



Anna Carson och Tove Grimgarn

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT 2017

Grundnivå

Handledare: Ragnhild Hedman

Examinator: Elisabet Mattsson

Depression hos äldre

Vårdpersonals beskrivning och förståelse – en litteraturöversikt

Depression in old age

Health personnel's description and understanding – a literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Depression är vanligt förekommande hos äldre och kan få betydande konsekvenser för äldres hälsa. Depression hos äldre skiljer sig i flera avseenden från depression i yngre åldrar. Skillnaderna framkommer bland annat i symtombild, orsaker och riskfaktorer för depression. Hos äldre patienter är somatisk samsjuklighet vanligt förekommande vilket kan försvåra sjukdomsförloppet samt upptäckt och behandling av depression.
- Syfte:** Syftet med litteraturöversikten var att skildra hur sjukvårdspersonal beskriver och förstår depression hos äldre inom somatisk vård och äldreomsorg.
- Metod:** En litteraturöversikt genomfördes, baserad på tio vetenskapliga artiklar, nio kvalitativa studier och en studie av mixad metod. Innehållet analyserades och organiserades i kategorier. Databaser som användes var CINAHL complete, PubMed och PsycINFO.
- Resultat:** Tre kategorier med underkategorier utformades. I *vårdpersonals förståelse av depression hos äldre* framkom tre underkategorier: bakomliggande orsaker och riskfaktorer, hinder för att upptäcka och bedöma depression samt kunskap och utbildning. Kategorin *attityder till depression* är indelad i två underkategorier, stigma hos äldre samt depression som en normal del av åldrande. I kategorin *vårdpersonals förutsättningar att hantera depression hos äldre* framkom två underkategorier: vårdpersonals roller och funktioner samt tidsramar inom vården.
- Diskussion:** Litteraturöversiktens resultat diskuteras utifrån tidigare studier samt översiktens teoretiska utgångspunkt *tidvattenmodellen*. För att visa på relevansen och betydelsen av vårdpersonals förhållningssätt kring äldre med depression diskuteras resultatet även ur ett patientperspektiv.
- Nyckelord:** Depression, äldre, somatisk vård, äldreomsorg, vårdpersonal, förhållningssätt, kunskap, attityder

Abstract

Background: Depression is common in old age and can have a significant impact on the health of older patients. Depression among the elderly differs in several aspects from depression in younger patients. The differences occur in the appearance of symptoms, causes, and risk factors for depression. Somatic comorbidity is common among older patients and can worsen the course of depression and obstruct identification and treatment.

Aim: The aim of the review was to illustrate how health care personnel describe and understand depression in old age in somatic- and elderly care.

Method: A literature review was conducted based on ten scientific articles, nine qualitative studies and one study of mixed method. The content was analysed and organised in categories. Databases used were: CINAHL complete, PubMed and PsycINFO.

Results: Three categories with subcategories were constructed. In *health personnel's understanding of depression* three subcategories emerged: underlying causes and risk factors, obstacles to identify and screen for depression, and knowledge and training. The category *attitudes towards depression* is divided in two subcategories: stigma in old age and depression as a normal part of ageing. In the category *health personnel's conditions to manage depression in older patients*, two subcategories emerged: roles and functions of health personnel and timeframes in healthcare.

Discussion: The results of the literature review are discussed from the perspective of previous studies and the theoretical framework of the review, *the tidal model*. To indicate the relevance and significance of health personnel's approaches to depression in old age, the results are also discussed from a patient perspective.

Keywords: Depression, old age, somatic care, old age care, health personnel, approaches, knowledge, attitudes

Innehållsförteckning

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
SYMPTOM, ETIOLOGI OCH PREVALENS AV DEPRESSION	6
DEPRESSION HOS ÄLDRE	7
BEHANDLING OCH OMVÅRDNAD VID DEPRESSION	9
OMVÅRDNAD OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT VID DEPRESSION	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
METOD	14
DATAINSAMLING OCH URVAL	14
ANALYS	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
VÅRDPERSONALS FÖRSTÅELSE AV DEPRESSION HOS ÄLDRE	17
Bakomliggande orsaker och riskfaktorer	17
Hinder för att upptäcka och bedöma depression	18
Kunskap och utbildning	19
ATTITYDER TILL DEPRESSION	19
Stigma hos äldre	19
Depression som en normal del av åldrande	20
VÅRDPERSONALS FÖRUTSÄTTNINGAR ATT HANTERA DEPRESSION HOS ÄLDRE	20
Vårdpersonals roller och funktioner	20
Tidsramar inom vården	21
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION	22
RESULTATDISKUSSION	24
Betydelsen av kunskap	24
Att uppmärksamma depression hos äldre	26
Betydelsen av attityder	27
Betydelsen av att befinna sig i ett socialt sammanhang	28
KLINISKA IMPLIKATIONER	29

FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	29
SLUTSATS	30
REFERENSFÖRTECKNING	1
BILAGA 1. SÖKMATRIS.....	5
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	6

Inledning

Depression är ett vanligt förekommande problem bland äldre som inte uppmärksammas i samma utsträckning som somatiska sjukdomar. Vår erfarenhet är att vårdpersonal inom somatisk vård inte alltid uppfattar eller har kunskap om tecken på nedstämdhet och depression hos äldre. Vi tänker att detta kan innebära en risk för att äldre personers depressionssymtom förbises och tolkas som normala åldersförändringar. Depression leder till sänkt livskvalitet och är en riskfaktor för suicid, därför anser vi det viktigt att lyfta detta ämne. Under verksamhetsförlagd utbildning har vi erfarit att äldre deprimerade personer som försökt ta sitt liv inte tagits på allvar av vårdpersonal i samma utsträckning som yngre personer i samband med akut somatisk vård. Detta relaterar vi till en osäkerhet hos vårdpersonal kring den egna kunskapen om depression och hur sjukdomen bör hanteras. Vi tror att personalens förhållningssätt kan ha stor betydelse för bemötande av äldre med depression. Personal inom somatisk vård och äldreomsorg är i många fall de som först kommer i kontakt med äldre personer med depression. Med denna litteraturöversikt vill vi bidra med en ökad förståelse av depression hos äldre inom somatisk vård och äldreomsorg.

Bakgrund

För att ge en bild av kunskapsläget inom området beskrivs symtom, etiologi och prevalens av depression, depression hos äldre, behandling och omvårdnad av depression samt förhållningssätt inom vården. Med begreppet vårdpersonal avses i den här litteraturöversikten personer som arbetar patientnära inom somatisk vård och äldreomsorg. Även ett fåtal enhetschefer med direkt påverkan på vården inkluderas i begreppet. Med somatisk vård avses kroppslig vård som bedrivs inom primärvård, hemsjukvård och somatisk akutsjukvård. Med äldreomsorg avses omvårdnad som ges i hemmet eller på boenden.

Symtom, etiologi och prevalens av depression

Depression är ett förstämningssyndrom som innefattar ett antal symtom där sänkt stämningsläge är ett av de mer uttalade (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5, är en sammanställning av diagnostiska kriterier framtagna av American Psychiatric Association, som läkare och psykologer utgår från för att ställa psykiatriska diagnoser. För att diagnosen egentlig depression ska kunna ställas krävs enligt DSM-5 att minst fem av följande symtom är uppfyllda under en sammanhängande tvåveckorsperiod: nedstämdhet, minskad glädje eller intresse, betydande

viktnedgång eller uppgång, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla eller brist på energi, känslor av värdelöshet eller skuldkänslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga, tankar på döden eller suicidtankar.

Förekomsten av depression uppskattades 2015 bland världens befolkning ligga på 4,4 procent (World Health Organisation 2017). Hur vanligt förekommande depression är varierar mellan olika åldrar och är som högst för äldre kvinnor mellan 55-74 år där över 7,5 procent av kvinnorna är drabbade. Det senaste decenniet har förekomsten av depression ökat. Mellan 2005 och 2015 ökade förekomsten hos samtliga grupper med 18,4 procent. Depression är en av de mest framträdande orsakerna till ohälsa världen över.

Depression kan uppkomma trots att inga somatiska eller psykosociala problem förekommer (Ottoosson & Ottoosson, 2007). Det är dock vanligt att depressivitet föregås av negativa livshändelser. Stora förändringar i livet som förlust eller sjukdom kan bli utlösande faktorer som bidrar till att depression uppkommer. En inneboende sårbarhet för depression i kombination med en sådan livshändelse ökar risken för att bli deprimerad. I denna litteraturöversikt berörs endast unipolär depression. De som drabbas av unipolär depression har en eller flera perioder av depression i sitt liv. De drabbas dock inte av tillstånd med uppvarvning i anslutning till dessa perioder. Andra psykiatriska tillstånd där depression ingår som en del av sjukdomsförloppet kommer inte att beröras i denna översikt.

Depression hos äldre

Med stigande ålder upp till 80 år ökar risken för depression för att sedan sjunka hos både män och kvinnor som är äldre än 80 år (Peterson & Åsberg, 2014; WHO, 2017). Symtom på depression kan hos äldre gestalta sig på andra sätt än symtom hos yngre personer (Peterson & Åsberg, 2014). Det är vanligare att inslag som hämning eller ökning av fysiska uttryck som rastlöshet eller avsaknad av mimik förekommer hos äldre (Karlsson, 2013). Sömnstörningar, känslor av skuld och värdelöshet förekommer däremot i mindre utsträckning än hos yngre. Hos äldre kan symtom vara mindre tydliga och pågå under en längre period, vilket kan göra depressionen svårare att upptäcka. Symtom på depression kan misstas för symtom som förekommer vid andra sjukdomar, till exempel demenssjukdom. Ångest är ett vanligt förekommande delsymtom vid depression hos äldre. Även irritabilitet, inaktivitet och minnesproblem ses ofta vid depression hos äldre. Det är också vanligt att äldre upplever somatiska symtom i samband med depression.

Risikfaktorer för depression hos äldre personer skiljer sig från riskfaktorer för depression i yngre åldrar (Jongenelis et al., 2004). För äldre personer på äldreboenden framträdde riskfaktorer som smärta, funktionsnedsättning, synnedsättning, bristande socialt stöd, upplevelser av otillräcklig vård, negativa livshändelser, och ålder under 80 år. Utöver dessa riskfaktorer framstod ensamhet som en särskilt betydande risk för depression. Jongenelis et al. (2004) menar att ensamhet hos äldre utgör en tydlig indikation för att undersöka om depression föreligger. Även Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkely och Thisted (2006) beskriver ensamhet som en betydande riskfaktor för att äldre ska utveckla depression. Att förebygga ensamhet bör enligt Jongenelis et al. (2004) vara ett mål med vården på äldreboenden.

