



Magisterarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården

En intervjustudie

Sandra Jakobsson

Jenny Svensson

Handledare: Hanna Tuvevesson

Specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot vård av äldre, 60 hp

Kurs: OM2516

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Juni 2016

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot vård av äldre, 60 hp
Magisterarbete 15 hp
Karlskrona Juni 2016

Sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården

En intervjustudie

Sandra Jakobsson

Jenny Svensson

Sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården.
Magisterarbete i omvårdnad, 15hp. Specialistprogrammet till äldresköterska 60hp.
Vårterminen 2016.Handledare: Hanna Tuveesson.

Sammanfattning

Bakgrund: Förekomsten av psykisk ohälsa tenderar att öka eftersom antalet äldre personer i befolkningen förväntas att öka. I Sverige uppskattas cirka 20 procent av alla äldre lida av psykisk ohälsa. Forskning visar också att psykisk ohälsa hos äldre är ett eftersatt område. Det är därför viktigt att tidigt identifiera den psykiska ohälsan eftersom den kan ha betydande negativa konsekvenser för den äldre.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården.

Metod: Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes med elva sjuksköterskor. De arbetade på sex olika vårdcentraler och hade erfarenheter av att möta äldre med psykisk ohälsa. Alla var utbildade distriktsköterskor. Analysen gjordes enligt Burnards innehållsanalys i fyra steg.

Resultat: Analysen resulterade i ett tema; Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar samt två kategorier; relationella och individuella förutsättningar i identifieringsarbetet med två underkategorier; *tidens och relationens betydelse* och *att använda sig själv som redskap*. Den andra kategorin var att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck med två underkategorier; *att tyda vaga signaler och symtom* och *att beakta förändringar i livet*.

Slutsats: Sjuksköterskan upplevde att det var svårt att identifiera den psykiska ohälsan. Identifieringen skedde genom sjuksköterskornas erfarenheter vilket hade stor betydelse. Resultatet bekräftar vikten av att ha en äldresköterska på vårdcentralerna.

Nyckelord: Intervjustudie, primärvården, psykisk ohälsa, sjuksköterska, äldre.

Blekinge Institute of Technology, Department of Health,
Programme for Specialist Nursing in Elderly Care, 60 ECTS credit points
Master's Thesis in Nursing Science, 15 ECTS credit points
Karlskrona, Sweden, June 2016

Nurses' experiences of identifying mental ill health in elderly within primary health care

An interview study

Sandra Jakobsson
Jenny Svensson

Nurses' experiences of identifying mental ill health in elderly within primary health care.
Caring Science, Elderly care, 15ECTS credits, Programme for Specialist Nursing in Elderly Care 60 ECTS credit, Spring 2016, Supervisor: Hanna Tuvevesson

Abstract

Background: The number of older people increases which also imply that the prevalence of mental ill health among elderly attend to increase. It is estimated that 20% of the elderly population in Sweden suffer from mental health problems. Research has shown that mental health among elderly is a neglected topic. It is important to identify mental ill health in an early stage because it could have negative consequences for elderly persons.

Aim: The aim of this study was to describe nurses' experiences of identifying mental ill health in elderly within primary health care.

Method: Semi-structured interviews were conducted with eleven nurses from six different primary health care centers who all had experience of identifying mental health problems in elderly. The interview material was analyzed according to Burnard's content analysis in four steps.

Result: The analysis resulted in one theme: *Uncovering multifaceted and hidden clues* and two categories; *Relational and individual preconditions in identifying* with two subcategories; *Significance of time and relation* and *Using yourself as a tool*. The second category was *Interpreting and noticing masked expressions* with two subcategories; *Reading vague signals and symptoms* and *Considering changes in life*.

Conclusion: The nurse experienced that it was difficult to identify mental ill health in the elderly. Identification was made through the work experience of the nurse which was experienced as important. The result confirms the importance of having a nurse dedicated for the elderly at the primary care centers.

Keywords: Elderly, interview study, mental health, primary health care, nurse.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning | 4 |
| Bakgrund | 5 |
| Äldre och åldrandet | 5 |
| Begreppet psykisk ohälsa | 5 |
| Psykisk ohälsa hos äldre | 6 |
| Primärvårdens ansvar | 8 |
| Sjuksköterskans roll inom primärvården | 8 |
| Syfte | 9 |
| Metod | 9 |
| Urval | 10 |
| Tillvägagångssätt | 10 |
| Kontext | 11 |
| Datainsamling | 11 |
| Analys | 12 |
| Etiska överväganden | 13 |
| Resultat | 14 |
| Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar | 14 |
| Relationella och individuella förutsättningar i identifieringsarbetet | 15 |
| Tidens och relationens betydelse | 15 |
| Att använda sig själv som redskap | 16 |
| Att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck | 18 |
| Att tyda vaga signaler och symtom | 18 |
| Att beakta förändringar i livet | 21 |
| Diskussion | 23 |
| Metoddiskussion | 23 |
| Resultatdiskussion | 26 |
| Slutsats | 29 |
| Självständighet | 30 |
| Referenser | 31 |
| Bilaga 1. Till dig som är verksamhetschef | 35 |
| Bilaga 2. Intervjuguide | 36 |

Inledning

Psykisk ohälsa bland äldre är idag ett folkhälsoproblem, både i Sverige och i många andra länder (Socialstyrelsen 2013a; World Health Organisation [WHO], 2015). Förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre kommer sannolikt att öka eftersom antalet äldre personer i befolkningen förväntas att öka (Socialstyrelsen, 2013b; WHO, 2015). Äldre med psykisk ohälsa påträffas idag i stor utsträckning inom primärvården, men primärvården saknar ofta tillräcklig beredskap för att ta hand om dessa patienter (Socialstyrelsen 2013b).

Sjuksköterskan i primärvården skulle därför kunna ha stora möjligheter att identifiera psykisk ohälsa hos äldre (Murray, Banarjee, Byng, Tylee, Bhugra & Macdonald, 2006; Socialstyrelsen, 2007). Den psykiska ohälsan bland äldre tenderar dock att förbli oupptäckt (WHO, 2015) och kan innebära en utmaning att känna igen (Murray et al., 2006). Det är därför viktigt att identifiera förutsättningar för att tidigt upptäcka äldre med psykisk ohälsa inom primärvården (Socialstyrelsen, 2013b).

Forskningen hittills har framförallt fokuserat på förekomst av psykisk ohälsa bland den äldre befolkningen (se exempelvis Baladón, Fernández, Rubio-Valer, Cuevas-Esteban, Palao, Bellon & Serrano-Blanco, 2015; Dols, Kupka, Van Lammeren, Beekman, Sajatovic & Stek, 2014; Kuerbis, Sacco, Blazer, Alison & Moore, 2014; Raue, Ghesquire & Bruce, 2014; Reinhardt & Cohen, 2015). Det finns dock begränsat med studier som undersökt sjuksköterskans arbete när det gäller att identifiera den psykiska ohälsan hos äldre inom primärvården. Ett antal studier har undersökt sjuksköterskors erfarenheter av att möta psykisk ohälsa i hemsjukvården (Brown, Raue, Roos, Sheeran & Bruce, 2010; Grundberg, 2012; Thompson, Lang, & Annells, 2008). Det finns också några studier som undersökt sjuksköterskans arbete med psykisk ohälsa generellt inom primärvården (Haddad, Plummer, Taverner, Gray, Lee, Payne & Knight, 2005; Lee & Knight, 2006). I två tidigare Brittiska studier framkom bland annat att sjuksköterskan uppfattade att de äldre såg depression som en normal del av åldrandet (Murray et al., 2006) men också att sjuksköterskan själv hade denna föreställning (Burroughs et al., 2006). Studier som specifikt fokuserar på sjuksköterskans identifieringsarbete av psykisk ohälsa hos äldre i primärvården verkar saknas. Att ta del av sjuksköterskans erfarenheter av detta skulle kunna bidra med kunskap och förståelse för de eventuella möjligheter och utmaningar hon/han möter när det gäller identifiering av psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården. Resultaten av studien skulle på så sätt även kunna

användas för framtida utvecklingsarbete kring sjuksköterskans behov och förutsättningar i identifieringsarbetet av äldres psykiska ohälsa.

Bakgrund

Äldre och åldrandet

Att beskriva och definiera vad begreppet äldre innebär är komplext. Överlag skulle begreppet kunna förstås enbart ur ett kronologiskt perspektiv, i antal levda år, men handlar också om hur gammal en individ upplever sig vara (Ernst-Bravell, 2013). I den här studien används begreppet för att beskriva en grupp människor som kronologiskt har nått en viss ålder. WHO (2016) beskriver äldre som personer från 60 år eller äldre. Äldre beskrivs också vanligen som personer som fyllt 65 år eller äldre (Ernst-Bravell, 2013; Larsson & Rundgren 2010). I den här studien avser begreppet äldre personer 60 år eller äldre eftersom denna kategorisering är vanligt förekommande i tidigare studier (Baladón et al., 2015; Burroughs et al., 2006; Freudenstein, Jagger, Arthur, & Donner-Banzhoff, 2001).

Åldrandet innebär för många en period av god psykisk hälsa, men många löper också risk att utveckla psykisk ohälsa (WHO, 2015, Socialstyrelsen, 2008). Att bli äldre innebär att många personer kommer att möta utmaningar som hänger ihop med åldrandet. Dessa utmaningar handlar bland annat om fysisk sjukdom, ekonomiska svårigheter, pension och begränsad mobilitet, men också om förlust, sorg och andra avgörande livshändelser. För vissa personer kan sådana utmaningar, av olika anledningar, leda till utveckling av psykisk ohälsa och suicidtankar (WHO, 2015). I studier som fokuserar på hur äldre upplever sin psykiska hälsa framkommer vikten av den sociala kontakten, behov av fysisk aktivitet och optimism för ett positivt åldrande medan social isolering och kronisk smärta påverkar den äldres psykiska hälsa negativt (Grundberg, 2012). Exempelvis har en japansk studie visat att pensionering kan påverka äldres psykiska ohälsa då de känner sig mer socialt isolerade (Minami et al., 2015). Social isolering har även visat sig ha betydelse för suicidalt beteende bland äldre personer (Ojagbemi, Oladeji, Abiona, & Gureje, 2013).

