



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Sjuksköterskor i primärvård – attityder och kunskap om depression

Författare
Daniel Arnerlöf
Marzia Mohammadi

Handledare
Caisa Öster

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot Psykiatrisk vård
VT 2014

Examinator
Maria Carlsson

Sammanfattning

Bakgrund

Depression är en vanlig sjukdom som 10-15 % av Sveriges befolkning lider av.

Primärvården har ett stort ansvar för upptäckt och behandling av depression.

Sjuksköterskor har en viktig roll för att främja hälsa och minska lidande genom att identifiera och stödja patienter med depression.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka attityder och kunskap bland sjuksköterskor inom primärvården gentemot depressionssjukdom och patienter med depression. Syftet var även att jämföra om det föreligger skillnader i attityder gentemot depression mellan olika grupper av sjuksköterskor med avseende på utbildning, erfarenhet, kön, ålder och om de tar initiativ till samtal om psykisk ohälsa.

Metod

En enkätstudie med deskriptiv, kvantitativ tvärsnittsdesign. Undersökningsgruppen bestod av 50 sjuksköterskor mellan 27-63 år som jobbade inom primärvården.

Resultat

Sjuksköterskor som arbetar inom primärvården i ett län i Sverige hade positiva attityder till såväl farmakologisk som psykologisk behandling av depressionssjukdomar. Det finns inte någon skillnad mellan sjuksköterskors attityder med avseende på utbildningsnivå eller om de gått en kurs i ämnet depression eller inte. Sjuksköterskornas attityder skiljde sig utifrån ålder, erfarenhet inom primärvård, erfarenhet från psykiatrisk vård och om de tar initiativ till samtal om psykisk ohälsa.

Slutsats

Sjuksköterskor inom primärvården har positiva attityder till depressionssjukdomar och dess behandling. Utökade möjligheter till utbildning behövs för att sjuksköterskorna ska kunna stödja denna patientgrupp på ett bättre sätt.

Nyckelord

Sjuksköterska, primärvård, depression, attityder, kunskap

Abstract

Background

Depression is a common disease with a prevalence of 10-15% in the Swedish population. The Primary Care is mandated to identify and treat patients with depression. Nurse's has an important role in promoting health and reduce suffering by identify and support patients with depression.

Purpose

The aim of the study was to examine the attitudes and knowledge among nurses in primary care towards depression disorder and patients with depression. The aim was also to compare whether there are differences in attitudes towards depression between different groups of nurses with respect to education, experience, gender, age, and if they take the initiative to talk about mental illness.

Method

A questionnaire study with a descriptive, quantitative cross-sectional design. The study group consisted of 50 nurses between 27-63 years old, who worked in primary health care.

Result

Nurses who work in the primary health care in a county in Sweden had positive attitudes towards both pharmacological as psychological treatment of depressive disorders. There is no difference between the nurses with respect to education level or whether they attended a course in the subject depression or not. Nurses' attitudes differed according to age, experience in primary care, and experience of mental health care and if they take the initiative to talk about mental illness.

Conclusion

Nurses in primary care have positive attitudes to depressive disorders and its treatment. Expanded educational opportunities is needed so nurses should be able to support this group of patients in a better way.

Keywords

Nurse, primary health care, depression, attitudes, knowledge

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND

Orsaker till depression s. 1

Diagnoskriterier för depression s. 1

Behandling av depression s. 2

Patienter med depression i primärvården s. 4

Kunskap om depression i primärvården s. 5

Hälsofrämjande insatser s. 7

Problemformulering s. 7

Syfte s. 7

Frågeställningar s. 7

METOD

Urvalskriterier s. 8

Datainsamlingsmetod s. 8

Tillvägagångssätt s. 9

Bearbetning och analys s. 10

RESULTAT

Demografiska fakta s.10

Attityder och kunskap till depression s.11

Sjuksköterskornas ålder s. 13

Utbildning – depression s. 14

Specialistsjuksköterskeutbildning s. 14

Kön s. 14

Erfarenhet s. 14

Initiativ till samtal om psykisk ohälsa s. 15

DISKUSSION

Resultatdiskussion s. 16

Ålder s. 17

Kurs i ämnet depression s. 18

Erfarenhet från psykiatrisk vård s. 19

<i>Erfarenhet från primärvård</i>	s. 19
<i>Initiativ till samtal om psykisk ohälsa</i>	s. 20
Metoddiskussion	s. 20
<i>Bortfall av data</i>	s. 21
<i>Projektets betydelse</i>	s. 22
<i>Etiska överväganden</i>	s. 22
Slutsats	s. 23
REFERENSER	s. 24
Bilagor	
Bilaga 1. Informationsbrev	s. 28
Bilaga 2. Depression Attitude Questionaire	s. 29

BAKGRUND

Psykisk ohälsa definieras dels som självrapporterade psykiska besvär som oro, ångest och sömnproblem dels som psykiska sjukdomar som till exempel psykosjukdom och depression. Enligt socialstyrelsen lider 10-15 % av Sveriges befolkning av depression, varav 5 % av svår depression och många äldre (över 65 år) lider av depression (Socialstyrelsen, 2009 a). I Sverige är livstidsprevalensen av depression ca 25 % för kvinnor och ca 15 % för män (Läkemedelsverket, 2006).

Depression är en vanlig psykisk sjukdom som kan variera i svårighetsgrad och duration. Globalt sett lider över 350 miljoner människor av depression och är en av de största orsakerna till funktionsnedsättning. På samhällsnivå leder depression till sjukskrivningar och stora vårdkostnader och för den drabbade individen till lidande och funktionsnedsättning inom arbetet, socialt och i familjelivet. I en studie av Sobocki, Lekander, Borgström, Ström & Runeson (2006) kom man fram till att de direkta och indirekta kostnaderna för depression i Sverige ökat från 1,7 miljarder euro år 1997 till 3,5 miljarder euro år 2005.