Risken för suicid hos äldre deprimerade personer är större än hos yngre (Wærn, 2013). Särskilt utsatta är äldre män. Ungefär 25 procent av alla suicid i Sverige görs av personer som är äldre än 65 år. Av alla äldre som suiciderar i Sverige är minst 65 procent deprimerade. Depression hos äldre är således en betydande riskfaktor för suicid. Detta gör att upptäckt och behandling av depression är viktiga beståndsdelar i suicidprevention. Personer som tidigare utfört suicidförsök löper större risk för fullbordat suicid. Sambandet är särskilt starkt hos äldre personer. Förutom depression finns sociala riskfaktorer för suicid hos äldre, till exempel förlust av en partner, ett svagt socialt nätverk, och ensamhet. Även fysisk sjukdom kan utgöra en risk för suicid, vilket kan relateras till funktionsförluster och frihetsbegränsningar som fysisk sjukdom kan medföra.

I samband med depression hos en äldre person föreligger ökad risk för följsjukdomar som demens och hjärt- kärlsjukdomar (Peterson & Åsberg, 2014). Depressionssymtom kan försvåra behandling av somatisk sjukdom och fördröja läkning av trauman som kan drabba äldre, till exempel frakturer. Depression kan även förvärra en somatisk sjukdom och öka dödligheten (Karlsson, 2013). Förekomst av somatisk sjukdom kan göra depression mer långvarig hos äldre.

Den förändrade livssituationen som ofta förekommer hos äldre, med trauman och förluster av olika slag kan göra det svårt att diagnostisera depression (Karlsson, 2013). Det kan vara problematiskt för vårdpersonal att avgöra om äldre personers stämningsläge är lågt relaterat till rådande omständigheter eller om det rör sig om depression. Gränsen för vad som kan tolkas som normala reaktioner på livshändelser och vad som utgör depression är otydlig. I diagnostiseringen av depression finns inga specifika kriterier för äldre patienter, vilket kan leda till en underdiagnostisering. För att upptäcka depression hos patienter finns ett antal skattningsskalor som kan användas av vårdpersonal. Geriatric Depression Scale är särskilt

anpassad till äldre och består av 20 frågor kring stämningsläge. Andra skattningsskalor som används är Hospital Anxiety Depression Scale och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale. Dessa är dock inte åldersanpassade. Skattningsskalorna används i kombination med kliniska bedömningar utifrån DSM-kriterierna.

Vid skattningar av depressionssymtom har det visat sig skilja mellan olika gruppers skattningar (Beyer, 2007). Vårdpersonal skattar äldres symtom högre än de äldre själva gör. De skattar även äldres symtom högre än yngre deprimerades symtom. Detta relaterades till äldre personers benägenhet att acceptera depression som en normal del i åldrandet. Den högre skattningen av vårdpersonal skulle kunna bero på att somatiska symtom förekommer hos äldre personer i större utsträckning än hos yngre. Att upptäcka och diagnostisera depression hos äldre är en komplex uppgift för vårdpersonal, således krävs en genomgripande kunskap inom området för att kunna ge äldre adekvat vård (Karlsson, 2013).

Behandling och omvårdnad vid depression

Det är viktigt med tydlig information kring behandling, hur den fungerar samt hur länge det dröjer innan förväntad effekt av medicinering uppstår (Ottosson & Ottosson, 2007). Tydlig information om depressionen, uppskattad sjukdomslängd och möjliga behandlingar är viktigt för att kunna stärka motivationen hos patienten att orka fullfölja behandlingar.

Depression behandlas med hjälp av läkemedel, psykoterapi och i svårare fall elektrokonvulsiv terapi, ECT, samt fysisk aktivitet (Ottosson & Ottosson, 2007). Samtalsbehandling i form av olika sorters psykoterapi har god effekt på lindriga av måttliga depressioner. Dessa kombineras ofta med läkemedelsbehandling i form av antidepressiva läkemedel. Psykoterapi ger likvärdiga eller bättre, mer stabila effekter jämfört med endast läkemedelsbehandling. I svåra fall av depression kan ECT ges. Detta sker främst då depressionen har psykotiska eller melankoliska drag samt vid risk för att personen suiciderar.

Behandling med antidepressiva läkemedel är en av de vanligaste behandlingsmetoderna för medelsvår och svår depression hos äldre (Beyer, 2007). I behandlingen behöver hänsyn tas till äldres speciella behov kopplat till eventuell samsjuklighet med somatiska sjukdomar och ökad känslighet för biverkningar. En liten del av forskningen kring antidepressiva läkemedel sker med fokus på äldre. Studier som gjorts på medelålders eller yngre befolkning går inte att generalisera till äldre på grund av förändringar i den mänskliga kroppen och de äldres psykosociala förutsättningar. Studier inom ämnet visar också att äldre som behandlas med antidepressiva läkemedel behöver längre tid innan läkemedlet uppnår full effekt efter

insättandet. För att minimera risken för återinsjuknande i depression bör medicineringen fortgå ytterligare en tid efter tillfrisknandet. Studier visar att denna period bör vara längre hos äldre individer och att personer med återkommande depressioner bör fortsätta med antidepressiv medicinerig 12-36 månader efter tillfrisknande.

Psykoterapi, samtalsbehandling, används vid behandling av depression (Beyer, 2007). Det finns flera olika sorters psykoterapibehandlingar att tillgå. De vanligaste typerna av psykoterapi i behandlingen av äldre med depression är kognitiv beteende terapi, Interpersonell psykoterapi, reminiscensbehandling, dialektisk beteendeterapi. Psykoedukation, utbildning kring sjukdomen är en viktig del av behandlingen och det förebyggande arbetet. Enligt Socialstyrelsens (2009) framkommer att de olika behandlingarna kan skilja sig i effektivitet beroende på graden av depression. Studier visar också på skillnader i hur effektiva de olika behandlingarna är relaterat till ålder och att studier pekar på att det kan vara svårare att hitta en effektiv psyko terapeutisk behandling för de äldre-äldre.

Elektrokonvulsiv terapi innebär att svag elektrisk ström leds genom patientens huvud via två elektroder. Under behandlingen får patienten muskelavslappande medel och är nersövd (SBU, 2015). ECT är en effektiv behandling vid depression hos äldre (Beyer, 2007). Denna behandlingsform bör särskilt övervägas hos äldre som har psykotiska inslag i sin depression, är suicidala eller inte förbättras av annan typ av behandling. Effekten av ECT hos äldre kan vara mer uttalad hos patienter med samsjuklighet i demens och cerebrovaskulära sjukdomar.

Fysisk aktivitet används för behandling av depression samt för att förebygga nya depressionsepisoder (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2008). Fysisk träning som behandling vid lätt och måttlig depression har enligt statens folkhälsoinstitut vetenskapligt stöd. Vid epidemiologiska studier samt vid långtidsstudier har preventiv effekt konstaterats. Övriga hälsoeffekter av fysisk aktivitet är av vikt då det finns ett samband mellan depression och fysisk sjukdom. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering skiljer sig detta dock vid behandling för äldre med depression (SBU, 2015). Enligt den samlade bedömning kring fysisk aktivitet föreligger inte tillräckligt med vetenskapliga belägg för att fysisk aktivitet som behandling ska vara effektivt vid depression hos äldre. Detta då de ofta är mindre rörliga, fysiskt svagare och har svårare att tillgodogöra sig fysisk aktivitet. Sjukdom och nedsatt rörelseförmåga kan göra att de äldre inte har tillgång till fysisk aktivitet på lika villkor som övriga befolkningen. I rapporten som granskar fysisk aktivitet har sex tidigare studier undersökts enligt riktlinjer från National Institute for Health and Care Excellence.

Omvårdnad och förhållningssätt vid depression

Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver vikten av ett gemensamt förhållningssätt i form av en värdegrund för utövandet av god omvårdnad. Ett förhållningssätt med öppenhet för patienten och det hen förmedlar är en förutsättning för god vård. Förhållningssätt kan beskrivas som en persons sätt att tänka, känna, vara och inrikta sig (Psykologilexikon, 2008). En holistisk grundsyn där handlingar, reaktioner och attityder ses som yttring av personen som helhet. Förhållningssätt kan också uttryckas som inställning eller attityd. Attityder kan beskrivas som människors beteende gentemot varandra, hur personer bemöter andra i sin omgivning. Synsättet kan tolkas som en mental inställning, något som bygger på tidigare erfarenheter och ligger till grund för hur vi tolkar omvärlden (Brante, Andersen & Korsnes, 2001). Attityder speglar människors inställning för eller emot olika frågor och företeelser.

Vid depression är bemötande en viktig del av vården (Ottosson & Ottosson, 2007). Möjlighet att minska skuld känslor, få tala om tankar kring döden, sin hopplöshetskänsla och erfarenheter från tidigare depressiva episoder är viktigt för att avlasta den deprimerade individen.

Tidigare studier kring vårdpersonals förhållningssätt till äldre patienter pekar på varierande attityder, både positiva, negativa och neutrala (Liu, Norman & While, 2012). I Mellor, Chew och Greenhill (2006) framkommer att vårdpersonal har övervägande positiva attityder gentemot äldre men brister i kunskapen kring vård av äldre.

Förhållningssätt hos vårdpersonal kring sjukdomar och symtom har betydelse för vilka förutsättningar de har att utföra sitt arbete. Enligt Ross och Goldner (2009) visar tidigare studier att det hos vårdpersonal förekom negativa attityder gentemot personer med psykisk ohälsa. Karaktärsdrag hos patienter som lathet, dålig moral, brist på disciplin och självkontroll sågs som orsaker till psykisk ohälsa. Dessa attityder och förhållningssätt påverkade vårdpersonals förmåga att urskilja symtom på psykisk ohälsa från beteenden de uppfattade bero på att patienten var ohyfsad och otrevlig. En annan attityd som framkom innebar att vårdpersonal inom somatisk vård gjorde skillnad på fysisk och psykisk vård. De ansåg att vård av psykisk ohälsa inte var en del av deras jobb. Fokuseringen på den somatiska vården relaterades till brist på resurser, när prioriteringar behövde göras valde vårdpersonal somatiska behov framför psykiska. Det framkom även att attityder hos vårdpersonal inom somatisk vård var negativa i större utsträckning än hos vårdpersonal inom psykiatrisk vård.

