



Att identifiera depression hos äldre

-Vårdaren som verktyg

Författare: Nathalie Jansson & Ninnie Salminen

Examensarbete
Hälsovårdare & Sjukskötare

2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsovårdare & Sjukskötare
Identifikationsnummer:	17412 & 17411
Författare:	Nathalie Jansson & Ninnie Salminen
Arbetets namn:	Att identifiera depression hos äldre – Vårdaren som verktyg
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	Lovisa Projektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Depression är en psykisk sjukdom, vilket är ett utbrett problem världen över och speciellt hos äldre människor. Depression är underdiagnostiserat och en stor utmaning att identifiera. Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal kan identifiera depression med sig själv som redskap och de utmaningar som finns. Frågeställningarna är följande; Hur kan vårdaren använda sig själv som redskap vid identifiering av depression hos äldre? Vilka utmaningar kan uppstå vid identifiering av depression? Studien ingår i Lovisa Projektet. Respondenterna har som teoretisk referensram valt att basera studien på Katie Erikssons (1994) begrepp "lidande" med fokus på "vårdlidande" och "sjukdomslidande". Metoden är en deskriptiv kvalitativ litteraturstudie. Sammanlagt 21 artiklar har samlats in från olika databaser och de har sedan kvalitetsgranskats med olika kvalitetsgranskningsmallar. Mallarna är för kvalitetsansats, observations, randomiserad- och patientupplevelse studier. Beroende på vad det varit för studie, har mallen alltså valts därefter. Artiklarnas data har analyserats med en induktiv innehållsanalys. Resultatets kategorier baserar sig på innehållsansatsens huvudkategorier; <i>Kunskap, Kommunikation, Relation, Organisation</i> och <i>Stigma</i>. Kategorierna bygger på följande underkategorier som skapats; okunskap, grundläggande kunskap, öppen dialog, icke-verbal kommunikation, kommunikationssvårigheter, effektiv kommunikation, kontakt med patienten, personliga faktorer, interaktion, intuition, samarbete, belastning på vårdare, prioriteringar och stigma hos äldre. Kategorierna har visat sig både fungera som redskap och utmaningar i identifieringen av depression. Slutsatserna är att det har visat sig finnas flera sätt att använda sig själv som vårdare att identifiera depression på hos äldre. Dock är det utmanande och kräver träning.</p>	
Nyckelord:	Identifiera, Depression, Äldre, Vårdare, Verktyg, Utmaningar, Lovisa Projektet
Sidantal:	69
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	20.3.2017

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health nurse & Nurse
Identification number:	17412 & 17411
Author:	Nathalie Jansson & Ninnie Salminen
Title:	Att identifiera depression hos äldre – Vårdaren som verktyg
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	Lovisa projektet
<p>Abstract:</p> <p>Depression is a psychological disorder widespread problem around the world and especially in older people. It is underdiagnosed and a major challenge to identify. The aim of this study is to investigate how nursing staff can identify depression with themselves as a tool and the challenges with it. The questions are following; How can the nursing staff identify depression with themselves as a tool? Which challenges can the identifying of depression lead to? The study is part of the Lovisa projektet. The respondents have as a theoretical framework chosen to bas the study on Katie Eriksson's (1994) concept of "suffering" with focus on "care suffering" and "disease suffering." The method is a descriptive qualitative literature study. 21 articles has been collected from different databases and they are after that quality checked with different quality review templates. The templates are for quality approach, observation, randomised and- patients experienced studies. The templates has been chosen depending on what study it was. The material's data is analyzed with inductive content analysis. The result's categories are based on content analysis main categories; <i>Knowledge, Communication, Relationship, Organization</i> and <i>Stigma</i>. The categories are based on the created subcategories; lack of knowledge, basic knowledge, open dialogue, non-verbal communication, communication difficulties, effective communication, contact with the patient, personal factors, interaction, intuition, cooperation, strain on the nursing staff, priorities and stigma in the elderly. They have proven to be both tools and challenges in the identification of depression. Conclusions of this is that has proved to be several ways as a nursing staff to use itself as a tool to identify depression in the elderly. However, it is challenging and requires training.</p>	
Keywords:	Identify, Depression, Older people, Nursing staff, Tools, Challenges, Lovisa Projektet
Number of pages:	69
Language:	Swedish
Date of acceptance:	20.3.2017

INNEHÅLL

FÖRORD

1	INLEDNING	7
2	BAKGRUND	8
2.1	Åldrandet	8-10
2.2	Depression hos äldre	10-13
2.3	Vårdpersonalens roll.....	13-14
3	TIDIGARE FORSKNING	14-17
4	TEORETISK REFERENSRAM	17
4.1	Lidandets fenomen	17
4.2	Lidande i vården	18
4.3	Sjukdomslidande	18-19
4.4	Vårdlidande	19-20
5	STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	20
6	DESIGN	21
7	STUDIENS METOD	21-22
7.1	Datinsamling.....	22
7.2	Skapa en översikt.....	23
7.3	Granskning av studiernas kvalitet	24-25
7.4	Innehållsanalys.....	25-26
7.5	Sammanställning av material	27
8	ETISKA REFLEKTIONER	27-28
9	RESULTAT	28-30
9.1	Kunskap.....	31
9.1.1	<i>Okunskap</i>	31-32
9.1.2	<i>Grundläggande kunskap</i>	32-34
9.2	Kommunikation.....	34
9.2.1	<i>Öppen dialog</i>	34-35
9.2.2	<i>Icke-verbal kommunikation</i>	35-36
9.2.3	<i>Effektiv kommunikation</i>	36-37
9.2.4	<i>Kommunikationssvårigheter</i>	37
9.3	Relation	38

9.3.1	<i>Kontakt med patienten</i>	38-39
9.3.2	<i>Personliga faktorer</i>	39-40
9.3.3	<i>Interaktion</i>	40-41
9.3.4	<i>Intuition</i>	41-42
9.4	Organisation	43
9.4.1	<i>Samarbete</i>	43
9.4.2	<i>Belastning på vårdare</i>	43-44
9.4.3	<i>Prioriteringar</i>	44-45
9.5	Stigma	45
9.5.1	<i>Stigma hos äldre</i>	45-46
10	RESULTATET I FÖRHÅLLANDE TILL TEORETISKA REFERENSRAMEN .	46-48
11	DISKUSSION	48-50
12	KRITISK GRANSKNING	51-53
	Källor	54-61
	Bilagor	

FIGURER

Figur 1: Forskningsprocessen.....	21
Figur 2: Resultatets kategorier.....	30

TABELLER

Tabell 1: Symtom på depression enligt DSM-IV.....	11
Tabell 2: Screeninginstrument.....	14
Tabell 3: Kvalitetsgranskningsmallar och poängsättning.....	24
Tabell 4: Kategorisering.....	28-30

BILAGOR

Bilaga 1. Översikt på artiklarna till tidigare forskning	
Bilaga 2. Tidigare forskningens sökningsprocess och kvalitetsgranskning	
Bilaga 3. Översikt på artiklarna till resultatet	
Bilaga 4. Översikt på artiklarna till resultatet, sökningsprocessen, mall och kvalitet	

FÖRORD

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till uppdragsgivaren Lovisa projektet som möjliggjort detta för oss!

Arbetsprocessen har varit en stor utmaning och tidskrävande men trots det har vi inte gett upp utan fortsatt kämpa tack vare varandras peppande men framförallt vår handledare Jari Savolainens stöd.

Studien har givit oss ny kunskap som vi kommer kunna bära med oss i vårt yrke som sjukskötare. Det har öppnat upp ögonen för hur viktigt det är att prioritera de äldres psykiska ohälsa i vårt samhälle.

En dikt om depression

*"Då steg en mjältsjuk svartalf opp, och plötsligt
bet sig den svarte vid mitt hjärta fast:
och se, på en gång allt blev tomt och ödsligt
och sol och stjärnor mörknade i hast:
mitt landskap, nyss så glatt, låg mörkt och
höstligt,
var lund blev gul, var blomsteräng brast.
All livskraft dog i mitt förfrusna sinne,
allt mod, all glädje vissnade därinne."
(Wasserman 2010 s. 6)*

1 INLEDNING

Denna studie är en del av Lovisa Projektet. Psykisk ohälsa är ett brett begrepp, därför fokuserar vi på äldre med depression. Vi vill införa metoder för bedömning av depression, således har vi valt att inrikta oss på att finna metoder för vårdpersonal att kunna identifiera depression hos äldre personer.

Antalet äldre ökar i vårt samhälle och statistik från Statistikcentralen i Finland påvisar en ökning av befolkningen i åldersklassen 65 år och uppåt. Det kan exempelvis ses att från 1990-talet var befolkningen 672 965 och 2020-talet ska denna åldersklass ligga på 1 264 156 personer. (Statistikcentralen 2015)

Enligt THL 2013 är depression vanligt förekommande i Finland från åldern 63 år och ökar ju äldre människan blir, bland kvinnor över 80 år är det vanligare jämfört med hos män. (THL 2016) Utgående från detta kan det konstateras att arbetet kring äldre med depression behöver utvecklas.

I studien tas det upp om hur det generellt är att åldras och vilka faktorer som kan påverka åldrandet. Eftersom depression är det som valts att fokusera på beskrivs det och även vårdpersonalens roll i identifieringen. Depression är ett folkhälsoproblem och är utbrett världen över, vilket tyder på att det är viktigt att upptäcka i tid för att ha möjlighet lindra lidandet hos individen och öka livskvaliteten. I studiens resultat framkommer det hur vårdpersonalen kan använda sig själv som redskap vid identifiering av depression hos äldre och de utmaningar som kan uppstå.

2 BAKGRUND

I bakgrundsdelens tillämpas vad åldrandet kan innebära och de funktionsnedsättningar det kan medföra. Vårdpersonalens roll beskrivs och de olika metoder som finns för identifiering av depression tas upp. Några relevanta begrepp som är bra att känna till för att lättare skapa sig en överblick över arbetet är åldrandet, depression och vårdpersonal.

Åldrandet innebär att det med stigande ålder sker förändringar i den enskilda individens kropp. Förändringarna sker i det fysiologiska, psykologiska och det sociala (Egidius 2017a).

Depression är en sorts psykisk sjukdom, en så kallad affektiv sjukdom (Wasserman 2010). Ett så kallat "förstämningssyndrom" vilket betyder att det är en förändring i stämningensläget och i detta fall ett sänkt sådant (Wetterberg 2013 s. 65). I psykiatrisk avsikt är det ett relativt bestående tillstånd av till exempel skuld känslor, självmordstankar, svaghets- och tomhetskänslor (Egidius 2017b).

Lidande betyder att pinas, plågas, utstå, kämpa eller försonas av något (Eriksson 1994 s. 21).

Vårdare innebär en person som vårdar någon. (Betyder)

2.1 Åldrandet

Åldrandet kan skildras på diverse sätt. Det vanligaste och lättaste sättet att mäta åldrandet är genom att utgå från den kronologiska åldern. I många fall är det mer intressant med funktionen än den givna åldern. Åldersförändringarna börjar inträffa långsamt och framskrider gradvis under hela ens livstid. Detta är något som inte går att undvika. (Dehlin et al. 2000 s. 24)

Det biologiska åldrandet

Vid mogen ålder dvs. vid 25 års ålder börjar den normala åldrandeprocessen (Kirkevold et al. 2010 s. 49). Då kroppen åldras påverkas alla organ, såsom som skelett, hud, lungor, muskler, hjärta och hjärna. Reservkapaciteten och sinnesfunktionerna blir försämrade. Detta fenomen kallas för det biologiska åldrandet (Kirkevold et al. 2010 s. 31).

Det psykologiska åldrandet

Minnet och den intellektuella förmågan är i första hand det som brukar ihopkopplas med psykologiska åldrandet men det finns även andra faktorer som påverkar. Såsom individens egen förmåga att hantera olika förändringar och kunna anpassa sig efter vad själva åldrandet innebär, hens livstillfredsställelse och egen läggning. (Dehlin et al. 2000 s. 188) En försämrad funktion då det gäller att lösa problem och lära sig nya saker är något som också blir påverkat med stigande ålder (Kirkevold et al. 2010 s.31).

Det sociala åldrandet

Det sociala åldrandet kan ses ur olika synvinklar som kopplas ihop med sociala sammanhang. Relationer till anhöriga, att bli änka/änkling, pensionär och ensamhet är exempel. Det går att se på åldrandet på individnivå, gruppnivå och samhällsnivå ur ett sociologiskt och psykologiskt perspektiv. (Ekwall 2010 s. 23)

Att vara och bli gammal

Det är viktigt att belysa att åldrandet inte enbart handlar om olika processer. Individens egen upplevelse av att åldras och åldrandet i sig, är något som också är viktigt att ta hänsyn till. Åldrandet kan upplevas som både något dåligt eller bra hos den enskilda individen. Balansen mellan sjukdom och hälsa är ofta det som beskrivs när det talas om ett mindre gott åldrande och ett gott åldrande. Trots det är det viktigt att betona att det är mer komplicerat än så. Vid definitionen av det goda åldrandet borde flera faktorer än sjukdom och hälsa beaktas. (Ekwall 2010 s. 24-25)

Det finns tre nyckelfaktorer som är viktiga när ett gott åldrande definieras som innehåller: hög psykisk och fysisk funktion, låg risk för sjukdom och funktionsnedsättning relaterat till sjukdom och ett aktivt engagemang i livet (Ekwall 2010 s. 25). En annan definition är att de äldre relativt bra kan upprätthålla en god hälsa genom att de fortsätter att utveckla tidigare sociala, psykologiska och fysiska sysselsättningar inom ramen av vad deras resurser tillåter. Att de äldre kan hitta nya intressen, lösningar och att kunna förändra sig i nya livssituationer är viktigt (Dehlin et al. 2000 s. 21-22).

Det finns faktorer som påverkar det goda åldrandet såsom psykologisk och biologisk hälsa men även livslängd, social kompetens, personlig kontroll, effektivitet, livstillfredsställelse och förmågan hos den enskilda individen att kunna anpassa sig efter de förändringar som inträffar (Ekwall 2010 s. 25). Om de äldre inte har meningsfulla sysselsättningar så kan en känsla av att inte vara behövd uppstå. Negativa effekter på självidentitet, självuppfattning och självkänslan kan förekomma. Vid sådana förhållanden kan den äldre personen tvingas att leva i ett samhällsligt vakuum där hen inte har möjlighet att utveckla sina förmågor och tillfredsställa sina personliga behov (Dehlin et al. 2000 s. 20-21).

2.2 Depression hos äldre

Depression är en så kallad affektiv sjukdom (Wasserman 2010). Nedstämdhet är något som alla någon gång kan uppleva i livet men om nedstämdheten blir allvarigare och bestående en längre tid kan det handla om depressionssjukdom. Att bli diagnostiserad med depression bygger dock på en noggrann klinisk bedömning (Wetterberg 2013 s. 65). Depression hör till de mest vanligaste psykiska sjukdomarna och är också vanligt förekommande hos äldre. Sjukdomen kan antingen vara genetiskt betingad eller bero på händelser under barndomen eller i den nuvarande livssituationen (Appelberg & Saarela 2013 s. 31). Sjukdomen kan skapa ett stort lidande och påverka den dagliga funktionen negativt. Psykiska, fysiska och biologiska faktorer påverkar insjuknandet av depression (WHO 2016a).

Förändringar i livssituationen kan vara obearbetade sorgereaktioner, förlust av anhöriga, eller nedsatt hälsa och funktionsförmåga. Dessa reaktioner kan leda till allvarliga följder (Kirkevold et. al 2010 s. 377). Oförmågan att skapa eller upprätthålla sociala kontakter medför ensamhet som är en bidragande faktor (Appelberg & Saarela 2013 s. 31).

Symtomen på depression hos äldre kan skilja sig jämfört med hos yngre. Således finns det en risk att äldres depression är svårare att upptäcka och inte heller får behandling (Ekwall 2010 s. 124). Anledningen till att symtomen kan vara svåra att identifiera är för att de antingen är diffusa eller döljs av fysiska besvär (Wasserman 2010 s. 76). Kännetecken på depression kan vara isolering och ett minskat intresse för aktiviteter och kontakter som förr intresserat en. Den deprimerade finner inget glädjande i livet och kan känna dödslängtan. Depression kan antingen framträda som symptom eller sjukdomar. De-

pressiva sjukdomar kan indelas i lindrig, maskerad, demensliknande och atypisk depression. Lindrig depression kan utvecklas till en allvarligare nivå. Maskerad depression ger fysiska symtom men inte ett dämpat stämningsläge. Demensliknande depression kan lätt blandas ihop med demenssjukdom eftersom symtomen liknar på varandra. Atypisk depression karakteriseras inte av de vanligaste symptomen på depression utan kan framträda på annat vis som inte uppfyller kriterierna i ett visst screeninginstrument. Depression kan ännu delas in i lindrig, måttlig eller svår och graden är beroende av hur många kriterier och symtom personen uppnår. (Kirkevold et al. 2010 s. 381-382)

Vissa kriterier bör uppfyllas för att diagnosen depression ska kunna fastställas (Wasserman 2010 s. 20). Förutom symtomen enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) (DEPRIMERAD.net) tas också den kliniska bilden i beaktande. Det betyder att intensiteten och varaktigheten av symtom inkluderas, förekomst av tidigare sjukdom, om det finns inom familjen och sjukdomens förlopp (Wasserman 2010 s. 21). Enligt DSM-IV ska minst två av de tre första symtomen uppträda och minst fyra ska ingå för att diagnosen depression ska kunna fastställas (Ekwall 2010 s. 124) och de ska ha pågått i minst två veckor (DEPRIMERAD.net).