Begreppet psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett komplext begrepp och kan beskrivas och definieras på olika sätt. Goldman och Grob (2006) beskriver psykisk ohälsa som att det kännetecknas av bristande

hantering gällande humör, tankar eller beteende. Det kan vara svårt att klara av vardagens aktiviteter och relationer till andra människor. Faktorer som påverkar den psykiska ohälsan är miljön och ärftlighet samt förutsättningar att hantera motgångar och förändring i livet. WHO (2005) definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, och kan bidra till det samhälle han eller hon lever i. Psykisk hälsa innefattar således mer än frånvaro av psykisk sjukdom. Enligt Socialstyrelsen (2013c) kan benämningen på psykisk ohälsa ses som ett övergripande begrepp som kan användas olika beroende på sammanhang. Det kan inkludera allt från besvär av oro eller nedstämdhet till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. Lindrigare psykiska besvär stör visserligen välbefinnandet och kan innebära påfrestningar när det gäller att klara vardagen, men behöver inte betyda att individen är psykiskt sjuk och behöver behandling.

Psykisk ohälsa hos äldre

Äldre med psykisk ohälsa kan beskrivas som dels äldre vilka drabbas av psykisk ohälsa i samband med åldrandet, framförallt depression och ångest, dels äldre som tidigt i livet drabbas av psykisk ohälsa, till exempel schizofreni eller bipolär sjukdom (Rolfner Suvanto, 2014). I Sverige uppskattas cirka 20 procent av alla äldre lida av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013 b) och liknande siffror har även rapporterats globalt för personer som är 60 år och äldre (WHO, 2015). Inom en snar framtid kommer 25 procent av alla svenskar att vara 65 år och äldre, vilket leder till att psykisk ohälsa är en av våra största folksjukdomar. Vid 75 års ålder beräknas 15-20 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har ingen psykiatrisk diagnos (Socialstyrelsen, 2013a). De flesta studier inom området psykisk ohälsa visar att depression är en av de mest vanligast förekommande formerna av psykisk ohälsa hos äldre (Burroughs et al., 2006; Drayer et al., 2006; Grunberg, 2012; Henriksson, Asplund, Boethius, Hällström, & Isacson, 2006). Det finns också studier som visar att även andra former av psykisk ohälsa förekommer hos äldre, såsom ångest, spelmissbruk, alkohol- drogmissbruk och suicidalt beteende samt psykiatriska diagnoser som exempel bipolär sjukdom där de har alla gemensamt att de påverkar livssituationen (Dols, et al., 2014; Kimberly, Orden, Bamonti, King & Duberstein, 2012; Kuerbis, Sacco, Blazer, Alison & Moore, 2015; Raue, Chesquiere & Bruce, 2014; Schuurmans & van Balkom, 2011; Subramaniam, Wang, Soh, Vaingankar, Chong, Browning & Thomas, 2014).

Depression är ett av de mest vanliga psykiska ohälsotillstånden hos äldre och som fortsätter att vara underdiagnostiserat och obehandlat (Drayer et al., 2006; Gendrons & Hecks, 2013; WHO, 2015). En svensk studie av Magnil, Gunnarsson, Björkstedt och Björkelund (2008) visade att cirka 15 procent av de äldre som deltog i studien var deprimerade. Även SBU (2015) beskriver att cirka 10-15 procent av de äldre har depressiva symptom (ibid). Studier från andra länder har visat en förekomst av 7.4 procent deprimerade bland äldre i Spanien (Baladon et al., 2014), 14 procent i Brasilien (Silva, Galvao, Martins, & Pereira, 2014) och 4.5-37.4 procent i en metaanalys av internationell forskning (Luppa et al., 2010).

Depression i den senare tiden av livet är ett svårt och komplext dilemma inom primärvården. De äldre tenderar att uttrycka sin psykiska ohälsa i termer av somatiska symptom. De har ofta medicinska sjukdomar och många somatiska åkommor som maskerar depressionen (Henriksson et al., 2006). Sjukdomsbilden är ofta annorlunda hos äldre än hos yngre. Äldre har mer diffusa symptom, och risken är därför större att en psykiatrisk diagnos förbises (Socialstyrelsen 2013a). Multisjuklighet kan också göra tolkningen av depressiva symptom svåra och fastställande av diagnosen beskrivs också som svårt (Burroughs et al., 2006; Shuurmans & Van Balkom, 2011). Burroughs et al., (2006) beskriver att äldre som är deprimerade sällan klagar på depressionen och uppvisar istället somatiska besvär, vilket leder till att depressionen inte blir identifierad av vårdpersonalen. Deprimerade patienter kan visa symptom som liknar demens, och patienter med tidig demens kan också uppvisa tecken på depression. Äldre har en tro som hindrar dem från att söka hjälp mot depression såsom rädsla för stigmatisering, att antidepressiv medicin är beroendeframkallande eller att de tror att symptomen för depression är normalt för deras åldrande och försämrade hälsa (ibid; Grundberg, 2012). Föreställningen om att nedstämdhet och livsleda skulle vara en självklar del av ålderdomen har bidragit till att äldres psykiska ohälsa har hamnat i skymundan (SBU, 2015). Enligt Shuurmans och Van Balkom (2011) är ångest ett stort kliniskt problem i det sena livet, förekomsten varierar mellan 6 till 10 procent i olika studier. I denna studie framkommer att många äldre som har haft ångest tidigare i livet gör att det senare blir svårt att upptäcka. I en studie av Britton och Bell (2015) framkommer att nästan hälften av 6011 deltagare, både män och kvinnor över 60 år, hade ändrat sina alkoholvanor under de senaste tio åren. De vanligaste orsakerna var försämrad hälsa och ett mindre socialt nätverk. Sannolikheten för att öka alkoholkonsumtionen på grund av stress och eller depression var större hos kvinnorna än hos männen.

Enligt WHO (2015) är psykisk ohälsa ett hälsoproblem som är underidentifierat av vårdpersonalen och av de äldre själva, och kännetecknen av psykisk ohälsa gör att människor motvilligt söker hjälp. Detta kommer till att ställa ökade krav på det psykiatriska stödet inom primärvården (Socialstyrelsen 2013a). Primärvården beskrivs i nuläget som mest organiserade för att ta hand om akuta medicinska problem och mindre utrustade för att ta hand om långvariga psykiska problem såsom exempelvis depression (Burroughs et al., 2006, WHO, 2015). Moak (2011) skriver att de flesta sena psykiska ohälsotillstånden förblir obehandlade. När förutsättningar finns för behandling är den för det mesta försenad, oftast flera månader upp till år. De flesta äldre har regelbunden kontakt med primärvården och föredrar att få vård för sin psykiska hälsa där. Men upptäckt och behandling av psykisk ohälsa i primärvården är otillräckliga (ibid).

Primärvårdens ansvar

Primärvården ska vara basen i hälso-sjukvården och förstahandsval av befolkningen vid sjukdom och skada. Primärvårdens ansvar beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagens 5 § att primärvården ska ägna sig åt öppen och grundläggande vård och finnas till för alla oavsett sjukdom, ålder eller patientgrupp (SFS, 1982:763). Psykisk ohälsa bland äldre finns idag framförallt inom primärvården och äldreomsorgen och då ofta utan specialistpsykiatris kompetens. Det visar sig att de äldre med psykisk ohälsa inte finns inom specialistpsykiatris vård i lika stor utsträckning som de yngre. För att äldre med psykisk ohälsa ska få en god vård och omsorg är det en förutsättning att primärvården har kompetens för att tidigt upptäcka och utreda deras symptom när de söker vård. En annan förutsättning är samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner utifrån den äldre personens behov. Insatser för de äldre med psykisk ohälsa kan även behövas från specialistpsykiatri, äldreomsorg och socialpsykiatri. Specialistpsykiatris kompetens kan primärvården använda bland annat genom konsultation. Många äldre personer träffar bara läkare inom primärvården någon enstaka gång per år och då under en ganska kort stund. Däremot kan sjuksköterskor i primärvården och personal inom hemtjänst och särskilt boende ha mer daglig kontakt, vilket ger stora möjligheter att upptäcka om en äldre person har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2013a).

Sjuksköterskans roll inom primärvården

Eftersom psykisk ohälsa blir allt vanligare är det viktigt för personal inom primärvården att känna igen och vara aktiv i vården när det gäller vanliga psykiska hälsoproblem. Det skulle

underlätta att möta de komplexa problem som patienterna i primärvården har om primärvårdens sjuksköterskor fick träning och professionell utveckling att möta dessa (Haddad, 2005). Enligt äldresjuksköterskans kompetensbeskrivning skall hon/han kunna främja hälsa och förebygga, bedöma, behandla, rehabilitera och lindra multisjuka äldres symtom på ohälsa. Fördjupade kunskaper och vara förtrogen med tillvägagångssätt att bedriva ett hälsofrämjande arbete på individ, grupp och samhällsnivå för människor i alla åldrar är också något som finns beskrivet i kompetensbeskrivningen (SSF, 2015). Detta innebär att äldresjuksköterskan även bör ha kunskap om psykisk ohälsa hos äldre för att kunna identifiera och bedöma psykisk ohälsa.

Det saknas studier som fokuserat på sjuksköterskans identifieringsarbete av psykisk ohälsa hos äldre i primärvården. Det är därför viktigt att undersöka detta eftersom det är ett ouppmärksammat område. Att det saknas kunskap om äldres psykiska ohälsa bekräftas även av Socialstyrelsen (2008). För att kunna bemöta behoven hos äldre med psykisk ohälsa behövs det kunskap och utifrån kunskap även konkreta redskap. Ofta handlar det om att den fysiska hälsan prioriteras. Det främsta skälet till eftersatthet och svårigheten för den enskilda att få sina behov tillgodosedda, är synen på åldrandet respektive på psykiska sjukdomar (Suvanto, 2014). Att kunna identifiera äldres psykiska ohälsa och arbeta förebyggande är viktigt. Genom att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa kan förhoppningsvis bidra med kunskap som på sikt kan hjälpa i ett tidigt skede för att slippa onödigt lidande. Här har sjuksköterskan i primärvården en viktig och central roll.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården.