Problemformulering

Förekomsten av depression har ökat det senaste decenniet och är en av de mest framträdande orsakerna till ohälsa världen över. Äldre personer är särskilt utsatta avseende riskfaktorer, bedömning, och långtgående konsekvenser för hälsan. Vårdpersonal inom somatisk vård och äldreomsorg är ofta de första som kommer i kontakt med äldre som är deprimerade eller nedstämda i samband med att de söker vård. Förhållningssätt hos vårdpersonal är en viktig aspekt av hur patienterna upplever vården. Vårdpersonal som arbetar inom somatisk vård har uttryckt negativa förhållningssätt till depression. Dessa negativa attityder kan innebära att depression och nedstämdhet hos äldre inte uppmärksammas och utreds ordentligt, vilket kan påverka äldre patienters möjlighet till adekvat vård.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att skildra hur sjukvårdspersonal beskriver och förstår depression hos äldre inom somatisk vård och äldreomsorg.

Teoretiska utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt för litteraturöversikten har författarna utgått från Barkers tidvattenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Modellen inriktar sig på återhämtning och omvårdnad vid psykisk ohälsa, vilket författarna anser passande då syftet med litteraturöversikten fokuserar på depression och vårdpersonal. Tidvattenmodellen lägger vikt vid betydelsen av förståelse, omsorg och medkänsla hos vårdaren i mötet med personer som genomgår kriser, vilket kan kopplas till syftet med litteraturöversikten. I den här litteraturöversikten kommer tidvattenmodellen att tillämpas i resultatdiskussionen. Resultatet diskuteras utifrån delar av Barker och Barker-Buchanans centrala antaganden, principer och åtaganden. I tidvattenmodellen beskriver Barker och Barker-Buchanan vatten och dess ständiga rörelse som en metafor för mänskligt liv.

Tidvattenmodellen utgår från fyra centrala antaganden om vilken typ av vård personer som upplever psykisk ohälsa behöver. Dessa antaganden syftar till att spegla attityder hos vårdpersonal (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Det första antagandet innebär att vården ses som en interaktiv, utvecklande och mänsklig aktivitet. Vården fokuserar mer på patienters framtida utveckling än orsaker och uppkomst till den psykiska ohälsan. Det andra antagandet innebär att psykisk ohälsa kan ses av utomstående i patienters beteenden, men en patients faktiska upplevelse är alltid dold för omgivningen. Traditionell vård syftar ofta till att

behandla människors beteenden och få dem att passa in i sociala normer. Barker och Barker-Buchanan menar att vården istället bör fokusera på att hjälpa patienter att få tillgång till sin egen upplevelse och livsberättelse för att förstå sin nuvarande situation. Det tredje antagandet innebär att relationen mellan vårdpersonal och patient bör vara baserad på ömsesidigt inflytande. Vårdprocessen kännetecknas av samarbete mellan personal och patienten. Det fjärde antagandet innebär att upplevelsen av psykisk ohälsa kan ses som hinder i patienters vardag. Vården bör således utgå från patienters livsvärld och karaktäriseras av ett fokus på deras upplevelse av och relation till sin psykiska hälsa.

Tidvattenmodellen beskriver även principer kring funktioner och egenskaper som utgör vårdrelationen (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Vårdpersonals förhållningssätt bör karaktäriseras av *nyfikenhet*. Vårdpersonal känner bara till en liten del av patienters erfarenheter. Dessa erfarenheter behöver utforskas om patienters behov ska kunna identifieras och tillgodoses. Personer med psykisk ohälsa definieras ofta utifrån problem, symtom, och diagnoser. Tidvattenmodellen ser allvaret i dessa problem men strävar samtidigt efter att fokusera på styrkan i patienters *egna resurser*. Vårdpersonal bör sträva efter att identifiera dessa resurser, både personliga och resurser i patienters sociala nätverk. Tidvattenmodellen framhäver vikten av att utgå från och *respektera patienters upplevelse*. Patienters egna upplevelse av sina besvär värdesätts framför objektiva bedömningar av utomstående.

Teorin beskriver även vägledande åtaganden med syfte att förtydliga det professionella ansvaret och stödja vårdpersonalen (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Barker och Buchanan-Barker beskriver dessa åtaganden som en kompass: "these values guide us when the sky is dark, the tide is high and we are afraid" (s. 243). En av huvuduppgifterna för vårdpersonal är att assistera patienten i att *upptäcka kunskapen* om sitt eget liv och hur denna kunskap kan användas på vägen mot återhämtning. Vårdaren bör *värdesätta patientens röst*. Om patientens berättelse är utgångspunkt för vården får vårdpersonal insikt i både lidande och hopp och förbättring. Det är väsentligt att *respektera patientens språk*, för att ta tillvara på patientens unika sätt att uttrycka sin berättelse. Vårdpersonal bör inta rollen som *lärling*, patienten är expert på sin livsberättelse. Berättelsen innehåller exempel på verktyg som har fungerat tidigare i livet. Dessa verktyg kan användas igen på vägen mot psykisk återhämtning. För att en förtroendefull vårdrelation ska uppstå behöver både vårdpersonal och patient vara *transparenta*. Särskilt ansvar ligger hos vårdaren att ge patienter insyn i vården. Tidvattenmodellen beskriver vikten av att ge *gåvan av tid*. Spendera tid tillsammans är det mest värdefulla patient och vårdpersonal kan göra tillsammans. Vårdpersonal och patient

behöver samarbeta kring vad som kan utgöra nästa steg i vården. *Alla steg är betydelsefulla* på vägen mot återhämtning. Kriser och livshändelser som föranleder att patienter söker vård för psykisk ohälsa ses som möjligheter till *förändring*. Förändring beskrivs som konstant och oundviklig. Vikten av att identifiera enklast möjliga handling som kan föranleda förändring betonas i tidvattenmodellen. Vårdpersonals uppgift är att hjälpa patienten att utveckla medvetenhet kring hur förändring ser ut och hur den kan användas för att guida patienten mot återhämtning.

Metod

För att besvara syftet har författarna utfört en litteraturoversikt enligt Friberg (2012). Litteraturoversikten gjordes för att skapa en bild av aktuell forskning inom området.

Datainsamling och urval

Översikten är baserad på tio vetenskapliga artiklar. Sökning av artiklar utfördes i två omgångar. En inledande sökning gjordes för att skapa en bild av den aktuella forskningen inom området samt avgränsa ämnesområdet. Utifrån den inledande sökningen utfördes en systematisk sökning med specifika sökord där de slutgiltiga artiklarna valdes ut.

Författarna använde databaserna CINAHL complete, psycINFO och PubMed i datainsamlingen. Sökningar gjordes även i Ageline och Nursing and Allied Health Database. Dessa sökningar genererade dock inga nya artiklar. Databaserna valdes då de innehåller vårdvetenskapliga artiklar samt inrymmer artiklar i det valda ämnet. En del av de artiklar som valdes i den första systematiska sökningen i databasen CINAHL återfanns även i databaserna PubMed och PsycINFO. Författarna valde att söka i flera databaser för att göra en bred sökning och inte riskera att missa aktuell forskning inom det valda området. Sökningen fokuserades på förhållningssätt hos vårdpersonal, depression, attityder hos vårdpersonal samt äldre patienter över 65 år. De sökord som användes var *depression, attitudes of health personnel, aged, aged 80 and over, nurse attitudes, late life depression och primary health care* (se bilaga 1). För att identifiera ämnesord som passar syftet användes Medical Subject Headings samt Major Headings. Dessa är ämnesord som beskriver referensens huvudsakliga innehåll och inkluderar synonymer till sökorden. Sökorden har kombinerats med AND för att få med samtliga aspekter av sökorden. Begränsningar gjordes till publiceringsår 2006-2017, full text och engelska. Full text valdes för att göra materialet tillgängligt för läsare. Sökningar med AND gjordes då samtliga sökord var relevanta för att specificera sökningarna.

Artiklarna valdes utifrån relevans relaterat till litteraturöversiktens syfte och problemformulering. I urval av artiklar lästes först titlar, om titeln verkade relevant lästes sedan abstrakt och till sist artikeln i sin helhet. Artiklarna granskades utifrån Fribergs (2012) rekommendationer för granskning i syfte att undersöka studiernas kvalitet. De artiklar som valts ut är vetenskapligt granskade, vilket innebär att de uppfyller en viss vetenskaplig kvalitet. Författarna har valt ut nio artiklar av kvalitativ metod då dessa mer djupgående beskrev vårdpersonalens förhållningssätt inom ämnet. Författarna valde även en artikel av mixad metod som behandlade förhållningssätt till depression hos äldre bland vårdpersonal. Val av aktuella artiklar har skett i samråd mellan författarna. Vårdpersonal från olika yrkeskategorier ingår i översikten. Författarna valde artiklar där deltagarna i studierna till stor del utgjordes av vårdpersonal som arbetade med omvårdnad, till exempel sjuksköterskor och undersköterskor. Andra yrkeskategorier som finns representerade är socialarbetare, enhetschefer, dietister, kuratorer och läkare. Artiklar som berör enbart läkares förhållningssätt exkluderades för att undvika artiklar som fokuserade på medicinska aspekter av depression. Artiklar där det var otydligt vilka specifika yrkesgrupper deltagarna i studien tillhörde exkluderades. Ett sådant exempel var artiklar där en stor del av deltagarna arbetade med sociala frågor med otydlig koppling till vårdarbete. Därigenom säkerställdes det vårdvetenskapliga perspektivet. I en studie förekom förutom vårdpersonal även patienters upplevelser av depression, vilket avvek från syftet med litteraturöversikten (Burroughs et al., 2006). Författarna bedömde dock att det i studiens resultat var tydligt avgränsat vad som sagts av vårdpersonal och vad som sagts av patienter och beslöt utifrån detta att studien var relevant och kunde inkluderas i översikten. I en studie förekom det fler läkare än övriga yrkeskategorier, 17 läkare, sju sjuksköterskor och fem kuratorer (Murray et al., 2006). Detta skulle kunna innebära att det medicinska perspektiv på förhållningssätt blev mer framträdande. Författarna anser dock att studien bidrog med ett relevant perspektiv på teamarbetet kring depression och valde att inkludera studien. Samtliga valda resultatartiklar redovisas i en matris (se bilaga 2).

I denna litteraturöversikt används begreppet äldre. Gränsen för vad som anses vara äldre är flytande, vilket författarna är medvetna om. Författarna har valt att godta det resultatartiklarna beskriver som äldre. Samtliga äldre personer som förekommer i översikten benämns som patienter oavsett vilken vårdform de fick vård inom. Begreppet patient inkluderar personer som får yrkesmässig vård oavsett vårdform och vårdgivare i enlighet med svensk sjuksköterskeförenings (2016) definition.