Tabell 1. Symtom på depression enligt DSM-IV

- Brist på lust eller intresse för aktiviteter som normalt är trevligt
 - Nedsatt eller ökad energi
 - Nedsatt självförtroende eller självkänsla
 - Överdriven skuldkänsla
 - Tankar om död och självmord
 - Koncentrationssvårigheter eller obeslutsamhet
 - Humörsvängningar, mer utåtagerande eller tillbakadragen
 - Sömnsvårigheter
 - Aptit-eller viktförändringar
- (Ekwall 2010 s. 124)

Vid klassificering av depressionen bör vårdpersonalen vara uppmärksam på att symtomens svårighetsgrad har betydelse. Bedömningen sker utifrån information som kommit

fram ur samtal med personen i fråga och observationer. Läkaren fattar sedan det slutgiltiga beslutet om diagnosen. (Kirkevold et al. 2010 s. 381-382)

Depression och somatisk sjukdom kan uppstå samtidigt. Det kan antingen vara en somatisk sjukdom som ger depressionsliknande symtom eller depression som leder till en somatisk sjukdom. Depression kan även uppstå till följd av en somatisk sjukdom och dess behandling eller av läkemedel och dess biverkan. (Kirkevold et al. 2010 s. 382)

Detta är ett område som inte har uppmärksamats tillräckligt i sjukvården. I hög ålder visar sig depression vara den vanligaste formen av psykisk sjukdom. Det som visar sig bidra till den höga prevalensen är biologiska mekanismer. (Björkstén Sparring & Karlsson 2010 s. 1) I en studie påvisades en ökning av depression från 70 års ålder till 85 års ålder. Delvis berodde ökningen på förekomsten av minnessjukdom, stroke, nedsatt tillstånd av något slag eller rubbningar i ämnesomsättningen. (Von Knorring et al. 2013 s. 482)

Närvaro av depression påvisar att det finns en ökad dödlighet vid ett flertal sjukdomstillstånd. Trots att det finns en stor kunskap kring att depression påverkar somatiska sjukdomar finns det få ingripanden. I somatisk vård upptäcks depression i mycket liten utsträckning. Hos en grupp patienter med akut kranskärlssjukdom påvisades det att flera patienter hade medel till svår depression, och i vården av dem blev bara en liten del upptäckta. Identifiering och behandling av psykisk sjukdom vid somatisk ohälsa medför positiva effekter på hälsan. (Björkstén Sparring & Karlsson 2010 s. 1-2)

Ångest hos äldre är också ett utbrett problem, speciellt hos äldre som har nedsatt funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar. Tillsammans uppträder ångest och depression ofta i flera varianter, de har flera gemensamma egenskaper. Dock har det inte studerats i samma utsträckning som depression, därför finns det inte samma kunskap om det. Ångest förekommer mer hos de yngre äldre, upp till 75 år medan depression är vanligast hos de äldsta äldre, över 75. Det är stor risk för att ångest i ett senare skede i livet utvecklas till depression men kombinationen av båda är vanligt förekommande hos äldre. När det gäller diagnostisering ligger depression på en högre nivå än ångest. Depression är mycket allvarligare eftersom det finns en ökad självmordsrisk, ökad dödlighet och stor risk för att drabbas av hjärt-och kärlsjukdomar och stroke. (Kirkevold et al. 2010 s. 377) Självmord

hos äldre är vanligare än hos yngre. Till skillnad från de yngre är sällan självmordsförsöken demonstrativa för att få uppmärksamhet utan bör tas på allvar (Appelberg & Saarela 2013 s. 34).

2.3 Vårdpersonalens roll

De äldre som lider av ångest och depression som har uppstått på äldre dagar är underdiagnostiserade och i det kliniska arbetet och det är en stor utmaning att upptäcka depression (Kirkevold et al. 2010 s. 385 & WHO 2016b). Därför är det viktigt att observera förändringar i förmågan hos den äldre att fungera i vardagen och förändringar i beteendet (Kirkevold et al. 2010 s. 112). Genom att tidigt identifiera dessa förändringar i den äldres mående kan det ha en positiv effekt för den fortsatta utvecklingen av äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvaliteten (Kirkevold et al. 2010 s. 112).

För att observera och bedöma den äldres tillstånd är det viktigt att vårdaren gör en omfattande och systematisk bedömning av en patients situation, hälsotillstånd och den hjälpen hen är i behov av. Dock händer det ofta att det inte genomförs en systematisk bedömning och bedömningen av symtom missas, vilket kan leda till att sjukdom utvecklas tills att en akut situation uppstår. Vägen tillbaka till samma mående kan därmed bli svår och lång. I bedömningen kan vårdaren ta hjälp av olika bedömningsinstrument, dock ska de användas med försiktighet så att bedömningen inte känns kränkande. (Kirkevold et al. 2010 s. 111-112)

I kartläggningen av depression kan vårdaren använda sig av olika skalor (Kirkevold et al. 2010 s. 385). Även om skalorna har en viktig funktion bör det finnas i åtanke att deras huvudsakliga syfte är att bedöma symtomintensiteten och utvärdera behandlingsförloppet. De ersätter således inte en diagnostisk intervju eller utredning (Appelberg & Saarela 2013 s. 32).

För att bedöma en patients kognitiva förmåga är användningen av Mini Mental Test (MMT) eller Mini Mental State Examination (MMSE) en bra grund enligt de nordiska riktlinjerna. De mäter en persons minne, orientering i tid-och rum och förmåga och att tala och skriva. Vid bedömning av personer med depression finns det flera olika validerade instrument som kan användas som hjälpmedel. De nordiska riktlinjerna rekommenderar Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (Kirkevold 2010 s. 117)

Andra skalor vid kartläggningen är Geriatric Depression Scale (GDS) som kanske är den bästa för identifiering av depression hos äldre. (Kirkevold 2010 s. 3857) Utöver de används även Beck Depression Inventory (BDI). (Appelberg & Saarela 2013 s. 31)

Tabell 2. Screeninginstrument

Screeninginstrumen	Användning
Mini Mental Test (MMT) Mini Mental Examination (MMSE)	För bedömning av patientens kognitiva förmåga. Mätningen av personens minne, orientering i tid- och rum och förmåga att tala och skriva
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Screeninginstrument – för identifiering av depression
Geriatric Depression Scale (GDS)	Screeninginstrument – för identifiering av depression hos äldre
Beck Depression Inventory (BDI)	Screeninginstrument – för identifiering av depression (Kirkevold 2012 s. 3857) & (Appelberg & Saarela 2013 s. 31)

3 TIDIGARE FORSKNING

Detta kapitel tar upp det som tidigare forskats kring äldres psykiska ohälsa. Alla 11 artiklar handlar om äldre och inkluderar depression. Artiklarna är från Finland, Sverige, Norge, Pakistan, Singapore, Nederländerna, Turkiet, Taiwan, Indien och Malaysia. (Bilaga 1)

Åldrandet går inte att komma ifrån och medför ett biologiskt och socialt beroende. Den äldre befolkningen ökar sakta i hela världen. Mellan perioden 2000 och 2050 beräknas den åldrande befolkningen, från 60 år och uppåt öka märkbart (Behera et al. 2016 s. 129). Enligt den Nationella styrelsen för hälsa och välfärd i Sverige är psykisk ohälsa hos äldre personer ett mindre prioriterat och växande problem. De menar också att det finns en brist på en allomfattande strategi för detta problem. Det har påvisats att Europa har den högsta befolkningen av ålder 65 år och uppåt jämförelsevis med resten av världen. Denna andel av befolkning kommer så gott som fördubblas till 2050. (Djukanovic et al. 2015 s. 560)

Ökning av den åldrande befolkningen har skett snabbt. Det beror på ett minskat födelseantal, dödlighet och en bättre livskvalitet som resulterar i en ökad medellivslängd i världen (Manaf et al. 2016 s. 2). Om då psykisk ohälsa hos de äldre fortsätter växa så tyder det på att passande strategier behövs som kan bidra till ett hälsosamt åldrande. Vanligaste orsaken till ett emotionellt lidande hos äldre är troligen depression (Djukanovic et al. 2015 s. 560) och är ett stort folkhälsoproblem. Över 350 miljoner människor världen över lider av depression och äldre människor har en större risk för att insjukna (Behera et al. 2016 s. 129).

Depression associeras med vissa kroniska sjukdomar och kan leda till en försämrad livskvalitet, funktionsnedsättningar och dödlighet (Djukanovic et al. 2015 s. 560).

Risikfaktorer att insjukna i depression kan möjligen vara funktionella begränsningar, smärta, stroke, ensamhet, synskada, brist på socialt stöd, otillräcklig vård och negativa händelser i livet, tidigare historia med depression (Tiong et al. 2013 s. 725). Depression verkar vara mer förekommande hos de äldre som bor på en institution jämförelsevis med dem som inte gör det (Tiong et al. 2013 s. 728).

En studie lyfter upp att depression också kan uppstå av exempelvis arbetslöshet, ekonomiska problem, sömnproblem, försämrat minne, medicinering, missnöje med livet, ouppfyllda andliga behov och att bli änka eller änkling (Ganatra et al. 2008 s. 351). I en studie från Taiwan är att leva ensam en vanlig orsak till depression och speciellt hos kvinnor. Överlag är depression vanligare hos kvinnor än hos män (Lin & Wang 2011 s. 1043). Depression hos äldre har påvisats vara högre hos dem som har ett mindre socialt nätverk, de som hade ett större socialt nätverk hade mindre depressiva symtom (Holvast et al. 2015 s. 2). Således är ensamhet en faktor som de äldre är sårbara för (Drageset et al. 2012 s. 965). En studie i Pakistan lyfter upp att inte få utöva sin religion också kan bidra, vilket kan grunda sig i flera orsaker. Att lida av urinkontinens är en av dem, eftersom att det inom islam finns krav på att vara ren, vilket en person då alltså inte är. Detta kan leda till en stor psykisk påfrestning för den äldre (Ganatra et al. 2008 s. 353).

Kännetecknen för det är sorg, förändringar i sömnen, nedsatt aptit, känslor av hopplöshet och ibland självmordstankar. Depression påverkar det dagliga livet och sänker livskvaliteten och förutom för en själv är det även tungt för de anhöriga (Arslantas et al. 2014 s.100).

Depression är underdiagnostiserat och behandlingen av det är låg (Smalbrugge et al. 2008 s. 244). Det rekommenderas att det borde screenas på dem som kan vara i riskgruppen (Suija et al. 2012 s. 262). I Finland rekommenderas BDI-21 och Whooley frågor vid screening för depression hos de personer som det förväntas att depression ska förekomma (Suija et al. 2012 s. 259).

Geriatric Depression Scale har också visat sig vara ett validerat screeninginstrument, vilket har utvecklats för att kunna användas självständigt men på vårdhem används det ofta med hjälp av en intervju. MADRS är också ett instrument som används i intervjuer och båda instrumenten mäter graden av depression. I en studie i Singapore jämförs olika instruments effektivitet och de skulle vilja hitta ett som är kort och smidigt att använda. (Smalbrugge et al. 2008 s. 246-247)

Livskvaliteten förbättras av tidig identifiering och åtgärder av depression (Behera et al. 2016 s. 129). Tidig identifiering lindrar lidandet och förbättrar de äldres plats i samhället (Behera et al.2016 s. 134). Vårdare bör bli medvetna om de faktorer som finns för depression och förekomsten av det (Lin & Wang 2011 s. 1043).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att depression är troligen den vanligaste orsaken till emotionellt lidande hos de äldre och eftersom den äldre befolkningen ökar behövs det lämpliga strategier för att åldrandet ska kunna bli mer hälsosamt. Det finns en hel del bidragande orsaker till depression som bland annat negativa händelser i livet, kroniska sjukdomar, ensamhet, ekonomiska problem, missnöje med livet och sociala brister. Kännetecknen på depression kan vara nedsatt aptit, brist på sömn, sorg och ibland gå så långt som självmordstankar. För att identifiera depression finns det olika screeninginstrument som vårdare kan använda sig av. BDI, MADRS och GDS är några av många instrument

som kan användas. Genom att upptäcka depression i tid kan det gynna den äldres livskvalitet och lindra lidandet.

4 TEORETISK REFERENS RAM

Detta kapitel beskriver studiens valda teoretiska referensram som kommer att genomlysas av Katie Erikssons begrepp lidande. Katie Eriksson är professor inom vårdvetenskap och diskuterar begreppet lidande i boken "Den lidande människan" (Eriksson 1994). Lidandets olika fenomen belyses med fokus på sjukdomslidande och vårdlidande. Respondenterna har valt att använda begreppet lidande eftersom depression leder till ett stort lidande (Von Knorring et al. 2013 s. 480).

4.1 Lidandets fenomen

Lidande har liknande drag som ordet lida, vilket betyder att pinas eller plågas av något. Det innebär också att utstå något, kämpa eller försonas. Huvuddimensionerna för begreppet lida är någonting negativt, någonting människan måste leva med, en kamp eller något meningsbärande. (Eriksson 1994 s. 21)

Varje människa är unik och bär på sitt eget lidande; därför kan det vara svårt att besvara frågan, vad ett lidande är. Men däremot kan människan fråga sig varför detta lidande finns. Detta gör det mer möjligt för den enskilda individen att ställa lidande i relation till sin egen verklighet och därav har en möjlighet att hantera lidandet. (Eriksson 1994 s. 13) Lidande är en ständig kamp mellan lidandet och lusten, det onda och det goda. Ångest, rädsla och oro är något människan bär på inför sitt lidande. Lidande betyder inte att ha ångest, men individen kan ha ångest på grund av sitt lidande. Då människan "definierar" sin ångest, kan hen konstatera orsaken och gå in i lidandet. Här börjar kampen. Det första steget för att besegra sin ångest och oro är att omforma dem till lidande. Ett problem kan vara att hen försöker tränga bort känslan av ångest och oro, istället för att omforma dem och ge sig möjligheten till lidande och kamp. (Eriksson 1994 s. 30-31)

4.2 Lidande i vården

I dagens läge har vi som syfte att lindra människors lidande, men det visar sig att det inte alla gånger lindrar lidande utan förvärrar det. Inom vårdforskningen och vårdvetenskapen finns en utmaning att hitta vägar för att få bort eller åtminstone minska det lidande som finns inom vården. (Eriksson 1994 s. 82-83)

Det finns tre olika sorters lidande inom vården: sjukdomslidande, det lidande som uppstår av sjukdom och behandling, vårdlidande, det lidande som uppstår i själva vårdsituationen och ett livslidande, det lidande som uppstår i det egna unika livet. Som alla vet kan sjukdom och behandling åstadkomma lidande för patienter. Smärtan de känner blir ett illavarrande men det finns även ett själsligt och andligt lidande som sjukdom och behandling kan åstadkomma. Genom att gå djupare in på de olika sorternas lidande, kan en förståelse skapas och en möjlighet att känna igen dem i vården och kanske lindra lidandet. (Eriksson 1994 s. 82-83)

4.3 Sjukdomslidande

Enligt Eriksson (1994 s. 83-84) kan lidande hos patienten uppstå då hen har en sjukdom eller behandling. Smärta som är relaterat till sjukdom är en allmän orsak till att patienten kan lida. Men sjukdom behöver inte alltid medföra smärta och smärta är inte identiskt med lidande. Dock är relationen lidande och smärta central, och ett lidande som är outhärdligt kan lindras genom att smärtan minskas. När en patient lider av kroppslig smärta är den oftast koncentrerad till en bestämd del av kroppen och detta leder till att patientens uppmärksamhet blir tagen, vilket gör det komplicerat för patienten att kunna använda sin förmåga att bemästra lidandet. Kroppslig smärta kan bli så svår så att den kan leda till att patienten får andlig och själslig död. Det är mycket viktigt att lindra den kroppsliga smärtan med alla medel som finns till hands.

Det är inte så mycket skrivet om andliga och det själsliga lidande som sjukdom och behandling kan förorsaka. Begreppet "clinical suffering" uppmärksammas, som är ett kliniskt lidande som är givet för vårdarna och som är en omedelbar följd av sjukdomen. Det

kliniska lidandet kan sammanlikna begreppet sjukdomslidande, som delas in i två kategorier:

1) Sjukdom och behandling kan ge upphov till kroppslig smärta. Smärtan är inte ofta bara kopplad till kroppen utan den kan upplevas av människan som helhet. Kroppslig smärta är ett lidande som kan upplevas fysiskt. När patienten upplever ett starkt kroppsligt lidande så fokuseras uppmärksamheten på detta. Andligt och själsligt lidande. Detta lidande kan skapas av de upplevelser som är relaterade till sin sjukdom eller behandling. Upplevelser av skuld, förnedring eller skam kan förekomma. Andligt och själsligt lidande kan upplevas av patienten själv eller uppstå i det sociala sammanhanget. Även vid situationer då det finns en fördömande attityd från vårdpersonal kan andligt och själsligt lidande uppstå.

4.4 Vårdlidande

Vårdlidande var inte ett så vanligt begrepp på 1990-talet men forskningen har ökat kring vårdetiska frågor. Det är mer reflekterat över vad en god vård innebär och kvalitetssäkerheten av den. Florence Nightingale beskriver att "Hur litet man vet och förstår om det verkliga lidandet vid en sjukdom. Hur föga kan den som njuter av god hälsa sätta sig in i vad en sjuklings liv egentligen är". Vårdlidande finns i olika former och det är individuellt hur upplevelsen av detta är. Sammanfattningsvis är huvudkategorierna; utebliven vård, kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff och maktutövning. (Eriksson 1994 s. 86- 87)

Utebliven vård innebär en bristande förmåga i bedömning av vad patienten behöver. Allt från små felsteg till direkt medveten vanvård räknas som utebliven vård. Så kallad icke-vård betyder att inte utföra vård eller avsaknad av den vårdande dimensionen. Utebliven vård kränker en människans värdighet och får hen att känna sig maktlös. (Eriksson 1994 s. 92-93)

I studien "Då patienten lider av vården"- vårdares gestaltning av patientens vårdlidande (Kasèn et al. 2008 s. 4-7) tar författarna upp att utöver det lidande som en patients sjukdom och behandling av den medför finns det ett vårdlidande. Lidandet uppstår i relationen till vårdpersonalen om han överges. I förhållande till sjukdoms- eller livslidande

kan vårdlidande vara mest framträdande. Vårdandets historiska grundmotiv är att lindra lidande, därför är det ur en etisk synvinkel viktigt att förhindra uppkomsten av vårdlidande.

