diakonissa. DSK nämnde även äldres andliga och existentiella behov och menade att många äldre har en bakgrund i den kristna tron och att vissa tidigare i livet varit vana att regelbundet gå i kyrkan. Även vissa äldre som inte varit regelbundna kyrkobesökare får enligt DSK i samband med gudstjänster och sångstunder som arrangeras, en känsla av samhörighet och upplevelsen av att de är del av något större. Detta ger många äldre en trygghet och upplevelsen av en meningsfullhet som både kan förebygga och förbättra DS.

Många äldre är ju uppfostrade lite religiöst eller i ett kristet hem och man gick i kyrkan oftare än vad vi gör idag. Så tänker jag... när många mår dåligt så kan man ju finna en gemenskap och kanske en mening... av att... alltså en mening med att gå i kyrkan... att man är en del i en gemenskap... att man är en del i en helhet, i ett större sammanhang. Det kan ju hjälpa. (Intervju 1, citat 21)

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att bekräfta studiens trovärdighet har författaren valt att diskutera metoden med bakgrund av Shenton's (2004) fyra strategier, vilka är: *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *giltighet* och *delaktighet*.

En studies tillförlitlighet består i att det som avses undersökas verkligen blir undersökt och

besvarat samt försäkrar läsaren om att resultatet i förhållande till verkligheten är tillförlitligt (Shenton, 2004). Då syftet var att studera DSK:s erfarenheter när det gäller att uppmärksamma och förbättra DS hos äldre inom kommunal hemsjukvård, kan föreliggande studies tillförlitlighet styrkas av att det var DSK som under en intervju fick möjligheten att fritt och med egna ord berätta om sina erfarenheter. Intervjuerna inleddes med att syftet med studien lästes upp och DSK ombads därefter att berätta om konkreta patientsituationer då DS uppmärksammats eller förbättrats hos en äldre person. Meningen var att detta skulle underlätta för DSK att på ett tydligare sätt kunna urskilja hur de i rollen som DSK bidragit till att uppmärksamma och förbättra DS, men också för att hjälpa dem att mer allmänt berätta om sina erfarenheter på detta område. Som tidigare nämnts hade DSK svårt att urskilja specifika patientsituationer, vilket kan bero på att de tjänstgjort som SSK och DSK under flera år, men det kan också ha berott på att DSK var oförberedda inför intervjun på grund av att de inte hade hunnit sätta sig in i frågeställningen. Detta är förståeligt med tanke på den verklighet med hög arbetsbelastning som idag råder i många vårdssammanhang. Om DSK hade varit mer förberedda hade eventuellt berättelserna blivit mer detaljrika, men hade också kunnat vara mer färgade av andra människors tankar och erfarenheter. DSK:s reflektioner som kom spontant i stunden och växte fram under intervjuens gång, bidrog till levande och uppriktiga berättelser som väckte nya tankar både hos författaren och hos DSK. De erfarenheter DSK delade med sig av när det gäller att uppmärksamma och förbättra DS blev därför till stor del en samlad bild av alla de äldre patienter och omvårdnadssituationer de stött på under sin tid både som SSK och DSK. Denna reflektion stärks av att de DSK som endast tjänstgjort ett fåtal år i hemsjukvården hade lättare att minnas och berätta om konkreta patientfall. Deltagandet i en intervjustudie måste bygga på fullständig frivillighet och på att informanten gärna vill berätta om sina erfarenheter. Detta banar väg för att stämningen mellan forskare och informant blir lugn och avslappnad, vilket är en förutsättning för att det är informantens erfarenheter och tankar som framkommer under intervjun (Shenton, 2004). DSK i föreliggande studie intervjuades på sina arbetsplatser, vilket troligen bidrog till att de kände sig trygga och ej i underläge. Det kan dessvärre också ha bidragit till att DSK undermedvetet upplevde sig stressade över att kanske bli störda under intervjun, eller kände sig stressade över det arbete som väntade efter intervjun.

Urvalet var ämnat att vara ändamålsenligt och att DSK med framför allt erfarenheter av arbete med äldre personer med depressiva symtom skulle delta i studien. Författaren upplevde dock att det var svårt att hitta DSK i den kommunala hemsjukvården samt än svårare att hitta DSK som hade just den specifika erfarenhet som efterfrågades. Detta ledde till att urvalet troligen blev mer

slumpartat än ändamålsenligt. Ett slumpmässigt urval kan enligt Shenton (2004) positivt bidra till studiens tillförlitlighet, eftersom forskaren då inte kan påverka studiens innehåll med sitt val av informanter. Shenton (2004) menar dessutom att ett slumpmässigt urval kan vara mer representativt för en större grupp, samtidigt som risken finns att informanterna inte har något av värde att tillföra till studiens resultat.