Analys

Samtliga artiklar lästes upprepade gånger av båda författarna. Inledningsvis läste författarna artiklarna var och en för sig. Därefter analyserades de gemensamt i syfte att säkerställa en samstämmig förståelse av artikels innehåll. En sammanställning av varje studies resultat gjordes på pappersark som sedan sammanfogades med fysiska exemplar av artiklarna. Dessa sammanställningar redogjorde för de teman och kategorier som framkom i respektive artiklar. Vidare identifierades centrala fynd i artiklarnas resultat. I analysen av innehållet framkom olika förhållningssätt som färgkodades i syfte att sortera in dem i nya kategorier. Tre kategorier med underkategorier utformades. Därefter urskildes skillnader och likheter inom de olika kategorierna.

Relevanta delar av materialet har översättas från engelska till svenska. I översättningen har författarna utgått från Nordstedts stora engelska ordbok (2011). För att undvika misstolkning av artiklarnas resultat relaterat till översättning, har fraser och centrala begrepp först översatts individuellt av båda författarna för att sedan bedömas gemensamt.

Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden i litteraturöversikten baserades på de tre grunderna för etisk motivering av en studie (Kjellström, 2012). Översikten ska vara relevant inom ämnet, i detta fall vårdvetenskap. Studien bör vara av god vetenskaplig kvalitet avseende val av metod, teori och diskussion som stämmer överens med resultat och besvarar studiens syfte. Slutligen bör det framgå att studien utförts på ett etiskt sätt.

Författarna bedömer att denna litteraturöversikt är relevant då den berör ett viktigt ämne där författarna tror att det finns behov av ytterligare forskning. Författarna har tagit ställning till hur etiska överväganden framkommer i valda artiklar samt om det på annat sätt går att utläsa huruvida studien genomförts på ett etiskt sätt. I alla studier utom en framkom att studien godkänts av en etisk kommitté eller att författarna på annat sätt gjort etiska överväganden. I studien av Murray et al. (2006) framkom inte huruvida ställning tagits till etiska överväganden. Författarna till denna litteraturöversikt bedömde att studien ändå bör ha genomförts på ett etiskt sätt då studien finansierats av National Health Service i Storbritannien.

Författarna tog även i beaktande att deras förförståelse inom ämnet eventuellt kunde påverka tolkningen av resultatet och arbetade aktivt för att motverka detta (Henricson, 2012).

Hänsyn har tagits till förförståelse i form av tidigare erfarenheter av att vårda äldre och

äldre med depression i samband med verksamhetsförlagd utbildning samt tidigare yrkeserfarenheter inom äldreomsorg och allmän psykiatri.

Resultat

I analysen av valda artiklar utformades tre kategorier med underkategorier. En sammanfattning av kategorier och underkategorier presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier förekommande i resultatet

Kategori	Vårdpersonals förståelse av depression hos äldre	Attityder till depression	Vårdpersonals förutsättningar att hantera depression hos äldre
Underkategori	Bakomliggande orsaker och riskfaktorer	Stigma hos äldre	Vårdpersonals roller och funktioner
	Hinder för att upptäcka och bedöma depression	Depression som en normal del av åldrande	Tidsramar inom vården
	Kunskap och utbildning		

Vårdpersonals förståelse av depression hos äldre

I vårdpersonals förståelse av depression hos äldre framkom bakomliggande orsaker och riskfaktorer för depression. Vidare framkom upplevelser av hinder för att upptäcka och bedöma depression hos äldre samt förhållningssätt till kunskap och utbildning relaterat till depression.

Bakomliggande orsaker och riskfaktorer

Hos vårdpersonal förekom olika uppfattningar om vad som kan utgöra bakomliggande orsaker och riskfaktorer för depression (Choi, Wyllie & Ransom 2009; Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; Lu & Hsieh, 2012; Murray et al., 2006; Piven, Anderson, Colón-Emeric & Sandelowski, 2008). Brist på stöd från anhöriga och därigenom social isolering och ensamhet sågs av en del vårdpersonal som en orsak till och en riskfaktor för depression hos äldre (Choi et al., 2009; Lu & Hsieh, 2012; Murray et al., 2006; Piven et al., 2008). Det framkom att en del vårdpersonal ansåg att brist på stöd från anhöriga även var en risk för suicid (Lu & Hsieh, 2012). Förluster sent i livet ansågs av vårdpersonal vara en riskfaktor för depression (Choi et al., 2009; Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; Lu & Hsieh, 2012; Piven et al., 2008). Förluster som nämndes var förlust av en partner, förlust av ett barn, förlust av fysiska funktioner och förlust av socialt sammanhang. Förlust av fysiska funktioner ansågs av vårdpersonal kunna påverka äldres förmåga att ta hand om sig själva och därigenom

bli beroende av andra (Piven et al., 2008). Att förlora sitt sociala sammanhang genom att inte längre förvärvsarbeta eller att flytta in på ett vårdboende uppfattades som bidragande orsaker till depression.

Hinder för att upptäcka och bedöma depression

Upplevda svårigheter hos vårdpersonal att bedöma och upptäcka depression hos äldre framkom i ett flertal studier (Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; McCabe, Davidson, Mellor & George, 2009; Murray et al., 2006; Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons & Gott, 2015).

Det framkom svårigheter att skilja mellan depression och somatisk sjukdom i bedömningen av äldre patienters psykiska hälsa (McCabe et al., 2009; Murray et al., 2006). Personal erfor att det ofta förekommer samtidig somatisk sjukdom hos äldre patienter. Detta innebar att vårdpersonal avvaktade innan de övervägde depression som orsak till patienters symtom. Vårdpersonalens erfarenheter av hur patienter framställde sina symtom påverkade förutsättningarna för att upptäcka och bedöma depression hos äldre. Det framkom att vårdpersonal uppfattade att äldre patienter ofta fokuserade på somatiska symtom när de sökte vård, eller relaterade sina psykiska besvär till en eventuell somatisk sjukdom. En del vårdpersonal uttryckte att fokusering på somatiska symtom var vanligt förekommande hos alla åldersgrupper. Andra vårdpersonal uttryckte att det fanns lite att tillgå i fråga om behandling av äldres depression och att de därför avstod från att utvärdera patienters psykiska hälsa (Choi et al., 2009). Det framkom även åsikter kring att det saknas formella riktlinjer för att upptäcka och bedöma depression (Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; Nunn, Annells, & Sims, 2007; Waterworth et al., 2015). Istället för skattningsskalor och formulär använde sig vårdpersonal av informella frågor och samtal för att bedöma patienters psykiska hälsa och eventuella depression. I Nunn et al. (2007) framkom att 36 av 46 tillfrågad vårdpersonal utgick från subjektiva bedömningar för att upptäcka depression. Endast fem av 46 använde skattningsskalor. Vårdpersonal ansåg att erfarenhet var en viktig aspekt för att kunna fråga patienterna om depressionssymtom (Waterworth et al., 2015). En del sjuksköterskor upplevde frågorna kring depressionssymtom som känsliga och svåra att ställa och att de i samband med detta känslomässiga arbete även tvingades hantera sina egna känslor. Reaktionen från patienter i form av starka känslouttryck kunde upplevas som skrämmande.

Kunskap och utbildning

Vårdpersonals förhållningssätt till kunskap och utbildning relaterat till depression hos äldre framkom i ett flertal studier (Choi et al., 2009; Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009; Nunn et al., 2007; Piven et al., 2008; Waterworth et al., 2015). En del vårdpersonal upplevde en kunskapsbrist om depression (Choi et al., 2009; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009; Nunn et al., 2007). Nunn et al. (2007) beskrev att fem av sex tillfrågad vårdpersonal uppgav att brist på relevant kunskap utgjorde ett hinder i hanteringen av depression. Vårdpersonal erfor att depression hos äldre patienter kunde förvärras av att personal inte hade tillräcklig kunskap inom området (Choi et al., 2009). Det förekom även vårdpersonal som överlag kände sig säkra på sin kunskap om bedömning av depression men osäkra kring behandling (Liebel & Powers, 2015; Piven et al., 2008). Vårdpersonal som arbetade patientnära upplevde att de var i en fördelaktig position att bedöma depression men de kände sig inte trygga i att utföra bedömning (Hassall & Gill, 2008). Vårdpersonal framhävde även vikten av att ha kunskap om vilka alternativ till stöd som kan erbjudas till patienter (Waterworth et al., 2015). Detta ansåg personalen gjorde skillnad för hur de bemötte äldre patienter. Personal som hade kännedom om alternativ till stöd försökte mer aktivt uppmärksamma depression. Vårdpersonal uttryckte att intresse och kunskap kring depression hos äldre påverkade hur engagerade personal var i patienterna. De som kände sig trygga i ämnet upplevde sig bättre kunna samtala med patienterna om depression.

Attityder till depression

I attityder till depression framkom både vårdpersonals egna attityder samt deras uppfattning om äldre patienters attityder.

Stigma hos äldre

Vårdpersonal erfor att en del äldre patienter upplevde stigma förknippat med depression (Burroughs et al., 2006; Lu & Hsieh, 2012; McCabe et al., 2009; Murray et al., 2006). Stigma relaterat till depression uppfattades av vårdpersonal kunna hindra äldre från att söka vård och acceptera att de var deprimerade. Personal upplevde att detta försvårade upptäckt och behandling av depression. Det framkom att vårdpersonal ansåg att stigmat var en generationsfråga (Murray et al., 2006). Vårdpersonal ansåg att äldre personer inte hade tillgång till samma språk som yngre personer för att beskriva psykisk hälsa. En del vårdpersonal relaterade patienters fokus på framförallt fysiska symtom till stigma kring

depression. De uttryckte att äldre ville ha en fysisk förklaring på sina besvär. Vårdpersonal erfor att äldre i de fall de ändå pratade om psykiska besvär uttryckte känslor av skam. Några uttryckte att ett skamfyllt förhållningssätt kring depression förekom hos alla åldersgrupper. Det framkom att vårdpersonal upplevde att äldre försökte maskera och normalisera symtom vilket personalen relaterade till stigma (McCabe et al., 2009). De erfor att äldre inte ville vara en börda för sin omgivning och därför undvek att prata om sin psykiska hälsa.

Depression som en normal del av åldrande

Vårdpersonal uppfattade att äldre i vissa fall såg på depression som en normal del av åldrande (Lu & Hsieh, 2012; Murray et al., 2006). Äldres normalisering av depression ansågs kunna leda till att patienter inte nämnde sina symtom för vårdpersonalen. Vårdpersonal uttryckte att detta i sin tur kunde leda till att depressionen inte uppmärksammades. Det framkom att vårdpersonal uppfattade att äldre inte alltid var medvetna om att depression var en sjukdom som gick att behandla (Murray et al., 2006). Vårdpersonal undvek i vissa fall att nämna ordet depression för att inte avskräcka de äldre. Det förekom vårdpersonal som valde att inte benämna depression och de gjorde ingen språklig skillnad på depression och normal nedstämdhet (Piven et al., 2008).