Orsaker till depression

Orsaken till depression är till viss del okänd men man tror att det beror på flera faktorer som samverkar. Dessa faktorer är både av genetisk, psykosocial, miljömässig karaktär. Även förekomsten av samsjuklighet med andra psykiska sjukdomar eller missbruk påverkar. Vid depression påverkas hjärnans centrala nervsystem (CNS) av olika biokemiska och endokrina störningar. Det finns flera olika teorier som beskriver sjukdomsutvecklingen vid depression. Monoaminbristhypotesen är en av dessa, och utgår från att det är brist på serotonin-, noradrenalin- och/eller dopamininducerad synaptisk transmission i de områden i CNS som påverkar vårt humör (Belmaker et al., 2008). Monoaminsystemen är komplexa och kan vara en förklaring till att såväl, psykoterapi, antidepressiva läkemedel och elbehandling är behandling som har positiv effekt (Herloffson et al. 2010).

Diagnoskriterier för depression

Enligt WHO:s diagnostiska system ICD-10 delas egentlig depression in i olika svårighetsgrader; lindrig, måttlig och svår.

För att diagnosticeras med en depressiv episod krävs att tre grundkriterier uppfylls:

- Att episoden varar i minst 2 veckor.
- Att patienten inte någon gång under sin livstid uppfyllt kriterier för en hypoman eller manisk episod då detta istället placerar patientens tillstånd bland de bipolära sjukdomarna.
- Vidare får inte den depressiva episoden förklaras av substansbruk eller organiskt psykiskt syndrom.

För att diagnosticeras med lindrig egentlig depression krävs:

A, Generalkriterierna som anges ovan är uppfyllda.

B, Att minst två av följande symtom: (1) sänkt grundstämning, (2) brist på intresse för eller glädje av aktiviteter som normalt sett är lustfyllda och (3) minskad energi eller ökad uttrötthet, förekommit minst de senaste två veckorna.

C, Att minst ett av följande symtom förekommer eller minst fyra symtom från B och C.

- Förlust av självförtroende eller självtillit.
- Överdriven eller obefogad självkritik eller nedvärdering av sig själv eller svåra och inadekvata skuld känslor.
- Återkommande tankar på död eller självmord, och all slags självskadande beteende.
- Klagomål eller bevis på försämrad förmåga till tankeverksamhet eller koncentration, med tveksamhet eller beslutsångest.
- Förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation.
- Sömnstörningar av någon form.
- Ökad eller minskad aptit med medföljande effekt på vikten.

Vid lindrig depression är patienten i obalans men kan vanligtvis genomföra normala aktiviteter.

Vid måttlig egentlig depression krävs samma kriterier som för lindrig men minst 6 av kriterierna från B och C. Vid måttlig egentlig depression är patienten oftast så påverkad att

även vardagliga sysslor är svåra att genomföra.

Vid svår egentlig depression krävs alla tre symtom från B och minst fem från C. Vid svår egentlig depression är patienten handikappad, har ofta starka självförelser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom som redovisats under punkt C (WHO, 1993).

Behandling av depression

Depression behandlas i första hand i primärvården och i andra hand i den specialiserade vården; psykiatrin. Behandlingen vid medelsvår eller svår depression är läkemedel och olika typer av samtalsterapi (World Health Organization, 2012). Även elektrokonvulsiv terapi (ECT) är ett alternativ vid svår depression (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU], 2004). Vid svår depression så kallad melankolisk depression blir ca 80-90% återställda eller betydligt förbättrade efter ECT-behandling (Herlofson et al. 2009)

Vid lindrig depression ger olika typer av psykoterapi lika god effekt som tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) och sannolikt lika god effekt som selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI). Den mest kostnadseffektiva behandlingen inom primärvården är att kombinera antidepressiv medicinering (SSRI eller serotonin och noradrenalin återupptagshämmare (SNRI)) med någon typ av psykologisk behandling (SBU, 2004). Socialstyrelsen (2010) menar att hälso- och sjukvården i första hand bör erbjuda någon typ av psykologisk behandling samt ge råd om egenvård i form av fysisk aktivitet till patienter med lindrig depression. Patienter med lindrig depression som tidigare behövt läkemedelsbehandling vid depression bör erbjudas sådan i första hand. Det är viktigt att primärvården följer upp patientens mående för att se hur depressionssymtomen utvecklas och anpassa behandlingen därefter. Att förstärka primärvårdsorganisationen med en för uppgiften speciellt tränad yrkesperson, ofta benämnd som care manager, har visat goda resultat. Det kan till exempel vara en sjuksköterska, som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med patienter med depressionssjukdom (SBU, 2012). Depression ska hanteras som en kronisk sjukdom och vård och behandling ska vara patientcentrerad för att nå ett optimalt resultat. Strategier ska syfta till att minska sjuklighet och främja tillfrisknande från en depression (Shia, 2009).

Patienter med depression i primärvården

Personer med depressionssymtom söker oftast vård i primärvården och inte inom psykiatri. Det är även inom primärvården som den största delen antidepressiva läkemedel förskrivs (SBU, 2004). Primärvården har huvudansvaret för depressionsbehandlingen i Uppsala Län och ska behandla personer som lider av lindrig eller måttlig depression. Svårare fall av depression med psykomotorisk hämning, vanföreställningar eller uttalade suicidtankar bör behandlas av den specialiserade vården (Törnkvist, Dyster-Aas & Skogman, 2012).