Metod

En empirisk kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer har utförts. Eftersom avsikten var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre användes en kvalitativ design. Kvalitativ design används för att få en djupare förståelse av ett fenomen och mänskliga erfarenheter (Polit & Beck, 2012).

Urval

Studiens urval var sjuksköterskor som arbetar på vårdcentral i Blekinge. Författarna hade som avsikt att göra tio intervjuer med sjuksköterskor men utförde elva intervjuer för att öka chansen att få mer rikligt material att arbeta med. Inklusionskriterier för att få medverka i studien var att de hade arbetat som sjuksköterskor i minst ett år inom primärvården och ha erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Yrkeserfarenhet på ett år valdes för att deltagarna ska ha hunnit skaffa sig erfarenhet inom studiens område. Information skickades ut till åtta verksamhetschefer varav sex tackade ja till att deras vårdcentraler fick delta i studien. Samtliga av de medverkande sjuksköterskorna var kvinnor och i åldrarna 35-60 och med en medianålder på 50 år. Samtliga medverkande i studien var grundutbildade sjuksköterskor och alla var utbildade distriktssköterskor.

Tillvägagångssätt

Studien genomfördes i en kommun i Blekinge Län. Författarna vände sig till verksamhetscheferna för olika vårdcentraler i två kommuner via mail och telefonkontakt för att få godkännande att få utföra studien. Avsikten var att utföra intervjuer i ytterligare en kommun men där en verksamhetschef tackade nej och en annan verksamhetschef hörde aldrig av sig i tid och visade inget intresse för vår studie trots upprepade telefonkontakter. Både privata och landstingsägda vårdcentraler tillfrågades för att öka chansen att få deltagare till studien. Kontakten med verksamhetschefer skedde via epost och även personlig kontakt per telefon där de fick information om studien (se bilaga 1). Verksamhetscheferna blev ombudda att ge sitt medgivande skriftligt till oss. Sedan vidarebefordrade verksamhetscheferna som godkände och tackade ja till att medverka informationsbrev till sina berörda avdelningschefer i primärvården. Därefter gav avdelningschefen på de berörda vårdcentralerna information om vår studie till sjuksköterskor och gav oss namn på de som var intresserade av att delta. Avdelningscheferna gav också tider för intervjuer till oss när det passade verksamheterna bäst. På en vårdcentral fanns det bara en sjuksköterska som uppfyllde våra kriterier, och på tre andra var det mycket sjukskrivningar så avdelningschefen fick tillfråga de få sjuksköterskor som fanns tillgängliga. Avdelningscheferna vidarebefordrade sedan informationsbrev (se bilaga 3) till de berörda sjuksköterskor som uppfyllde Inklusionskriterier. Ingen personlig kontakt kunde tas med sjuksköterskorna på grund av tidsbrist, pressad arbetssituation och svår tillgänglighet hos sjuksköterskorna. Endast en sjuksköterska kunde vi få personlig kontakt med. Plats för intervjuerna valde

sjuksköterskorna själva som var på deras vårdcentraler i ostörda rum. En avskild plats är att föredra för att inte störas eller bli avbrutna under intervjuerna enligt Polit och Beck (2012). Sjuksköterskorna fick innan intervjuerna ge skriftligt och muntligt samtycke till att delta i studien. Intervjuerna spelades in med en diktafon.

Kontext

Sjuksköterskorna som deltog i studien arbetade på totalt sex vårdcentraler. Vårdcentralerna var både landstingsägda och i privat regi och var belägna både på landsbygd och i stad. Förfrågan om deltagande i studien ställdes till sammanlagt åtta vårdcentraler i två olika kommuner varav sex godkände deltagande i studien.

Datansamling

Intervjuer har genomförts, som Polit och Beck (2012) betonar är den bästa metoden då det gäller datansamling i den kvalitativa forskningen. Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer (se bilaga 2). Enligt Polit och Beck (2012) är semistrukturerade intervjuer lämpligt när forskaren vill undersöka ett speciellt ämne med vissa förutbestämda frågor. Semistrukturerade intervjuer är lämpligt då författaren vill att deltagarna pratar fritt kring frågorna och delger sina erfarenheter med egna ord. Intervjuerna inleddes med att författarna berättade om begreppet psykisk ohälsa. I studien användes en intervjuguide. Frågor om sjuksköterskans bakgrund ställdes vid intervjuens början, så som ålder, utbildning och antal år av yrkeserfarenhet. Intervjuguiden som användes (se bilaga 2) innehöll fem semistrukturerade frågor som användes vid alla intervjuerna. Intervjuguiden innehöll även uppföljningsfrågor som kunde ställas för att kunna utveckla svaren. Uppföljningsfrågorna ”kan du ge ett exempel?”, ”kan du förtydliga?”, ”kan du berätta/beskriva mer om ?” gav författarna mer detaljerad information om ämnet. Polit och Beck (2012) beskriver att intervjuguide används i semistrukturerade intervjuer för att säkra att intervjun täcker frågeområdena.

Intervjuerna utfördes på sjuksköterskornas arbetsplatser. Avdelningscheferna bestämde tid för intervjuerna och det blev när det passade verksamheterna bäst. Alla elva intervjuer genomfördes ostört i enskilt rum. Intervjuerna lades senare in på lösenordskyddad dator och förvarades så att inga obehöriga kunde ta del av materialet. En provintervju utfördes för att öva intervjuteknik och för att bedöma att intervjufrågorna tolkades rätt, var relevanta och även för att se om syftet besvarades. Frågorna i intervjuguiden upplevdes av författarna att

svara på syftet men kompletterades med ytterligare en fråga då intervjun upplevdes som för kort. Provintervjun inkluderades inte i studien. Båda författarna medverkade under alla intervjuerna. Intervjuerna varade mellan 13 och 44 minuter och medianlängden på intervjuerna var på 20 minuter. Materialet transkriberades samma dag och upp till två dagar efter utförandet.

Analys

För att analysera det transkriberade intervjumaterialet valdes en kvalitativ innehållsanalys enligt Burnards (1996) metod i fyra steg. Kvalitativ innehållsanalys kan beskrivas som en process som innebär att narrativ data organiseras och integreras (Polit & Beck, 2012), i syfte att identifiera framträdande mönster, likheter och skillnader i texterna (Burnard, 1996; Polit & Beck, 2012). Innehållsanalys innebär att det transkriberade intervjumaterialet bryts ned till mindre enheter, att dessa kodas och namnges. Vidare ska det kodade materialet som har gemensamma nämnare grupperas (Polit & Beck, 2012). Analysen har skett både med en manifest och latent ansats.

Analysen startade med att de transkriberade intervjutexterna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en helhetsbild och förståelse av materialet. Vanligt förekommande ord och fraser under intervjuerna antecknades, en så kallad öppen kodning. Enligt Burnard (1996) kan en öppen kodning underlätta analysarbetet. De transkriberade intervjuerna markerades sedan i olika färger, för att kunna följa från vilken intervju meningsenheterna tillhörde under hela analysen. Därefter identifierade och valde författarna enskilt ut meningsenheter som motsvarade syftet ut, som senare jämfördes och diskuterades mellan författarna. Meningsenheterna placerades sedan i en Word-tabell, var intervju för sig. Steg två av analysen innebar att meningsenheterna kondenserades, vilket innebar att upprepningar och överflödiga ord plockades bort utan att meningens innebörd försvann. För att försäkra att innebörden var densamma, jämfördes de meningsenheterna med originaltexten så att textens innehåll inte hade förändrats eller viktiga ord hade försvunnit. Det blev totalt 66 sidor med meningsbärande enheter i tabellform. Steg tre av analysen syftar till att göra texten mer överskådlig (Burnard 1996) genom att meningsenheter med samma innehåll fick en övergripande kod. Samtliga meningsenheter och koder klipptes sedan ut och sorterades utifrån likheter och skillnader så att de meningsenheter och koder som täckte samma område lades i samma hög och bildade underkategorier. Alla utklippta meningsenheter med samma kod klistrades sedan in på A4 papper. I det sista steget grupperades underkategorier ihop och

bildade kategorier. Under analysarbetet har regelbundna träffar skett med handledaren för diskussion av analysprocessen. Analysprocessen resulterade i två kategorier med tillhörande fyra underkategorier som tillsammans bildade ett övergripande tema. Nedan visas ett exempel på analysförfarandet.

Tabell 1. Exempel på analysförfarande.

| Meningsenhet | Kondenserad Meningsenhet | Kod | Underkategori | Kategori | Tema |
|--|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| De ringer kanske för att dom har problem med magen och då blir det ett jätteproblem va..medan det kanske istället står för något helt annat... | De ringer för problem med magen, medan det istället står för något annat | Somatiska symtom på psykisk ohälsa | Att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck | Att tyda vaga signaler och symtom | Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar |

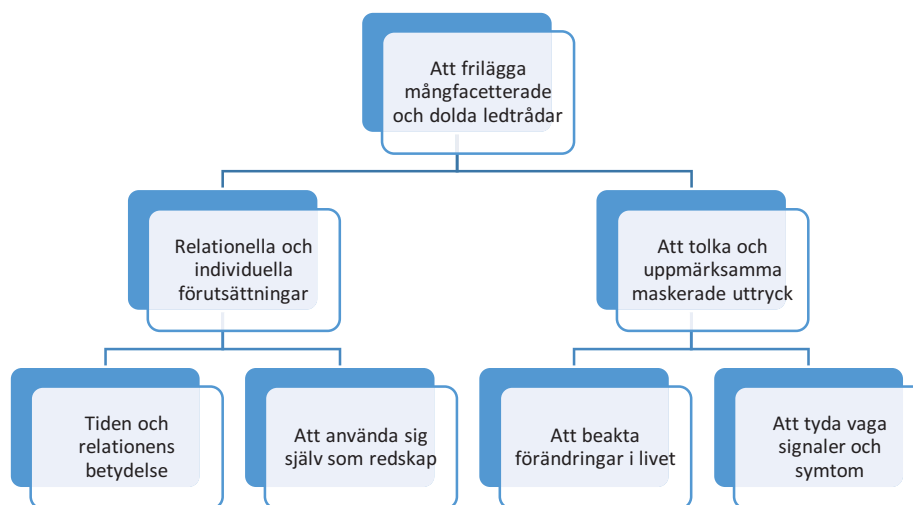
Etiska överväganden

Det är viktigt att ha etiska överväganden vid omvårdnadsforskning eftersom dessa involverar människor och deras integritet. Deltagarna ska få information om att deras identitet är konfidentiell och att integriteten skyddas. Det finns etiska aspekter att ta hänsyn till vid genomförandet av studier där människor medverkar. Detta i syfte att skydda deltagarnas rättigheter (Polit & Beck 2012). Enligt SFS:2003:460 (§16) om etikprövning av forskning som avser att gälla människor är grundregeln att forskning bara får utföras om forskningspersonen har samtyckt till den forskning som avser henne eller honom. Samtycket gäller bara om den som ämnar medverka dessförinnan har fått information om forskningen. Samtycket skall vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning och ska dokumenteras. Ett samtycke kan när som helst tas tillbaka med omedelbar verkan. Deltagarna i föreliggande studie fick både skriftlig och muntlig information om studien och gav ett skriftligt samtycke till att medverka innan intervjuerna startades. Deltagarna informerades om att deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sin medverkan när de ville. Denna studie har sin utgång från Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen (2013) betonar vikten av konfidentialitet och att forskaren vidtar åtgärder för att skydda deltagarens integritet och rätt till skydd mot insyn i sitt privatliv. I föreliggande studie var intervjumaterialet inlåst

och inte tillgängligt för obehöriga. För att ytterligare säkerställa konfidentialitet har information om deltagarna och resultatet presenterats så att inga enskilda personer kan kännas igen. Innan studiens start gjordes en ansökan om etiskt rådgivande yttrande hos Etikkommitté Sydost (Dnr: EPK 341-2016). Etikkommittén bedömde att inga etiska risker förelåg och inga ändringar behövde göras i planeringen av studien.

Resultat

Vid den kvalitativa innehållsanalysen framkom två kategorier och fyra underkategorier. En av kategorierna var; *Relationella och individuella förutsättningar i identifieringsarbetet* med två underkategorier; *Tidens och relationens betydelse* och *Att använda sig själv som redskap*. Den andra kategorin var *Att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck* med två underkategorier *Att tyda vaga signaler och symtom* och *Att beakta förändringar i livet*. Analysen resulterade slutligen i ett tema, *Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar*. (Figur 1).



Figur 1. Beskrivning av tema, kategorier och underkategorier.

Tema: Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar

Ett utmärkande tema som framkom i analysen var att sjuksköterskorna upplevde identifieringen av den psykiska ohälsan hos äldre som komplext och svårt, där ett flertal olika förutsättningar upplevdes behövas för att möjliggöra upptäckt av psykisk ohälsa.

Förutsättningarna för att kunna identifiera psykisk ohälsa var både av rationell karaktär men

också av individuell där sjuksköterskornas lyhördhet och intuition var av stor vikt. Sjuksköterskornas erfarenheter innebar att de äldre sällan gav direkta uttalanden eller tydliga uttryck för sin psykiska ohälsa utan att den psykiska ohälsan uttrycktes i form av vaga och maskerade symtom, signaler och livshändelser. Sjuksköterskans identifieringsarbete kan förstås som att en mängd mångfacetterade samt dolda ledtrådar på olika sätt behöver friläggas för att hjälpa de äldre förstå och kommunicera sin psykiska ohälsa.

Kategori: Relationella och individuella förutsättningar i identifieringsarbetet

I kategorin ”Relationella och individuella förutsättningar i identifieringsarbetet” berättade sjuksköterskorna att tiden och relationen med de äldre var den grundläggande förutsättningen för att kunna identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Dessa aspekter möjliggjorde samtal och frågor av en utredande karaktär och också förutsättningar för att upptäcka förändringar i beteende eller livet som kunde förstås som uttryck för psykisk ohälsa. Sjuksköterskornas erfarenheter innebar att få hjälpmedel fanns tillgängliga, utan att sjuksköterskorna fick använda sig själv som redskap i identifieringsarbetet.

Tidens och relationens betydelse

En viktig aspekt som framkom i analysen var tiden. Sjuksköterskorna berättade att de behöver tid i samtalet för att kunna identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Längre tid krävdes både i telefonen och vid besök på mottagningen enligt sjuksköterskorna. Dock upplevde sjuksköterskorna att de ofta hade för kort tid för varje samtal i telefonen och detta medförde en press. Många av sjuksköterskorna upplevde frustration över att de hade en tidsram och att de äldre inte fick möjlighet att berätta vad de egentligen ville. Sjuksköterskorna uttryckte att de önskade mer tid ibland för att få fram det som var väsentligt och för att kunna göra en helhetsbedömning om vad det egentligen gällde. Sjuksköterskorna beskrev även att tiden för varje besök var viktig och ibland när tiden inte fanns så bokade de in nytt besök vid ett senare tillfälle så att samtal kunde ske i lugn och ro. Analysen visade även att sjuksköterskorna ibland undvek att ställa frågor på grund av tidsbristen och de inte hade möjlighet att fortsätta samtalet. Sjuksköterskorna belyste att tiden även var viktig för att kunna skapa och etablera en relation.

”Och just det här att en gammal människa behöver tid... de behöver liksom en bra stund...så man ...så dom hinner med... många gånger går det för fort för dom...dom har ju liksom inte...ja.. hinner inte med i vårt

tempo idag.. och.. när man ger de tid kommer det fram mycket... om man lyssnar på dom...”. (9)

Analysen visade att sjuksköterskorna som hade arbetat under en längre tid på samma arbetsplats lärde känna och skapade lättare en relation med de äldre. Detta resulterade i att det var lättare för sjuksköterskorna att upptäcka psykisk ohälsa. Många av sjuksköterskorna berättade att det kunde vara lättare att känna igen psykisk ohälsa i hemsjukvården. Detta kunde bero på att de besökte personen i deras hemmiljö och då var det lättare att märka om personen mådde sämre. Det framkom även att vid regelbunden kontakt skapades en djupare relation och det var lättare att ta upp känsliga ämnen. Sjuksköterskorna menade att det var lättare att upptäcka när de äldre mådde sämre psykiskt, om man kände personen väl.

”Många känner man väl för att man har träffat dom många gånger...och då ...då är det ju alltid lättare att prata om ...om oro och olika hälsoproblem..och även psykisk ohälsa då..”. (11)

Trygghet var ett återkommande ämne bland alla sjuksköterskor och de upplevde att tryggheten hade stor betydelse för de äldre. Sjuksköterskorna menade att de kände en trygghet när samma sjuksköterska svarade när de ringde. Sjuksköterskorna hade erfarenheten av att de äldre upplevde att det kunde vara jobbigt och berätta allt de hade varit med om för någon man inte känner. Var det en sjuksköterska som de kände, skapades en trygghet, ett förtroende och de vågade berätta hur de kände sig.

”Och sen tror jag det här med,, alltså det här med trygghet betyder väldigt mycket för gamla att det är en människa man pratar med som man känner ...att man skapar liksom ett förtroende..”. (2)

Att använda sig själv som redskap

Sjuksköterskorna använde sin erfarenhet som redskap och att deras personlighet var av stor vikt i identifieringsarbetet.

Sjuksköterskornas erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre innebar att sjuksköterskorna hade en svår uppgift, där få hjälpmedel fanns tillgängliga. Alla

sjuksköterskor, förutom en, berättade att de inte hade några specifika redskap som de använde. En av sjuksköterskorna använde motiverande samtal som hjälp i identifieringsarbetet. Sjuksköterskorna berättade även att psykisk ohälsa var ett svårt ämne och att de ville ha mer utbildning och de upplevde att ny kunskap behövdes för att de skulle kunna identifiera på ett bra sätt. Detta innebar att sjuksköterskorna själva upplevdes vara en förutsättning för att upptäcka psykisk ohälsa hos äldre. Eftersom sjuksköterskorna upplevde svårigheter med att identifiera psykisk ohälsa hos de äldre berättade de att deras yrkeserfarenhet var av stor betydelse för att kunna beakta och urskilja symtom och uttryck för psykisk ohälsa.

”Sedan är ju erfarenheten en väldigt bra, det är ju väldigt bra att ha jobbat några år och ha träffat lite människor i olika situationer eeh.. ja, den erfarenheter är ju inte.. den är bra vill jag påstå”. (11)

Sjuksköterskorna berättade att deras erfarenhet av att arbetat länge i telefonrådgivningen var av stor vikt för att kunna urskilja psykisk ohälsa i telefonen. Redan i den första telefonrådgivningen kunde sjuksköterskorna ibland identifiera många symtom och uttryck för psykisk ohälsa hos äldre. Flera av sjuksköterskorna berättade att det gällde att lyssna in och vara lyhörda för att utforska vad det verkligen är de söker för. Sjuksköterskorna upplevde ibland att något inte stod rätt till. Ofta fick de en magkänsla och kunde även höra ganska tydligt att personen inte mådde bra.

”..det är jättesvårt att säga för att det är mycket som man känner att man har en magkänsla.. att man.. som man har.. fått någonstans ifrån.. den här magkänslan att den här personen inte mår bra...”. (1)

Flera av sjuksköterskorna menade att det var hur de äldre uttryckte sig i telefonen som gjorde att de blev misstänksamma och anade att något inte stod rätt till. De kunde till exempel höra att de äldre uttryckte en oro kring sitt tillstånd och att de inte mådde bra. Sjuksköterskorna belyste därför betydelsen av att vara lyhörd och visa intresse för dem. Detta var en viktig aspekt för att kunna identifiera psykisk ohälsa enligt sjuksköterskorna.

”Psykisk ohälsa... jag tror det handlar väldigt mycket om att vara lyhörd... ja intressera sig för dom och fråga lite... du kommer jättelångt med att vara intresserad.. ”. (4)

Sjuksköterskornas erfarenheter berörde även vikten av att fråga och bjuda in till samtal. Flera av sjuksköterskorna berättade att de nästan alltid frågade rent ut om hur personen mådde psykiskt och det var viktigt att våga fråga. De menade att öppnade du lite och bjöd in till samtal så fick de ofta fram mycket mer. Det framkom även att de ofta fick ett bra svar. Ibland upplevde sjuksköterskorna att de behövde ställa fler frågor för att få fram vad de verkligen sökte för.