En del vårdpersonal resonerade kring depression som en normal och berättigad reaktion på förändringar sent i livet (Burroughs et al., 2006; Liebel & Powers, 2015; Piven et al., 2008). Att flytta från sitt hem till vårdboende och förlora sitt sociala sammanhang nämndes som en sådan förändring. Andra uttryckte att depression inte bör ses som en normal del av åldrande men att det ändå kan vara svårt att skilja på depression och normala delar av åldrande. Sorg och ensamhet till följd av förluster gavs som exempel (Murray et al., 2006).

Vårdpersonals förutsättningar att hantera depression hos äldre

I kategorin framkom att förutsättningar för att hantera depression såg olika ut, nedan beskrivs förhållningssätt hos vårdpersonal kring roller och funktioner samt tidsramar relaterat till depression hos äldre.

Vårdpersonals roller och funktioner

Vårdpersonals förhållningssätt till sina roller och funktioner i hanteringen av depression framkom i ett flertal studier (Burroughs et al., 2006; Hassel & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009; Piven et al., 2008; Waterworth et al., 2015). En del vårdpersonal

ansåg att deras främsta uppgift var att hantera patienters fysiska behov och de gjorde en skillnad på fysiskt och psykiskt hälsa (Burroughs et al., 2006; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009). Andra ansåg istället att det var en prioritet att uppmärksamma risken för depression, och uttryckte att stämningläge var ett ämne som vårdpersonal alltid berörde vid samtal med äldre patienter (Waterworth et al., 2015). Sjuksköterskor som samarbetade med en läkare som var genuint intresserad av depression hos äldre upplevde ett stort stöd i sitt arbete och hade någon att diskutera patienternas välbefinnande med. Kollegor med erfarenhet av psykisk ohälsa sågs som en stor tillgång för behandling och omvårdnad. Vårdpersonal som träffade patienter dagligen i sina roller uttryckte att de hade särskilt goda förutsättningar för att upptäcka depression hos äldre (Hassel & Gill, 2008; Piven et al., 2008). Detta var dock en arbetsuppgift de önskade dela med övriga kollegor (Piven et al., 2008).

Ett annat förhållningssätt som framkom var att vårdpersonal upplevde en osäkerhet kring sina roller och ansvarsområden relaterat till ombesörjande av depression hos äldre (Burroughs et al., 2006; Piven et al., 2008). Vårdpersonal uttryckte att det i vissa fall var oklart vem som ansvarade för att upptäcka och behandla depression hos äldre.

Vårdpersonals förhållningssätt gentemot varandra framkom i ett flertal studier (Burroughs et al., 2006; Hassall & Gill, 2008; McCabe et al., 2009; Piven et al., 2008). En del vårdpersonal upplevde brister i kommunikation med kollegor. De uttryckte att ansvarig vårdpersonal inte alltid lyssnade eller tog det som förmedlades kring äldre patienters psykiska hälsa på allvar (Piven et al., 2008). Ansvarig vårdpersonal i sin tur uttryckte att övrig personal inte tog till sig av den information och de direktiv de förmedlade (McCabe et al., 2009), men det förekom även vårdpersonal som ansåg att ansvarig vårdpersonal tog deras åsikter på allvar (Piven et al., 2008). Omsättning av personal uppgavs av en del vårdpersonal försvåra handläggningen av depression hos äldre (Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009). Vid täta personalbyten upplevde vårdpersonal att det var svårt att skapa en trygg relation med patienterna. Trygga relationer sågs som en förutsättning för att de äldre skulle kunna öppna upp och prata om sin psykiska hälsa.

Tidsramar inom vården

Vårdpersonals förhållningssätt till tid framkom i ett flertal studier (Burroughs et al., 2006; Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009; Murray et al., 2006; Piven et al., 2008; Waterworth et al., 2015). Tidsaspekten upplevdes av vårdpersonal utgöra både en förutsättning och ett hinder i hanteringen av depression. Vårdpersonal erfor att äldre patienter

behövde tid för att kunna uttrycka tankar och svara på frågor om psykisk hälsa (Liebel & Powers, 2015; Murray et al., 2006; Waterworth et al., 2015). En uppfattning som framkom var att vårdpersonal erfor att de behövde träffa en patient upprepade gånger och under en längre period för att kunna upptäcka och bedöma depression. Kontinuerlig kontakt med patienterna gav ökad möjlighet att se förändringar i patientens beteende och således bättre förutsättningar att upptäcka tecken på depression (Waterworth et al., 2015). Vårdpersonals erfarenheter av tidsbrist i hanteringen av depression hos äldre framkom i ett flertal studier (Burroughs et al., 2006; Hassall & Gill, 2008; Liebel & Powers, 2015; McCabe et al., 2009; Piven et al., 2008; Waterworth et al., 2015). Vårdpersonal upplevde bland annat att behoven av fysisk vård upptog det mesta av tiden och att det inte fanns tid kvar för att samtala med patienterna om psykisk hälsa (Waterworth et al., 2015).

Diskussion

Inledningsvis diskuteras litteraturöversiktens metod utifrån syfte, datasökning, urval, begränsningar och analys. Därefter följer en diskussion kring resultatet.

Metoddiskussion

En litteraturöversikt har genomförts om vårdpersonals beskrivning och förståelse av depression hos äldre inom somatisk vård och äldreomsorg. Metoden diskuteras utifrån datainsamling och urval samt analys (Friberg, 2012; Henricson, 2012).

Initialt ämnade författarna belysa sjuksköterskors beskrivning och förståelse av depression hos äldre. I brist på utförda studier inom ämnet breddades syftet och sökningen till begreppet vårdpersonal. Detta kan ses som en svaghet med tanke på att det inom gruppen vårdpersonal kan skilja markant mellan arbetsuppgifter och utbildningsbakgrund och således även förståelse. Den bredare termen vårdpersonal bidrar dock till att fler möjliga förhållningssätt framkommer som kan vara av betydelse inom omvårdnad. Termen vårdpersonal tar även fasta på det faktum att vård ofta bedrivs i team bestående av ett flertal yrkeskategorier, vilket gör det relevant att belysa förhållningssätt hos vårdpersonal. I översikten ingår olika yrkeskategorier där flertalet arbetar med omvårdnad, övriga har relevanta roller kopplat till utformning av och kvalitén på omvårdnaden.

I sökningarna användes termen AND mellan sökorden i syfte att inkludera samtliga sökord. Detta skulle kunna innebära att för översikten relevant material missats. Synonymer till sökorden skulle kunna ha använts och kombinerats med OR för att inkludera fler studier.

Sökningarna begränsades till åren 2006-2017. Artiklarna som sedan valdes ut är publicerade mellan 2006-2015. Tidsbegränsningen bedömdes relevant för att ge en god översikt av forskning inom ämnet och samtidigt säkerställa att forskningen inte var föråldrad. Studierna i nio av de utvalda artiklarna är kvalitativa och en studie är av mixad metod. I de kvalitativa studierna framkom en djupare bild av vårdpersonalens upplevelser uttryckta med egna ord, vilket svarar upp mot översiktens syfte på ett tillfredsställande sätt. Studien av mixad metod bidrog också till att beskriva förhållningssätt, dock inte lika djupgående som de kvalitativa studierna.

Nio studier var utförda i engelskspråkiga länder. Tre av dessa studier var från Australien, tre från USA, två från Storbritannien och en från Nya Zeeland. En studie var utförd i Taiwan (Se bilaga 2.). Detta skulle kunna innebära en mer betydande skillnad i personalens förhållningssätt i jämförelse med de västerländska länderna, relaterat till samhällsstrukturella och kulturella olikheter. Författarna har gjort bedömningen att skillnader förekom men även likheter med övriga studier. De teman som redovisades i artikelns resultat kunde sammanställas och analyseras tillsammans med övriga studiers resultat. Majoriteten av studierna är utförda i västerländska länder, vilket innebär att resultaten med större sannolikhet går att applicera i svensk kontext. Det bör beaktas att det kan förekomma skillnader i sjukvårdssystem mellan olika länder och skillnader i respektive vårdinstans värdegrund som skulle kunna påverka resultatets överförbarhet till svensk kontext. Detta då organiseringen av vården sannolikt skulle kunna påverka förutsättningarna för vårdpersonalen. Eventuella kulturella skillnader har inte undersökts.

Analysen av bearbetat material har skett i samarbete mellan båda författarna. Allt skrivet material är läst och genomarbetat av bägge författare vilket ses som en styrka. Risken för att författarna skulle ha missat väsentligt material i resultatartiklarna bedöms på detta sätt ha minskat. Författarna har arbetat tillsammans och genomgripande diskuterat samtliga delar av översikten. Detta har bidragit med att reducerat påverkan av respektive författares förförståelse. Sammantaget bedömdes kvaliteten på artiklarna som god. Artikeln av Nunn et al. (2007) bedömdes dock ha brister i generaliserbarhet på grund av få antal deltagare. Författarna bedömde att studien tillförde relevant information rörande förhållningssätt inom kunskap om depression. Studien bedömdes i övrigt uppfylla kraven för kvalitetsgranskning enligt Friberg (2012), vilket gjorde att författarna valde att inkludera den.

Valda delar av studierna som resultatet är baserat på har översatts från engelska till svenska. Då engelska inte är författarnas modersmål har ställning tagits till huruvida det kan

påverka översättning av litteratur på engelska. Vid översättning av texter föreligger en risk för feltolkningar (Sandman & Kjellström 2013). Detta har beaktats av författarna och försiktighet har iakttagits gällande översättning. Författarna ser det som en styrka att analys av material på engelska har skett i två steg. Först enskilt av vardera författare och sedan diskuterats tillsammans för ett gemensamt beslut kring översättning. Detta torde ge minskad risk för översättningsfel.

Under arbetet med litteraturöversikten har författarna varit medvetna om att tidigare erfarenheter av möten med personal och äldre deprimerade patienter inom hälso- och sjukvården ligger till grund för viss förförståelse. I dessa möten har det bland annat uppfattats en del negativa attityder hos vårdpersonal. Författarna har därför genomgående under arbetets gång varit noga med att reflektera kring denna förförståelse för att minimera risken för att resultatet påverkas i någon riktning.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens resultat diskuteras utifrån tidigare studier samt översiktens teoretiska utgångspunkt tidvattenmodellen. Delar av Barker och Barker-Buchanans (2005) centrala antaganden, principer och åtaganden för vårdpersonal appliceras här på resultatet. Resultatet diskuteras även ur ett patientperspektiv för att visa på relevansen och betydelsen av vårdpersonals förståelse av depression hos äldre.