Analysen genomfördes med induktiv ansats enligt (Elo & Kyngäs, 2007) samt med hjälp av regelbunden guidning av handledare samt i samband med ett arbetsseminarium, då andra studenter, handledare samt examinator fick möjligheten att granska arbetet och ge sina synpunkter på arbetets kvalitet. Enligt Shenton (2004) stärker tillförlitlighet hos en studie. Analysen kan dock ha påverkats av författarens förförståelse för vald kontext samt arbete med äldre personer i kommunal hemsjukvård, eftersom detta bidrog till att författaren känner igen många av de tankar och erfarenheter DSK gav uttryck för. Förförståelsen kan även i detta fall positivt ha bidragit till att det som framkommit under analysen har gjorts på ett djupare plan (Friberg & Öhlén, 2016; Priebe & Landström, 2016). Giltigheten hos en studie består i att författaren på ett noggrant sätt beskriver tillvägagångssättet avseende den metod och design som valts samt hur insamlingen av data har gått till, för att om möjligt en framtida forskare ska kunna genomföra en studie på liknande studie, men menar dock att resultatet då nödvändigtvis ej behöver bli detsamma (Shenton, 2004). I föreliggande studie har metoddelen så långt det går, steg för steg, gett en beskrivning av undersökningens tillvägagångssätt, även detta har gjorts med hjälp av kontinuerlig handledning, vilket enligt Shenton (2004) stärker studiens giltighet.

Enligt Shenton (2004) bör forskaren, så långt det går, hålla sig neutral och objektiv i förhållande till informanten, för att denne underförstått inte skall påverkas att säga något som kanske är relaterat till forskarens åsikter och tankar. Samtidigt menar Shenton (2004) att det aldrig till fullo går att vara helt objektiv, på grund av den förförståelse forskaren har. Författaren i föreliggande studie har en förförståelse, både avseende arbete i hemsjukvården samt i vald kontext. Författaren i denna studie gjorde dock sitt yttersta för att hålla sig så neutral som möjligt i samband med intervjuerna. Då författaren inte har någon stor vana i intervjuteknik, kan detta ha bidragit till att DSK:s berättelser och uttryck emellanåt förstärktes av författaren. Det kan också ha bidragit till att författaren underförstått gav uttryck för sina egna erfarenheter och åsikter till DSK. Dessa faktorer kan ha kommit att påverka resultatet. Förförståelsen och författarens kunskap inom valt område kan även ha varit en fördel i intervjuerna, då de följdfrågor som ställdes hjälpte DSK att på ett djupare plan reflektera över det arbete de utförde samt över de olika möten de haft med äldre personer med DS. Friberg och Öhlen (2016) och Priebe och

Landström (2016) menar att forskarens förförståelse kan utgöra ett hinder, men att den också kan bidra till att ny kunskap och förståelse uppstår. Intervjuguiden avsågs hjälpa både författaren och DSK att under intervjun inte avledas allt för mycket från syftet, utan att kontinuerligt ges möjlighet att gå tillbaka och påminna sig om syftet med studien (Polit & Beck, 2017).

Intervjuguiden i denna studie var till viss hjälp, men hade kunnat utvecklas mer före intervjuerna. Frågeställningarna hade kanske då ytterligare hjälpt DSK att se problemställningen ur fler synvinklar.

Resultatdiskussion

Nedan sammanfattas i korthet de delar från resultatet som kommer att diskuteras. Samtalet och relationens betydelse framkom i resultatet och visade sig ha en central plats i mötet med den äldre och som ett verktyg för att uppmärksamma och förbättra DS. Resultatet visade också att DSK litar till sin intuitiva förmåga, i kombination med förvärvad kunskap och erfarenhet, då han/hon uppmärksammar DS hos en äldre person, medan skattningsinstrument i syftet att uppmärksamma DS inte användes i någon av de deltagande kommunerna. Även betydelsen av kontinuitet, vilket framkom i resultat kommer att diskuteras. Det som slutligen kommer att diskuteras är DSK:s erfarenhet av hur DS förbättrats, i vissa fall i samverkan med andra professioner, genom att hjälpa den äldre att bryta ensamhet och isolering.