Kategori: Att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck

I kategorin ”Att tolka och uppmärksamma maskerade uttryck” beskrev sjuksköterskorna att det var svårt att identifiera den verkliga orsaken till vad de äldre egentligen sökte för. Det var därför viktigt att de uppmärksammade olika varningssignaler som kunde tyda på psykisk ohälsa. Händelser som kunde påverka livet för de äldre var en annan aspekt som var viktig att beakta i identifieringsarbetet.

Att tyda vaga signaler och symtom

Sjuksköterskorna upplevde att de äldre ofta sökte för symtom där psykisk ohälsa kunde vara den bakomliggande orsaken, men där de äldre istället sökte för banala och diffusa symtom. Det var ganska vanligt enligt sjuksköterskorna, att de äldre själva hade svårt att sätta fingret på vad som var problemet och att de ibland hade svårt att själva förstå att det var psykiskt dåligt de mådde. Ofta krävdes det ett samtal med den äldre för att få dem att inse och förstå att det i själva verket skulle kunna vara psykiska faktorer som ligger bakom deras symtom. Det nämndes av flera sjuksköterskor att de upplevde att många av de äldre kvinnorna kände skam och därför inte sökte hjälp när de mådde psykiskt dåligt. Detta kunde enligt sjuksköterskorna göra det svårt att identifiera vad de egentligen sökte för. De märkte att många inte ville prata om det och vissa försökte dölja att de inte mådde bra. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att det var få äldre som sökte just för att de hade psykisk ohälsa.

”Det är ju inte så många som säger att jag... jag mår inte psykiskt bra...det är ju inte ofta de uttrycker sig precis så....” (7)

Några av sjuksköterskorna upplevde att det var ofta svårt att skilja mellan depression och demens då de äldre kunde uppvisa alla möjliga psykiska symtom som bland annat ilska, utåtagerande och glömskhet när de var i början av en depression.

”Det kanske blir liksom en demenssjukdom utav det men innan...innan man når dit så är det många som är sådär i gränslandet...som man inte riktigt vet är det en depression eller ...ja vad är det för nånting liksom...så det kanske mynnar ut mycket i depression eller demensen då fast man kan från början tro det är en depression...”. (3)

Flera sjuksköterskor berättade att många äldre sökte just för värk. Flera utredningar hade gjorts, men ingen förklaring till deras symtom hittades utan det var ofta psykisk ohälsa som låg bakom besöken. Besvär med magen och urinvägarna var vanligt förekommande symtom som sjuksköterskorna upplevde att de äldre mest sökte för.

”Ja...det tycker...att man...att man kan se ofta kroppsliga symtom fast de utgår från själen...”. (2)

Sjuksköterskorna berättade även att vid mötet på vårdcentralen kunde de lägga märke till psykisk ohälsa genom att de kunde tolka ansiktsmimik, det yttre, hur de var klädda, smutsiga och ovårdade. En del kunde även lukta alkohol. Fler av sjuksköterskorna beskrev att de kunde se på personen de hade framför sig när de var solkigt klädda, misskötte sitt yttre och började redan då fundera på hur de egentligen mådde och hur de hade det hemma. Sjuksköterskorna menade att de även kunde se via kroppsspråket och kroppshållningen att de äldre inte mådde bra. Det kunde vara att det var svårt med ögonkontakten, de tittade åt ett annat håll och det kunde vara sättet att hälsa på. Även tonläget kunde vara ett uttryck för att de inte mådde bra och var nedstämda.

”man ser ju nästan på dom...om ibland så att...att dom inte mår så bra...ser i ögonen och i kroppsspråket...”. (8)

Sjuksköterskorna noterade också att en del äldre hade tablettmissbruk då dessa ofta sökte för frekventa receptförnyelser. Sömn, sedativa och smärtstillande tabletter var de mest vanligaste receptförnyelserna. Sjuksköterskorna uppmärksammade att ett ökat tablettintag kunde vara ett tecken på psykisk ohälsa, och att även äldre med alkoholproblematik sökte vårdcentralen för diffusa symtom som kunde vara en bakomliggande psykisk ohälsa.

"När man märker...att recepten går åt ganska så fort...på olika mediciner... det är också ett tecken tycker jag...". (10)

Samtliga sjuksköterskor upplevde att det kunde vara psykisk ohälsa som låg bakom de äldres upprepade besök och telefonkontakter med vårdcentralen. Sjuksköterskorna noterade att de äldre som ofta sökte vård inte mårde psykiskt bra. Många kunde ringa till callbacken varje dag eller varje vecka och många kom till vårdcentralen ofta för besök till antingen sjuksköterska eller läkare. Sjuksköterskorna berättade att de många gånger lagt märke till att de ringt ofta, besökt läkare flera gånger för samma symtom, varit oroliga och velat ha frekventa utredningar.

"Asså...vi har ju endel människor som ringer väldigt ofta hit...och då förstår man att de är kontaktsökande..asså...att dom mår inte så bra..oftast inte i själen då.."

Sjuksköterskorna menade att det är ganska vanligt förekommande att de äldre söker för bland annat blodtryckskontroll, få prata lite och etablera en kontakt. Flera av sjuksköterskorna upplevde att anhöriga ringde oftare än de äldre själva och detta kunde vara ett varningstecken. Det kunde vara tecken som att de åt sämre, hade tacklat av och var deprimerade.

"Ibland så är det anhöriga som ...eehh..upplyser oss i sjukvården att dom tycker att mamma eller pappa eller maka make eehh...verkar deprimerad och är inte sig lik...". (1)

Flera av sjuksköterskorna identifierade också att uteblivna besök utan förklaring kunde vara en orsak till psykisk ohälsa, och en annan orsak kunde vara de som sällan söker och helt plötsligt söker för någon oklar anledning.

Att beakta förändringar i livet

Ett framkommande och genomgående resultat av analysen var att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att ensamheten hos de äldre ofta kunde vara ett uttryck att uppmärksamma då ensamheten upplevdes hänga ihop med psykisk ohälsa hos många äldre. De uttryckte att de äldre tacklade av rent mentalt för att de var ensamma och inte hade någon social stimulans.

”Ensamhet...ehhh...som gör liksom att man inte mår psykiskt bra ...att dom ...man känner sig deprimerad för att man känner sig ensam och inte har nått kontaktnät...”. (3)

Sjuksköterskorna upplevde ibland att de var den enda kontakten och tryggheten i de äldres tillvaro och att det sociala kontaktnätet försämrats. Många av sjuksköterskorna berättade att de tyckte ensamheten hade ökat det senaste decenniet då de märkte att fler och fler sökte vård på grund av depression och av andra faktorer. Många äldre hade även drabbats av ofrivillig ensamhet när någon i ens närhet, ena partnern eller ett husdjur avlidit. Sjuksköterskorna upplevde att sorg påverkade de äldres hälsa negativt då många hade förlorat sin partner som de levt ihop med under många år.

”De som sen kommer upp många har förlorat sin partner under äldre, som liksom levt ihop under många år som förlorar dem...då får man ehhh haffa de lite”. (4)

Analysen visade också att andra förändringar i livet behövde uppmärksammas då dessa ofta hängde ihop med psykisk ohälsa hos äldre. Sjuksköterskorna berättade exempelvis att sorg efter barnlöshet aktualiserades på äldre dagar hos många äldre. En sjuksköterska beskrev ett exempel om en man som förlorat sin fru och hur detta bidrog till försämrad psykisk ohälsa när hela tillvaron förändrades. Hon var den som hade skött allt i hemmet och de hade inga barn. Sjuksköterskorna berättade också att för många hade livet varit arbetet och många klarade inte av att fylla tillvaron med något meningsfullt efter pensionen. För många blev pensionen inte som man hade tänkt sig och detta kunde leda till depression.

” När man går i pension så är det för många att livet har varit arbetet och sen går man i pension...och så har man jobbat 40 timmar i veckan...så ska du fylla den tiden med något meningsfullt men det är ju alla som inte klarar av det.. ”. (11)

Sjuksköterskorna belyste även att åldras och ålderdomen i sig påverkade de äldre negativt, då de inte kunde vara lika aktiva, blev stillasittande och inte kom ut. Detta medförde enligt sjuksköterskorna att de äldre blev ledsna, deprimerade och mer tablettkrävande. Flera av sjuksköterskorna berättade att när den ene i paret blev sjuk förändrades tillvaron på grund av att de hade varit mycket aktiva och gjort mycket tillsammans. En av sjuksköterskorna uttryckte att många äldre blev sittandes när de sålde sin gård eller hus på grund av nedsatt ork. Detta påverkade dem negativt då de vara vana att vara mer aktiva med trädgård och hushåll. Sjuksköterskorna märkte även att de äldre hade ett stort behov av att prata för de var ensamma och hade för lite att göra. Analysen visade på att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att de äldre hade brist på stimulans ofta mådde sämre och att detta kunde leda till psykisk ohälsa.

”Dom är liksom uttråkade många...de har för lite stimulans och det gör ju också att dom kan utveckla liksom psykiska symtom som ångest och oro...och så mycket på grund av de har för lite stimulans i sitt liv helt enkelt... ”. (2)

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att många av de äldre som redan var drabbade av andra sjukdomar och multisjuklighet ofta mådde psykiskt dåligt. Därför var de extra uppmärksammade när de äldre blev sjuka. Sjuksköterskorna menade att få en kronisk sjukdom påverkade den psykiska ohälsan negativt då den fysiska hälsan tärde på den psykiska.

”Att det föll av att man får en kronisk sjukdom.. en svår sjukdom.. att även den psykiska hälsan blir försämrade... ”. (7)

En återkommande och bidragande orsak till att de äldre kontaktade vårdcentralen kunde enligt sjuksköterskorna vara multisjuklighet, då sjukdomarna kunde orsaka psykiska besvär och lidande som oro och ångest. Många av dem hade många mediciner som kunde ge biverkningar och detta kunde vara en bidragande orsak att de mådde psykiskt dåligt. Många sjuksköterskor arbetade som diabetessköterskor och de hade erfarenheter av att just diabetiker ofta fick försämrade psykisk ohälsa och försämrade värden på grund av sin diabetessjukdom.