Betydelsen av kunskap

Förhållningssätt till kunskap framkom som väsentliga aspekter i ett flertal studier. Äldres depression skiljer sig i flera avseenden från depression hos yngre personer (Karlsson, 2013). Därför var det inte överraskande att särskild kunskap om depression hos äldre framhölls som viktig för äldres psykiska hälsa. I resultatet framkom att en del vårdpersonal upplevde kunskapsbrist kring depression hos äldre. Kunskapsbrist kan kopplas till flera av de övriga kategorierna som framkommer i resultatet. Författarna anser att det i översiktens resultat blir tydligt hur samtliga aspekter av förhållningssätt påverkar vårdpersonalens möjlighet att hantera svårigheter och agera i mötet med äldre deprimerade personer. Kunskap om orsaker och riskfaktorer för depression gör det möjligt att arbeta preventivt för att förebygga depression. Negativa attityder och antaganden kan uppkomma till följd av bristande kunskap om hur något upplevs av andra. Utbildning kring depression hos äldre kan påverka vårdpersonals attityder till depression. I en studie av Butler och Quayle (2007) om

förhållningssätt till depression hos äldre uttryckte vårdpersonal mer positiva attityder efter en utbildningsinsats. Vårdpersonal upplevde att det efter utbildning var lättare att skilja på depression och normal nedstämdhet och upplevde att det var mer givande att vårda deprimerade patienter.

Hinder för att upptäcka depression hos äldre handlade till viss del om bristande kunskap om hur depression bedöms och vilka skattningsverktyg som finns att tillgå. I en tidigare studie om användningen av skattningsskalor för att bedöma depression framkom bristande kunskap och osäkerhet (Park et al., 2015). Skattningsskalorna hade utvärderats och konstaterats effektiva i bedömningen av depression, ändå ställde sig en del vårdpersonal tveksamma till att använda sig av dessa. Tveksamheten berodde på hur specifika skalor används samt till valet av skala, då det fanns ett antal olika skalor att välja mellan. Bristen på kunskap kring skattningsskalor ledde till att vårdpersonal inte använde dessa verktyg, vilket kan leda till att depression inte upptäcktes. Litteraturöversiktens resultat visar på att vårdpersonal föredrar att använda subjektiva bedömningar och informella frågor i bedömningen av depression hos äldre.

I tidvattenmodellen beskriver Barker och Barker-Buchanan (2005) vikten av att värdesätta patientens egen upplevelse av sina besvär framför objektiva bedömningar av utomstående. Patientens egen berättelse bör enligt tidvattenmodellen vara en central del av vården. Patienten är expert på sin egen psykiska hälsa och patientens förståelse av den egna berättelse är väsentlig på vägen mot återhämtning. Detta kan tolkas som att bedömning med skattningsskalor inte är tillräckligt för att förstå patienters upplevelser av depression och psykiskt lidande. För att fånga upp den subjektiva upplevelsen av depression krävs således även samtal och öppna frågor där patientens egna ord får komma till uttryck. Användning av skattningsskalor kan ses som ett verktyg att öppna upp för samtal kring depression. I kombination med personcentrerad vård kan dessa användas som stöd i omvårdnaden och som verktyg för uppföljning av behandlingsinsatser. Skattningsskalorna möjliggör också att ge patienten en tydlig bild av hur den egna psykiska hälsan förändras över tid i samband med depression och behandling.

I en studie om äldres egna upplevelser av depression framkom patienters uppfattningar om vårdpersonals kunskap (Mellor, Davidson, McCabe, & George, 2008) Patienter uttryckte att personal ofta verkade omedvetna om att patienter de vårdade var deprimerade. Detta relaterades till en brist på kunskap om depression. Äldre patienter uttryckte att vårdpersonal som arbetar med äldre borde få särskild utbildning om depression, med fokus på att lära sig

observera och upptäcka depression. Äldre upplever personalens bristande kunskap som ett problem, vilket tyder på att behovet av kunskap om depression inte är tillgodosett. Då detta framkom som ett tydligt problem bland både personal och patienter kan det föreligga en brist i utbildning om depression bland personal som vårdar äldre.

Vidare framkom i resultatet att vårdpersonal upplevde en osäkerhet kring sina roller och funktioner. Detta kan anses bero på bristande kunskap. I likhet med vad som framkom i Ross och Goldner (2009) uttryckte en del vårdpersonal att de gjorde skillnad på fysisk och psykisk vård. Detta är något som kan påverka vården av äldre med depression där samtidig somatisk sjukdom ofta förekommer. Resultatet visade att vårdpersonal prioriterade fysiska behov framför psykiska behov. Författarna ställer sig frågande till om det är möjligt att skilja på dessa behov då det enligt Karlsson (2013) finns ett starkt sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa. Resultatets övervägande fokus på somatisk vård tyder på att detta samband inte beaktats. Åtskillnaden mellan fysisk och psykiska vård kan utöver kunskapsbrist även bero på förutsättningar inom vården. Resultatet visade till exempel att vårdpersonal upplevde tidsbrist kring hanteringen av depression hos äldre. Bristerna relaterades framförallt till att den fysiska vården upptog det mesta av tiden. Erfarenheterna bekräftas genom att även äldre gav uttryck för liknande upplevelser (Mellor et al., 2008). Personalbrist och stor arbetsbörda identifierades av patienterna som hinder för personalen att kunna ge deprimerade patienter en fullgod vård. Patienterna upplevde att personalen inte hade tillräckligt med tid för att kunna tillgodose emotionella behov. I likhet med vårdpersonals upplevelser uttryckte patienterna att det framförallt var somatiska problem som var fokus för vården. I detta arbetes resultatet framhöll vårdpersonal vikten av att skapa trygga vårdrelationer för att möjliggöra för patienter att öppna sig kring sin psykiska hälsa. Tillräckligt med tid ansågs ha stor betydelse för att kunna skapa trygga vårdrelationer. Detta bekräftas av Barker och Buchanan-Barker (2005) som beskriver tid som en gåva. Det mest betydelsefulla för vårdpersonal och patienter kan göra är att spendera tid tillsammans i strävan mot patientens återhämtning.

Att uppmärksamma depression hos äldre

Resultatet visade att svårigheter med att skilja depression från somatisk sjukdom och normala känsloreaktioner var ett särskilt betydande hinder för att upptäcka depression. Detta framkom även i tidigare forskning (Karlsson 2013). Som tidigare nämnts förekommer vanligen förluster i äldre personers liv. I samband med förluster ses sorg som en normal men övergående reaktion. När en patient ger uttryck för sorg kan detta misstolkas som symtom på

depression. Motsatt kan även depressionssymtom tolkas som normala reaktioner på sorg. Detta skulle kunna kopplas till en annan underkategori som framkom i resultatet; synen på depression som en normal del av åldrande. Skillnaden kan anses ligga i intentionen hos vårdpersonalen som gav uttryck för dessa båda uppfattningar. Upplever personal svårigheter i att skilja på depression och normala reaktioner finns det ändå en intention att upptäcka och behandla en eventuell depression. Om vårdpersonal däremot har förförståelsen att depression ska ingå som en del i det normala åldrandet riskerar det få konsekvenser för äldres psykiska hälsa. Om vårdpersonal anser att depression är en normal del av åldrande kan det innebära att personalen inte lägger någon vikt vid förebyggande insatser, bedömning och behandling av depression. Uppfattningen framkommer även hos äldre patienter (Mellor et al., 2008). En patient uttryckte att ansvarig vårdpersonal inte verkade tro att depression förekom hos äldre och vårdpersonalen hade således avslutat patientens medicinska behandling. Detta visar tydligt på vilken betydelse vårdpersonals förhållningssätt kan ha för vården av äldre med depression.

Betydelsen av förhållningssätt

Litteraturöversiktens resultat visade inte på några uttalat negativa attityder mot patienter med psykisk ohälsa, vilket skiljer sig från vad tidigare forskning visat (Ross & Goldner, 2009). I Ross och Goldners studie uttryckte vårdpersonal att psykisk ohälsa kunde orsakas av brister i patientens karaktär som lathet och otillräcklig disciplin. I litteraturöversiktens resultat hade vårdpersonal kunskap om att depression hos äldre framförallt orsakas av psykosociala faktorer relaterade till åldrande. Förståelsen för vad som orsakar depression hos äldre får betydelse för hur vårdpersonalen hanterar äldre personer som ger uttryck för depression eller nedstämdhet. Ross och Goldners (2009) studie berörde patienter i alla åldrar, vilket är en möjlig förklaring till att resultatet skiljer sig från detta arbetes resultat. Vårdpersonal i denna översikt relaterade inte äldres psykiska ohälsa till lathet eller brist på disciplin. Detta skulle kunna bero på att vårdpersonal har andra förväntningar på äldre personer.

De attityder till stigma som framkom i resultatet var framförallt vårdpersonals tankar om äldres upplevelse av stigma. Orsaken till detta skulle kunna vara att majoriteten av studierna utfördes med kvalitativ metod och data samlades in genom intervjuer. I ett sådant sammanhang är det möjligen svårare att ge uttryck för förhållningssätt som kan uppfattas negativt. Det framkom att stigmat hos äldre ansågs vara en generationsfråga. Tidigare studier visar dock på att även yngre personer upplever stigma kring depression (Barney, Griffiths,

Jorm & Christensen, 2006) Äldre upplevdes ha svårt att skilja depression från sin egen person och såg depression som ett personligt nederlag. Upplevelsen av skam kan hindra personer från att söka hjälp eller ta emot behandling (Barney et al., 2006). Detta framkom i denna översikts resultat genom vårdpersonals upplevelse av att äldre inte alltid svarar ärligt på frågor kring psykisk hälsa eller på annat sätt försöker maskera sina symtom. Vårdpersonal upplevde att äldre inte ville vara en börda för sin omgivning och därför undvek att prata om sin psykiska hälsa. Detta överensstämmer med vad som framkom i en studie av Mellor et al. (2008). Äldre personer uttryckte att de inte ville att vårdpersonal skulle uppfatta dem som gnälliga, eller på något sätt göra personalen upprörd genom att nämna sin psykiska ohälsa. Det förekom även äldre som upplevde att det överlag inte pratades tillräckligt om depression och uttryckte en önskan om ett mer öppet förhållningssätt kring depression. Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver vikten av transparens i relationen mellan patient och vårdpersonal. Transparens innebär att patienter får insyn i vården och att relationen mellan vårdpersonal och patient är baserad på ömsesidigt inflytande. De betonar att ansvaret för en transparent vårdrelation framförallt ligger hos vårdpersonalen. Vårdpersonalen har en maktposition i dessa situationer och därför även ansvaret att möjliggöra en transparent vård. I denna översikts resultat uttryckte vårdpersonal att de i vissa fall undvek att nämna ordet depression för att inte avskräcka de äldre, vilket kan ses som motsägelsefullt relaterat till Barkers teori.