I resultatet framkom den centrala plats och funktion samtalet har i mötet mellan DSK och den äldre, oavsett om det handlar om ett konkret uppdrag som till exempel att lägga om ett sår, eller om besöket handlar om att en äldre person upplevts vara depressiv. I vissa situationer används samtalet för att lära känna den äldre och för att en relation skall börja utvecklas. Detta underlättas av att den äldre besöks i hemmet och sitt eget sammanhang; omgiven av personliga tillhörigheter, som till exempel böcker, tavlor och fotografier som visar vem den äldre personen är och som eventuellt ger en förklaring till vad som format den äldre till den person han/hon är idag. I andra situationer kan den äldre i samtalet få prata av sig och lätta sitt hjärta inför DSK. Ett möte med en äldre person där samtalet inte har en central roll är i huvudsak utan mening och kommer inte att åstadkomma något som är av värde för den äldre, samtidigt som ett meningsfullt samtal med innehåll inte kan uppstå utan att en relation först har utvecklats mellan DSK och den äldre (Dahlberg & Segesten, 2010). Relationen mellan DSK/patient är det som utgör förutsättningen för att förtroende och tillit gentemot DSK ska växa fram och som gör att den äldre känner sig så pass trygg att han/hon vågar berätta om sitt psykiska mående och om andra svåra och existentiella tankar. Alla dessa beståndsdelar, det vill säga mötet, samtalet, relationen, förtroende och tillit

hänger ihop och är svåra att åtskilja och utgör grunden för att omvårdnaden och bemötandet av den äldre ska vara av den kvalitet som åstadkommer en förbättring av DS. Halldorsdottir (2012), som är en sammanställning av flera studier gjorda av författaren, beskriver en god SSK/patientrelation ur patientens perspektiv och grundar sig på patienters upplevelser av vad som kännetecknar en bra relation mellan en SSK/patient. Patienterna gav uttryck för att en sådan relation är aktiv och dynamisk och själva hjärtat i all omvårdnad och kan därför i hög grad bidra till att patienten får den styrka han/hon behöver för att återfå kontrollen över sitt liv. En bra relation enligt Halldorsdottir (2012) mellan SSK/patient minskar dessutom negativa känslor hos patienten och kan till viss del förbättra även den fysiska hälsan, genom påverkan på både immunförsvaret och endokrina funktioner. I föreliggande studies resultat framkom att samtalet även kan bidra till att DS blir uppmärksammasamt att orsaken/orsakerna till att den äldre utvecklat DS på så sätt blir identifierade och slutligen till att de kan förbättras, tack vare att rätt insats sätts in. I resultatet framkom att DS i viss mån kan förbättras enbart genom samtal, åtminstone för stunden, eftersom DSK:s eller hemvårdspersonalens besök tillfälligt `bryter av` den äldres vardag, vilken i många fall består av sällskapet enbart med sig själv. Det förhållningssätt av engagemang DSK i föreliggande studie gav uttryck för hade innebörden att de i samband med varje hembesök och samtal med en äldre person insåg vikten av att mötet skulle bli så bra som möjligt och att de därför gjorde sitt yttersta för att detta skulle uppnås. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver hur ett samtal mellan SSK och patient kan vara av vårdande karaktär och menar dessutom att patienten måste stå i centrum i varje samtal, eftersom han/hon är den som bäst har kännedom om sin egen hälsa och som därför bäst kan beskriva upplevelsen av sin sjukdom och sin tillvaro. Detta kan enligt Dahlberg och Segesten (2010) lindra patientens lidande och dessutom sätta igång `hälsoprocesser` hos patienten. I föreliggande resultat framkom vikten av att vara närvarande i samtalet samt att lyssna aktivt. Att samtidigt genom kroppsspråk och röstläge tydliggöra detta för den äldre, bidrar till att det han/hon säger tas på allvar. DSK menade också att den som lyssnar måste vara lyhörd för att även uppfatta det som sägs mellan raderna i likhet med Halldorsdottir (2008) som också framhåller betydelsen av ett samtal där DSK är närvarande och helt fokuserad på den patient han/hon har framför sig och som vidare menar att en dålig relation/samtal mellan SSK/patient till och med kan vara både nedbrytande och stressande och dessutom orsaka DS och andra negativa känslor hos patienten. I föreliggande studies resultat framkom att DSK inte var främmande för att ta initiativet till svåra samtal, eftersom de menade att äldre personer med DS vanligtvis kännetecknas av initiativlöshet, i kombination med att äldre ofta inte vill vara till besvär samt redan känner sig marginaliserade och som en belastning både för sina närstående och för samhället. Denna erfarenhet bekräftas av Drud