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården. En kvalitativ metod med intervjuer valdes för att få en djupare förståelse om ämnet. Polit och Beck (2012) beskriver kvalitativ metod som användbar när djupare förståelse eftersöks av ett fenomen i vardagslivet, om människors upplevelser och/eller subjektiva erfarenheter. En kvantitativ metod hade inte kunnat ge svar på studiens syfte eftersom kvantitativa studier söker svar på syftet genom statistiska förklaringar (Polit & Beck, 2012). Enligt Polit och Beck (2012) är det forskningsfrågan som styr och avgör vilken design som ska användas. Lincoln och Guba (1985) föreslår fyra kriterier: trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet för att utveckla trovärdigheten i en kvalitativ studie.

Innan studiens start togs kontakt med verksamhetschefer för att få tillstånd att få genomföra studien och utföra intervjuerna med sjuksköterskorna. Därefter tillfrågade avdelningscheferna vilka sjuksköterskor som var intresserade av att delta. Planen var att avdelningscheferna skulle informera sjuksköterskorna och att sedan sjuksköterskorna själva skulle ta kontakt med författarna. Planen baserades på de etiska överväganden som gjorts inför studien, där sjuksköterskornas frivillighet och egna önskemål skulle styra deltagandet. Ett sådant tillvägagångsätt avsågs inte optimalt av verksamheterna då avdelningscheferna ansåg sig ha behov att vara med i planeringen för att möjliggöra utrymme för sjuksköterskorna att delta i intervjuer under arbetstid. Det går inte att utesluta att ett sådant rekryteringsförfarande kan ha påverkat vilka sjuksköterskor som valde att delta och på sätt även studiens resultat. För att inkluderas i studien skulle deltagarna ha yrkeserfarenhet på ett år inom primärvården. Samtliga i studien var utbildade distriktsköterskor. De distriktsköterskor som deltog i studien

var medelåldern 50 år och de hade jobbat som distriktsköterskor i primärvården i genomsnitt 17 år vilket innebar att de hade lång erfarenhet och många års yrkeserfarenhet. Att de hade lång erfarenhet kan ha påverkat studiens trovärdighet.

De deltagande sjuksköterskorna arbetade på sex olika vårdcentraler i en kommun inom både landsbygd och stad. Möjligheten finns att resultatet hade blivit annorlunda om fler kommuner hade inkluderats i studien, med ett större upptagningsområde. En svaghet i studien kan ha varit att alla elva deltagare var kvinnor vilket kan ha medfört att giltigheten kan ha påverkats. Det hade varit intressant att få ta del av mäns erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Möjligen kunde studiens resultat blivit annorlunda om män hade deltagit. Samtidigt speglar studiens urval hur dagens vård ser ut i dag med en överrepresentativitet av kvinnor.

Totalt elva sjuksköterskor deltog i studien, vilket bedömdes som ett rimligt antal för att besvara studiens syfte. Antalet deltagare bör baseras på mängden information och den datamättnad som framkommer, eftersom kvalitén i intervjuerna är viktigare än antalet deltagare (Polit & Beck, 2012). Dessutom framkom likvärdig information i alla elva intervjuerna vilket stärker studiens trovärdighet (ibid). Att likvärdig information framkom i alla elva intervjuerna, med få nya aspekter tyder på att en viss mättnad uppnåddes, men det går inte att utesluta att fler deltagare skulle kunnat förändra resultatet i studien.

Polit och Beck (2012) beskriver överförbarheten, som innebär i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra kontexter och grupper. Överförbarheten kan bedömas genom att forskaren förser läsaren med tillfredställande och tydliga beskrivningar av urval och metod och att läsaren själv kan avgöra om materialet kan överföras på andra grupper. Författarna anser att föreliggande studies resultat troligtvis är överförbart till sjuksköterskor som arbetar på andra vårdcentraler i liknande kommuner.

Intervju som datainsamlingsmetod valdes då författarna önskade ta del av sjuksköterskornas personliga erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Intervjuerna som utfördes var semistrukturerade och en frågeguide användes vilket kan anses som en styrka i studien. Att använda en frågeguide ökar pålitligheten eftersom deltagarna får samma typ av intervju. Författarna uppmanade intervjupersonerna att berätta fritt utefter frågorna i frågeguiden. Fördelarna med intervju som datainsamlingsmetod är att författarna kunde ha en dialog och kontakt med respondenterna. Författarna kunde se kroppsspråk och ansiktsuttryck.

Studiens trovärdighet ökades genom att en provintervju utfördes i syfte att se om intervjufrågorna var relevanta. Författarna märkte under provintervjun att begreppet psykisk ohälsa upplevdes som otydligt och behövde förtydligas. Begreppet förtydligades för informanterna under de resterande elva intervjuerna. Längden på intervjuerna blev kortare än beräknat vilket kan ses som en svaghet i studien. De två första intervjuerna tog mellan 13 minuter respektive 17 minuter vilket författarna upplevde som korta. Kontakt togs med handledare för diskussion och en följdfråga lades till att användas vid behov. Detta medförde att efterföljande intervjuer blev längre och rikligare. Orsakerna till att intervjuerna blev kortare än beräknat kan vara författarnas oerfarenhet av att utföra semistrukturerade intervjuer och brist på intervjuteknik. Efterhand blev det naturligare och lättare att ställa följdfrågor allteftersom mer rutin infann sig. Det samlade intervjumaterialet bedömdes innehålla den information som eftersöktes på ett tillfredställande sätt vilket möjliggjorde analys av även latent karaktär.

Något som kan ha påverkat intervjuerna kan ha varit att det var en pressad organisation. En del sjuksköterskor verkade lite stressade eftersom de hade en tid att passa när de var tvungna att vara tillbaka i verksamheten och arbeta igen. Många av dem uttryckte att intervjun inte fick dra ut på tiden. Alla elva intervjuer ägde rum i enskilt rum på vårdcentralen där intervjuerna kunde ske ostört. Störande moment som kan ha påverkat intervjuerna kan ha varit mobilljud som pinglade till under ett antal intervjuer. En intervju fick avbrytas en stund eftersom larmet gick utanför och sjuksköterskan behövde springa ut. Detta anser författarna inte ha påverkat intervjun, då sjuksköterskan inte verkade påverkad av händelsen när intervjun fortsatte. Intervjuerna spelades in med diktafon för att inget av innehållet skulle gå förlorat. En nackdel med detta kan ha varit att informanterna upplevt det obehagligt att bli inspelade och inte berätta lika mycket. Detta upplevde författarna under en intervju. Polit och Beck (2012) beskriver att det är vanligt förekommande att informanterna upplever obehag av att spelas in under intervjuerna. Efter intervjuernas slut när diktafonen stängdes av upplevde författarna att distriktsköterskorna slappnade av och berättade mer som de ville tillägga.

Studiens trovärdighet kan stärkas genom att intervjuerna transkriberades i nära anslutning till genomförandet av intervjuerna. Transkriberingen utfördes även av författarna som minimerar risken för feltolkningar av materialet (Polit och Beck, 2012). Som analysmetod använde författarna Burnards (1996) analysmodell i fyra steg, eftersom den upplevdes som tydlig och

klar att arbeta efter och analysstegen är beskrivna på ett tydligt sätt. Författarna upplevde analysmodellen som enkel och tydlig att använda. Under hela analysen gick författarna flera gånger igenom det transkriberade materialet för att inte missa någon väsentlig information. Flera kategorier gick in i varandra och författarna fick hjälp utav handledare i analysprocessen. Trovärdigheten i analysen har stärkts genom att författarna hade regelbunden handledning och dialog under analysarbetet med handledaren, som hade mer erfarenhet av kvalitativt analysarbete. Detta beskrivs även av Burnard (1996) som en styrka i analysarbetet. Citat från deltagarna presenterades av författarna i resultatet vilket påvisar att bekräftelsebarheten har uppmärksamats enligt Lincoln och Guba (1985).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården. Resultatet visade att sjuksköterskans erfarenheter kan förstås utifrån det övergripande temat Att frilägga mångfacetterade och dolda ledtrådar. Att identifiera psykisk ohälsa hos äldre innebar bland annat att sjuksköterskan behövde lyfta fram och synliggöra en mängd olika ledtrådar till den psykiska ohälsan som dessutom ofta upplevdes som diffusa och maskerade. För att möjliggöra friläggandet av dessa ledtrådar krävdes en rad förutsättningar där relationen med patienten och sjuksköterskans egna inre resurser reflekterades som viktiga.

Resultatet i föreliggande studie visade att det var lättare att upptäcka den psykiska ohälsan om sjuksköterskorna hade en relation till och kände den äldre. Om de hade en relation med personen i fråga så kunde de lättare se och höra om något förändrades. Sjuksköterskorna erfor att de äldre berättade mer och att det var lättare att prata om svåra saker om de hade en relation. Dock hade tidsaspekten en betydande del i att en relation skapades. Om sjuksköterskan inte har tid för patienten och möjlighet till att lyssna, påverkar detta arbetet med att kunna identifiera psykisk ohälsa. Även kontinuiteten beskrevs som en viktig aspekt för att kunna identifiera den psykiska ohälsan. Kontinuitetens betydelse för den äldre med psykisk ohälsa beskrivs även av Socialstyrelsen (2010) där det framkommer att kontinuitet i stödet till dem måste finnas.