Vårdpersonal från olika områden deltog i en workshop där syftet var att få en fördjupad kunskap inom vårdlidande. De kunde konstatera flera orsaker som leder till ett vårdlidande. Att andra bedömer en patientens situation utan att fråga om dess behov och önskemål och om vårdaren undervärderar den hjälp patienten behöver. Brister i en vårdarens bedömning av patienten kan bero på svårigheter i att förstå en patientens handlingar och se bakom patientens uppträdande. De patienter som är så kallade ”svåra fall” eller tysta får mindre uppmärksamhet. Om vårdarna tillsammans har en öppen diskussion kring vården och hur den ska förverkligas kan ett vårdlidande förhindras. Det är väsentligt att kunna erkänna sina och andras begränsningar och stödjas genom regelbunden professionell utbildning.

Det finns flera olika lidanden och respondenterna har valt att fokusera på sjukdomslidande och vårdlidande. Ett sjukdomslidande kan uppstå av en sjukdom eller behandling och ett vårdlidande kan egentligen uppstå på flera olika sätt. Kränkning av patientens värdighet, utebliven vård, maktutövning, fördömelse och straff är sådant som kan förorsaka ett vårdlidande. I sjukdomslidande kan även ett själsligt och andligt lidande uppstå och detta lidande är individens egna upplevelser som är relaterade till sjukdom och behandling. Det är av stor vikt att vårdare kan hjälpa att lindra lidande hos patienten.

5 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

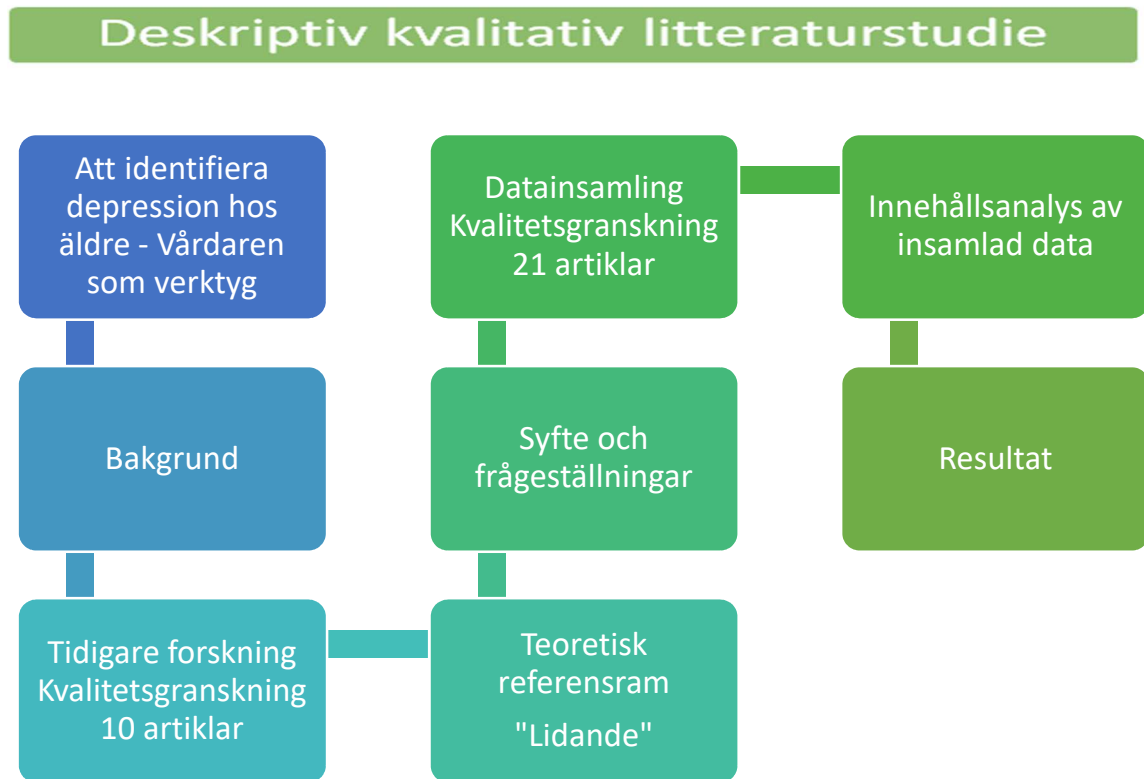
Studiens syfte är att beskriva hur vårdpersonalen kan använda sig själv som redskap vid identifiering av depression hos äldre och de utmaningar som kan uppstå.

Frågeställningarna i denna undersökning är följande;

- 1. Hur kan vårdaren använda sig själv som redskap vid identifiering av depression hos äldre?**
- 2. Vilka utmaningar kan uppstå vid identifiering av depression?**

6 FORSKNINGSPROCESSEN

Figur 1. Forskningsprocessen



7 STUDIENS METOD

I detta avsnitt beskrivs studiens metod och arbetsprocess som genomförts. Respondenterna har valt en deskriptiv och kvalitativ litteraturstudie som metod med innehållsanalys. Motiveringen till valet är för att de tycker metoden är lämplig för detta arbete. De vill beskriva ett fenomen som redan finns och få en sådan bra kvalitet som möjligt genom att kvalitetsgranska och analyserade mest väsentliga delarna i materialet. Nedan beskrivs metoden allmänt och sedan hur respondenterna gått tillväga.

En deskriptiv litteraturstudie sammanfattas i följande steg. Först utformas forskningsfrågan, vilken kontrollerar hela arbetsprocessen. Det är eftersträvansvärt att frågan är begränsad men ändå är tillräckligt övergripande. Ämnet och dess val styrs av forskningsfrågan. Förståelsen av ämnets lämplighet blir mer specifik längst arbetets gång och sedan väljs dess inklusions- och exklusionskriterier. Själva deskriptiva studiens uppbyggnad startar redan vid valet av ämne och presenteras på ett beskrivande sätt. Vid beskrivningen

kombineras och analyseras innehållet kritiskt som syntetiseras av olika fakta. Sista steget består av studiens resultat, där de centrala delarna inkluderas. Sedan kontrolleras helheten, detaljerna men också det etiska och tillförlitligheten. (Ahonen et al. 2013 s. 294) Nedan beskrivs arbetets metod mer ingående.

7.1 Datainsamling

Forskning gällande metoder för vårdpersonal att identifiera depression hos äldre och de utmaningar som kan uppstå har sökts. Sökningarna har skett via databaserna EBSCO host, EBSCO Cinahl, PubMed, Science Direct, SveMed, Medic, Pro Quest, Google Scholar, PsycINFO och specifika tidskrifter. Totala antalet artiklar som har hittats var 75 stycken som respondenterna noggrant gått igenom. Eftersom frågeställningarna har ändrats under arbetets gång och vissa artiklar inte svarat på frågeställningarna eller varit av tillräckligt god kvalitet, har de därför exkluderats och nytt material har sökts.

Studiens artiklar till tidigare forskning och resultatet valdes slutligen ifrån EBSCO host, EBSCO Cinahl, PubMed, SveMed, Pro Quest, Google Schoolar och PsycINFO. De artiklarna som inte nåtts via Yrkehögskolan Arcadas databaser har funnits via andra enheter, såsom biblioteket Terkko vid Mejlans sjukhus och Yrkehögskolan DIAK. Sökord som använts till tidigare forskning är kombinationer och olika former av termerna; Geriatric Depression Scale, BDI, elderly, depression, depressive, geriatric, older people, health professionals, symptom och prevalence.

Sökord som använts till resultatet är kombinationer och olika former av termerna; nurse, nurse-patient, experience, explore, depression, find, detect, elderly, interaction, difficulties experienced, old, training, recognize, knowledge, perception, communication, intuition, older people, itself as a tool, barriers, primary care och care och dess synonymer.

Kriterierna för valet av artiklar till tidigare forskning och resultat var att de skulle vara publicerade under de senaste 10 åren, det vill säga från 2006-2007 och framåt och skrivna på svenska eller engelska. Personerna skulle inte ha någon minnessjukdom eller annan sjukdom som tydligt påverkar deras kognitiva tankeförmåga. Strävan var att artiklarna skulle behandla personer som är 65 år och äldre och inkludera depression.

7.2 Skapa en översikt

En litteraturoversikt börjar med att respondenterna skapar en översikt inom ett visst område. Forskning tas fram för att få en uppfattning om ämnet som ska studeras, vilka teoretiska utgångspunkter och metoder som ska användas. Litteraturoversiktens analys bygger på ett strukturerat arbetssätt och vid urvalet av studierna bör det finnas ett kritiskt förhållningssätt. När det skapats en överblick av ett avgränsat område som också kvalitetsgranskas och analyseras kan det göras på ett deskriptivt sätt. (Friberg 2012 s. 133-135)

Det första steget i översikten är att skapa ett så kallat helikopterperspektiv. Till att börja med läses sammanfattningarna i studierna. Att inte ha för bråttom och att ha ett öppet och kreativt sinne är viktigt. Det gäller att inte låsa sig och endast ser det ur en synvinkel. (Friberg 2012 s. 137)

Andra steget består av att avgränsa materialet till endast ett urval av studier som översikten kommer bestå av. Valet av artiklar bör ha en tydlig motivering till varför vissa artiklar inkluderats eller exkluderats. Det bör nog finnas dokumenterat sökord och sökvägar för att läsaren ska förstå hur respondenterna gått tillväga. Sökorden bör täcka det området som valts att studera. (Friberg 2012 s. 137-138)

Ibland kan det vara svårt att avgränsa området som valts att skriva om, och då är det viktigt att göra ett antal sökningar med olika kombinationer av sökord innan området inringas. I examensarbetet presenteras en beskrivning av de studier som har hittats utgående ifrån ens sökningar. Hur än tillvägagångssättet blir, finns en mängd artiklar kvar som resterande och som avgörs som relevanta med tanke på syftet. Valet av artiklar måste kunna motiveras och därmed är det viktigt att göra avgränsningen med omsorg. (Friberg 2012 s. 138)

Respondenterna har förverkligat detta genom att söka artiklar via olika databaser med olika sökord för att hitta så många lämpliga artiklar som möjligt. Vid sökningen av material har en översikt skapats genom att till att börja med läsa igenom sammanfattningarna med öppenhet. Därefter har materialet noggrannare lästs igenom. Valet av inklusions- och exklusionskriterier har växt fram efter hand under materialgenomgången. (Se bilaga 1 & 3)

7.3 Granskning av studiernas kvalitet

När avgränsning av området gjorts, granskas kvaliteten för att bestämma om de kan uteslutas eller om de kan räknas med. Genom att granska kvaliteten på de artiklar som valts så ska olika frågor besvaras. (Se tabell 3) Sedan ska de rekommenderade frågorna besvaras och kvaliteten på studien ska granskas. Ifall vissa studier utesluts på grund av otillräcklig kvalitet så måste det motiveras varför. Dessa motiveringar ska innehålla beslutet som tagits och skrivs i metodbeskrivningen. Ens motiveringar och vilka konsekvenser som kan uppstå ska även diskuteras i metoddiskussionen. (Friberg 2012 s. 139)

Respondenterna har till att börja med kvalitetsgranskat de egna artiklarna som valts till tidigare forskning och de som svarar på frågeställningarna. I nästa steg har de granskat varandras artiklar, således har granskningen skett två gånger per artikel. Kravet var att artiklarna skulle uppnå medel eller hög kvalitet och de som inte uppnått kraven har exkluderats. För att uppnå medel eller hög kvalitet besvarades frågorna enligt kvalitetsgranskningsmallarnas krav. De som exkluderades uppnådde inte tillräcklig kvalitet eller var inte lämpliga för studien.

Det har använts olika granskningsmallar beroende på vilken sorts studie artiklarna varit. Mallarna som använts är en allmän kvalitetsgranskningsmall (Forsberg & Wengström 2014 s. 206-2010) och för randomiserade (SBU 2014c), observations (SBU 2014a) och patientupplevelser (SBU 2014b). Den allmänna kvalitetsgranskningsmallen, så kallade "Kvalitetsansats" hade frågor som enligt respondenterna inte var väsentliga för själva artikeln och därför togs de bort. Mallarna från (SBU 2014) hade en del som hette "Underlag för sammanvägd bedömning enligt GRADE" som valdes att tas bort för att poängsättningen ändå ansågs var tillräcklig.

Mallarna hade ingen färdig poängsättning och därför har respondenterna poängsatt dem själva. Artiklarna måste uppnå över hälften av poängen för att kunna bli bedömd som medelhög och över det för att uppnå hög poäng. Enligt den allmänna kvalitetgranskningsmallen kunde frågorna besvaras med ett ja eller nej. De övriga mallarna gick antingen att svara ja, nej eller delvis och om frågan enligt mallen inte ansågs vara lämplig för studien kunde den tas bort. (SBU 2014) Poängsättningen finns nedan.

Tabell 3. Kvalitetsgranskningsmallar och poängsättning

Kvalitetsgranskningsmallar	Poängsättning	Låg	Medel	Hög
Mall 1 Observationsstudie		0-12	13-20	21-27
Mall 2 Patientupplevelse		0-11	12-16	17-21
Mall 3 Randomiseradstudie		0-11	12-17	18-22
Mall 4 Kvalitetsansats		0-6	7-12	13-18

7.4 Innehållsanalys

En innehållsanalys kan antingen göras på ett kvalitativ eller kvantitativ och ett induktivt eller deduktivt sätt. Vilket av dessa sätt som väljs beror på vad för sort och vilket syfte studien har. Om det inte finns tillräckligt med kunskap gällande fenomenet rekommenderas det induktiva sättet. I en induktiv innehållsanalys utgår kategorierna ifrån innehållet. Det induktiva sättet utgår ifrån det i detalj till helhet. Specifika delar observeras och kombineras till större generella påståenden. Förberedelse, organisering och rapportering är de tre stegen som analysen består av. Det finns inte några systematiska regler för analyseringen. Huvudsyftet för analysen är att delar är klassificerade in i mindre kategorier. (Elo & Kyngäs 2007 s. 109)

Den förberedande fasen startar med att välja delar som ska analyseras, av detta kan det skapas ord eller teman. Före delarna väljs ut beslutas det vad som ska analyseras, vilket bygger på vilka detaljer eller urval som är viktiga faktorer. En meningsenhet kan bestå av flera meningar och ha olika betydelser. På grund av det kan en analys göra processen utmanande. En analys som däremot är för snäv, till exempel av ett ord kan resultera i att det blir för splittrat. (Elo & Kyngäs 2007 s. 109)

Beroende på frågeställningen kan analysen också bygga på ord, meningar eller flera sidor av materialet. Före analysen startar bör också det bestämmas om analysen ska utgå ifrån det manifesta eller latent innehåll. I nästa steg strävar respondenterna efter att få ett

helhetsintryck och se vilket innehåll som är betydande. När materialet läses bör följande frågor ställas: Vem?, Var?, När?, Vad? och Varför?. (Elo & Kyngäs 2007 s. 109)

Materialet läses igenom ett flertal gånger eftersom syftet är att fördjupa sig i det och där-
efter börjar den induktiva analysen. Denna del inkluderar att välja ut det mest väsentliga,
öppen kodning och att kategorisera. Med öppen kodning menas att medan texten läses
igenom skrivs punkter och nödvändiga rubriker ner. (Elo & Kyngäs 2007 s. 109)

Rubrikerna väljs utgående ifrån kodningen och kategorier blir sammansatta i detta steg.
Kategorierna grupperas under huvudrubriker efter det öppna kodandet och syftet är att
minska antalet kategorier genom att välja ut dem som är väsentliga och passande som
huvudkategorier. När kategorierna väljs ut jämförs de och sorteras enligt de delar som
passar ihop till en sammansatt grupp. Syftet med att skapa kategorier är att beskriva ett
fenomen för att få förståelse och kunskap kring det. Att abstrahera betyder att en övergri-
pande beskrivning formuleras. Varje kategori namnges på ett beskrivande sätt och under-
kategorier placeras under huvudkategorierna. Så långt som det är nödvändigt och möjligt
pågår abstraherandet. Analysprocessen beskrivs på detaljnivå att läsaren får en klar för-
ståelse för hur förfarandet gått till och dess styrkor och utmaningar. (Elo & Kyngäs 2007
s. 111-112)

Respondenterna har valt en kvalitativ, induktiv innehållsanalys som fokuserar på det ma-
nifesta innehållet. De har först läst igenom artiklarna ett flertal gånger med ett objektivt
öga och sedan valt ut delar som ger bäst svar på frågeställningarna. De specifika delarna
har lästs igenom igen och analyseras. Respondenterna har valt ut de gemensamma fak-
torerna i texterna genom öppen kodning. I nästa steg har innehållstabellen skapats och de
mest väsentliga delarna har valts ut och blivit sammansatta som meningsenheter. Därefter
har meningsenheterna kondenserats, kodats och av detta blivit underkategorier som myn-
nat ut i övergripande kategorier. Huvudkategorierna har blivit rubriker och underkatego-
rierna har blivit underrubriker. Under varje del har det mest väsentliga från artiklarna
tagits upp i resultatet.

7.5 Sammanställning av material

Det tredje och sista som ska göras är en sammanställning, vilken endera kan vara en deskriptiv eller en syntetiserande sammanställning, integrativ översikt. Vid materialgenomgången granskas alla likheter och skillnader. I resultat innehåll presenteras sedan de skillnader och likheter som funnits och detta är vanligen det som läggs mest vikt på. En deskriptiv presentation går inte lika långt i analysen som en integrativ översikt gör. (Friberg 2012 s. 141-142)

Först kan resultatets artiklar beskrivas rent allmänt, publikation, metod och syfte. Resultatet presenteras under lämpliga rubriker och kan struktureras upp i olika delar. I den andra delen presenteras det som tagits ut från studiernas resultatdelar, exempelvis i form av teman eller dylikt. Läsaren ska kunna förstå ens tankegång, varför det är till fördel att vara kreativ. Slutligen begrundas det som resultatet bidragit med som kan tillämpas inom det praktiska vårdarbetet. Vilken ny kunskap och frågor har uppstått? Vad finns det för brister i kunskapen? Utifrån resultatet kan konkreta förslag ges. (Friberg 2012 s. 141-142)

8 ETISK REFLEKTION

Studien har gjorts enligt riktlinjerna för god vetenskaplig praxis. Till en god vetenskaplig praxis tillhör en allmän noggrannhet och omsorgsfullhet, ärlighet i dokumenteringen och presentationen av resultaten och granskning av andras undersökningar och resultat. Det ingår även dataskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är överensstämmande med regler för utvecklings- och forskningsarbeten som är etiskt hållbara. (Arcada 2014)

Innan undersökningen påbörjades har det definierats och dokumenterats vad var och en deltagarna har skyldigheter till och ansvar över. Planen inför studien har gått igenom av respondenternas handledare och därmed har en etisk förhandsgranskning skett. Även etiken i det egna yrkesområdet har tagits hänsyn till. (Arcada 2014)

Respondenterna har planerat, genomfört och rapporterat studiens undersökning på ett sätt som kraven förutsätter vid vetenskapliga metoder. Öppenhet och ansvarsfull kommunikation som kännetecknar akademisk verksamhet har följts vid publicering av undersök-

ningsresultaten. Respekt och hänsyn till andras arbeten och dess resultat har respondenterna följt på ett korrekt sätt. Det har varken används några finansieringskällor för studien eller examinatore som informanter. (Arcada 2014)

Respondenterna upplevde att valet av metod för arbetet var etiskt passande eftersom psykisk ohälsa är ett känsligt ämne att tala om. Således skulle exempelvis en intervju- eller enkätstudie kanske upplevas jobbigt, kränkande eller dylikt hos populationsgruppen. Valet av ämnet äldre baserade sig på att respondenterna tyckte att det är etiskt rätt och lika viktigt att lyfta upp dem i vårt samhälle som de unga med psykisk ohälsa.