et al. (2017) och Lundman et al. (2012), vilkas studier bygger på äldre personers upplevelser och erfarenheter när det gäller olika faktorer som i relation till åldrandet kan orsaka DS. I resultatet framkom hur livet ofta förändras då en människa blir äldre, bland annat till följd av fysisk sjukdom, ensamhetsproblematik relaterat till förlust av till exempel sin livspartner. Andra upplevelser som informanterna uttryckte var känslan av inte längre ha något inflytande eller räknas med i samhället. Vidare leder det enligt dessa studier till att den äldre förlorar sin självständighet genom att bli beroende av andra människor och slutligen till en försämring av den äldres självkänsla. Alla dessa faktorer tillsammans kan enligt Drud et al. (2017) samt Lundman et al. (2012) ofta orsaka nedstämdhet och depression hos äldre personer. Drud et al. (2017) beskriver ytterligare att den äldre sällan själv berättar för sin vårdgivare att han/hon känner sig ensam eller nedstämd. I ljuset av detta blir betydelsen ännu större av att DSK och även hemvårdspersonal i samtalet blir än mer lyhörda för vilka känslor den äldre kanske underförstått förmedlar och att de då responderar på dessa. Några av DSK i föreliggande studie beskrev tillfällen då de fått fungera som en `ventil´ genom att den äldre personen pratat av sig och gett uttryck för starka känslor och stundtals av djup förtvivlan. Halldorsdottir (2012) beskriver på ett liknande sätt att en stor del i en DSK:s kompetens består i hans/hennes uppmärksamhet i mötet med patienten samt i att DSK är mottaglig för patientens svåra känslor och lidande och att han/hon då inte medvetet svarar undvikande, utan istället svarar på patientens uttryckta känslor samt erbjuder patienten känslomässigt stöd. I föreliggande studies resultat framkom liknande erfarenheter hos DSK, vilka menade att det emotionella stöd de gett äldre personer i dessa situationer, bidragit till att de känt sig bekräftade och att de fått upplevelsen av att bli tagna på allvar samt hade enligt DSK bidragit till en förbättring av de DS.

I resultatet framkom att DSK ofta med hjälp av sin intuitiva förmåga uppmärksammar DS hos en äldre person och att de i mötet med den äldre `känt av´ den äldres stämningsläge, samtidigt som de till exempel `läst av´ den äldres kroppsspråk. Några av DSK menade att denna typ av intuitiv känsla är kopplat till vilken personlighet DSK har och gav uttryck för att bedömningen därför många gånger grundas på en subjektiv upplevelse. Halldorsdottir (2012) förespråkar denna typ av perception eller intuitiva förmåga hos en SSK och menar att det är en del av SSK:s kompetens och mognad, samtidigt som perceptionen är avhängig den relation som finns mellan DSK/patient. Socialstyrelsen (2013) förordar att pålitliga skattningsinstrument används för att DS ska kunna uppmärksammas på ett tidigt stadium. Inte i någon av de kommuner där föreliggande studie genomfördes använde sig DSK av skattningsinstrument för att uppmärksamma DS hos äldre. Däremot fanns det i hälso- och sjukvården i dessa kommuner tydliga riktlinjer när det gäller användningen av skattningsinstrument för att bland annat kunna riskbedöma den äldres munhälsa