Patienter med depression beskriver i sin kontakt med primärvården ofta kroppsliga symtom och framför allt smärta t.ex. huvudvärk eller muskelvärk. Det är viktigt att vara medveten om att depression kan visa sig som somatiska symtom (Madhukar & Trivedi, 2004). Långvarig stress kan leda till depression, symtomen kan visa sig i form av minnesstörningar, sömnproblem, kronisk trötthet, olust, domningar och muskelvärk (Socialstyrelsen, 2009 b). Sambandet mellan huvudvärk och depression visades i en studie av Marlow, Kegowicz & Starkey (2009).

Cape, Whittington, Buzsewicz & Underwood (2010) beskriver att primärvården använder sig av olika ”brief psychological therapies”, det vill säga korttidsbehandling med psykoterapi som behandling av depression och/eller ångestsyndrom. Den vanligaste behandlingsformen bland de studier som ingår är kognitiv beteendeterapi (KBT) men även psykoterapi med interpersonell eller psykodynamisk inriktning förekom. Resultatet visade att korttidsbehandling med psykoterapi hade effekt för de olika patientgrupperna men att patienter med ångest fick bättre effekt av behandlingen jämfört med de som led av depression. Vidare kunde man se att patienter med depression som fick en längre tids behandling fick bättre effekt jämfört med korta psykologiska behandlingar. Man kunde inte se någon skillnad mellan olika typer av depression och behandlingsresultat.

Behandlingsprogram som använts i primärvården i USA innehållande psykoedukation där patienten utbildas i sin sjukdom har visat sig ha mycket god effekt men har inte kunnat implementeras fullt ut på grund av de direkta kostnader som detta medfört. Liknande behandlingsprogram har heller inte införts i Sverige (SBU, 2004). Contactusprogrammet, ett program där patienter med depressionssjukdom erhåller utbildning om sin sjukdom som en del av behandlingen i primärvården testades på 46 vårdcentraler runt om i Sverige. Utbildningen innehöll såväl föreläsningar som handledda gruppsamtal och visade sig ha goda resultat för patienter med depression. Sjuttio två procent i den grupp som erhö

Contactusprogrammets utbildning upplevde subjektivt att de var förbättrade jämfört med 47 % i kontrollgruppen. Enligt HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) var 55 % av patienterna i programmet förbättrade jämfört med 29 % av kontrollerna som erhöll sedvanlig depressionsbehandling. Contactusprogrammet fortgick under 6 veckor och deltagarna fick föreläsningar varje vecka följda av samtal i grupp om 8-10 patienter. Skattning av HADS och GAF (Global Assessment of Function) genomfördes vecka 0 och vecka 6. Även funktionsförmågan visade sig vid GAF-mätning ha ökat mer i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Man kunde se att sjukfrånvaron ökade i kontrollgruppen samtidigt som den var oförändrad i Contactusgruppen (Hansson, Bodlund & Chotai, 2006).

Kunskap om depression i primärvården

Det är viktigt för sjuksköterskan i primärvården att få mer utbildning och utökade färdigheter i att upptäcka psykiska problem, ingripa vid kriser samt att öka följsamheten vid medicinering och inom hantering av depression och ångest (Haddad et al., 2005, Roness, Mykletun & Dahl, 2004). En del sjuksköterskor känner sig otillräckliga i bedömandet av patienter med depression och känner sig osäkra på sin förmåga att möta dessa patienter (Haddad et al., 2005). Flera studier har rapporterat att sjuksköterskor som arbetar i primärvården behöver omfattande utbildning inom psykisk ohälsa (Haddad et al., 2005, Roness et al., 2004, Walker, Barker & Pearson, 2000). I en studie av Haws, Ramjet & Grey (2011) undersöks sjuksköterskornas attityder och kunskap om depression. Denna studie visar att sjuksköterskor i primärvården inte har tillräcklig kunskap om symtom på depression och bristande kompetens för att bemöta en deprimerad patient. I studien rekommenderas utbildning i depressionsscreening för sjuksköterskor som arbetar inom primärvården då de ofta möter deprimerade patienter som söker på grund av somatiska åkommor Haws et al. (2011).

Eftersom omhändertagandet av patienter med depression sker mer och mer i primärvård behöver personalen mer utbildning och kunskap för att upptäcka och behandla depression. Mayall, Oathamshaw, Lovell & Pusey (2004) visade att kunskapen hos personal inom primärvården kan förbättras påtagligt med utbildning från ett multidisciplinärt team. Den aktuella utbildningen utarbetades och genomfördes av två psykologer samt till viss del av psykiater och psykiatrisjuksköterskor. Utbildningen bestod av tre fyra-timmars ”work-shops” där man behandlade ämnen som upptäckt av depression, behandling och suicidalitet. Mayall et al., (2004) studerade sjuksköterskors kunskap om depression hos äldre patienter, där

vårdpersonal från olika yrkeskategorier som jobbar i primärvård får utbildning och träning från olika personalkategorier inom psykiatrin. Man kom fram till att det fanns signifikanta skillnader innan och efter utbildning när det gäller kunskap om depression samt att personalen blev bättre på att upptäcka depression hos äldre patienter.

Butler & Quayle (2006) undersökte kunskap om och attityder till depression hos sjuksköterskor i primärvård före och efter en 2-dagarsutbildning om depression hos äldre. Statistiskt signifikanta skillnader vid jämförelse före och efter genomgången utbildning syns vid nio av 20 påståenden i Depression Attitude Questionnaire (DAQ). Dessa påståenden handlade om medicinering, depressionens uppkomst, psykoterapi och sjuksköterskans stöd till en deprimerad patient. Författarna rekommenderar användningen av ett depressionscreeningformulär för att sjuksköterskor säkrare ska kunna bedöma depression hos äldre (Butler & Quayle, 2006).