9 RESULTAT

Här presenteras innehållsanalysen som innehåller de meningsbärande enheterna, kondenserade meningsenheterna, kod, underkategori och huvudkategorierna som skapat resultatets rubriker. De valda artiklarna finns i bilaga 3.

Tabell 4. Kategorisering

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det finns missförstånd gällande etiologin bakom depression i det senare livet, flera trodde att det är en naturlig del i åldrandet	Missförstånd gällande depression i senare livet, en tro i att det hör till åldrandet	Missförstånd och tro i att depression hör till åldrandet	Okunskap	Kunskap
Depressiva- och fysiska symtom överlappar ofta varandra, vilket kan vara en orsak till att depression är svårt att identifiera	Depressiva-och fysiska symtom överlappar varandra och försvårar identifieringen	Depressiva-och fysiska symtom samtidigt försvårar		
Beträffande att reagera på depression, fick de äldre vårdarna som hade genomgått träning gällande depression högre poäng i sin kunskap	Vårdare som genomgått träning gällande depression har bättre kunskap i att reagera på depression	Träning ger bättre kunskap i att reagera på depression	Grundläggande kunskap	
Samverkan mellan patienter och sjukskötare är en viktig del i omvårdnaden. Samverkan kan vara en utmaning och kräver utbildning	Interaktion kräver kunskap och behövs i omvårdnaden	Kunskap kring interaktion behövs		
Kunskap kring personligheter och personlighetsfaktorer är viktigt att ha vid identifiering av depression hos äldre	Kunskap kring personlighetsfaktorer och personligheter behövs	Grundläggande kunskap behövs		

Öppen dialog anses vara viktigt så patienter kan känna sig mer trygga när de beskriver sina känslor	När patienter ska känna sig trygga är det viktigt att ha en öppen dialog	Öppen dialog ger trygghet hos patienten	Öppen dialog	Kommunikation
Via ansiktet sker den viktigaste icke-verbala emotionella kommunikationen	Icke-verbala emotionella kommunikationen sker via ansiktet	Icke-verbala emotionella kommunikationen	Icke-verbal kommunikation	
Det finns svårigheter i kommunikationen och är obekvämt att diskutera emotionella symtom med de äldre.	Svårigheter i kommunikationen och obekvämt att diskutera emotionella symtom	Kommunikations-svårigheter och obekvämt att diskutera	Kommunikations-svårigheter	
På grund av bristande information i patienternas journaler, upplevde vårdarna svårigheter i att upptäcka depression bland patienterna	Bristande information i journalen påverkar upptäckten av depression	Bristande information i journalen		
Genom att sjukskötare använder sig av en mer effektiv kommunikationsförmåga så har de bättre möjlighet till utvärdering av patientens behov	Sjukskötare som använder sig av effektiv kommunikation har bättre möjligheter	Bättre möjligheter för sjukskötare vid användning av effektiv kommunikation	Effektiv kommunikation	
Att kunna urskilja vad som är en äldre persons personlighet och depression är svårt	Svårt att urskilja ens personlighet och depression	Vad är personlighet och vad är depression?	Kontakt med patienten	Relation
En del sjukskötare menar att de frågar patientens anhöriga som känner dem väl om vad som är normalt i deras humör	Sjukskötare tar hjälp av anhöriga som känner patienten, gällande deras humör	Sjukskötare tar hjälp av anhöriga som känner patienten		
Genom att vårdare har intresse och är kunnig angående depression gör skillnad på hur engagerade det är med patienten	Kunskap och intresse hos vårdare är viktigt när det gäller depression	Kunskap och intresse hos vårdare	Personliga faktorer	
Sjukskötares rädsla att säga något fel till deprimerade patienter gjorde att de medvetet undvek att arbeta med dem. Sjukskötare som kände sig obekväma att prata om depression försökte leda patienterna i andra banor	Sjukskötare som kände rädsla eller obekväma kring depression försökte undvika att arbeta med det	Rädslor och obekväma kring arbetet med deprimerade		
Förändringar i beteendet kan lättare fastställas om man lärt känna personen över en längre tid, vilket anses som en avgörande del i identifiering	Känna personen över en längre tid är avgörande för identifiering	Känna personen en längre tid	Interaktion	
Vid beslutsfattande är intuitiv medvetenhet en viktig del hos sjukskötare. Det kan exempel användas då de anar förändringar hos patienten	Intuition är en viktig aspekt då sjukskötare ska se förändringar hos patienten	Se förändringar hos patienten kan göras med hjälp av intuition	Intuition	
Svårigheter i upptäckten av mental ohälsa ansågs av vårdare att de var beroende av andra viktiga personer för att kunna fullgöra dessa skyldigheter. Här önskade dom att det skulle vara mer samarbete	Vårdare ansåg att de var beroende av andra viktiga personer för att kunna fullgöra sina skyldigheter kring upptäckten av mental ohälsa	För att kunna fullgöra sina skyldigheter vid upptäckt av mental ohälsa behövs samarbete	Samarbete	Organisation

Det har blivit en tyngre belastning på arbeten inom våren som relaterat till en ökad tidspress och medför därför mera stress hos personalen	Tidspress och stress hos personalen då det blivit tyngre belastning	Tyngre belastning hos vårdare	Belastning på vårdare	
Problem i organisationen såsom tidsbrist och fokus på den fysiska hälsan istället för den psykiska hälsan	Problem på arbetsplatsen, som tidsbrist och fokus på det fysiska istället för psykiska	Tidsbrist och fokus på det fysiska istället för psykiska	Prioriteringar	
Vårdare känner ett större ansvar kring de praktiska uppgifterna hos de patienter som har någon medicinsk kronisk sjukdom	Större ansvar kring praktiska uppgifter gällande medicinsk kronisk sjukdom	Fokuserar mer på medicinska kroniska sjukdomar		
Det verkar finnas stigma kring depression och dagens äldre, de är inte lika öppna att prata om depression som yngre personer	Stigmatisering verkar finnas hos äldre personer, de är inte lika öppna	Stigmatisering hos äldre personer	Stigma hos äldre	Stigma
Stigmatisering är ett hinder för de äldre att kunna berätta om sina problem och erkänna att de har psykiska problem	Stigmatisering hindrar de äldre att erkänna att de har psykiska problem	Stigmatisering hindrar erkännandet av psykiska problem		

Figur 2. Resultatets kategorier



9.1 Kunskap

Kapitlet beskriver hur kunskap kan användas som verktyg hos vårdaren och de utmaningar som kan uppstå vid identifiering av depression.

9.1.1 Okunskap

Identifieringen av depression misslyckas ofta därför att sjukskötare inte känner sig tillräckligt förberedda trots att de ska kunna ge en kvalificerad vård och har som uppgift att genomföra regelbundna bedömningar av patienten, inklusive bedömning för depressionssymtom (Brown et al. 2010 s.123). Det krävs kunskap hos vårdare i igenkännandet av tecken och symtom på depression för att kunna identifiera depression hos äldre (Davison et al. 2009 s. 578). Det har framkommit flera faktorer som påverkar sjukskötarens bekvämlighet i att arbeta med deprimerade patienter. Bland annat har de begränsad kunskap i vad som är depressiva symtom. En studie rapporterade att gällande att identifiera depressionssymtom var det ungefär hälften av deltagarna som höll med om dem, vilket antydde att de har okunskap i vilka symtom som hör till depression (Davison et al. 2009 s. 583).

Det finns också missförstånd gällande etiologin bakom depression i det senare livet, flera trodde att det är en naturlig del i åldrandet (Davison et al. 2009 s. 583) och depressionssymtom kanske många gånger associeras med tecknen för åldrandet och nedsatt kognitiv förmåga (Mellor et al. 2008 s. 389). Depressiva- och fysiska symtom överlappar också ofta varandra, vilket kan vara en orsak till att depression är svårt att identifiera (McCabe et al. 2012 s.466).

I en studie framkom det att när det gällde screeningen för depression symtom kände sjukskötarna nog sig säkra på men var däremot osäkra på sin roll i vården av deprimerade. De undvek avsiktligt att arbeta med deprimerade patienter på grund av deras rädsla för att säga något fel. En sjukskötare sa att hantera depression är hans svaghet medan andra trodde att det inte hörde till deras område att hantera depression. Sjukskötare som hade erfarenhet från förut att vårda deprimerade patienter kände ett ansvar att förmedla en positiv bild av vården av deprimerade till sina kollegor. För att avleda patienternas kommentarer eller frågor berörande depression använde de som kände sig obekväma i vården av deprimerade av olika strategier såsom humor och trygghet. (Liebel & Powers 2013)

Dock fanns det vissa sjukskötare som ifrågasatte sin roll på grund av bristen på träning och avrådde därför användandet av humor eller undvikande strategier i kommunikationen med patienter som hade depressiva symtom (Liebel et al. 2015 s. 136).

De främsta orsakerna till att inte ta itu med patienternas emotionella behov var brist på specialkunskaper och kommunikationsförmåga. En sjukskötare sa att depression blir åsidosatt och hen inte kom på något tillfälle i utbildningen som det talats om att upptäcka tecken eller symtom på depression, utan att det istället talas mycket om smärta (Liebel & Powers 2013).

9.1.2 Grundläggande kunskap

Sjukskötarna betonade vikten av att i en tidig konsultation vara alert för att äldre som är multisjuka en längre tid har en risk att insjukna depression (Waterworth et al. 2015 s. 2564). Gällande att kunna upptäcka psykiska problem och att erbjuda befrämjande aktiviteter för äldre personer med psykiska besvär som bor hemma, lyfte sjukskötarna upp att deras egna professionella kompetens är en viktig faktor. De önskade att de skulle bli mer kunniga och få en ökad medvetenhet inom det (Grundberg et al. 2016 s. 2597).

För att kunna upptäcka depression hos äldre personer har det rekommenderats specifik träning för vårdare, vilket har det framkommit i flera studier (McCabe et al. 2012 s. 229). De behöver också träning inom depression eftersom att vården som de erbjuder inte möter den äldre deprimerade människans behov (Mellor et al. 2008 s. 397). Angående de professionella vårdarnas nivå på förståelsen gällande depression blev även de äldre patienterna tillfrågade i att kommentera och många reflekterade över att de professionella vårdarna har dålig kunskap (Mellor et al. 2008 s. 392). De äldre vårdtagarna föreslog också att professionella vårdare borde få träning i att förstå depression med fokus på att lära sig i hur de observerar och upptäcker det (Mellor et al. 2008 s. 396).

Beträffande att reagera på depression, fick vårdarna som hade genomgått träning i det högre poäng i sin kunskap (Davison et al. 2009 s. 584). Enligt patienterna hade vårdarna som fått träning på en hög nivå en större kunskap gällande depression. De var mer benägna att tala om patienternas oro och mående genom att de blev mer kunniga men verkade också ha mer tid för dessa konversationer (Mellor et al. 2008 s. 397).

I en studie fordrade sjukskötarna att få en bättre förståelse för psykisk ohälsa och i screeningen av det eftersom de inte tidigare hade prioriterat psykisk ohälsa i sin yrkesroll. Att medvetet anta psykisk hälsa och främjandet av det i sin roll och utveckla färdigheter för att effektivt kunna engagera sig i patienterna kanske har misslyckats på grund av bristen av träning i att screena för psykisk ohälsa. (Maxwell et al. 2013 s. 5)

Patienterna kände sig inte nöjda efter att ha gjort sina avslöjandet eftersom sjukskötarna kände sig obekväma i att hantera konsekvenserna av utelämnandet av psykisk ohälsa, detta betonar sjukskötarnas bristande kompetens. Sjukskötarnas visade sig vara mer kapabla till att se allt ur ett helhetsperspektiv och mer öppet kunna diskutera mående när de kände sig bekväma i att handskas med mental ohälsa, med hjälp av tidigare erfarenhet eller träning. (Maxwell et al. 2013 s. 5)

I en annan studie som handlar om vården av hjärtsjuka kommer det fram att somatiska symtom som sömnsvårigheter, minskad aptit eller koncentrationssvårigheter kan vara tecken på depression men också på grund av hospitalisering eller effekt av medicinering för hjärtproblem vilket påverkar diagnostiseringen av hjärtsjuka patienter (Ski et al. 2014 s. 236). En sjukskötare lyfter upp att det är problematiskt att avgöra vad som är symtom på depression och vad som är symtom efter en hjärtoperation när patienten känner sig låg, frustrerad och har dålig aptit (Ski et al. 2014 s. 240).

För att som en professionell vårdare kunna upptäcka psykiska besvär kan patientens emotionella förändringar eller miljön iakttas. Eftersom att patienterna sällan förklarade sina känslor som berörde den psykiska hälsan behövde sjukskötarna starta upp dialoger gällande dessa punkter med patienterna och erbjuda en kontinuitet. (Grundberg et al. 2016 s. 2594)

Grundläggande kunskap kring personligheter och personlighetsfaktorer är viktigt att ha vid identifiering av depression hos äldre (McCray et al. 2007 s. 1099). Inom omvårdnaden är interaktion en viktig del mellan patienter och sjukskötare. För att möta patienternas vårdbehov och att effektivt interagera med dem krävs det utbildning (Sarabia-Cobo et al. 2015 s. 105).

Färdigheter i att lyssna och tala med patienterna skulle verkligen vara till hjälp. Flera äldre lyfte nämligen upp att vårdarna säkerligen skulle kunna se förändringar i måendet hos dem om de ställde direkta frågor istället för att dra slutsatser av sina egna observationer. Tecken på nedsatt humör, känslor av värdelöshet, hopplöshet och skuld men även självmordstankar är ofta svårt att fastställa bland äldre utan att ställa direkta frågor kring det. Genom kommunikation kanske de karakteristiska dragen skulle synas till en viss del hos dem som låtsas vara gladlynta och aktiva för att dölja sitt mående. Fast för att inte vara till besvär för vårdarna försökte patienterna dölja tecken på depression trots att de blev tillfrågade om sitt mående. Stigmatiseringen av psykisk ohälsa kan ligga till grund för att patienterna försökte minimera sina symtom på depression. (Mellor et al. 2008 s. 396-397)

9.2 Kommunikation

Kapitlet beskriver kommunikationen där olika teman som öppen dialog, effektiv kommunikation, icke-verbal kommunikation, kommunikationssvårigheter och bristande information tas upp. Kapitlet beskriver vårdaren som redskap och vilka utmaningar som kan tillkomma.

9.2.1 Öppen dialog

Kommunikation är en dynamisk flerdimensionell och komplicerad process och betraktas som den mest angelägna aspekten vid sjukskötarens arbete (Sarabia-Cobo et al. 2016 s.105). Det är en grundläggande aspekt vid individuell vård och är därmed viktigt med en god kommunikationsförmåga för att bilda en bättre personlig relation. Detta ger en möjlighet för vårdare att utveckla livskvaliteten och vårdkvaliteten hos de äldre (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 110). Forskning från tidigare har påvisat dålig kommunikation kan bidra till en lägre upptäck av depression hos äldre personer (McCabe et al. 2008b s. 1291).

En studie påvisade att patienterna sällan förklarade sina känslor som berörde den psykiska hälsan behövde sjukskötare starta upp dialoger gällande dessa punkter med patienterna och erbjuda en kontinuitet (Grundberg et al. 2016 s. 2594). Enligt en del distrikt sjukskötare är deras regelbundna stödjande samtal en viktig del då de ska ha en öppen dialog med sina patienter. Om det finns en öppen dialog mellan sjukskötare och patienter kan det hjälpa patienterna att känna sig mer självsäkra när det gäller beskrivande av egna känslor

kring sin mentala ohälsa. Genom att ha en öppen dialog kan patienten få stöd i sitt uttryck kring hens tankar och känslor som kan hjälpa dem att känna igen mental ohälsa. (Grundberg et al. 2016 s. 2596-2597)

I en annan studie använde de sig av olika metoder för att få kontakt med patienten, där de bland annat använde sig av att fråga frågor, lyssna, tystnad och gjorde observationer. Vad sjukskötare ville uppnå med hjälp av dessa kommunikationsstrategier var att åstadkomma värme, acceptans, intimitet, empati och tillgivenhet med patienterna. Det mest betydelsefulla målet var att framkalla en miljö där patienterna skulle känna att de skulle få ett känslomässigt stöd och trygghet kring sitt eget uttryckande. För att kunna skapa denna miljö, hade sjukskötare uttryck omsorg och tillgivenhet, kunskap om patientens liv för att stödja och skapa en familjär känsla. De uppmuntrade patienter att kommunicera och hade ett observant lyssnade på deras svar. (Liebel et al. 2015 s. 133)

Det finns olika verktyg som sjukskötare kan använda sig av för att ställa frågor angående depression. De flesta sjukskötare använde sig av ett personligt verktyg istället för ett formellt och det innebar att de frågade patienten frågor som eventuellt kunde vara övergripande. Exempel om det märks ett tecken på depression så tar sjukskötare upp detta genom att ställa frågor kring patienternas motivation att göra saker, sömnmönster med mera. Det fanns skillnader i hur det gick för sjukskötarna och hur bekväma det var att ställa specifika frågor. Det påvisades att utvecklande av förtroende och erfarenhet var viktigt då det gällde att våga fråga. För en del sjukskötare hade det tagit tid för att utveckla detta eftersom de upplevde det som svårt och känsligt ämne. Att kunna ställa dessa frågor till patienten påverkades av flera faktorer, exempel kunna konsultera med andra vårdare, tid, stöd från kollegor med mera. (Waterworth et al. 2015 s. 2565)

9.2.2 Icke-verbal kommunikation

Den icke-verbala känslomässiga kommunikationen sker via ansiktet. I kommunikationen är det en viktig del trots att det finns en oklarhet i att uttrycka sig på detta sätt. Ändå är ansiktsuttrycket den mest allmänna och grundläggande form när det gäller känslomässig kommunikation. Det har dock visat sig i ett antal studier att äldres personers egenskaper kring att kunna förstå och uttrycka sina känslouttryck blivit förlorad (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 105). Icke-verbal kommunikation är väldigt viktigt och har ett starkt

budskap. Som vårdare är det viktigt att ha ögonkontakt vid en dialog, eftersom många äldre läser av ansiktsuttryck och läppanvisningar kan detta hjälpa dem att förstå det som blivit sagt (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 110).