och nutritionsstatus. Att enbart uppmärksamma DS med hjälp av intuition och erfarenhet, vilket DSK i föreliggande studie gjorde, bygger till stor del på arbetslivserfarenhet och på förmågan att kliniskt se på en äldre person att denne lider av DS. En erfaren DSK vet dessutom vad han/hon ska lyssna efter i samtalet samt vilket innehåll i samtalet han/hon ska vara extra lyhörd för. Problem kan dock uppstå om DSK som saknar erfarenhet av arbete med äldre patienter i hemsjukvården ska göra en bedömning huruvida det föreligger DS eller ej. Det blir dessutom i stort sett omöjligt att avgöra om det skett en förändring av stämningsläget hos den äldre personen. Bekymret med att göra en korrekt bedömning av DS och förändringar av stämningsläget hos den äldre kommer även att uppstå vid dålig kontinuitet bland DSK och hemvårdspersonal. En DSK eller hemvårdspersonal som besöker en äldre person med nyttillkomna DS och som kanske inte känner den äldre sedan tidigare, tror kanske att det är den äldres habitualtillstånd och kommer därför inte att reagera eller uppmärksamma förändringen. Som tidigare nämnts kan DS vara svåra att uppmärksamma hos en äldre person. Kragh Ekstam (2014) och Socialstyrelsen (2016) framhåller att vården av den äldre därför måste ses ur ett helhetsperspektiv, vilket bland annat är relaterat till biologiska förändringar på grund av normalt åldrande, läkemedelspåverkan, fysisk sjukdom, psykosociala faktorer med mera. Relaterat till den utmaning som ligger i att både att uppmärksamma DS och bemöta äldre med psykisk ohälsa, betonar Socialstyrelsen (2018) vikten av att all personal som regelbundet möter äldre personer med olika vårdbehov, som till exempel i den kommunala hälso- och sjukvården, kan identifiera och uppmärksamma psykisk ohälsa, för att på så sätt kunna leva upp till en god och säker vård och menar att en väg till detta är utbildning.

Det är numera välkänt att psykisk ohälsa hos äldre personer är ett tilltagande bekymmer och eftersatt område, som för att inte bli oöverstigligt mycket snart behöver åtgärdas. Det finns inga snabba lösningar, men det finns däremot enligt Djukanovic et al. (2016) ett stort behov av konkreta och strategiska lösningar för att möta de utmaningar som ligger framför. Enligt Djukanovic et al. (2016) finns det ett klart samband mellan ensamhet och depression, i likhet med Drud et al. (2017), där resultatet också påvisade ett snarlikt samband. Djukanovic et al. (2016) delger hur gruppdiskussioner gav de äldre deltagarna möjligheten att känna sig delaktiga samt bidrog till social stimulering och ett ökat självförtroende. Vidare ger författarna uttryck för att denna typ av intervention är lättillgänglig och möjlig att applicera i olika typer av sammanhang där äldre personer vistas eller vårdas. Det troliga enligt författarna är även att det skulle kunna bidra till att äldres ensamhet reduceras. I föreliggande studies resultat framkom att kommunen arrangerar vissa aktiviteter och interventioner, med målet att bryta ensamhet och isolering hos den äldre delen av kommuninvånarna. DSK och hemvårdspersonal är i vissa fall de som hänvisar

den äldre till dessa aktiviteter, vilka bland annat kan röra sig om sångstunder, vinprovningar, gudstjänster, bingo med mera. Biståndsbedömare i kommunen kan bevilja beslut som ger den äldre rätten till sällskap i samband med vissa aktiviteter, med målet att minska ensamheten. DSK gav dock uttryck för att dessa insatser inte används i tillräcklig utsträckning med målet att bryta ensamhet. Djukanovic et al. (2016) menar även att en vanlig uppfattning som finns i vårt samhälle är att åldrandet är en period i livet då det normala är att vara trött på att leva och att känna sig deprimerad och de framhåller att denna uppfattning kan ha bidragit till att äldre och deras situation med depressiva symtom på många sätt därför har ignorerats. DSK har därför en nyckelroll när det gäller att vara den äldres förespråkare och stå upp för den äldre och dennes rättigheter till social gemenskap samt till den vård och behandling han/hon är i behov av.

Det saknas fortfarande forskning i Sverige kring hur depressiva symtom hos äldre personer på bästa sätt uppmärksammas, till exempel med hjälp av skattningsinstrument, vilket författaren till denna studie efterfrågar. Författaren efterfrågar även studier som undersöker nyttan av samtalsterapi såsom KBT hos äldre personer, men också av samtalet som sådant, som skulle kunna användas som ett verktyg i mötet med äldre personer med depressiva symtom.