Enligt Burroughs et al (2006) är primärvårdspersonal medveten om att de inte alltid kan upptäcka depression hos patienter samt att det är primärvårdens ansvarsområde att hantera depression hos äldre patienter. Det finns ett behov av att utveckla evidensbaserade åtgärder för äldre personer med depression inom primärvården, men också ett behov av att äldre patienter blir medvetna om legitimiteten i att presentera nedstämdhet för primärvårdspersonal (Burroughs et al 2006).

I en studie av Mbatia, Shah & Jenkins (2009) undersöktes sjuksköterskornas kunskap och attityder till depression i primärvården i Tanzania. Sjuksköterskorna var mellan 40- 55 år gamla. Resultatet visar att de generellt har en positiv attityd till psykologisk och farmakologisk behandling av depression samt att de behöver utbildning och träning för att kunna bedöma depression hos patienter i primärvård. Sjuksköterskornas attityder till depression var att patienter med dålig ekonomi och de som har svårt i livet har lättare att drabbas av depression.

Murray et al., (2006) intervjuade medarbetare i primärvården, bland annat sjuksköterskor, för att undersöka deras uppfattningar om depression hos äldre och om uppfattningarna påverkade identifiering och behandling av depression. Murray et al. (2006) menar att sjuksköterskor förväntas vara alltmer delaktiga i hanteringen av depressioner i primärvården. Primärvården har ofta regelbunden kontakt med patienten och kan upptäcka förändringar i patientens beteende och psykiska tillstånd. Äldre människor anser ofta att deras depressiva besvär är ett problem som inte ska diskuteras med läkaren och att det inte var tillräckligt viktigt för att ta

upp läkartid. Patienten är mera beredd att berätta om händelser i livet eller familjeproblem för en sjuksköterska han eller hon träffar regelbundet och därför har sjuksköterskan i primärvården en viktig roll när det gäller tidig upptäckt av depression (Murray et al., 2006).

Hälsofrämjande insatser

Begreppet hälsa kan ses som en övergripande teoretisk referensram till sjuksköterskans arbete med depressionssymtom och depressionssjukdomar inom primärvården. Hälsa innebär ett tillstånd av total fysisk, psykisk och socialt välmående inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO, 2011). Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar att alla oavsett kön, ålder och social bakgrund ska kunna påverka sin egen hälsa då alla har samma rätt till en god hälsa. Sjuksköterskans roll i detta är att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Murray et al., (2006) menar att sjuksköterskan bör få en större roll i upptäckt och identifiering av depression. Enligt Katie Erikssons vårdteori finns en direkt relation mellan hälsa och lidande. Eriksson menar även att hälsa är upplevelser på såväl fysiska, psykiska och andliga dimensioner (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). Genom positiva attityder kan sjuksköterskan bidra till att minska lidande och främja hälsa hos patienter med depression.

Problemformulering

Det är mycket viktigt att upptäcka depression eftersom det leder till stort lidande hos både de drabbade och deras anhöriga. Personer med depressionssymtom söker oftast vård i primärvården och inte inom psykiatrin, de söker ofta för kroppsliga besvär och sjuksköterskan kan här ha en nyckelroll. Primärvården har huvudansvaret för behandling av måttlig och medelsvår depression enligt avtal inom landstinget. Sjuksköterskan i primärvård bör ha kompetens och möjlighet att hjälpa patienter till en bättre psykisk hälsa genom stödjande samtal och råd om egenvård.

Syfte

Syftet är att undersöka attityder och kunskap bland sjuksköterskor inom primärvården gentemot depressionssjukdom och patienter med depression. Syftet är även att undersöka om det föreligger skillnader i attityder gentemot depression mellan olika grupper av sjuksköterskor med avseende på utbildning, erfarenhet, kön och ålder.

Frågeställningar

Vilka attityder och vilken kunskap har sjuksköterskor inom primärvården i ett län i Sverige till depressionssjukdomar och patienter med depression?

Finns det skillnader i attityder och kunskap gentemot depressionssjukdomar och patienter med depression mellan sjuksköterskor när det gäller sjuksköterskornas ålder, erfarenhet som sjuksköterska, utbildningsnivå samt de som har gått en kurs inom ämnet depression?

Finns det något samband mellan sjuksköterskornas attityder och kunskap om depression och deras benägenhet att ta initiativ till samtal om psykisk ohälsa?

METOD

Kvantitativ tvärsnittsdesign, där människors förhållanden och attityder undersöka, dock utan orsakssamband. (Ejlertsson, 2003). En enkätstudie där frågeformuläret Depression Attitude Questionnaire (DAQ) (Botega et al., 1992) används.

Urvalskriterier

Enkätstudien vänder sig till sjuksköterskor både grund- och specialistutbildade som arbetar med patienter över 18 år inom primärvården i ett län i Sverige. Då landstinget inte kunde ge ett godkännande att utföra studien inom rimlig tid beslöts att istället kontakta privatdrivna vårdcentraler. Samtliga 11 privatdrivna vårdcentraler i kommunen kontaktades. På grund av det förväntat låga deltagandet kontaktades även vårdcentraler på andra orter i länet och de tre som svarade snabbast inkluderades i studien. Sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård exkluderades i studien.

Datainsamlingsmetod

Till datainsamlingen användes frågeformuläret Depression Attitude Questionnaire (DAQ) (Bilaga 2) (Botega, Mann, Blizard & Wilkinson, 1992). Frågeformuläret är använt i studier med distriktssköterskor, allmänläkare och psykiater (Haddad et al, 2005, Haddad et al., 2007) och har visat god validitet i en sammanvägd analys av ett flertal studier från primärvården (Haddad et al., 2012). Formuläret är översatt till ett flertal språk dock inte svenska.