Det fanns förväntningar på professionella vårdarna när de hade samtal med de äldre, bland annat förväntades det att dom skulle prata om problem de möjligen upplevde och observation på icke-verbala tecken (McCabe et al. 2008a s. 232). Flera vårdare rapporterade att de letade efter icke-verbala tecken exempel förändringar i hygien (McCabe et al. 2008a s. 230). För att som en professionell vårdare kunna upptäcka psykiska besvär kan patientens emotionella förändringar iaktas, om de till exempel har väldigt nära till att börja gråta. Andra iakttagelser är deras behov som dålig aptit eller deras hemmiljö, om det är väldigt stökigt (Grundberg et al. 2016 s. 2594).

9.2.3 Effektiv kommunikation

För att definiera kvaliteten på omvårdnaden är effektiv kommunikation en avgörande faktor. Genom att sjukskötare använder sig av en effektiv kommunikation medför det större möjligheter i utvärdering kring patientens behov och tillräcklig uppmärksamhet kan ges (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 105). I en effektiv kommunikation ingår sjukskötares erfarenhet, medvetenhet och den icke-verbala observationen hos patienten (Chan et al. 2011 s. 1172).

Det finns flera hinder vid verkställande av effektiv kommunikation för sjukskötare. Det som dokumenterats är bland annat; bristande erfarenhet och kunskap hos sjukskötare, brist på personal resurser och tid. Det framkommer i ett antal olika forskningar om andra faktorer som påverkar den dåliga kommunikationen. Bland annat att sjukskötare är upptagna med andra uppgifter och har därför inte tid att kommunicera, tidsbrist och att de är mer upptagna med att fokusera på den fysiska vården istället för den emotionella vården. (Chan et al. 2011 s. 1169)

En icke effektiv kommunikation mellan patient och sjukskötare har en direkt påverkan på patienten såsom längden på sjukhusvistelse, patientens tillstånd och bristande behandling (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 105). I en studie påvisades att de flesta klagomål som fram-

kommit från patienterna var att kommunikationen var bristfällig eller bristande instruktioner fanns hos sjuksköterna. Genom att ha en effektiv kommunikation med patienterna kan klagomål och missförstånd minskas (Chan et al. 2011 s. 1174).

9.2.4 Kommunikationssvårigheter

Det finns svårigheter i kommunikationen och är obekvämt att diskutera emotionella symptom med de äldre (Davison et al. 2009 s. 577). Det har lyfts fram att patienterna kände att de inte hade möjlighet att tala om sina känslor, vilket de krävde att få göra. En del äldre kände att de inte kunde prata med sina läkare om sin nedstämdhet men framkom också att patienten inte ville vara till besvär. Genom att ha kontinuerlig kontakt antingen med ett besök eller per telefon ansågs som en viktig del då en patient hade depression eller visade sig vara i riskzonen. (Waterworth et al. 2015 s.2566)

Kommunikationen mellan allmän läkare och vårdpersonal påvisades vara bristfällig och detta berodde på att vårdare kände att läkarna inte lyssnade på deras oro gällande de äldre. Vårdarna upplevde att deras oro ogillades av läkarna och de tyckte de skulle göra egna bedömningar eller framföra sin oro till någon högre tjänsteman (McCabe et al. 2009 s. 57). Kommunikationen ansågs vara dålig mellan medicinska utövare och professionella vårdarna (Mellor et al. 2008 s. 394). Det har även visat sig att det finns problem i kommunikationen mellan administrationen och sjukskötare och att detta upplevt som utmanande i patientvården. Inom detta har det även kommit fram att sjukskötare upplevde svårigheter i kommunikationen mellan närståendevårdare och anhöriga som påvisade en motvilja för vården av den äldre (Adibelli & Kilic 2013 s. 1077).

Bristande information ansågs som en svårighet i igenkännande av depression hos äldre eftersom de inte känner till hur deras normala funktion är. Det framkom att vårdare diskuterade mera sinsemellan än dokumenterade det, då de hade sett förändringar i mentala måendet hos de äldre. Vid diskussioner med professionella vårdare framkom det att när de ser en avsevärd skillnad i de äldres mentala tillstånd eller förändring i funktionen så uppmärksammar dom det. (McCabe et al. 2008a s. 230-232)

9.3 Relation

Kapitlet beskriver hur viktig relationen är och hur utmanande den kan vara i identifieringen. Kontakt med patienten, personliga faktorer, interaktion och intuitionens betydelse är olika delar som tas upp.

9.3.1 Kontakt med patienten

Eftersom vårdarna har en god daglig kontakt med de äldre har de en viktig roll i identifieringen (McCabe et al. 2008a s. 232). Förändringar i beteendet kan lättare fastställas om vårdaren lärt känna personen över en längre tid, vilket anses som en avgörande del i identifieringen (Waterworth et al. 2015 s. 2565). Eftersom vårdpersonalen spenderar mest tid och har en nära relation med patienten är de mest kapabla till att observera humöret och behoven (McCabe et al. 2008a s. 231).

Att kunna urskilja vad som är en äldre persons personlighet och depression är svårt. Svårigheterna i att skilja på vad som är en patients personlighet, sinnesstämning eller depression diskuterades mellan vårdarna och en del sjukskötare menar att de frågar patientens anhöriga som känner dem väl om vad som är normalt i deras humör (Ski et al 2014 s. 239 & McCabe et al. 2008a s. 230).

Sjukskötarna värderar verkligen en kontinuitet i relationen för att kunna bygga en terapeutisk relation, vilket ökar chansen för att depression ska bli upptäckt (Waterworth et al. 2015 s. 2567). En känsla av bekvämlighet och välbefinnande skapas mellan sjukskötare och patienter vid kontakt med samma vårdare (Liebel et al. 2015 s. 133). Kontinuiteten i vården på vårdhem var något som läkarna upp sin oro över. Varje gång de besökte institutionerna talade de ofta med olika vårdare, vilket försvårade övervakningen av det psykiska tillståndet hos patienten (McCabe et al. 2009 s. 58).

I en studie var sjukskötarnas mål med hembesök att skapa en kontakt med patienterna och förbättra kommunikationen genom att använda olika metoder (Liebel et al. 2015 s. 133). De använde sig av kunskap om en patients liv och lyssnade försiktigt till patientens respons för skapa en familjär känsla och uppmuntra hen till att tala, vilket skapade en trygg miljö. För att lugna och få patienten att känna sig bekväm användes beröring. Sjukskötarna gav också av sig själva för att skapa kontakt enligt patienterna egna önskan om att lära känna dem som individer (Liebel et al. 2015 s. 133). Fast att hitta en realistisk balans

mellan att spendera tid på att bygga en relation och att samtidigt garantera att hembesöket var så effektivt som möjligt var utmanande för sjuksköterna inom hemvården (Liebel et al. 2015 s. 135).

9.3.2 Personliga faktorer

Genom att vårdare har intresse och är kunniga angående depression gör skillnad på hur engagerade de är med patienten (Waterworth et al. 2015 s. 2565). Sjukskötare som kände sig obekväma att prata om depression försökte leda patienterna i andra banor (Liebel & Powers 2013). När patienten verkade vara nedstämd noterades det att sjukskötare försökte lyfta upp patienten med positiva saker, vilket de trodde att kunna stödja patienten och få hen att må bättre. Detta sätt att kommunicera uppstod då sjukskötare kände sig obekväma med att hantera känslorna som patienten hade (Liebel et al. 2015 s. 134).

Deras egna rädslor för att tala om depression/självmod och ambivalensen gentemot patientens personlighet, psykiska-och fysiska hälsa och miljö störde också relationen mellan sjukskötare och patient (Liebel et al. 2015 s. 137). Det kunde resultera i att sjukskötarens rädslor att säga något fel till deprimerade patienter gjorde att de medvetet undvek att arbeta med dem (Liebel & Powers 2013).

Att det fanns negativa attityder gentemot de äldre personerna är något som flera professionella vårdare kände att deras kollegor hade. Möjligtvis kunde det bero på att patienterna sökte efter deras uppmärksamhet eller klagade och för att hinna göra de andra dagliga uppgifterna i tid hade de således stängt av när det gällde att möta de känslomässiga behoven hos patienterna. En vårdare ifrågasatte sig själv hur hen kunde avfärda personer som bara klagar hela tiden men kanske kan vara deprimerade och skulle vara mer förstående för de personer som verkligen är deprimerade än de som bara klagar. (McCabe et al. 2009 s. 60-61)

Att personalens attityd till sin roll som professionell vårdare är ett hinder för effektiv vård av äldre personer med depression var något som flera läkare var övertygade om. Vissa är inte engagerade i sitt arbete, spenderar inte mycket tid med patienterna och arbetet går bara på rutin för dem. De som hade en positiv relation med de äldre och ett verkligt, genuint intresse frågade hur patienterna mår jämfört med andra som inte gjorde det.

De som hade en god relation med patienterna tog också fasta på deras humör. Att diskutera emotionella problem var något som många vårdare kan vara tveksamma till. En vårdare sade att hen inte vill riskera att öppna upp en hel ask full av lidanden som kan medföra negativa följder och sen inte veta vad hen ska göra av den. (McCabe et al. 2009 s. 60-61)

9.3.3 Interaktion

Patienternas förmåga att uttrycka känslor kring sina depressiva symtom eller funktionshinder förbättrades genom empatisk kommunikation (Liebel & Powers 2013). En studie lyfter upp att sjukskötare bör förstå hur de kan interagera effektivt med äldre personer och möta deras vårdbehov. Självkännedom och färdigheter i att observera är grunden för kommunikation, vilket kan övervinna svårigheterna med interaktion i långtidsvården av äldre vuxna. För att etablera personliga förbindelser och utveckla en mer personlig kommunikation med dessa patienter måste vårdare överväga behoven hos de äldre (Sarabia-Cobo et al. 2016 s.110).

För att patienterna skulle känna att de var omhändertagna använde sig sjukskötarna av strategin att medvetet ge av sig själva för att lättare skapa ett ömsesidigt utbyte av information. Utbytena kunde inkludera mänskliga upplevelser såsom hantering av svåra känslor, förändringar, sjukdom eller att leva med en stegrande känsla av hotande död. De lyfte också upp att det ändå var viktigt att inte gå över den professionella gränsen mellan sjukskötare och patient. Att alla patienter inte vill ha en nära terapeutisk relation och att det inte finns en möjlighet till att hjälpa alla framkom också. (Liebel & Powers 2013)

En studie som handlar om hemvård lyfte upp att fokusera på patienten genom att öva aktivt på att lyssna och ge feedback, att ställa frågor på djupet för att erhålla en större förståelse för patienterna och att i beslutsfattandet samarbeta med dem ingår i en effektiv interaktion. Genom hela hembesöket ingick det också att upprätthålla sitt engagemang för att få patientens uppmärksamhet. Inför besöket bör det också finnas realistiska förväntningar och att försöka se ett samband med tidigare gånger. För att kunna observera vad patienten säger är aktivt lyssnande viktigt och att fortsätta ställa frågor, ge respons och att fortsättningsvis lyssna. Sjukskötaren ställde undersökande frågor för att utreda problem

hos patienten och för att framkalla självreflektion hos individen. Patientens känslomässiga reaktioner kring samtalet eller hens hälsotillstånd diskuterades också. Genom att bekräfta patientens sorg och depression underlättas även interaktionen. (Liebel et al. 2015 s. 134)

I en studie framkom det att det nödvändigtvis inte behöver finnas mycket tid till grund för en terapeutisk kommunikation i en sjuksköterska-patient relation. Korta men upprepanande interaktioner kan istället bygga upp relationen (Chan et al 2011 s. 1175). I en studie i Turkiet betonades det att etablera en terapeutisk relation med de äldre och deras anhöriga är också viktigt (Adbelli & Kilic 2013 s. 1077). Den terapeutiska interaktionen mellan sjukskötare och deras patienter kan antingen bli störd eller underlättas av hur de uppfattar sig själva eller varandra. De egenskaper som finns hos sjukskötaren, patienten eller i miljön kan vara faktorer påverkar en effektiv sjukskötar-patient kommunikation (Sarabia-Cobo et al. 2016 s. 109).

Det existerade chanser för främja interaktionen genom öppna erbjudanden som patienterna erbjöd. Dock missade sjukskötarna medvetet dessa chanser genom att ignorera deras påståenden, selektivt svara patienterna, eller byta ämne för att undvika svåra diskussioner. Att inte fråga hur patienten känner kring sitt hälsotillstånd eller inte uppmuntra de att göra mer för sig själva kunde vara tillfällen som medvetet undveks. Sjukskötarna kunde tappa sitt fokus i frågandet kring patientens hälsotillstånd på grund av störande moment som till exempel ringande klockor, telefoner, andra individer eller djur. (Liebel et al. 2015 s. 135)

9.3.4 Intuition

Intuition är en betydelsefull forskning inom psykologin med en växande mängd bevis som grundar sig i praktiken. Intuition definieras som "innebär liten eller ingen medveten överläggning" (Pretz & Folse 2011 s. 2878) och omvårdnadsforskare definierar intuition som "förståelse utan motivering" men de flesta beskrivningar inkluderar "snabb uppfattning, minskad medvetenhet om de processer som pågår, samtidig närvaro av känslor och holistisk förståelse av en problemsituation". (Pretz & Folse 2011 s. 2879)

Det finns tre typer av intuition, affektiv som baserar sig på känslor beskrivs bra med meningen; att använda sitt hjärta som en guide i bedömningen. De två andra är holistisk; vilken innebär att olika informationskällor integreras i bedömningen och inferential som

bygger på något som varit analytiskt men genom övning blivit automatiskt. (Pretz & Folse 2011 s. 2880)

I beslutsfattandet är en intuitiv medvetenhet en viktig del hos sjukskötare. Det kan exempel användas då de anar förändringar hos patienten. Intuitivt beslutsfattande börjar tidigt i sin roll som sjukskötare och utvecklas med tiden ju mer erfarenhet som fås. Lärare inom omvårdnad har betonat hur viktigt kritiskt tänkande i en klinisk bedömning är men ett verktyg som också kan vara värdefullt i kliniska situationer är intuition. (Pretz & Folse 2011 s. 2879)

Två värdefulla kognitiva strategier är intuition och analys, vilka bygger på ens erfarenhet och hur komplex en uppgift är. Inom sjukvården finns det många beslut som är komplexa, kunskap på expertnivå, såsom etiska dilemman eller prognoser som bygger på oklara eller bristfällig information och således kräver intuitiva processer. Intuition är en anhopning av data som leder till förmågan att känna igen ett mönster mellan olika fall, vilket är betydande för ens omvårdnadskompetens. Att snabbt upptäcka små förändringar eller förutse hur en behandling påverkar patienten är något som erfarna kliniker behärskar. (Pretz & Folse 2011 s. 2879)

För sjukskötare är således intuition en viktig aspekt i beslutsfattanden. Intuitionen kan starta en analytisk process men hjälp av en avsiktlig sökning som är till för att få fram data för att bekräfta en ändring i en patients status. För att förbättra kvaliteten på vården och resultatet kan sjukskötaren använda sig av intuition, innan direkta bevis finns, för att förutse förändringar när det gäller patienten behov. Sjukskötare föredrar att inte lita på sin intuition på grund av bristande erfarenhet (Pretz & Folse 2011 s. 2879-2880) och en undersökning som gjordes visade att de med mer klinisk erfarenhet använde sig av sin intuition. Dock är det viktigt att komma ihåg att erfarenhet inte är lika med skicklighet (Pretz & Folse 2011 s. 2887).

9.4 Organisation

Kapitlet beskriver det som kan vara till fördel men även de utmaningar som kan uppstå inom organisationen.