Resultatet visade att sjuksköterskan bland annat identifierade psykisk ohälsa hos de äldre genom sin yrkeserfarenhet och att yrkeserfarenheten upplevdes som en förutsättning för att kunna identifiera psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade också att

lyhördheten är en förutsättning för att kunna upptäcka signaler på psykisk ohälsa. Förmågan till att kunna se och höra på personen att något inte står rätt till beskrevs som betydelsefull. Detta skulle kunna tolkas som att avsaknad av yrkeserfarenhet och lyhördhet kan medföra svårigheter i att identifiera, vilket kan leda till att psykisk ohälsa hos äldre kan missas. Payne, Harvey, Jessop, Plummer, Tylee och Gournay (2002) beskriver att erfarenhet är viktig för sjuksköterskan då de känner sig säkrare i mötet med personer med psykisk ohälsa (ibid). En aspekt av detta är att identifieringen av den psykiska ohälsa hos äldre kan bli sårbar då den till stor del baseras på egenskaper hos den individuella sjuksköterskan. Resultatet i föreliggande studie visade dessutom att majoriteten av sjuksköterskorna inte använder sig av några speciella verktyg eller hjälpmedel i identifieringsarbetet, förutom sig själva och den relation de byggt upp med den äldre. För att minska risken att den psykiska ohälsan förblir oupptäckt och bidra med stöd i sjuksköterskornas identifieringsarbete skulle olika skattningsskalor och screeningsverktyg kunna användas. Vikten av att använda bedömningsinstrument bekräftas i en studie av Brühl, Luijendijk och Muller (2007). Studien visade att när sjuksköterskorna använder bedömningsinstrumentet Geriatric Depression Scale (GDS) förbättras möjligheten att upptäcka depression med 50 procent jämfört med att inte använda någon skattningsskala alls. Genom att använda instrument som GDS har den äldre större möjligheter att snabbare få hjälp, rätt behandling och slippa onödigt lidande (ibid.).

Det framkom i resultatet att flera av sjuksköterskorna önskade mer utbildning och ökad kunskap i ämnet då flera av sjuksköterskorna uttryckte att psykisk ohälsa är ett komplext ämne. Bristande kunskaper skulle kunna vara en möjlig orsak till att psykisk ohälsa hos äldre missas inom primärvården. Detta innebär att utbildning skulle kunna leda till ökad kunskap och på så sätt att det blir lättare att identifiera tecken på psykisk ohälsa och risken att missa den psykiska ohälsan skulle även kunna minska. Socialstyrelsen (2013b) menar att personal inom bland annat primärvård ofta har för lite kunskap när det gäller att upptäcka, behandla, bemöta och förebygga psykisk ohälsa hos äldre. Symtombilden hos äldre kan se annorlunda ut och detta gör att det är svårare att identifiera psykisk ohälsa hos äldre (ibid.). Payne et al. (2002) kom i sin studie fram till att de sjuksköterskor som hade utbildning inom psykisk ohälsa och var placerade inom psykiatri under sin verksamhetsförlagda utbildning under sjuksköterskeutbildningens, kände sig mer säkra i identifikationen av psykisk ohälsa. Detta gjorde även att de tyckte det var lättare i mötet med de patienter som hade psykiatriska problem (ibid.). För att kunna identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården kan

äldresjuksköterskans kompetens vara ett viktigt inslag, både i själva identifieringsarbetet men också som stöd till övrig personal.

Det framkom i resultatet att det många gånger är svårt och komplext för sjuksköterskan att identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Sjuksköterskorna menade att en av anledningarna till detta kan vara att de äldre ofta tenderar att somatisera den psykiska ohälsan och ge uttryck för annat. En annan anledning som uttrycktes var att de äldre kan känna det skamligt att söka vård för psykisk ohälsa och därför inte vill berätta att det är psykisk ohälsa som de söker för. Att identifiera den psykiska ohälsan kan liknas vid ett detektivarbete där sjuksköterskan måste uppmärksamma tecken och signaler på psykisk ohälsa. Risker finns att den psykiska ohälsan förblir oupptäckt eftersom det är upp till den enskilda sjuksköterskan att upptäcka förändringar hos den äldre. Liknande resonemang och resultat har även identifierats i tidigare studier. Dryer et al. (2005) beskriver just hur depression senare i livet är en svår diagnos att ställa i primärvården eftersom de äldre tenderar att uttrycka sin psykiska ohälsa i termer av somatiska symtom. De har ofta många sjukdomar och flera olika somatiska besvär vilket kan maskera en depression (ibid.). En studie har också visat att många äldre tror att depression tillhör det normala åldrandet vilket medför att många inte söker hjälp (Sarkisian, Lee-Hendersson och Mangione, 2003). I en annan studie av Murray et al., (2006) menade de deltagande sjuksköterskorna att de ofta observerade att de äldre kände det besvärligt och skamligt att visa sina känslor i form av depression och att de äldre såg depression som ett tecken på svaghet och därför inte sökte hjälp (ibid). Detta tyder på att identifieringen av psykisk ohälsa inom primärvården är ett komplext uppdrag även i andra länder. Magnil, Janmarker, Gunnarsson och Björkelund (2013) menar att det är av vikt för sjuksköterskorna i mötet med de äldre att ställa öppna frågor om humör, generellt om hälsan och sociala faktorer för att kunna upptäcka psykisk ohälsa (ibid.). Sjuksköterskorna bör också överväga om det kan föreligga en depression hos äldre som är drabbade av flera somatiska åkommor (Dryer, 2005). Likande strategier lyftes även fram av sjuksköterskorna i föreliggande studie där uppmärksammandet av somatiska besvär och vikten av relationen och samtalet med den äldre reflekterades.

Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna hade erfarenheten av att olika händelser i livet kunde påverka de äldres psykiska ohälsa negativt. Sjuksköterskorna behövde vara uppmärksamma på förändringar i de äldres liv för att kunna identifiera psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att veta att ensamhet, sorg och sjukdom var

händelser som var viktiga att uppmärksamma, då dessa förändringar kan leda till exempelvis depression. Ensamhet hos äldre har även visats sig ha betydelse för den psykiska hälsan i andra studier. Tidigare studier har bland annat funnit att ensamheten kan vara en bidragande faktor till att den psykiska ohälsan försämras i form av utveckling av depression, värk och trötthetssymptom. Dessutom kan ensamheten ge negativa konsekvenser för den somatiska hälsan vilket kan leda till sjukdom och därmed öka risken för sämre psykisk hälsa och en ökad risk för att dö i förtid (Jaremkan et al., 2014; Tilvis, Laitala, Routasalo, & Pitkälä, 2011). Magnil, Gunnarsson, Björkstedt och Björkelund (2008) beskriver att de som blir änkor/änkemän löper högre risk att drabbas av depression. Dessutom visar en avhandling av Forsman (2012) att äldre som har ett begränsat socialt nätverk löper större risk att utveckla psykisk ohälsa (ibid.). Ytterligare en studie visar att de äldre som hade bristande kontakt med sina barn, var barnlösa eller hade barn som flyttat längre bort, hade svårare att finna glädje i livet (Pettigrew & Roberts, 2008) Det är av betydelse att sjuksköterskan beaktar förändrade livshändelser hos de äldre eftersom detta kan leda till depression (Magnil et al., 2008) och risk finns att de äldre begår självmord om symptomen inte upptäcks i tid (Magnil, 2012).

Slutsats

Psykisk ohälsa hos äldre är ett växande problem inom primärvården vilket kommer att kräva ökade resurser på vårdcentralerna. Föreliggande studie visar att sjuksköterskorna inom primärvården har en betydelsefull roll i identifieringen av den psykiska ohälsan hos de äldre. Sjuksköterskorna upplevde det som svårt med identifieringen eftersom de äldre uppvisade diffusa tecken och symtom, och de sökte vårdcentralerna för helt andra saker. Sjuksköterskan använde sig av sin yrkeserfarenhet och lyhörddhet som redskap för att identifiera den psykiska ohälsan vilket tyder på att till viss del omedveten kunskap används där sjuksköterskan uppfattar de äldres uttryck och behov. Resultatet av denna studie kan bidra med en ökad förståelse för sjuksköterskans arbete med att identifiera psykisk ohälsa hos äldre. Resultatet skulle kunna användas för framtida förbättringsarbete inom primärvården, för att möjliggöra identifikation av uttryck för psykisk ohälsa hos äldre. Framtiden ställer allt högre krav på vårdcentralerna att kunna ta hand om de äldre med psykisk ohälsa. Det skulle vara betydelsefullt att bedriva vidare forskning och förbättringsarbete om hur den psykiska ohälsan kan identifieras och på vilka sätt sjuksköterskans identifieringsarbete kan stödjas. Att ha en äldresjuksköterska på vårdcentralerna skulle kunna fungera som stöd till övriga sjuksköterskor inom primärvården och leda samt utveckla förbättringsarbete inom området.

Självständighet

Författarna skrev tillsammans bakgrund, analys, resultat och diskussion och har båda bidragit i lika stor omfattning. Artiklar söktes av var och en av författarna till bakgrunden för att sedan gå igenom dem tillsammans. Författarna delade upp transkriberingen av intervjuerna. Intervjuerna lästes igenom var för sig och författarna valde enskilt ut meningsenheter som sedan jämfördes och diskuterades.

Referenser

Baladon, L., Fernández, A., Rubio-Valera, M., Cuevas-Esteban, J., Palao, D.J., Bellon, J.A., & Serrano-Blanco, A. (2015). Prevalence of mental disorders in non-demented elderly people in primary care. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 757-768.

Britton, A., & Bell, S. (2015). Reason why people change their alcohol consumption in later life. DOI: 10.1371/journal.pone.0119421

Brown, E.L., Raue, P.J., Roos, B.A., Sheeran, T., & Bruce, M.L. (2010). Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 122-128.

Brühl, K.G., Luijendijk, H.J., & Muller, M.T. (2007). Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8 (7), 441-445.

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). Justifiable depression: how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice Advance access*, 23(3), 369-377.

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.

Dols, A., Kupka, R.W., van Lammeren, A., Beekman, A.T., & Sajatovic, M. (2014). The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disorders*, 6, 133-118.

Drayer, R.A., Mulsant, B.H., Lenze, E.J., Rollman, B.L., Dew, M.A., Kelleher, K., Karp, J.P., Begley, A., Schulberg, H.C., & Reynolds, C.F. (2005) Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 973-982.

Ernst-Bravell, M. (Red.). (2013). *Äldre och åldrande*. Malmö: Gleerups.

Freudenstein, U., Jagger, C., Arthur, A., & Donner-Banzhoff, N. (2001). Treatments for late life depression in primary care- a systematic review. *Family Practice*, 18, 321-327.

Gendron, T., & Heck, A. (2013). What do long-term care staff know about the differences between depression and dementia?. *Clinical Gerontologist*, (36), 411-420.