Författarna har översatt frågorna till svenska och låtit en person med engelska som modersmål kontrollera ordalydelsen. Formuläret har testats och besvarats av fem sjuksköterskor i en pilotstudie och justerades därefter i några formuleringar. Frågorna besvaras på en skala som liknar VAS skalan, och besvaras genom att man markerar på en 100 mm skala hur mycket man instämmer i eller tar avstånd från 20 påståenden. Frågeformuläret inleds med några bakgrundsfrågor om ålder, kön, utbildning och erfarenhet och avslutas med en fråga om sjuksköterskan tar initiativ till att prata med patienten om psykisk hälsa. Två frågor gäller utbildning, den ena om sjuksköterskan är grundutbildad, specialist inom öppen hälso- och sjukvård eller har annan specialistutbildning. Den andra frågan gäller huruvida deltagarna har gått någon kurs inom ämnet depression sedan de började arbeta inom primärvården. Även denna fråga har tre svarsalternativ; har gått kurs mindre än 4 timmar, mer än 4 timmar eller har inte gått någon kurs. Den erfarenhet som efterfrågas är hur länge sjuksköterskorna arbetat inom primärvården, tre svarsalternativ; mindre än 1 år, 1-5 år eller mer än 5 år. En fråga gäller huruvida sjuksköterskorna har arbetserfarenhet från den psykiatriska vården där svarsalternativen enbart var ja eller nej. Frågan gällande hur ofta sjuksköterskan tar initiativ till att prata med patienten om dennes psykiska mående har fem svarsalternativ.

Tillvägagångssätt

Ansökan om att genomföra projektet lämnades till forsknings- och utvecklingsenheten inom primärvården. Då primärvården inom landstinget inte kunde ge ett godkännande att utföra studien inom rimlig tid beslöts att istället kontakta privatdrivna vårdcentraler.

Verksamhetschef på respektive vårdcentral kontaktades via mail, telefon och/eller personligt besök för att ansöka om tillstånd att dela ut enkäten till enhetens sjuksköterskor. Totalt kontaktades 19 privatdrivna vårdcentraler varav 11 stycken tackade ja till att delta i studien och sju tackade nej. En av vårdcentralerna kom aldrig med något svar angående deltagande i studien. En av vårdcentralerna som kontaktades via telefon tackade först nej, men ändrade sig efter att ha fått informationen skriftligen via mail och deltog i studien. De flesta av de verksamhetschefer som tackade nej till att delta hänvisade till hög arbetsbelastning och underbemanning som skäl till att de inte kunde delta. Samtliga av de kontaktade vårdcentralerna var lokaliserade i länet.

Enkäter lämnades på alla vårdcentraler till verksamhetschef eller av denne utsedd kontaktperson. De olika vårdcentralerna informerades om att det inte kommer att vara möjligt

att koppla olika svar till en viss person eller vårdcentral då inga uppgifter om arbetsplats eller person insamlas. Författarna fick godkännande av verksamhetscheferna hos berörda vårdcentraler för att kunna utföra studien. För att få ytterligare uppmärksamhet kring studien bad författarna verksamhetscheferna att muntligt informera sjuksköterskorna om enkäterna under deras rutinmässiga arbetsmöten.

Enkäterna lämnades tillsammans med informationsbrev på respektive vårdcentral och hämtades sedan av författarna efter en till två veckor. På en vårdcentral delades enkäterna ut till sjuksköterskorna vid besök och samlades in direkt efter att de blivit ifyllda. Några av vårdcentralerna fick påminnas via telefon att enkäterna skulle samlas in. Till en vårdcentral postades enkäter tillsammans med ett svarskuvert som sedan returnerades då enkäterna besvarats. På de vårdcentraler som tackade ja till att delta arbetade det sammanlagt 61 sjuksköterskor enligt verksamhetscheferna. Totalt inkom 50 enkäter vilket betyder att elva sjuksköterskor inte besvarade enkäten.

Bearbetning och analys

Inställning till de olika påståenden i frågeformuläret markeras på en 100 mm lång linje som mäts med linjal där 0 är ändpunkten ”Tar helt avstånd” och 100 är ändpunkten ”Instämmer helt” (Haddad et al. 2012). Insamlade data bearbetades och analyserades med statistikprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS 21.0). Resultatet redovisas deskriptivt med medianvärden och variationsbredd och för att kunna jämföra resultat med tidigare studier redovisas medelvärden och standardavvikelse. För analyser av eventuella statistiska skillnader mellan svar på enkätens frågor användes icke-parametrisk statistik då variablerna inte är normalfördelade (Eilertsson, 2012). Signifikansnivå som valts till de olika analyserna är $p < 0,05$.

För analyser av eventuella statistiska skillnader mellan sjuksköterskor utifrån erfarenhet inom psykiatrisk vård, som är en dikotom variabel då sjuksköterskorna fick svara ”ja” eller ”nej” till om de hade sådan erfarenhet användes Mann-Whitneys U-test. Mann-Whitneys test används för att analysera eventuella skillnader i två grupper där medelvärdet är snedfördelat eller om grupperna är små. Det krävs minst 4 individer per grupp för att utföra testet och kunna få ett p-värde under 0,05 vilket ger måttliga belägg mot nollhypotesen (Björk, 2010). För att analysera skillnader mellan kön avsågs att använda Mann-Whitney U-test men då endast två män deltog i studien var det ej möjligt att genomföra ett sådant test.

De båda variablerna erfarenhet från primärvård och en eventuell utbildning i depression hade en tredelad svarsfördelning men på grund av att en grupp i vardera variabel blev väldigt liten omgrupperades de båda variablerna till två grupper varför Mann-Whitneys test användes istället för Kruskal-Wallis test som först avsågs (Ejlertsson, 2003, Field 2005).