9.4.1 Samarbete

Samarbetet med andra professionella vårdare ansågs som en viktig del när vårdarna ska bedöma patienternas känslomässiga tillstånd. Distrikt sjukskötare diskuterade med andra vårdare som psykologer, kuratorer eller läkare angående om sina patienter om denna möjlighet fanns i organisationen. De ville också rådfråga specialiserade läkare som hade inriktning på psykiatri eller geriatrik så de kunde få med hjälp av dem kunskap angående psykiska hälsoproblem bland äldre patienter. (Grundberg et al. 2016 s. 2594)

I en studie framkom det att kunskap kring att identifiera depression fanns hos en del sjukskötare medan en del kände sig beroende av andra specialister för att få bättre kunskap angående patienternas psykiska hälsa. Vissa sjukskötare tog hjälp av egenvårdare, släktingar eller andra viktiga personer som hade nära kontakt med patienten och frågade dem hur de upplevde patienternas sinnestillstånd. Många sjukskötare rekommenderade samarbete så andras och deras egen kunskap kunde bli bättre kring mentala problem. (Grundberg et al. 2016 s. 2594)

Det rapporterades att relationer och samarbete mellan andra instanser så som hemtjänstens personal var viktigt. Hemtjänstens personal behövde också mer kunskap kring mentala problem speciellt depression. Sjukskötare tyckte det var av stor vikt att ha ett samarbete med hemtjänstens personal eftersom de träffar patienterna mer regelbundet och har viktigt information om patienterna. Sådan information de kunde se som viktigt var bland annat beteendeförändringar, känslomässiga förändringar och viktnedgång. (Grundberg et al. 2016 s. 2595)

9.4.2 Belastning på vårdare

Vården av de äldre idag är mer krävande än tidigare och förutsätter krav på vårdare att de har färdigheter och kompetens. Ökningen av patienter och deras större vårdbehov har ökat den känslomässiga och fysiska belastningen hos vårdarna. Det har blivit mer medicinsk vård och fler komplicerade uppgifter som kräver färdigheter och kunskap, det här har

väckt känslor av osäkerhet hos vårdare. Det har visat sig om de inte har tillräcklig kompetens så har det gett känslor av stress (Hansson & Arnetz 2007 s. 469). I en studie framkom det att hög arbetsbelastning på vårdarna gör att de inte har samma möjlighet att fokusera på de emotionella hos patienterna. Tidsbristen ansågs som en avgörande faktor då det gäller att få kontakt med patienten (Mellor et al. 2008 s. 394).

Stress som är associerat med samvete finns hos vårdare inom äldre vården, de upplever samvetsstress av att inte kunna ge den vård som krävs eftersom det är tidsbrist. Vårdare upplever också känslor av bland annat otillräcklighet, okunskap och att inte kunna leva upp till de förväntningar alla har (Ericson-Lidman et al. 2013 s. 216). Vid en studie påvisades det stor stress hos vårdare som jobba med äldre personer och att detta tydde på okunskap och för lite tid för att prioritera det emotionella (McCabe et al. 2009 s. 54). Oro för vårdpersonal och deras belastning gällande så många arbetsuppgifter har uttrycks hos vårdchefer. De påpekade tidsbristen, och att detta resulterade i en försämrad prestation i kontakten och kommunikationen med de äldre (McCabe et al. 2009 s. 58).

I vården är många av personalen tvungna till och kommer i kontakt med olika beslut som de kände sig ensamma om vilket ledde till att de kände en stor tyngd. Om de måste göra självständiga beslut och prioriteringar kan känslor som otillräcklighet och maktlöshet uppstå vilket påvisat dåligt samvete hos vårdpersonal. Många vårdare upplevde att de inte kan erbjuda eller lindra lidande hos patienterna vilket ledde till dåligt samvete. De relaterade bristen av att kunna lindra lidande till otillräckligt med råd, vård, tid, stöd och kunskap. Denna upptäckt påvisar komplicerade situationer i det dagliga arbetet, där vårdare emellanåt inte vet vad som är det lämpliga att göra och har ingen att konsultera till gällande rådfrågor. Teamarbete anses som en viktig del att införa för att underlätta svåra situationer. (Ericson-Lidman et al. 2013 s. 220-221)

9.4.3 Prioriteringar

Distrikt sjukskötare ansåg att upptäcka mentala hälsoproblem var viktigt men flera sade att de inte finns tillräckligt med tid för detta eftersom de hade andra uppgifter som måste prioriteras (Grundberg et al. 2016 s. 2595). När de tillfrågades gällande tid och resurser framkom det att dom inte har tid för identifiering av depression trots att de uttryckte att

det var en viktig uppgift. Sjukskötare kände att de hade stort ansvar kring det medicinska uppgifterna och detta var något de kände sig tvungna till att prioritera mellan sjukdom relaterade eller hälsofrämjande arbeten (Grundberg et al. 2016 s. 2597).

Upptäckt depression ansågs av många vårdare att berodde på tidsbrist som resulterade i en mindre effektiv vård av de äldre. I detta sammanhang rapporterades det också att tidsbegränsningen avgjorde deras prioritering av de fysiska istället för äldres emotionella status (McCabe et al. 2009 s. 57). Även personal resurser framkom som en utmaning när det gäller att upptäcka depression hos äldre (McCabe et al. 2009 s. 61).

Vårdare rapporterade att de var medvetna om den begränsade tiden och detta resulterade i prioriteringar av de praktiska uppgifterna. En del vårdare tyckte det inte tillhörde deras uppgift att sköta de emotionella behoven hos de äldre. Andra vårdarna tyckte att de kunde utföra denna uppgift om det fanns den tiden för det men de tycktes inte finnas någon möjlighet med den arbetsstruktur de hade. (McCabe et al. 2009 s. 58)

Det genomfördes en studie i äldreomsorgen där det noterades att sjukskötare kände sig pressade till att prioritera de fysiska före de psykosociala behoven. I denna studie konstaterades det att läkare och sjukskötare nästan aldrig pratade med varandra om hur de skulle kunna sköta dilemman gällande faktorer och prioriteringar i beslutsfattandet. Kring detta tycktes det se ut att vara på de vårdarnas eget ansvar. (Ericson-Lidman et al. 2013 s. 220)

9.5 Stigma

Detta kapitel beskriver stigma som finns hos de äldre. Stigma kan försvåra identifieringen av depression och är således en utmaning inom vården.

9.5.1 Stigma hos äldre

I en studie rapporterades bristen på tid och förtroende att diskutera emotionella problem med patienterna som en upplevelse av sjukskötare. Det rapporterades också stigma kring depression och detta kunde vara ett rimligt skäl för en mindre effektiv upptäckt av depression (McCabe et al. 2012 s. 463). Det framkom hos ungefär hälften av sjuksköterna att stigma är anknutet till depression och resulterar i svårigheter i upptäckten av depression. De upplevde också att de kände sig otrygga i att utbilda och informera patienternas

familjer och patienten angående depression. Sjukskötare upplevde också besvärlighet i förhållande till att diskutera negativa känslomässiga problem och diskutera om depression direkt trodde de att skulle göra det värre (McCabe et al. 2012 s. 466). En annan studie påvisade att patienterna hade svårt att prata om deras mående och känslor, även överlag fanns svårigheter i diskussion kring att de kände sig deprimerade. Av detta framkom tanken att det är stigma det handlar om, vilket resulterade i att sjuksköterna ofta talade om att ”trampa lätt” (Waterworth et al. 2015 s. 2566).

I en studie lyftes det upp att äldre personer hade en motvilja gällande erkännande av symtomen på mental ohälsa de hade och det här tydde på stigma (McCabe et al. 2009 s. 54). Många vårdare berättade att äldre personer ofta försökte dölja tecken på depression genom att framträda med en positiv inställning i närvaro av läkare och professionella vårdare. De upplevde att det handlade om en generations faktor. Många läkare såg detta fenomen också och upplevde det som ett hinder för upptäckande av depression. Läkarna uppfattade det som stigma hos äldre när det gällde depression, äldre personer ville ofta dölja sina symtom eller normalisera det. Depression är ett område som många äldre inte tycker om att prata om och de vill sällan acceptera att de har det (McCabe et al. 2009 s. 59).

I en studie hade de intervjuat även äldre personer och de upplevde också själva stigmatiseringen kring depression. En patient sade att människor tror det är en svaghet och därför vill de inte prata om sin depression. Även i denna studie var det flera läkare som uttryckte att det är stigmatisering kring depression hos äldre personer. De hade sagt att det är en åldersgrupp som inte är lika öppna som yngre personer är, vilket visar stigmatisering. (Overend et al. 2015 s. 4)

10 RESULTATET I FÖRHÅLLANDE TILL DEN TEORETISKA REFERENSRAMEN

Allt från små felsteg till direkt medveten vanvård räknas som utebliven vård. Så kallad icke-vård betyder att inte utföra vård eller avsaknad av den vårdande dimensionen. Utebliven vård kränker en människans värdighet och får hen att känna sig maktlös (Eriksson 1994 s. 92-93). Utebliven vård är en form av vårdlidande (Eriksson 1994 s. 87).

Identifieringen av depression misslyckas ofta för att sjukskötare inte känner sig tillräckligt förberedda trots att de ska kunna ge en kvalificerad vård och har som uppgift att genomföra regelbundna bedömningar av patienten, inklusive bedömning för depressionsymtom (Brown et al. 2010 s.123) vilket kopplas ihop med en bristande förmåga i bedömningen av vad patienten behöver och det kan leda till utebliven vård (Eriksson 1994 s. 92). Enligt Davison et al, beträffande att reagera på depression, fick vårdarna som hade genomgått träning i det högre poäng i sin kunskap (Davison et al. 2009 s. 584). Det är därför väsentligt att kunna erkänna sina och andras begränsningar och som vårdare stödjas genom regelbunden professionell utbildning (Kasèn et al. 2008 s. 6-7). Detta kan enligt respondenterna ihopkopplas med kunskapen gällande att identifiera depression.

I en studie framkom det att hög arbetsbelastning på vårdarna gör att de inte har samma möjlighet att fokusera på de emotionella hos patienterna. Tidsbristen ansågs som en avgörande faktor då det gäller att få kontakt med patienten (Mellor et al. 2008 s. 394). När de tillfrågades gällande tid och resurser framkom det att de inte har tid för identifiering av depression trots att de uttryckte att det var en viktig uppgift (Grundberg et al. 2016 s. 2597). Ett vårdlidande förhindras om vårdarna tillsammans har en öppen diskussion kring vården och hur den ska förverkligas (Kasèn et al. 2008 s. 6-7) vilket visar att en öppen och effektiv kommunikation behövs. Enligt respondenterna kan faktorerna inom organisationen och kommunikationssvårigheter eventuellt resultera i utebliven vård.

De patienter som är så kallade ”svåra fall” eller tysta får mindre uppmärksamhet. Att som vårdare bedöma en patientens situation utan att fråga om hens behov och önskemål och undervärdera den hjälp patienten behöver räknas till utebliven vård. Brister i en vårdares bedömning av patienten kan bero på svårigheter i att förstå en patientens handlingar och se bakom patientens uppträdande (Kasèn et al. 2008 s. 6-7). Den icke-verbala kommunikationen som sker via ansiktet är i kommunikationen en viktig del trots att det finns en oklarhet i att uttrycka sig på detta sätt. Ändå är ansiktsuttrycket den mest allmänna och grundläggande form när det gäller känslomässig kommunikation (Sarabia-Cobo et al. 2015 s. 105). Eftersom vårdpersonalen som spenderar mest tid och har en nära relation med patienten är de mest kapabla till att observera humöret och behoven (McCabe et al. 2008a s. 231). Respondenterna anser därför att en god interaktion med patienten stärker

kontakten och relationen och därav kanske också ens intuition kan vara till hjälp i observeringen av icke-verbala tecken i patientens mående.

Exempel på sjukdomslidande är ett andligt och själsligt lidande som kan uppstå av de upplevelser som är relaterade till sjukdomen eller behandlingen. Upplevelser av skuld, förnedring eller skam kan också förekomma. Andligt och själsligt lidande kan upplevas av patienten själv eller uppstå i det sociala sammanhanget. Även vid situationer då det finns en fördömande attityd från vårdpersonal kan andligt och själsligt lidande uppstå (Eriksson 1994 s. 83-84). Det kan enligt respondenterna ihopkopplas med stigma hos de äldre och personliga faktorer hos vårdpersonalen.

11 DISKUSSION

I detta kapitel beskrivs resultatet av analysen. Forskningsfrågorna till analysen i arbetet var följande: *Hur kan vårdaren använda sig själv som redskap vid identifiering av depression hos äldre och vilka utmaningar kan uppstå vid identifiering av depression?* I resultatet av analysen kom det fram goda grundläggande aspekter gällande hur vårdaren kan identifiera depression hos äldre och vilka utmaningar som kan uppstå.

Oavsett på vilket sätt depressionen identifieras är kunskap ett grundläggande verktyg hos vårdaren. Det bör finnas kunskap om tecken och symtom på depression som behandlas i studiens bakgrundsdelen. Dock finns det ofta en bristande kunskap hos vårdare och flera studier har lyft upp att det krävs träning för att få en bättre kunskap, vilket de flesta vårdare inte har fått. Personliga faktorer kan påverka ens relation med patienten och ens intresse av hur hen mår, vilka således är både verktyg och en utmaning. Om vårdaren känner sig obekvämt, är osäker eller inte har ett intresse försvårar det chansen att se förändringar i patientens mående och identifieringen av depression kan bli utmanande.

Det krävs flera olika verktyg för att kunna skapa en relation med patienten och det första är att få kontakt. Denna kontakt fås genom interaktion med patienten och interaktionen bygger på en god kommunikationsförmåga. När en förändring sker i patientens mående bör hans beteende tas i beaktande och för att kunna förnimma det kan vårdaren i beslutsfattandet använda sig av sin intuition, vilket oftast sker omedvetet.

En effektiv kommunikation kan bidra med en större möjlighet i utvärderingen av patientens behov. En öppen dialog kan vara betryggande för patienten när hen uttrycker egna känslor och tankar. Den icke-verbala kommunikationen är också en viktig del att observera. Det kan finnas många tecken hos patienten och i hans miljö som tyder på depression och som vårdare krävs det att vara lyhörd för dem. En dålig kommunikation mellan vårdare och patient visade sig bidra till sämre upptäckt av depression. Därför är det otroligt viktigt att som vårdare diskutera och öva på sin kommunikationsförmåga. Det kräver mod, envishet och en självmedvetenhet. De olika hinder som finns och kan påverka kommunikationen bör också finnas i åtanke. Stigma kan vara en orsak hos den äldre som försvårar.

Det är flera faktorer inom organisationen som kan påverka identifieringen. Tidspress, resurser och höga krav belastar vårdarna och resulterar i prioriteringsfrågor. Samarbete mellan vårdare och andra aktörer underlättar därför. En god dialog sinsemellan vårdare inom organisationen och en noggrann dokumentation anses också som viktiga aspekter. Respondenterna är medvetna om de utmaningar som finns inom organisationen och hur viktigt det är med samarbete. Med för få resurser och bristande tid prioriteras det som måste göras med patienten, om det är en vårdåtgärd som inte står på liv och död tänker kanske vårdare att det kan vänta. I och med detta läggs det oftast fokus på patientens fysiska mående och den psykiska biten hinns inte med eller glöms bort. Om istället hela människan, kropp, själ och ande skulle prioriteras skulle det finnas en större chans att upptäcka depression.

Respondenterna anser att det vore nödvändigt att få träning i sin utbildning för att få en grundläggande kunskap och känna igen depression. Det är svårt att påverka allt på organisationsnivå men det är värt att försöka för att skapa en god arbetsmiljö och struktur som kan gynna vårdkvaliteten. Att eliminera stigmatiseringen är också utmanande men viktigt att försöka ta upp detta till diskussion med de äldre, sina kollegor och andra aktörer. Vårdare borde ha en god attityd och öppenhet för depression och våga tala om det med de äldre för att ge en möjlighet till en minskad stigmatisering. Genom att diskutera med kollegorna om bristerna i kunskapen kring identifieringen av depression kanske det kan öppna upp ögonen för problemet. Det bör finnas en självinsikt och att våga erkänna sina och de andras brister för att bli medveten om problemet och ha en möjlighet att ta itu med det inom organisationen.

Dessa är enligt respondenterna viktiga redskap, vilka är bra att ha med sig i vården och kontakten med en äldre patient för att kunna förnimma att hen eventuellt har depression och därefter lättare kunna göra beslutsfattanden kring hens mående. De olika screeningformulär som redan finns som hjälpmedel för att identifiera depression är främst till för att mäta graden av depression, som vårdare kan det därför vara bra att ha en känsla för hur patienten mår innan ett screeningformulär används. Eftersom det kan vara kränkande för personen för att depression är en psykisk sjukdom, vilket kan vara ett känsligt ämne att ta upp till diskussion. Därför bör de användas med försiktighet för att visa respekt för individen, den äldre människan.

De olika verktygen som beskrivits är grunden för att få kontakt med patienten och bygga på en relation och därefter ge möjlighet att identifiera depression. Dock kan det vara en lång process att skapa denna kontakt och lära känna patienten och hens personlighet. Det är viktigt som vårdare att närma sig den äldre med en försiktighet och vara lyhörd till hens mående, känslor och reaktioner. Om exempelvis en vårdare är för bestämd och oaktsam kan kontakten ta en längre tid eller misslyckas. En relation bygger på att patienten känner förtroende för en och även känner en som vårdare för att våga öppna upp sig. Personliga faktorer kan påverka relationen, desto bättre inställning vårdaren har gentemot patienten desto bättre är utgångsläget för att kunna skapa en god relation. Attityden mot sin egen yrkesroll och kollegorna är även en viktig aspekt. När relationen har skapats och det finns möjlighet till att identifiera depression, då först kan vårdåtgärder sättas in för att lindra depressionen och det sjukdomslidande det skapar. Om depressionen inte identifieras kan inte heller vårdåtgärder tas vid och då resulterar det i utebliven vård vilket skapar ett vårdlidande. Om åtgärderna vidtas kan det troligen medföra en god framtidsutsikt för patienten.

Enligt respondenterna skulle det vara till stor hjälp att införa dessa verktyg inom vårdkontexten som skulle delvis medföra ett smidigt sätt att identifiera depression och upptäcka antalet äldre som lider i det tysta. Forsatt forskning gällande att identifiera depression hos äldre utan screeningsinstrument är behövligt. Även vårdares erfarenhet och tankar kring upptäckten och hur ens intuition kan hjälpa identifieringen kan vara till nytta.

12 KRITISK GRANSKNING

I det här kapitlet lyfts studiens starka och svaga sidor upp. Fokus i studien har varit hur vårdare kan använda sig själv som redskap vid identifiering av depression och vilka utmaningar det finns. De databaser som använts till materialsökningen har varit mångfaldiga och tillförlitliga, och många artiklar har varit till användning. Eftersom svenska och engelska är starkast hos respondenterna har det endast valt artiklar på de språken, förutom en del om metoden deskriptiv litteraturstudie, som är ur en finsk artikel. Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle ha publicerats under de senaste 10 åren och behandla personer som var 65 år och äldre och inte hade någon minnessjukdom eller annan sjukdom som tydligt påverkade deras kognitiva tankeförmåga. De skulle inkludera de vanligaste metoderna eller hjälpmedel för att identifiera depression och vårdpersonalens kunskap och de utmaningar som finns.