SLUTSATS

De erfarenheter DSK delade med sig av, med målet att förbättra DS, handlar på många sätt om faktorer som de flesta människor är i behov av, nämligen meningsfulla sociala relationer och samtal med andra människor. De depressiva symtom äldre upplever kan ofta kopplas till ensamhet och isolering och således till bristen på meningsfulla relationer. Med bakgrund av detta är det inte uppseendeväckande att resultatet visade att depressiva symtom hos den äldre förbättras med hjälp av samtal och genom att det finns en god relation mellan DSK och den äldre samt genom att den som samtalar med den äldre är närvarande och aktivt lyssnande. En av lösningarna på den stora utmaning som psykisk ohälsa hos den äldre befolkningen är för hälso- och sjukvård, kan vara att samtalet får ta större plats i omvårdnaden och ännu tydligare förklaras som en omvårdnadsåtgärd lika betydelsefull som andra insatser som DSK utför i sitt dagliga arbete i hemsjukvården/hemvården. Behov kan finnas av specifik utbildning i bemötande och samtalsmetodik, för att i mötet ha de redskap som krävs för att depressiva symtom på ett tidigt stadium skall kunna uppmärksammas och förbättras. Därmed kan distriktssköterskan få en nyckelfunktion i rollen som den äldres företrädare. En alltför stor andel av den äldre befolkningen i Sverige tillbringar sina sista år i livet i ensamhet och med depressiva symtom såsom nedstämdhet och ångest, när de egentligen inte skulle behöva göra det.

REFERENSER

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Distriktssköterskeföreningen i Sverige. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

Djukanovic, I., Carlsson, J. & Peterson, U. (2016) Group discussions with structured reminiscence and problem based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (7-8) 992-1000. doi:10.1111/jocn.13110.

Drud, D. T., Sandholt, H., & Boch, W. B. (2017). Social relations and loneliness among older patients consulting their general practioner. *Danish Medical Journal*. 64(3):A5342.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1) 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

2016/679/EU. *EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS FÖRORDNING (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning): Text av betydelse för EES*. Bryssel: Europeiska Unionen. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&rid=1>

Friberg, F., & Öhlén, J. (2016). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination i omvårdnad*. (7. uppl., s. 346-370). Studentlitteratur AB.

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Nordic College of Caring Science, volym (22)*: 643-652. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

Halldorsdottir, S. (2012). Nursing as Compassionate Competence: A Theory on Professional Nursing Care Based on the Patient's Perspective. *International Journal for Human Caring* 16(2). Från https://www.researchgate.net/publication/315896365_Nursing_as_compassionate_competence_A_theory_on_professional_nursing_care_based_on_the_patient%27s_perspective

HSL 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 18 dec, 2019, från Regeringskansliet,

<http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:30>

Huang, Y., & Carpenter, G. L. (2011). Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as part of comprehensive standardised care assessment in nursing homes. *Aging and mental health*, 15(8), 1045-1051. doi: 10.1080/13607863.2011.583626

Kragh Ekstam, A. (2014). *Äldres läkemedelsbehandling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman B., Norberg, A., Santamäki, Fischer, R., & Alex, L. (2012). Syn på åldrande och äldre personer. I: Norberg, Lundman, Santamäki-Fischer (Red.) *Det goda åldrandet*. (sid. 17-36). Lund: Studentlitteratur AB.

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 1979(134), 382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382

Polit, D., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe B., & Landström, L. (2016). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination i omvårdnad*. (7. uppl., s. 31-50). Studentlitteratur AB.

Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (2013). *Diagnostic Criteria: Major Depressive Disorder (DSM-5)* [Broschyr]. Arlington: American Psychiatric Association. Från http://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_MajorDepressiveDisorder.pdf

SBU. (2015). *Behandling av depression hos äldre: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvardeerar/behandling-av-depression-hos-aldre/>

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75. Från https://pdfs.semanticscholar.org/cbe6/70d35e449ceed731466c316cd273032b28ca.pdf?_ga=2.110862791.374390216.1572896321-1002735128.1572896321

Socialstyrelsen. (2009). *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-20>

Socialstyrelsen. (2013). *Det är inte alltid som man tror: -vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/vagledning-primarvard.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Vård och omsorg av äldre: En lägesrapport 2016* [Broschyr].

Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre: Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2018-9-12.pdf>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Broschyr]. Uppsala: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parson, J. & Gott, M. (2015) 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*. (24), 2562-2570. doi:10.1111/jocn.12863.

WHO. (u.å.). *Mental disorders: Depression*. Hämtad 24 mars, 2017, från World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

Wijngaarden, V. E., Leget, C., & Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel like completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*. 138 (2015) 257-264.

World Health Organisation. (2016). *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* [Broschyr]. Geneva: World Health Organisation. Från https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf

WMA. (1964/2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982-1983) Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, (17), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (67) 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Öresland, S. (2010) Sjuksköterskor går på visit: Aspekter på hembesök, etik och genus. I E. Drevenhorn (Red) *Hemsjukvård*. (sid. 37-48). Lund: Studentlitteratur AB.