För att analysera skillnader i svar beroende av ålder delades sjuksköterskorna in i tre grupper och Kruskal-Wallis test användes för att kunna bedöma eventuella statistiska skillnader. Skillnader kunde ses men efter Bonferronikorrektion och Mann-Whitneys U-test mellan grupperna fanns inga skillnader. Ålder grupperades därför även i två grupper för att jämföra yngre och äldre sjuksköterskor och Mann-Whitney U-test genomfördes. Vid analys av skillnader mellan grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor inom öppen hälso- och sjukvård och övriga specialistutbildade sjuksköterskor användes Kruskal-Wallis test som är en utvidgning av Mann-Whitneys test där samtliga observationer rangordnas och medelrang beräknas och kan användas vid fler än två oberoende grupper (Björk, 2010). För att minska risken för typ 1-fel vid upprepade analyser används Bonferronikorrektion, d.v.s. att dela alfanivån med antal prövningar vilket ger $0,05/3=0,017$. Bonferronikorrektion ger en total risk för typ 1-fel på 5 % (Borg & Westerlund, 2012).

RESULTAT

Resultatet redovisas i löpande text samt i tabellform.

Demografiska fakta

I studien deltog totalt 50 sjuksköterskor, antal kvinnor som besvarade enkäten var 47 och antal män var två. En sjuksköterska besvarade inte frågan om kön.

De svarande sjuksköterskorna var mellan 27 och 63 år gamla. Tjugotvå sjuksköterskor var grundutbildade och 28 specialistutbildade. Av de specialistutbildade sjuksköterskorna var 20 specialister inom öppen hälso- och sjukvård. Tjugosex sjuksköterskor hade mindre än fem års erfarenhet som sjuksköterskor inom primärvården och 24 sjuksköterskor hade mer än fem års erfarenhet.

Elva av sjuksköterskorna hade erfarenhet av den psykiatriska vården och 39 saknade sådan erfarenhet. Fjorton sjuksköterskor svarade att de hade gått en utbildning inom ämnet depression sedan de började arbeta inom primärvården och 36 att de inte gått någon utbildning.

Vilka attityder och vilken kunskap har sjuksköterskor inom primärvården i ett län i Sverige gentemot depressionssjukdomar och patienter med depression?

Resultatet visar att sjuksköterskor som arbetar inom primärvården tar mest avstånd från påstående 7; ”Att bli deprimerad är ett sätt för människor med dålig uthållighet att hantera svårigheter” och påstående 11; ”Att bli deprimerad är en naturlig del av åldrandet”.

De påståenden som sjuksköterskorna till störst del instämde med var 1; ”Jag har de senaste fem åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom” och 12; ”Distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression”.

Tabell 1. Samtliga sjuksköterskors svar på alla påståenden

Depression Attitude Questionnaire (DAQ)	Medelvärde	Standardavvikelse	Median	Variationsvidd
1. Jag har de senaste fem åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom.	73	23	80	9-100
2. Majoriteten av patienter i primärvården med depression har nyligen drabbats av en personlig kris.	47	21	50	8-85
3. De flesta patienter med depression i primärvården förbättras utan medicinering.	42	21	40	1-95
4. Det är genetiskt styrt om en person drabbas av en svår depression.	42	22	44	2-87
5. Det är svårt att skilja mellan patienter som är olyckliga och de som lider av en behandlingskrävande depression.	40	23	38	5-82
6. Det går att urskilja två huvudgrupper av depression, en med psykologiskt ursprung och en som orsakas av genetik.	39	21	41	3-90
7. Att bli deprimerad är ett sätt för människor med dålig uthållighet att hantera svårigheter.	19	20	12	0-87
8. Deprimerade patienter har mer troligt upplevt svårigheter tidigt i livet jämfört med andra människor.	33	25	33	8-94
9. Jag känner mig bekväm med att hantera deprimerade patienters behov.	56	29	66	6-98
10. Depression är en naturlig del i livet och går inte att förändra.	27	19	22	0-74
11. Att bli deprimerad är en naturlig del av åldrandet.	20	19	18	0-76
12. Distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression.	87	25	74	12-100
13. Att arbeta med deprimerade patienter är en tung arbetsuppgift.	61	25	67	5-100
14. Det finns inte mycket att erbjuda patienter med depression inom primärvården.	33	26	29	0-82
15. Det är givande att försöka identifiera deprimerade patienter.	60	27	62	0-100
16. Psykoterapi tenderar att misslyckas med deprimerade patienter.	33	22	27	0-94
17. Om patienter med depression behöver antidepressiva läkemedel kan de hjälpas bättre av psykiater än av allmänläkare.	41	28	36	2-100

18. Antidepressiva läkemedel är ofta effektiva vid behandling av personer med depression i primärvården.	60	22	64	18-95
19. Psykoterapi för patienter med depression bör överlåtas till en specialist.	59	30	64	3-100
20. Om psykoterapi fanns tillgängligt skulle det vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel för de flesta patienter med depression.	62	24	64	9-100

Skala från 0-100 där 0 = "Tar helt avstånd" och 100 = "Instämmer helt".

Finns det skillnader i kunskap och attityder gentemot depressionssjukdomar och patienter med depression utifrån sjuksköterskornas demografiska bakgrund?

Ålder

I åldersgrupperna 27-39 år (n=17), 40-49 år (n=14) och 50-63 år (n=19) fanns skillnad endast i påstående 4; Det är genetiskt styrt om en person drabbas av en svår depression (H= 6,377, df=2, p=0,041) med en medelrang 28,32 för 27-39 år, 16,86 för 40-49 år och 28,19 för 50-63 år. Efter tre Post-hoc analyser med två grupper åt gången och Bonferronikorrektion (signifikansnivå satt till 0,017) visades inga skillnader mellan åldersgrupperna.