Då sökandet av material påbörjades hade respondenterna andra frågeställningar som skulle besvaras men insåg att de var för breda och valde därför att smalna av sina och således ändrades de till de nu slutgiltiga. När sökningen påbörjades av de slutgiltiga frågeställningarna upplevde respondenterna svårigheter med att hitta både relevanta och bra artiklar som besvarade frågeställningarna. Varför respondenterna inte då valde att byta frågeställningar var för att det redan hade gjorts tidigare och tiden var knapp. I och med det fick respondenterna bredda sina inklusionskriterier och tog därför med några artiklar som behandlar alla åldrar eller inte nämner vilken ålder populationsgruppen är. Sökorden specificerades också mer för att hitta tillräckligt med material men trots det fanns det fortfarande svårigheter och därför valdes även artiklar som behandlar äldreomsorgen, kommunikation och interaktion med människor generellt inom vården. Anledningen till att antalet träffar på artiklarna varierat och att till exempel artikel nummer 11 till resultatet har så många träffar är för att det inte gick att göra desto fler avgränsningar på den databasen. Sökningen av artiklar har även gjorts på Terkko och DIAK eftersom det inte gick att komma åt allt material via ARCADA. När examensarbetet startade var året 2006 men efter årsskiftet söktes materialet från 2007-2017.

Respondenterna har kvalitetsgranskat artiklarna med de olika mallarna, vilka är bifogade som bilagor och det har endast inkluderats medel till hög kvalitet i både tidigare forskning

och resultatdelen. Eftersom det inte fanns en färdig poängsättning var respondenterna tvungna till att skapa en egen som kändes lämplig i förhållande till antalet totala frågor. Anledningen till att den sista så kallade "GRADE" delen exkluderades var för att respondenterna ansåg att mallarna var tillräckliga ändå, dock kan detta ha påverkat kvalitetsgranskningen.

Eftersom respondenterna har svårigheter i finska och således inte inkluderat finska artiklar i resultatet kan det ha påverkat att antalet artiklar som hittades blev färre. Det kan ha resulterat i att bra forskning kring ämnet utesluts. Respondenterna är medvetna om att bakgrundsdelens utgör en stor del av arbetet men anser att det är väsentliga saker som tas upp som ligger till grund för arbetet och ger läsaren en bättre kunskap kring ämnet. De centrala begreppen i arbetet beskrivs kort men tydligt eftersom respondenterna anser att det ger en tillräcklig klarhet. De olika perspektiven på åldrandet; biologiska, psykologiska och sociala åldrandet blev knappa med anledning av att fokus ligger på depression hos äldre och vårdpersonalens roll i identifieringen.

Den teoretiska referensramen som ligger till grund för arbetet ansågs passande men svårt att rent teoretiskt koppla ihop med resultatet och kunde möjligtvis bytts ut men på grund av tidsbrist valde respondenterna att behålla den. Eriksson nämner flera sorters lidanden men huvudfokus var sjukdomlidande och vårdlidande eftersom respondenterna ansåg att de var tillräckliga vid ihopkopplingen med depression. Frågan är om tidigare forskningsdelen kunde ha vävts in i bakgrunden men att ha det som ett skilt kapitel ger en klarare bild om vad som tidigare är forskat kring ämnet. I och med det blev tidigare forskningsdelen kort eftersom bakgrundsdelens utgör en stor del i arbetet.

I resultatdelen var det svårt att åtskilja de olika kategorierna som tas upp eftersom de är faktorer som integrerar med varandra. Anledningen till att artiklarna utgick ifrån olika vårdarens och läkares perspektiv är för att det var svårt att hitta material som enbart baserade sig på sjukskötares perspektiv. Vissa artiklar utgick också från patienternas perspektiv. Respondenterna ansåg ändå att de var lämpliga eftersom det kan vara nyttigt att se på identifieringen av depression ur olika synvinklar och åsikterna åtskilde sig inte desto mer. Patienternas synvinkel kan även vara till nytta för att vårdpersonalen ska veta hur de

känner och upplever identifieringen. I slutändan är läkaren den som har sista ordet i diagnoser och behandlingen av depression. Intuitionen och samarbetets källor var knappa men artiklarna som texten baserade sig på behandlande ämnena på en djup nivå och är viktiga aspekter att tänka på i identifieringen.

Respondenterna har skrivit arbetet tillsammans och därmed inte gjort en tydlig uppdelning av arbetet vilket kan ske om arbetet delas upp. Med hjälp av varandras perspektiv har det bidragit till en ökad objektivitet i arbetet. Respondenterna har läst och gått igenom alla artiklar och därmed har artiklarna analyserats ett flertal gånger. Kvalitetsgranskningen har till en början delats upp med lika många artiklar var och sedan har respondenterna kvalitetsgranskat varandras artiklar. Det har resulterat i att kvalitetsgranskningen har skett två gånger per artikel. Om det funnits skillnader i kvalitetsgranskningen har respondenterna gått igenom de tillsammans och kommit överens om betygsättningen. Då innehållsanalysen påbörjades gick respondenterna igenom lika många artiklar var och tog ut det viktigaste och sedan tvärtom. Artiklarna har därefter gått igenom tillsammans för att se de viktigaste ståndpunkterna som slutligen tagits med i resultatet, därmed har det då funnits möjlighet att reflektera och diskutera för att minska vilseledande. Respondenterna har följt de riktlinjer som Arcadas goda vetenskapliga praxis kräver.

Källor

Adibelli, Derya & Kilic, Dilek. 2013, Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients, *Nurse Education Today*, Vol. 33, nr 9, s. 1074-1078.

Ahonen, Sanna-Mari; Jääskeläinen, Petri; Kangasniemi, Mari; Liikanen, Eeva; Pietilä, Anna-Maija; Utriainen, Kati. 2013, *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: etenminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon*, vol. 25, nr 4, s. 291-301.

Appelberg, Björn & Saarela Tuula. 2013, Depression och hos äldre, *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, nr 2, s. 31-34.

Arcada. 2014, GOD VETENSKAPLIG PRAXIS I STUDIER VID ARCADA. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf. Hämtad: 17.2.2017.

Arslantas, Didem; Ünsal, Alaettin & Ozbabalik, Demet. 2014, Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey, *Geriatrics & Gerontology International*, Vol. 4, nr 1, s. 100-108.

Behera, Priyamadhaba; Sharan, Pratap; Kumar, Ashwani Mishra; Nongkynrih, Barid-alyne; Kant, Shashni & Gupta, Sanjeev. 2016, Prevalence and determinants of depression among depression among elderly persons in rural community from northern India. *THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA*, Vol.29, nr 3, s.129-135.

Björkstén Sparring, Karin & Karlsson, Ingvar. 2010, Psykisk och kroppslig sjukdom är sammanflätade hos multisjuka äldre, *Läkartidningen*, nr 4, s. 1-4.

Brown, Ellen L; Raue, Patrick J; Roos, Bernard A; Sheeran, Thomas & Bruce, Martha L. 2010, Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 58, nr 1, s. 122-128.

Betydelse, VAD BETYDER. Tillgänglig: <http://www.betyder.se/vad-betyder.php?q=20913&V%C3%A5rdare>. Hämtad: 29.3.2017

Chan, Engle A; Jones, Aled; Fung, Sylvia & Chu Wu, Sui. 2011, Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 21, nr 7-8, s. 1168-1177.

Davison, Tanya E; McCabe, Marita P; Mellor, David; Karantzas, Gery & George, Kuruvilla. 2009, Knowledge of late-life depression: An empirical investigation of aged care staff, *Aging & Mental Health*, Vol. 13, nr 4, s. 577-586.

Dehlin, Ove; Hagberg, Bo; Rundgren, Åke; Samuelsson, Gillis & Sjöbeck, Barbro. 2000, *Gerontologi - Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*, Falkenberg: Bokförlaget Natur och Kultur, 313 s.

Djukanovi, Ingrid; Kimmo Sorjonen & Peterson, Ulla. 2015, Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*, Vol.19, nr 6, s.560-568.

Drageset, Jorunn; Espehaug, Birgitte & Kirkevold, Marit. 2012, The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 21, s. 965-974.

Deprimerad.net. Tillgänglig:

<http://www.deprimerad.net/for-lakare/om-depression/symtomatologi-och-diagnostik/diagnoskriterier>. Hämtad: 24.2.2017

Egidius, Henry. 2017a, *Psykologiguiden*, Natur & Kulturs Psykologilexikon.

Tillgänglig: <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=%C3%A5ldrandet>. Hämtad: 25.1.2017

Egidius, Henry. 2017b, *Psykologiguiden*, Natur & Kulturs Psykologilexikon.
Tillgänglig: <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=depression>.
Hämtad: 25.1.2017

Ekwall, Anna, red. 2010, *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur AB, 310 s.

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. 2007, The qualitative content analysis process, *JAN RESEARCH METHODOLOGY*, Vol. 62, nr 1, s. 107-115.

Ericson-Lidman, Eva; Norberg, Astrid; Persson, Birgitta & Strandberg, Gunnilla. 2013, Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 27, nr 2, s. 215-223.

Eriksson, Katie. 1994, *Den lidande människan*, Sverige: Liber utbildning, 115 s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2014, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3 uppl., Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur, 219 s.

Friberg, Febe. 2012, *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 181 s.

Ganatra, Hammad A; Zafar, Syed N; Qidwai, Waris & Rozi, Shafquat. 2008, Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan, *Aging & Mental Health*, Vol. 12, nr 3, s. 349-356.

Grundberg, Åke; Hansson, Anna; Hillerås, Pernilla & Religa, Dorota. 2016, District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 25, nr 17-18, s. 2590-2599.

Hansson, Henna & Arnetz, Judith E. 2007, Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, nr 4, s. 468-481.

Holvast, Floor; Burger, Huibert; de Waal, Margot M.W; van Marwijk, Harm W.J; Comijs, Hannie C & Verhaak, Peter F.M. 2015, Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older Persons, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 185, s. 1-7.

Kasén, Anne; Nordman, Tina, Lindholm, Tiina & Eriksson, Katie. 2008, Då patienten lider av vården – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande, *Nursing Science*, Vol. 28, nr 2, s. 4-7.

Kirkevold, Marit; Brodtkorb, Kari & Ranhoff Hylen, Anette. 2010, *GERIATRISK OMVÅRDNAD – God omsorg till den äldre patienten*, Stockholm: Liber AB. 504 s.

Liebel, Dianne Veronica & Powers, Bethel Ann. 2013, Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management, *The Gerontological Society of America*, vol. 55 nr 3, s. 448-461.

Tillgänglig: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/3/448/587585/Home-Health-Care-Nurse-Perceptions-of-Geriatric>. Hämtad: 2.2.2017

Liebel, Dianne V; Powers, Bethel Ann & Hauenstein, Emily J. 2015, Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression and Disability, *Gerontological Nursing*, Vol. 8, nr 3, s. 130-139.

Lin, Pao-Chen; Wang, Hsiu-Hung. 2011, Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, Vol. 15, nr 8. s. 1038-1044.

Manaf, M. Rizal Abdul; Mustafa, Madihah; Rahman, Mohd Rizam Abdul; Yusof, Khairul Hazdi & Aziz, Noor Azah Abd. 2016, Factors Influencing the Prevalence of Mental

Health Problem among Malay Elderly Residing in a Rural Community: A Cross-Sectional Study, *PLOS ONE*, Vol. 11, nr 6, s. 1-12.

Maxwell, Margaret; Harris, Fiona; Hibberd, Carina; Donaghy, Eddie; Pratt, Rebekah; Williams, Chris; Morrison, Jill; Gibb, Jennifer; Watson, Philip & Burton, Chris. 2013, A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK, *BMC Family Practice*, Vol. 14, nr 46, s. 1-8.

McCabe, Marita P; Davison, Tanya; Mellor, David & George, Kuruvilla. 2008a, Knowledge and skills of professional carers working with older people with depression, *Aging & Mental Health*, Vol. 12, nr 2, s. 228-235.

McCabe, Marita P; Davison, Tanya; Mellor, David & George, Kuruvilla. 2009, BARRIERS TO CARE FOR DEPRESSED OLDER PEOPLE: PERCEPTIONS OF AGED CARE AMONG MEDICAL PROFESSIONALS, *INT'L.J. AGING AND HUMAN DEVELOPMENT*, Vol. 68, nr 1, s. 53-64.

McCabe, Marita P; Mellor, David; Davison, Tanya E; Hallford, David J. & Goldhammer, Denisa L. 2012, Detecting and Managing Depressed Patients: Palliative Care Nurses' Self-Efficacy and Perceived Barriers to Care, *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, Vol. 15, nr 4, s. 463-467.

McCabe, Marita P; Russo, Sarah; Mellor, David; Davison, Tanya E. & George, Kuruvilla. 2008b, Effectiveness of a training program for carers to recognize depression among older people, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 23, nr 12, s. 1290-1296.

McCray, Laura W; Bogner, Hillary R; Sammel, Mary D. & Gallo, Joseph J. 2007, The role of patient personality in the identification of depression in older primary care patients, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 22, nr 11, s. 1095-1100.

Mellor, David; Davison, Tanya; McCabe, Marita & George, Kuruvilla. 2008, Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients' perspective, *Aging & Mental Health*, Vol. 12, nr 3, s. 389-399.

Overend, Karen; Bosanquet, Kathrine; Bailey, Della; Foster, Deborah; Gascoyne, Samantha; Lewis, Helen; Nutbrown, Sarah; Woodhouse, Rebecca; Gilbody, Simon & Chew-Graham, Carolyn. 2015, Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trial, *BMC Family Practice*, Vol. 16, nr 142, s. 1-8.

Pretz, Jean E & Folse, Victoria N. 2011, Nursing experience and preference for intuition in decision making, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 20, nr 19-20, s. 2878-2889.

Sarabia-Cobo, Carmen Maria; Navas, Maria José; Ellgring, Heiner & Garcia-Rodriguez, Beatriz. 2016, Skilful communication: Emotional facial expressions recognition in very old adults, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 54, s. 104-111.

Sbu. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. 2014a. Tillgänglig: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_observationsstudier.pdf Hämtad: 12.1.2017

Sbu. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. 2014b. Tillgänglig: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf Hämtad: 12.1.2017

Sbu. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. 2014c. Tillgänglig: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_randomiserade_studier.pdf. Hämtad: 12.1.2017

Ski, Chantal F; Munian, Sam; Rolley, John X & Thompson, David R. 2014, Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, s. 235-243.

Smalbrugge, Martin; Jongenelis, Lineke; Pot, Anne Margriet; Beekman, Aartjan T.F. & Eefsting Jan A. 2008, Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients?, *Aging & Mental Health*, Vol. 12, nr 2, s. 244-248.

Statistikcentralen. 2015. Tillgänglig:

http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_sv.html Hämtad: 31.10.2016

Suija, Kardi; Rajala, Ulla; Jokelainen, Jari; Liukkonen, Timo; Härkönen, Pirjo; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka & Timonen, Markku. 2012, Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 30, nr 4, s. 259-264.

THL. 2016.

Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/psykkinen-toimintakyky> Hämtad: 2.12.2016

Tiong, Wei Wei; Yap, Philip; Koh, Gerald Choon Huat; Fong, Ngan Phoon & Luo, Nan. 2013, Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore, *Aging & Mental Health*, Vol. 17, nr 6, s. 724-731.

Von Knorring, Anne-Liis; Von Knorring, Lars & Waern, Margda. 2013, Depression från vaggan till graven, *Läkartidningen*, Vol. 110, nr 9-10, s. 480-483.

Wasserman, Danuta. 2010, *Depression – en vanlig sjukdom*, Stockholm: Natur & Kultur, 249 s. Tillgänglig: Elib. Hämtad: 12.1.2017.

Waterworth, Susan; Arroll, Bruce; Raphael, Deborah; Parsons, John & Gott, Merryn. 2015, A qualitative study of nurses' clinical experience in recognizing low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, nr 17-18, s. 2562-2570.

Wetterberg, Lennart. 2013. Psykiatri i fickformat. 193 s. Publit.