Betydelsen av att befinna sig i ett socialt sammanhang

Resultatet visar att vårdpersonal hade kännedom om att ensamhet och social isolering är betydande riskfaktorer för depression. Detta i likhet med vad som framkom i bakgrunden (Jongenelis et al., 2004; Cacioppo et al., 2006). Ensamhet och social isolering kan förekomma i alla åldrar men äldre personer är särskilt utsatta. Förändring av sociala sammanhang och förluster av närstående följer i många fall som naturliga delar av att åldras. I kombination med nedsättning av fysiska förmågor kan detta leda till en isolering som är svår att bryta (Karlsson, 2012). Enligt Barker och Barker-Buchanan (2005) bör vården fokusera på att hjälpa patienter att få tillgång till sin egen livsberättelse för att förstå sin nuvarande förändrade situation.

I en studie om äldres hantering av nedstämdhet och depression framkom att äldre patienter också uppfattar förluster och ensamhet som orsaker till depression (von Faber et al., 2016).

Att förebygga ensamhet hos äldre blir således viktiga i förebyggandet av depression.

Psykosociala interventioner har visat sig ha effekt på förekomsten av depressiva symtom hos äldre (Forsman, Schierenbeck, & Wahlbeck, 2010). Exempel på sådana interventioner är

sociala aktiviteter som är särskilt anpassade till äldres behov och preferenser. Barker och Barker-Buchanan (2005) menar att personer med psykisk ohälsa ofta blir isolerade från sociala sammanhang. Isoleringen gör det svårare att återhämta sig och komma tillbaka till sitt sociala sammanhang. Som en del i återhämtningen beskriver Barker och Barker-Buchanan vikten av att återskapa eller skapa ett nytt socialt nätverk. Som förslag ges grupper bestående av andra som har egna erfarenheter av tidigare eller pågående psykisk ohälsa.

Kliniska implikationer

Det finns en tydlig sammankoppling mellan depression och somatisk sjukdom. Depression kan både orsaka och förvärra somatiska besvär. Inom vården bör tid avsättas för att hantera psykiska behov och kunna påverka förekomsten av somatiska besvär. Vårdpersonalens erfarenheter av äldre patienters svårigheter att prata om sin psykiska hälsa behöver beaktas inom vården. Att försöka motverka stigma kring depression kan ses som en viktig del i preventivt arbete mot depression. Genom kunskap om hur man kan lyfta ämnet med hjälp av öppna frågor och skattningar skulle en större andel depressioner kunna upptäckas. Bristen på kunskap om depression hos äldre ses som särskilt betydande för upptäckt och omvårdnad. Detta skulle kunna avhjälpas genom ökad kunskap och tydlighet i att alla som arbetar inom vården har ansvar för upptäckt och behandling av depression hos äldre. Därför vore det önskvärt med utbildning om depression hos äldre. Resultatet tyder på att vårdpersonal som arbetar patientnära med omvårdnad har en särskilt fördelaktig utgångspunkt för att upptäcka depression. Kunskapshöjande insatser föreslås därför fokusera på personal som arbetar patientnära. Då 70 procent av alla äldre med depression upptäcks och behandlas inom primärvården (Socialstyrelsen, 2017) vore det önskvärt att personal inom somatisk vård fick möjlighet till utbildning i ämnet. Ökad kunskap om depression och dess riskfaktorer skulle kunna bidra till minskad förekomst av suicid.

Förslag till fortsatt forskning

Det finns en del forskning inom ämnet men den behöver uppdateras då många av studierna är äldre. Författarna saknar svensk forskning inom området. Svenska studier skulle sannolikt innebära att resultatet bättre går att applicera i svensk kontext. Forskning kring vilken typ av kunskap vårdpersonal efterfrågar kan vara ett steg i rätt riktning för vidare utveckling av vårdutbildningar och sjukvård. Fortsatt forskning som specifikt inriktar sig på sjuksköterskors förhållningssätt skulle kunna bidra med en tydligare bild av vad sjuksköterskor behöver för

kunskap och förståelse för att kunna sprida kunskap vidare i sin arbetsledande funktion. Detta i linje med ICN:S etiska kod för sjuksköterskor som beskriver sjuksköterskans ansvar för omvårdnad, ledning, forskning och utbildning (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Slutsats

Litteraturöversikten visade att äldre, deprimerade personers möjlighet till god vård påverkas av vårdpersonals förståelse av och förhållningssätt till depression. Svårigheter att upptäcka depression relateras till äldres symtombild och normaliseringen av depression hos äldre. Bristande kunskap inom ämnet har visat sig påverka förhållningssätt och attityder hos vårdpersonal. De uppfattade att depression orsakas av psykosociala faktorer relaterade till åldrande. Vårdpersonals uppfattning om depression som en berättigad reaktion på negativa livshändelser kan innebära att sjukdomen inte uppmärksammas. Personalen uttryckte att kunskap om depression och behandlingsalternativ påverkade deras bemötande av patienten. Den strukturella utformningen av vården påverkar personalens möjlighet att vårda både fysiska och psykiska behov hos de äldre. Författarnas förhoppning är att denna litteraturöversikt har bidragit till att beskriva vårdpersonals förståelse av depression hos äldre samt hur denna kan påverka deras förhållningssätt och omvårdnad.

Referensförteckning

*Resultatartiklar

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Barker, P. J. & Barker-Buchanan, P. (2005). *The tidal model: A guide for mental health professionals*. New York: Routledge.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1). 51-54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x

Beyer, J. L. (2007). Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4). 221-238. doi: 10.1080/10401230701653245

Brante, T., Andersen, H., & Korsnes, O. (2001). *Sociologiskt lexikon*. Stockholm: Universitetsförlaget.

*Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family practice*, 23(3). 369-77. doi:10.1093/fampra/cmi115

Butler, M. P., & Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late life depression: Knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1). 25-35. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00054.x.

Cacioppo, J. T., Hughes, M E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1). 140-151. doi: 0.1037/0882-7974.21.1.140

*Choi, N. G., Wyllie, R. J., & Ransom, S. (2009). Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: Nursing home staff interview findings. *Journal of gerontological social work*, 52(7). 668-85. doi:10.1080/01634370802609155

von Faber, M., Van der Geest, G., van der Weele, G. M., Blom, J. W., van der Mast, R. C., Reis, R., & Gussekloo, J. (2016). Older people coping with low mood: a qualitative study. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 603-612. doi: 10.1017/S1041610215002264

Forsman, A. K., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2010). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3). 387-416. doi: 10.1177/0898264310378041

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

- Förhållningssätt (2008). I *Psykologi lexikon* (s. 231). Stockholm: Natur och Kultur.
- *Hassall, S. & Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression: The views of aged care staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1).17-23. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01200.x.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal Of Affective Disorders*, 83(2-3). 135-42. doi:10.1016/j.jad.2004.06.001
- Karlsson, I. (2013). Depressiv sjukdom vid åldrandet. I K. Sparring Björkstén (Red.), *Åldrepsykiatri: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (s. 35-54). Stockholm: Gothia.
- Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depression. I A. Ståhle (Red.), *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s.281-291). Statens folkhälsoinstitut. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från Idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- *Liebel, D. V., & Powers, B. A. (2015). Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management. *The Gerontologist*, 55(3). 448-61. doi:10.1093/geront/gnt125. Epub 2013 Oct 24.
- Liu, Y-E., Norman, I.J., & While, A.E., (2012). Nurses attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9). 1271-1282. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021>
- *Lu, L-C., & Hsieh, P-L. (2012). Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults. *Journal of clinical nursing*, 22(11-12). 1663-71. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04276.x.
- *McCabe, M. P., Davidson, T., Mellor, D., & George, K. (2009). Barriers to care for depressed people: Perceptions of aged care among medical professionals. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(1), 53-64. doi:10.2190/AG.68.1.c
- Mellor, P., Chew, D., & Greenhill, J. (2006). Nurses attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multi-purpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3). 37-41.
- Mellor, D., Davidson, T., McCabe, M., & George, K. (2008). Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: the care recipients' perspective. *Aging & Mental Health*, 12(3). 389-399. doi:10.1080/13607860701797182

- *Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science & Medicine*, 63(5). 1363-1373. doi:10.1016/j.socscimed.2006.03.037
- *Nunn, R., Annells, M., & Sims, J. (2007). Screening for depression in older district nursing clients: Feasibility study. *British Journal of Community Nursing*, 12(3). 108-114. doi: 10.12968/bjcn.2007.12.3.23037
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Park, S-C., Lee, H-J., Lee, D-W., Hahn, S-W., Park, S-H., Kim, Y-J., ... Kwon, Y-J. (2015) Knowledge and attitude of 851 nursing personnel toward depression in general hospitals of Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 30(7), 953-959. doi:org/10.3346/jkms.2015.30.7.953
- Peterson, U., & Åsberg, M. (2014). Depression hos äldre: Går det att förebygga. I S. Rolfner Suvanto (Red.), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder* (s. 212-223). Stockholm: Gothia.
- *Piven, M. L., Anderson, R. A., Colón-Emeric, C. S., & Sandelowski, M. (2008). Certified nursing assistants' explanatory models of nursing home resident depression. *Western Journal of Nursing Research*, 30(6). 653-672. doi:10.1177/0193945907310643
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6). 558-567. doi. 10.1111/j. 1365-2850.2009.01399.x
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2009). Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre: En kunskapsammanställning. (Socialstyrelsen, Artikel nr 2009-11-20). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17822/2009-11-20.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård: Lägesrapport 2017. (Socialstyrelsen, Artikel nr 2017-3-1). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20470/2017-3-1.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Behandling av depression hos äldre: En systematisk litteraturoversikt (SBU-rapport, nr 233)*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
- *Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (17-18), 2562-2570. doi: 10.1111/jocn.12863
- World Health Organisation. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneve: WHO. Från <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua>
- Wærn, M. (2013). Suicidnära äldre. I K. Sparring Björkstén (Red.), *Äldrepsykiatri: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (s. 59-68). Stockholm: Gothia.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas och datum för sökning	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL complete 2017-03-14	MH Depression AND MH Aged OR Aged, 80 and over AND MH Nurse Attitudes OR Attitude of health personnel	63	Full text Peer reviewed 2006-2017 Engelska	12	9	7
PubMed 2017-03-20	MeSH Depression AND MeSH Attitude of Health Personnel AND MeSH Aged OR Aged, 80 and over AND MeSH Health personnel	46	Full text 2006-2017 Engelska	9	3	1
PsycINFO 2017-03-20	Late life depression AND Attitudes AND Health personnel	14	Full text Peer reviewed 2006-2017 Engelska	10	3	1
CINAHL complete 2017-03-20	MH Primary Healthcare AND MH Attitudes of health personnel AND MH Depression AND MH Aged	6	Peer reviewed 2006-2017 Engelska	3	1	1