Då ålder grupperades i 45 år och yngre (n=23) i en grupp jämfört med 46 år och äldre i den andra gruppen (n=27) sågs skillnader inom tre av påståendena. Tabellen nedan visar skillnaderna, ett högt medianvärde och hög medelrang visar att sjuksköterskorna håller med påståendet i större utsträckning än vid låga värden.

Tabell 2. De påståenden där skillnader fanns mellan sjuksköterskor 45 år eller yngre och 46 år och äldre.

Fråga	Ålder 45 år och yngre		Ålder 46 år och äldre		Mann-Whitney U-test	
	Median (Variationsvidd)	Medelrang	Median (Variationsvidd)	Medelrang	U-värde	P-värde
1. Jag har under de senaste 5 åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom.	72 (17-100)	21	86 (9-100)	29	210	0,041
18. Antidepressiva läkemedel är ofta effektiva vid behandling av personer med depression i primärvården.	56 (18-90)	19	74 (22-95)	27	166	0,024
20. Om psykoterapi fanns tillgängligt skulle det vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel för de flesta patienter med depression	77 (28-100)	30	53 (9-88)	17	111,5	0,002

Utbildning - depression

Det fanns ingen skillnad i svar på något av påståendena i enkäten mellan gruppen av sjuksköterskor som gått en kurs i ämnet depression sedan de började arbeta inom primärvården (n=14) och den grupp som inte gjort det (n=36).

Specialistsjuksköterskeutbildning

Sjuksköterskorna delades in i grundutbildade (n = 22), specialistutbildade inom öppen hälso- och sjukvård (n=20) och övriga specialistutbildade sjuksköterskor (n = 8). Ingen skillnad mellan grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor inom öppen hälso- och sjukvård och övriga specialistutbildade sjuksköterskor kunde ses gällande deras kunskap och attityder gentemot depressionssjukdomar och patienter med depression.

Kön

På grund av att endast två män deltog i studien kunde skillnader mellan könen ej analyseras.

Erfarenhet från primärvården

Erfarenhet som sjuksköterska inom primärvården delades in i två grupper en som arbetat mindre än fem år och en grupp med erfarenhet längre än fem år. Tabellen nedan visar skillnaderna, ett högt medianvärde och hög medelrang visar att sjuksköterskorna håller med påståendet i större utsträckning än vid låga värden.

Tabell 3. De påståenden där skillnader fanns mellan grupper av sjuksköterskor med olika lång erfarenhet från primärvård.

Fråga	Erfarenhet från primärvård >5år n = 24		Erfarenhet från primärvård <5år n= 26		Mann-Whitney U-test	
	Median (Variationsvidd)	Medelrang	Median (Variationsvidd)	Medelrang	U-värde	P-värde
1. Jag har under de senaste 5 åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom.	85 (48-100)	31	72 (9-100)	20	190	0,018
6. Det går att urskilja två huvudgrupper av depression, en med psykologiskt ursprung och en som orsakas av genetik	48 (14-90)	28	35 (3-70)	19	155	0,027
18. Antidepressiva läkemedel är ofta effektiva vid behandling av personer med depression i primärvården.	75 (22-95)	30	49 (18-90)	18	136	0,005
20. Om psykoterapi fanns tillgängligt skulle det vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel för de flesta patienter med depression	53 (12-88)	18	74 (9-100)	28	147,5	0,017

Erfarenhet från den psykiatriska vården

Sjuksköterskor som har erfarenhet från psykiatrisk vård (n=11) instämmer i lägre grad till påstående 17; "Om patienter med depression behöver antidepressiva läkemedel kan de hjälpas bättre av psykiater än av allmänläkare" jämfört med sjuksköterskor som saknar erfarenhet från psykiatrisk vård (n=39) (U=102, df=1, p= 0,024).

Finns det något samband mellan sjuksköterskornas attityder och kunskap om depression och deras benägenhet att ta initiativ till samtal om psykisk ohälsa?

På frågan om hur ofta sjuksköterskorna själva tog initiativ till samtal om patienternas psykiska hälsa fanns fem svarsalternativ, som var ordnade i en ordinalskala från "inte alls" = 0 till "tar alltid initiativ" = 5. Spearman's korrelationsanalys genomfördes och visade att det finns signifikanta skillnader mellan de sjuksköterskor som oftare tar initiativ att prata med patienterna om deras psykiska mående jämfört med de som inte gör det (se tabell 4). Vidare analys genomfördes med Mann-Whitneys U-test och sjuksköterskorna delades då in i två olika grupper för att storlekarna skulle räcka till för att genomföra analysen. De som alltid eller oftast tar initiativ till att prata om psykisk hälsa (n=16) och de som ibland eller sällan tar initiativ till detta (n=25). Det var ingen sjuksköterska som svarade att de aldrig tog initiativ till att prata om patienters psykiska hälsa. Tabellen nedan visar skillnaderna, ett högt medianvärde och hög medelrang visar att sjuksköterskorna håller med påståendet i större utsträckning än vid låga värden.

Tabell 4. De påståenden där skillnader i svar fanns mellan gruppen av sjuksköterskor som alltid/ofta tar initiativ till att prata om psykisk ohälsa och gruppen som ibland/sällan tar initiativ.