Tillgänglig: Elib. Hämtad: 24.1.2017

WHO. 2016a. Tillgänglig:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Hämtad: 17.11.2016

WHO. 2016b. Tillgänglig:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> Hämtad: 17.11.2016

BILAGOR

BILAGA 1 Översikt på artiklarna till tidigare forskning

Nr.	Författare, årtal och land	Titel och tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
1	Holvast et al. 2015 Nederländerna	Loneliness is associated with poor prognosis in late-late depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons Journal of Affective Disorders	Att upptäcka relationen mellan ensamhet och depression i högre ålder.	Kohort studie med en uppföljning under två år.	Nästan hälften av de som tillfrågades var fortfarande deprimerade efter 2 år. Vid uppföljningen kunde man se att ensamhet var associerat med svårare depressiva symptom.
2	Arslantas et al. 2014 Turkiet	Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in middle Anatolia, Turkey Geriatrics Gerontology International	Att undersöka sambandet mellan dagliga aktiviteter och depression, och fastställa förekomsten av depression hos de äldre.	De använde sig av GDS-30, ADL och IADL som instrument för mätning av depression och aktiviteter.	Utbredningen av depression fanns hos nästan hälften av alla deltagare och hos kvinnor visade sig att depression var högre.
3	Suija et al. 2012 Finland	Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults Scandinavian Journal of Primary Health Care	Att analysera användningen av två olika screeninginstrument bland äldre med depression och kroniska hälsoproblem.	En populationsbaserad studie. Whooley questions och 21-frågor BDI har använts.	BDI är ett validerat instrument för att diagnostisera depression hos äldre, speciellt mer framskriden medan Whooley questions inte är tillräckligt för att använda sig av.
4	Ganatra et al. 2008 Pakistan	Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan Aging & Mental Health	Att bedöma riskfaktorer och utbredningen av depression hos äldre personer i Pakistan.	Tvärsnittsstudie med användning av GDS-15 som screenade depression och ett frågeformulär baserades på intervjuer användes.	Ett flertal riskfaktorer upptäcktes bl.a. att inte vara gift, urinkontinens, hälsoproblem med mera.
5	Tiong et al. 2013 Singapore	Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore Aging & Mental Health	Att identifiera riskfaktorer hos äldre NH populationen och fastställa utbredningen av depression.	Strukturell klinisk intervju (SCID) baserat på DSM-IV kriterier.	Ett flertal riskfaktorer upptäcktes bl.a. tidigare depression, bristande social kontakt och smärta med mera. Utbredningen av depression hos NH populationen var hög.
6	Drageset et al. 2012 Norge	The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment-a questionnaire survey Journal of Clinical Nursing	Att analysera förhållandet mellan depressiva symptom, emotionell och social ensamhet och en känsla av sammanhang bland personer	Tvärsnittsstudie, deskriptiv, korrelationsdesign. Intervjuade med hjälp av GDS-15, Social Provisions Scale och SOC-13.	Emotionell och social ensamhet påverkas av depressiva symptom. Omvårdnadspersonal bör observera tecken på depression och stödja dem för att förhindra uppkomsten av ensamhet.

			på vårdhem utan kognitiva ned-sättningar		
7	Djukanovic et al. 2015 Sverige	Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden Aging & Mental Health	Att undersöka förekomsten av och förhållandet emellan depression och ensamhet i relation till kön och ålder (65-80 år) och om de personer med depressiva symtom uppsökt vård	Tvärsnittsstudie med ett randomiserat urval personer.	Finns ett tydligt samband mellan depression och ensamhet. Viktigt att upptäcka depression och ensamhet bland äldre och att erbjuda behandling för att främja välmående.
8	Behera et al. 2016 Indien	Prevalence and determinants of depression among elderly persons in rural community from northern India THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA	Att undersöka förekomsten av depression och sambandet mellan depression, sociala och kliniska faktorer	Tvärsnittsstudie baserat på ett randomiserat urval personer. Scrennade med GDS-30 och Mini International Neuropsychiatric intervju.	Depression är vanligt bland äldre personer på landsbygden. Omvårdnadspersonal bör träna i att identifiera depression.
9	Lin & Wang 2011 Taiwan	Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference Aging & Mental Health	Att upptäcka förekomsten av depressiva symptom och riskfaktorer bland äldre som bor ensamma	Tvärsnittsstudie och screening med CESD-R.	Depression är vanligare bland äldre kvinnor som får mindre social stöd. Riskfaktorer för män är också social stöd, hälsostatus, antalet kroniska sjukdomar, utbildning och religion. Omvårdnadspersonal behöver vara medvetna om dessa riskfaktorer vid planerande av äldrevården.
10	Manaf et al. 2016 Malaysia	Factors influencing the Prevalence of Mental Health problems among Malay Elderly Residing in a Rural Community: A cross Sectional Study PLOS ONE	Att undersöka förekomsten av psykiska problem (depression, ångest och emotionell stress) och riskfaktorerna för det bland äldre	Tvärsnittsstudie, screenat med hjälp av DASS-21.	Depression och ångest bland äldre är oroande. Det finns ett behov av att identifiera, diagnostisera och behandla de med psykiska problem.
11	Smalbrugge et al. 2008 Nederländerna	Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients. Aging & mental Health	Att bedöma de olika versionerna av GDS för screening och uppföljning av depression hos äldre patienter på vårdhem.	De intervjuade patienterna med hjälp av GDS 30-, 15 och 8-frågors version, MADRS, HAM-D,	Depression är vanligt bland äldre på vårdhem. MADRS visade sig ha god effekt på att upptäcka förändringar i graden av depression. Fördelen med GDS, speciellt kortare versionerna är att de är lättare att använda och tar mindre tid.

BILAGA 2 Tidigare forskningens sökningsprocess och kvalitetsgranskning

Nr.	Databas	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Mall Kvalitet
1	PsycINFO	Geriatric Depression Scale	Ingen avgränsning	11,422 3 valda	Mall 1 20/26 Medel
2	PsycINFO	Geriatric Depression Scale	Ingen avgränsning	11,422 3 valda	Mall 4 15/18 Hög
3	EBSCO host	BDI AND elderly	Fulltext 10 år	11 1 vald	Mall 4 14/18 Hög
4	EBSCO host	Depression among AND elderly AND geriatric AND older people	Fulltext 10 år	24 1 vald	Mall 2 18/21 Hög
5	EBSCO Cinahl	Prevalence of depression NOT young people NOT young children AND elderly	Fulltext 2006-2015	24 1 vald	Mall 2 17/21 Hög
6	PsycINFO	Geriatric Depression Scale	Ingen avgränsning	11.422 3 valda	Mall 2 15/21 Medel
7	EBSCO Cinahl	Depressive AND health Professionals	10 år	39 2 valda	Mall 3 21/23 Hög
8	PubMed	"Prevalence of depression" AND among elderly persons	Fulltext 10 år	368 1 vald	Mall 3 18/31 Medel
9	EBSCO Cinahl	Depressive AND health professionals	10 år	39 2 valda	Mall 4 14/18 Hög
10	EBSCO host	Depression among elderly, AND geriatric AND older people	Fulltext 10 år	8 1 vald	Mall 4 13/18 Hög
11	PubMed	Symptoms of depression AND older people	Fulltext 5 år	2209 1 vald	Mall 4 16/18 Hög

BILAGA 3 Översikt på artiklarna till resultatet

Nr	Författare, årtal och land	Titel och tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
1	Waterworth et al. 2015 Nya Zeeland	A qualitative study of nurses' clinical experience in recognizing low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions Journal of Clinical Nursing	Att upptäcka hur sjukskötare kan identifiera depression och strategier de använder sig av då de ska stödja den äldre med depression och kroniska sjukdomar	Kvalitativ studie med intervjuer av 40 sjukskötare	Patienter som hade nedstämdhet eller depression kände en del av sjuksköterskorna att de inte har haft eller kunna ha samtal med. En del sjukskötare visste att de kunde ge specifika råd, andra tyckte att det inte tillhörde deras område eller var på deras ansvar.
2	McCabe et al. 2009 Australien	BARRIERS TO CARE FOR DEPRESSED OLDER PEOPLE: PERCEPTIONS OF AGED CARE AMONG MEDICAL PROFESSIONALS AGING AND HUMAN DEVELOPMENT	Barriärer som kan uppstå vid identifieringen av depression hos äldre personer	Fokusgruppstudie där det var 21 professionella vårdare, 10 allmän läkare, 4 sjukskötare och 7 vårdchefer som deltog.	Det påvisades att vården hos äldre personer inriktas främst på den fysiska vården. Svårigheter i upptäckten av depression handlade bland annat om brist på kontinuitet, personal resurser, stigma hos äldre, okunskap, negativa attityder.
3	Liebel et al. 2015 USA	Home Health Care Nurse Interactions With Homebound Geriatric Patients With Depression and Disability Gerontological Nursing	Att få en bättre förståelse för hur sjukskötare i hemsjukvården uppfattar vården och vilka erfarenheter de har kring upptäckten av depression.	Kvalitativ deskriptiv studie med semistrukturerade intervjuer.	Sjukskötare inom hemsjukvården behöver träning gällande den terapeutiska relationen med de äldre
4	Adibelli et al. 2013 Turkiet	Difficulties experienced by nurses in older patient care and their attitudes toward the older patients Nurse Education Today	Fastställande av sjukskötares attityder kring vården hos äldre och de hinder de fått erfarenhet av.	En deskriptiv studiemetod.	Hinder inom vården de hade upplevt var bland annat kommunikationsproblem, administrativa problem, kunskap, otillräckliga fysiska förutsättningar och färdigheter. Trots dessa upplevda omständigheter så var deras inställning till de äldre bra.
5	McCabe et al. 2008b Australien	Effectiveness of a training program for carers to recognize depression among older people INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	Bedöma värdet av effekten på träningsprogram för att bättre kunna upptäcka depression hos äldre.	Utbildningsprogram för totalt 52 professionella vårdare.	Det påvisades att träningsprogrammet var effektivt och det hjälpte vårdare att få en bättre kunskap gällande upptäckten av depression.

6	Ericson-Lidman et al. 2013 Sverige	Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience Scandinavian Journal of Caring Sciences	Beskriva vårdpersonalens upplevelse gällande dåligt samvete i äldreomsorgen.	Intervjustudie med vårdbiträden och sjukskötare.	Det påvisas att prata om sitt dåliga samvete mellan kollegor öppnar möjligheter för vårdarna att ta itu med detta problem på ett konstruktivt sätt.
7	Chan et al. 2011 Kina	Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong Journal of Clinical Nursing	Sjukskötares uppfattning om hur deras kommunikation är med patienter.	Intervjustudie med fokusgrupper.	Bra kommunikation och relationer mellan sjukskötarna och patienterna sparar tid. Det är viktigt att sjukskötare förstår värdet av interaktion och deras småprat med patienterna för att lära känna sina patienter.
8	Pretz et al. 2011 USA	Nursing experience and preference for intuition in decision making Journal of Clinical Nursing	Undersöker förhållandet mellan domän general och domän specifik intuition hos studentsjukskötare och sjukskötare för att kunna besluta hurdan roll intuition har i beslut som görs.	Webb baserad enkät där 175 sjukskötare var delaktiga.	Erfarenhet förbättrade och ökade användningen av intuition inom vården.
9	Hansson et al. 2007 Sverige	Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes Journal of Clinical Nursing	Jämföra vårdpersonalens uppfattningar om arbetsbelastning, kompetens och arbetstillfredsställelse i vårdhem med äldre människor.	En tvärsnittsenkätundersökning.	Mental energi, arbetsrelaterad utmattning skiljde sig inte åt.
10	Overed et al. 2015 England	Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trail BMC Family Practice	Att få fram läkares och äldre patienters syn och erfarenhet av att ta emot psykosociala interventioner	En kvalitativ, randomiserad och kontrollerad studie med intervju av både läkare och patienter	Deltagarnas syn på vården av depression hos äldre har lyfts fram
11	Grundberg et al. 2016 Sverige	District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity Journal of Clinical Nursing	Att redogöra för sköterskors syn på att upptäcka psykisk ohälsa och att främja den psykiska hälsan hos de äldre med flera sorters sjukdomar	En kvalitativ, beskrivande studie med innehållsanalys baserat på semistrukturerade intervjuer antingen enskilt eller i fokusgrupper med olika vårdare	Olika faktorer lyftes fram som är viktiga i vården av personer med psykiska besvär och det kom fram att sköterskor kan inte bära huvudansvaret gällande tidig upptäckt av psykiska besvär. Vården behöver utvecklas och samarbete mellan olika parter är betydande för upptäck och behandling.
12	McCray et al. 2007 USA	The role of patient personality in the identification of depression in older primary care patients	Om personlighetsfaktorer påverkar identifieringen av depression	Sambandet mellan personlighetsfaktorer och depression undersöktes	Identifieringen av depression påverkas av personlighetsfaktorer. Att ha kunskap kring olika personligheter kan påverka diagnostiseringen och vården av depression

		INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY			
13	Maxwell et al. 2013 England	A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK BMC Family Practice	Vårdarens kunskap och syn på att screena för depression hos patienter	Två kvalitativa fokusgruppstudier	Det kom fram flera orsaker till varför depression kan vara oupptäckt och visade att vårdarnas självförtroende och kunskap behöver förbättras i att arbeta med personer med psykiska besvär
14	Ski et al. 2014 Australien	Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting Journal of Clinical Nursing	Att bedöma ett träningsprogram och screeninginstrument för att identifiera depression hos patienter med hjärtproblem	En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Kunskapen hos deltagarna gällande igenkännandet av depression hos hjärtpatienter ökade med hjälp av träningsprogrammet
15	Mellor et al. 2008 Australien	Professional carer's knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients perspective Aging & Mental Health	Att undersöka varför depression inte är upptäckt hos äldre och varför vårdpersonal inte har agerat	Intervju med äldre patienter som både bodde hemma och på vårdhem och deras syn på det hela	De äldre var kritiskt inställda till vårdarnas kunskap och identifiering gällande depression och kommunikationen vårdare emellan
16	McCabe et al. 2008a Australien	Knowledge and skills of professional carers working with older people with depression Aging & Mental Health	Utvärdera vårdarens kunskap inom äldreomsorgen	Flera vårdare som deltog i fokusgrupper med halvstrukturerad intervju	Alla hade bristande kunskap och medvetenhet gällande depression.
17	McCabe et al. 2012 Australien	Detecting and Managing Depressed Patients: Palliative Care Nurses' Self-Efficacy and Perceived Barriers to Care JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE	Att undersöka orsaken till att sjukskötare har bristande kunskap i att upptäcka depression.	Kvantitativ studie med 69 palliativa sjukskötare	Finns ett behov i utbildning av igenkännandet av tecken och symptom på depression och att kunna diskutera det med både vårdtagare och dess anhöriga.
18	Davison et al. 2009 Australien	Knowledge of late-life depression: An empirical investigation of aged care staff Aging & Mental Health	Att undersöka vårdarens kunskap om depression senare i livet inom äldreomsorgen.	Enkätundersökning för 320 vårdare.	Det finns otillräcklig kunskap i vården av äldre och för att lättare kunna upptäcka och behandla depression rekommenderas träning inom det.
19	Brown et al. 2010 USA	Training Nursing Staff to Recognize Depression in-Home Healthcare The American Geriatrics Society	Att sjukskötares kunskap i att upptäcka depression ska förbättras inom vården av äldre inom hemsjukvården.	En beskrivning av de viktiga faktorerna i genomförandet och utvärderingsresultaten.	Det blev en ökad trygghet i bedömningen av depression.

20	Sarabia-Cobo et al. 2015 Spaninen	Skilful communication: Emotional facial expressions Recognition in very old adults International Journal of Nursing Studies	Förändringar i samband med åldrandet har genom att identifiera emotionella ansiktsuttrycket och i vilken utsträckning en sådan förändring beror på och dess intensitet grundat i varje känsla utvärderats.	Randomiserad studie med 107 patienter som utförde en identifieringsuppgift, vilken bestod av 270 virtuella ansikten som uttryckte sex grundläggande känslor.	Det fanns en stor åldersrelaterad nedsättning i förmågan att identifiera emotionella ansiktsuttryck. Kommunikationen med äldre patienter påverkas och att det är svårt för äldre att identifiera emotionella ansiktsuttryck är något som sjukskötare bör känna till.
21	Liebel et al. 2013	HOME HEALTH CARE NURSE PERCEPTIONS OF GERIATRIC DEPRESSION AND DISABILITY CARE MANAGEMENT Gerontologist	Ge en djupare förståelse för sjukskötares erfarenhet och förmåga att upptäcka och utvärdera depression hos geriatriska patienter med funktionshinder inom hemsjukvården	Två fokusgrupper med semi-strukturerade intervjuer och observation av hembesök till de äldre	Vården av äldre med funktionshinder kände sig sjukskötarna bekvämare med. Dock uttryckte de olika åsikter kring depression och integrationen av depression vård. Det finns ett behov av avancerad utbildning som stödjer sjukskötare inom hemsjukvården för att kunna ge en god vård inom denna sårbara grupp.

BILAGA 4 Översikt på artiklarna till resultatet. Sökningsprocessen, mall och kvalitet

Nr.	Databas	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Mall Kvalitet
1	EBSCO host	Nurses experiences AND explore AND depression	Full text 2006-2016	11 1 vald	Mall 2 16/20 Medel
2	EBSCO host	Detecting depression AND elderly	Full text 2007-2017	9 träffar 1 vald	Mall 2 15/21 Medel
3	ProQuest	Explore depression AND nurses experiences AND interactions AND elderly	Full text 2007-2017	2,333 träffar 2 valda	Mall 1 14/20 Medel
4	Pubmed	Difficulties experienced by nurses AND old	Full text 10 år	7 träffar 1 vald	Mall 2 18/21 Hög
5	Pubmed	Training AND nurses AND recognize depression	Full text 10 år	14 träffar 1 vald	Mall 4 13/18 Hög
6	EBSCO Cinahl	Nurs* AND knowledge AND elderly	Full text 2007-2017	66 träffar 1 vald	Mall 2 17/21 Hög
7	EBSCO Cinahl	Nurses AND perception AND communication	Full text 2007-2017	214 träffar 1 vald	Mall 2 16/21 Medel
8	EBSCO host	Intuition in nursing	Full text 2007-2017	15 träffar	Mall 2 16/21 Medel
9	EBSCO Cinahl	Nurs* AND knowledge AND elderly	Full text 2007-2017	66 träffar 2 valda	Mall 2 17/21 Hög

10	EBSCO host	Depression in older people	Full text 2007-2017	106 träffar 2 valda	Mall 2 16/21 Medel
11	Google Scholar	How can nurses use itself as a tool in the identification of depression in elderly	Ingen fulltext 2016	15200 träffar 1 vald	Mall 2 17/21 Hög
12	EBSCO host	Barriers to care for depressed older people	Full text 2007-2017	689 träffar 2 valda	Mall 2 14/21 Medel
13	EBSCO host	Primary care AND finding depression	Full text 2007-2017	28 träffar 1 vald	Mall 2 14/21 Medel
14	EBSCO host	Nurs* AND experience AND knowledge AND identify* AND depression	Ingen fulltext 2006-2016	33 träffar 1 vald	Mall 2 14/21 Medel
15	EBSCO Chinal	Nurse-patient communication AND depression AND older people	Full text 2007-2017	3 träffar 1 vald	Mall 2 15/21 Medel
16	EBSCO host	Depression in older people	Full text 2007-2017	106 träffar 2 valda	Mall 2 15/21 Medel
17	EBSCO host	Barriers to care for depressed older people	Full text 2007-2017	689 träffar 2 valda	Mall 2 16/21 Medel
18	EBSCO host	Nursing care AND depression AND older people	Full text 2007-2017	10 träffar 1 vald	Mall 2 17/21 Hög
19	EBSCO Cinahl	Nurs* AND detect AND depression 10 år fulltext	Full text 2007-2017	18 träffar 1 vald	Mall 3 17/21 Hög
20	Skilful communication	Nurs* AND communication AND elderly OR old	Full text 2007-2017	216 träffar 2 valda	Mall 4 14/18 Hög
21	ProQuest	Explore depression AND nurses experiences AND interactions AND elderly	Full text 2007-2017	2,333 träffar 2 valda	Mall 4 16/21 Medel