Goldman, H.H., & Grob, N.G. (2006). Defining 'Mental Illness' In Mental Health Policy. *Health Affairs*, 25(3), 737-749.

Grundberg, Å., Ebbeskog, B., Dahlgren, M.A., & Religa, D. (2012). How community-dwelling seniors with multimorbidity conceive the concept of mental health and factors that may influence it: A phenomenographic study. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-being*, 7, 1-13.

Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F., & Knight, D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 14, 976-985.

Helsingforsdeklarationen (2013) Hämtad 2016-01-23 <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Henriksson, S., Asplund, R., Boethius, G., Hällström, T., & Isacson, G. (2006). Infrequent use of antidepressants in depressed individuals (an interview and prescription database study in a defined Swedish population 2001–2002). *European Psychiatry*, 21(6), 355–360.

Jaremka, L.M., Andridge, R.R., Fagundes, C.P., Alfano, C.M., Potoski, S.P., Lipari, A.M., Agnese, D.M., Arnold, M.W., Farrar, W.B., Yee, L.D., Carson, W.E., Bekaii-Saab, T., Martin, E.W., Schmidt, C.R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Journal of Health Psychology*, 33, 948-957.

Kimberly, A., Orden, V., Bamonti, P.M., King, D.A., & Duberstein, P.R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? *Aging & Mental Health*, 16 (7), 855-860.

Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D., & Moore, A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinical Geriatric Medicine*, 30(3), 629-654.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE.

Lee, S., & Knight, D. (2006). District nurses' involvement in mental health: an exploratory survey. *British Journal of Community Nursing*, 11, 138-143.

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, I., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H.H., & Riedel-Heller, S.G. (2010). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212–221.

Magnil, M., Gunnarsson, R., Björkstедt, K., & Björkelund, C. (2008). Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors in Elderly Primary Care Patients: A Deskriptive Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10(6), 462-468.

Magnil, M. (2012). *Mild to moderate depression in the elderly in Primary Care-detection, patient, centeredness and course*. Doktorsavhandling, Sahlgrenska universitetet.

Magnil, M., Janmarker, L., Gunnarsson, R., & Björkelund, C. (2013). Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: A two-year observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 20-25.

Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Fujiwara, Y., Hasebe, M., Nunaka, K., Koyke, T., Suzuki, H., Murayama, Y., & Uchiba, H. (2015). Effects of the Change in Working Status on the Health of Older People in Japan. *PLOS ONE* 10(12): DOI: 10.1371/journal.pone.0144069

Moak, G.S. (2011). Treatment of Late-Life Mental Disorders in Primary Care: We Can Do a Better job. *Journal of Aging & Social Policy*, 23, 274-285.

- Murray, J., Banjeree, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 63(5), 1363-1373.
- Ojagbemi, A., Oladeji, B., Abiona, T., & Gureje, O. (2013). Suicidal behavior in old age- results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry*, 13, 80.
- Payne, F., Harvey, K., Jessop, L., Plummer, S., Tylee, A., & Gournay, K. (2002). Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (5), 549-559.
- Pettigrew, S., & Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Ageing & Mental Health*. 12 (3), 302-309.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Préville, M., Côté, G., Boyer, R., & Hébert, R. (2004). Detection of depression and anxiety disorders by home care nurses. *Ageing and Mental Health*, 8(5), 400-409.
- Raue, P.J., Ghesquiere, A.R., & Bruce, M.L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Current Psychiatry Reports*, 16 (9),466.
- Rolfner Suvanto, S (2014). *Äldres Psykiska hälsa och ohälsa*. Stockholm Gothia Fortbildning.
- Shuurman, J., & van Balkom, A. (2011). Late-life Anxiety Disorders: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 13, 267-273.
- Silvia, M.T., Galvao, T.F., Martins, S.S., & Pereira, M.G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 262–270.
- SBU (2015). Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rapport nr 233. ISBN 978-91-85413-76-8.
- SFS:2003:460 (§16). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 1982:763. *Hälsa och sjukvårdslag*.
- Socialstyrelsen (2007). *Psykosocial kompetens i primärvården -Socialstyrelsens förslag till åtgärder för att öka tillgången till psykosocial kompetens i primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa - en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013a). *Det är inte alltid som man tror- vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013b). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013c). *Psykisk ohälsa bland unga*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Subramaniam, M., Wang, P., Soh, P., Vaingankar, J.A., Chong, S.A., Browning, C.J., & Thomas, S.A. (2014). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 41, 199-209.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre.
Hämtad den 9 Juni, 2016. <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekompwebb.pdf>

Thompson, P., Lang, L., & Annells, M. (2008). A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1419-1427.

Tilvis, R.S., Laitala, V., Routasalo, P.E., & Pitkälä, K.H. (2011). Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal of Aging Research*, 1-5.

WHO (2005) Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Genève http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
hämtad: 2016-01-17

World Health Organization (2015).
<http://www.who.int/m> **HYPERLINK**
"<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>"ediacentre/factsheets/fs381/en/
hämtad: 2016-01-17

World Health Organization. (2016). *Definition of an older or elderly person*.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
hämtad: 2016-01-23

Bilaga 1. Informationsbrev till verksamhetschef



Information och förfrågan om att få genomföra intervjustudie

Hej!

Äldres psykiska ohälsa har under lång tid varit ett eftersatt område och är idag ett folkhälsoproblem både i Sverige och i andra länder. Det är viktigt att äldre med psykisk ohälsa identifieras för att kunna hjälpa dem och här kan sjuksköterskan inom primärvården ha en viktig roll. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre inom primärvården.

Vi önskar intervjua cirka tio stycken sjuksköterskor i primärvården från olika vårdcentraler i Ronneby och Karlskrona. Intervjuerna kommer att genomföras på sjuksköterskornas arbetsplats eller en annan avskild plats som sjuksköterskan väljer och kommer att påbörjas under mars 2016. Intervjuerna kommer att ta 30-60 minuter och kommer att ske när det passar verksamheterna. Det är frivilligt att delta i intervjuerna och sjuksköterskorna kan när som helst avbryta sin medverkan. Data kommer att förvaras på ett säkert sätt enligt principer för förvaring av data på BTH och endast vi, vår handledare och vår examinator kommer att ha direkt tillgång till intervjumaterialet. Inga enskilda personer eller vårdcentraler kommer att kunna identifieras i examensarbetet.

Vi heter Sandra Jakobsson och Jenny Svensson och går på Blekinge tekniska högskola och läser till specialistsjuksköterska inom vård av äldre. I utbildningen ingår att göra ett magisterarbete, vilket är anledning till att denna intervjustudie ska göras. Vi vill med detta informationsbrev fråga dig om godkännande till att studien genomförs i din verksamhet. Vi vill också be dig om kontaktuppgifter till sjuksköterskor i din verksamhet för att kunna vore tacksamma för besked via E-post så snart du har möjlighet.

Hör av er om ni har frågor och funderingar.

Studerande

Sandra Jakobsson
Jenny Svensson

Handledare

Universitetslektor
Hanna Tuvevsson

Bilaga 2. Intervjuguide



Tack för att du tackat ja till att delta i vår studie genom att vi får intervjua dig. Vårt syfte med intervjun är att ta del av dina erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre patienter. Intervjun kommer att spelas in på diktafon för att sedan transkriberas och analyseras. Du har rätt att avbryta ditt deltagande under intervjun när som helst och välja att inte svara på frågor.

Har du några frågor innan intervjun startar?

Bakgrundsfrågor

Ålder?

Hur lång erfarenhet har du som sjuksköterska ?

Hur lång erfarenhet har du som distriktsköterska?

Hur länge har du jobbat på aktuell enhet?

Öppna frågor

Kan du berätta om dina erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre ?

- Kan du beskriva en situation när du identifierat psykisk ohälsa hos äldre ?
- Kan du beskriva hur du går tillväga när du upptäcker att äldre visar tecken på psykisk ohälsa?
- Kan du berätta vad det kan vara för faktorer som gör att du misstänker psykisk ohälsa hos äldre?
- Använder du några hjälpmedel för att identifiera psykisk ohälsa hos äldre

Uppföljningsfrågor

Kan du ge ett exempel?

Kan du förtydliga?

Kan du berätta/beskriva mer om?

Är det något du vill tillägga?

Bilaga 3. Informationsbrev till deltagare



Till dig som är sjuksköterska i primärvården - Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie.

Hej!

Den psykiska ohälsan bland de äldre ökar och eftersom de äldre oftast först söker sig till sin vårdcentral har sjuksköterskor som arbetar i primärvården en central roll. Vi vill därför genomföra en intervjustudie med förhoppningen att resultatet i studien kan leda till ökad förståelse för de erfarenheter sjuksköterskor i primärvården har av att upptäcka psykisk ohälsa bland äldre. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att identifiera äldre med psykisk ohälsa inom primärvården.

Alla sjuksköterskor som arbetar på vårdcentraler i Karlskrona och Ronneby kommer att tillfrågas om deltagande i denna intervjustudie. Om du har minst ett års yrkeserfarenhet som sjuksköterska i primärvården skulle vi vilja att du som är intresserad av att delta i vår studie kontaktar du någon av oss via E-post eller telefon. Vi kommer också att göra en uppföljande telefonsamtal till dig där du har möjlighet att ställa frågor och ta ställning till ditt eventuella deltagande i studien. Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan. Intervjuerna kommer att genomföras på din arbetsplats eller en annan avskild plats som du väljer och kommer att genomföras under mars 2016. Intervjuerna beräknas ta 30-60 minuter. Materialet från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt och det kommer till att förvaras så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det. Inga enskilda personer och vårdcentraler kommer att kunna identifieras i examensarbetet.

Vi heter Sandra Jakobsson och Jenny Svensson och går på Blekinge tekniska högskola och läser till specialistsjuksköterskor inom vård av äldre. I utbildningen ingår att göra ett magisterarbete, vilken är anledningen till att denna intervjustudie ska göras.

Har du några frågor så hör gärna av dig.

Med vänliga hälsningar Sandra & Jenny

Studerande

Sandra Jakobsson
Jenny Svensson

Handledare

Universitetslektor
Hanna Tuvevsson