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C.	'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study	2006, Storbritannien, Family practice	Att utforska hur vårdpersonal inom primärvården och patienter ser på orsaker till och behandling av depression hos äldre.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 15 vårdpersonal bestående av sjuksköterskor, distriktssköterskor och läkare inom primärvård samt 20 patienter över 60 år.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer ang. synen på etiologi, diagnos och hantering av depression.</p> <p>Analys: Tematisk analys.</p>	<p>Resultatet redovisas i fyra teman. I intervjuerna med personal framkommer bl. a. att vårdpersonal ser på depression som en normal reaktion på åldrande. En del vårdpersonal tyckte inte att det inte är deras uppgift att hantera depression. Vårdpersonals erfarenhet var att äldre framställer sin depression annorlunda jämfört med yngre. Det upplevdes svårt att ställa diagnos. Personalen kände osäkerhet inför arbetsfördelning och roller rörande depression hos äldre.</p>

Choi, N.G., Wyllie, R.J., & Ransom, S.	Risk factors and intervention programs for depression in Nursing home residents: Nursing home staff interview findings	2009, USA, Journal of Gerontological social work	Att undersöka vårdpersonals uppfattningar och erfarenheter kring riskfaktorer för depression hos äldre. Undersöka nuvarande interventionsprogram för depression. Undersöka vårdpersonals uppfattning om behov av utbildning.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 25 deltagare bestående av sjuksköterskor, vårdbiträden/undersköterskor, socialarbetare och ansvariga för aktiviteter. Deltagarna arbetade på 5 olika vårdboenden.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade djupintervjuer.</p> <p>Analys: Systematisk innehållsanalys.</p>	Resultatet redovisas i 4 teman. Vårdpersonals erfarenheter kring riskfaktorer för depression hos äldre, personal såg ensamhet och social isolering som viktiga riskfaktorer. Personalens syn på hinder och förutsättningar att hantera depression. Vårdpersonals behov av utbildning om depression hos äldre.
Hassall, S. & Gill, T.	Providing care to the elderly with depression: The views of aged care staff	2008, Australien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att undersöka vårdpersonals uppfattningar om äldre med depression inom äldreomsorg för att förstå svårigheter personalen möter i vårdandet	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 17 vårdpersonal från 12 olika äldreboenden och hemsjukvårdsaktörer.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Innehålls analys som strukturerades tematisk.</p>	5 teman framkom. Vårdpersonal upplever att depression är ett problem för klienter och boende. Personalens erfarenhet och förståelse av depression och förmåga att känna igen sjukdomstecken. Vårdpersonalens erfarenhet kring roller, ansvar och teamarbete. Vårdpersonals erfarenheter och upplevelser av att upptäcka och bedöma depression. Attityder kring behov av utbildning.

Liebel, D. V., & Powers, B. A.	Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management	2015, USA, The Gerontologist.	Att få en djupare förståelse för hur sjuksköterskor inom hemsjukvård uppfattar och erfar upptäckt och utvärdering av depression samt fysiska hinder för geriatriska patienter.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 16 sjuksköterskor inom geriatrisk hemsjukvård.</p> <p>Datansamling: 2 fokusgrupper och 16 semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys av fokusgrupp och intervjuer som identifierade teman.</p>	<p>4 teman redovisas. I intervjuerna framkom följande:</p> <p>Balans mellan systemet och vården av patienter. Tid för vård och fokus på somatisk vård. Kunskap om depressionsbehandling. Sjuksköterskors syn på depression och den egna kunskapen. Önskan om utbildning. Undvikande av att ta itu med depression hos de äldre. Relationen sjuksköterska - patient. Upplevd god kunskap om fysiska svårigheter.</p>
Lu, L-C., & Hsieh, P-L.	Frontline healthcare providers' views of depression and its prevention in older adults	2012, Taiwan, Journal of Clinical Nursing	Att beskriva vårdpersonalens syn på depression och prevention av depression hos äldre.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 25 deltagare bestående av 19 sjuksköterskor, 5 socialarbetare och 1 dietist.</p> <p>Datansamling: Semistrukturerade djupintervjuer.</p> <p>Analys: Data analyserades tematiskt.</p>	<p>Resultatet presenteras i 4 teman kring vårdpersonalens attityder och uppfattningar om orsaker till depression. I intervjuerna framkom:</p> <p>Brist på stöd från anhöriga, med ensamhet och social isolering som följd. Svårigheter att anpassa sig till oroande livshändelser sent i livet, till exempel förluster av olika slag. Omedvetenhet om eller ovilja att acceptera sin sjukdom.</p>

McCabe, M.P., Davidson, T., Mellor, D., & George, K.	Barriers to care for depressed people: perceptions of aged care among medical professionals	2009, Australien, The International Journal of Aging and Human Development	Att dokumentera de faktorer som bidrar till svårigheterna att upptäcka och hantera depression hos äldre patienter.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 42 deltagare bestående av undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, läkare samt chefer inom äldreomsorg.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Kvalitativ analys med dataprogram.</p>	<p>Resultatet redovisas i 3 huvudkategorier kring upplevda hinder för att vårda äldre med depression.</p> <p>Faktorer relaterade till arbetsplatsen där kommunikation och vårdpersonalens roller framträdde.</p> <p>Faktorer relaterade till vårdtagarna där äldres upplevda stigma kring depression, ovilja att kännas vid sjukdomen samt svårigheter att skilja mellan depression och symtom på fysisk sjukdom framträdde.</p> <p>Faktorer relaterade till egenskaper hos vårdpersonalen där attityder och brist på utbildning framträdde.</p>
Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A.	Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study.	2006, Storbritannien, Social Science & Medicine	Att undersöka uppfattningar hos vårdpersonal inom primärvården kring depression hos äldre.	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 30 deltagare på 18 primärvårdsmottagningar varav 7 var sjuksköterskor, 18 läkare och 5 kuratorer.</p> <p>Datainsamling: Grounded theory med djupintervjuer.</p> <p>Analys: Datan analyserades tematiskt genom dataprogram.</p>	<p>Resultatet redovisas i 8 teman kring vårdpersonalens uppfattningar om depression hos äldre.</p> <p>I intervjuerna framkom hur vårdpersonal upplever äldres framställning av symtom. Vårdpersonalens svårigheter att skilja mellan depression och somatisk sjukdom. Personalens erfarenheter av äldres syn på depression som normalt och äldres undvikande av psykosociala problem. Personalens upplevelse av stigma och skam bland äldre. Synen på anhörigas roll.</p>

Nunn, R., Annells, M., & Sims, J.	Screening for depression in older district Nursing clients: Feasibility study	2007, Australien, British Journal of Community Nursing	Att undersöka distriktssköterskors möjlighet att genomföra skattning av depression bland äldre.	<p>Mixad metod Urval: I första undersökningen deltog 25 distriktssköterskor. I andra undersökningen deltog 21 av de ovanstående distriktssköterskorna.</p> <p>Datainsamling: Enkätstudie. Forskarna har undersökt om det är möjligt för distriktssjuksköterskor att använda skattningsskalor för att bedöma depression hos äldre. Två utbildningstillfällen om depression och depressionsskattning ordnades. I samband med detta utvärderades möjligheten att använda denna typ av skattning.</p> <p>Analys: Deskriptiv statistisk analys.</p>	Sjuksköterskors upplevelser av fördelar och nackdelar med att arbeta med skattningsskalor. Orsaker till att sjuksköterskor inte upplever sig kunna hantera depression hos äldre på ett effektivt sätt, där kunskap framstod som särskilt betydande. Sjuksköterskors metod för att identifiera depression, sjuksköterskor föredrog subjektiva bedömningar.
Piven, M. L., Anderson, R. A., Colón-Emeric, C. S., & Sandelowsk, M.	Certified Nursing Assistants' Explanatory Models of Nursing Home Resident Depression.	2008, USA, Western Journal of Nursing Research	A). Beskriva undersköterskors och sjukvårdsbiträdens förklaringsmodeller för depression bland boende på vårdboende samt jämföra undersköterskor och vårdbiträdens förklaringsmodeller med stämningsskattning kriterier hos MDS (Centers for Medicare and Medicaid) 2.0 och diagnos kriterier för depression från DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual)	<p>Kvalitativ metod Urval 18 undersköterskor och sjukvårdsbiträden valdes ut från 2 äldreboenden. 9 deltagare från varje boende.</p> <p>Datainsamling: Deskriptiv intervjustudie.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	Resultatet delades in i 7 teman. Vårdpersonals uppfattning om faktorer som orsakar depression. Undersköterskor och sjukvårdsbiträdens uppfattning om depression som en möjlig normal reaktion vid flytt till vårdboende. Undersköterskors och sjukvårdsbiträdens uppfattning om tecken och symtom på depression. Kunskap om hur depression behandlas och vad som hjälper. Uppfattning om vem som har ansvaret för att ta tag i boendes depression Uppfattning om vem vårdpersonal kan kommunicera sin oro till.

<p>Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M.</p>	<p>A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions</p>	<p>2015, New Zealand, Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor upptäcker depression hos äldre patienter med långvarig sjukdom, och strategier de använder för att stödja patienten.</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Urval: 40 sjuksköterskor som arbetade med hjärtsviktspatienter, på mottagningar inom primärvård och inom hemsjukvård.</p> <p>Datansamling: Grounded theory med djupintervjuer via telefon.</p> <p>Analys: Tematisk analys.</p>	<p>Redovisas i fem teman kring vad sjuksköterskor upplever vara viktigt när det gäller upptäckt och bedömning av depression hos äldre. I intervjuerna framkommer vikten av att vara uppmärksam, känna patienten en längre tid, ställa frågor, ha behandlingsalternativ att erbjuda och tid att lyssna.</p>
---	---	---	--	---	--