Fråga	Tar alltid/ofta initiativ till att prata om psykisk ohälsa n =16		Tar ibland/sällan initiativ till att prata om psykisk ohälsa n =25		Spearman's korrelationsanalys	Mann-Whitney U-test	
	Median (Variationsvidd)	Medelrang	Median (Variationsvidd)	Medelrang	P-värde (Korrelationskoefficienten)	U-värde	P-värde
5. Det är svårt att skilja mellan patienter som är olyckliga och de som har en behandlingskrävande depression	22 (5-66)	13	54 (15-82)	26	<0,001 (0,56)	66,5	0,001
9. Jag känner mig bekväm att hantera deprimerade patienters behov	76 (63-98)	29	60 (12-84)	16	<0,001 (-0,59)	67,5	0,001
15. Det är givande att försöka identifiera deprimerade patienter	82 (33-100)	25	53 (0-100)	17	0,012 (-0,40)	107	0,028

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Sjuksköterskor som arbetar inom primärvården i ett län i Sverige instämmer till störst del med påståendena ”Jag har de senaste fem åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom” och ”Distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression”. De påståenden som sjuksköterskorna till högst grad tog avstånd ifrån var ”Att bli deprimerad är ett sätt för människor med dålig uthållighet att hanterasvårigheter” och ” Att bli deprimerad är en naturlig del av åldrandet”.

Det är troligt att studiens resultat har påverkats av rådande kunskapsläge där man idag har säkra svar på några av de påståenden som DAQ innehåller. Därigenom kan vissa utav påståendena vara mer relevanta som kunskapstest istället för attitydspåståenden.

De påståenden som sjuksköterskor tog avstånd till i högst utsträckning var ”Att bli deprimerad är ett sätt för människor med dålig uthållighet att hantera svårigheter” där medelvärdet var 19,1 vilket kan jämföras med brittiska sjuksköterskor (27,0), brittiska allmänläkare (32,9) eller franska/italienska allmänläkare (37,7) (Haddad et al.2012). Sjuksköterskor i primärvården tyckte i högre grad än sjuksköterskor och läkare i andra europeiska länder att depression inte är ett sätt att hantera svårigheter för människor med dålig uthållighet.

Vid jämförelser av påståendet ”Att bli deprimerad är en naturlig del av åldrandet” ses liknande medelvärden med jämförda yrkesgrupper. Medelvärdet beräknades till 20,2 jämfört med brittiska sjuksköterskor (17,0), brittiska allmänläkare (21,1) och franska/italienska allmänläkare (25,4) (Haddad et al. (2012). Enligt Burroughs et al (2006) är primärvårdens ansvarsområde att hantera depression hos äldre patienter. I länet där undersökningen gjordes har som tidigare nämnts primärvården ett huvudansvar för depressionsbehandlingen och det är därför glädjande att sjuksköterskor i primärvården inte håller med om att det skulle vara naturligt att bli deprimerad när man blir gammal. Enligt Erikssons omvårdnadsteori relaterar hälsa och lidande till varandra. Sjuksköterskan kan genom positiva attityder främja hälsa genom att minska lidande. Positiva attityder kan leda till ökad respekt och förståelse för den deprimerade patienten.

De påståenden som sjuksköterskorna till störst del instämde med var ”Jag har de senaste fem åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom” (medelvärde = 72,9) detta

jämfört med brittiska sjuksköterskor (65,2), brittiska allmänläkare (65,2) och franska/italienska allmänläkare (69,7) (Haddad et al. (2012). Jämförelsen visar att sjuksköterskor i undersökningen större grad instämmer med att de sett en ökning av antalet patienter med depression än sjuksköterskor och läkare i andra europeiska länder. Sjuksköterskor i primärvården tyckte att distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression i högre grad (86,9) än brittiska sjuksköterskor (70,0), brittiska allmänläkare (57,8) och franska/italienska allmänläkare (56,7) (Haddad et al (2012). Vid jämförelser med central- och sydeuropeiska länder kan faktorer som kultur, vårdssystem och resurser påverka resultatet.

Resultatet visar att sjuksköterskor i primärvården generellt har positiva attityder till såväl psykologisk som farmakologisk behandling av depression. Resultatet överensstämmer med en tidigare studie av Mbatia et al., (2009) av sjuksköterskor som arbetar i primärvård i Tanzania. Även där ses en positiv attityd till psykologisk och farmakologisk behandling av depression.

Det finns vetenskapligt stöd för såväl KBT, psykodynamisk terapi och interpersonell terapi. KBT har en gynnsam effekt på symtom och funktionsförmåga vid depression och kan utöver traditionell behandling utföras både över telefon och internetbaserat (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen (2010) rekommenderar KBT som ett förstahandsval av psykoterapi i behandlingen av depression hos äldre. Författarnas uppfattning är trots detta att behandling sällan ges som KBT utan i form av antidepressiva läkemedel.

Det nya hälsofrämjande paradigmet menar att hälsa kan främjas genom samarbete med patienten och patientcentrerad vård (Svedberg & Jormfeldt, 2010). Det skulle kunna ske genom gemensamt arbete i terapi, stödjande samtal och råd om egenvård.

Ålder

Då sjuksköterskorna delades i två grupper, äldre än 45 år och 45 år och yngre, såg man att deras attityder skiljdes åt på tre påståenden. De äldre sjuksköterskorna instämmer i högre grad till att de sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom de senaste fem åren samt att antidepressiva läkemedel ofta är effektiv vid behandling av depression. Däremot instämmer de yngre sjuksköterskorna i större utsträckning till att psykoterapi är mer effektivt än antidepressiva läkemedel. Man vet att det idag finns flera typer av antidepressiva läkemedel som SSRI, SNRI och TCA effektiva vid behandling av unipolär depression men en tredjedel får en otillfredsställande effekt vid den först påbörjade läkemedelsbehandlingen, antingen på grund av utebliven effekt eller på grund

av biverkningar. Det finns även olika typer av psykoterapi som visat sig ha god effekt på deprimerade patienter till exempel KBT (SBU, 2004).

Kurs i ämnet depression

I denna studie hade sjuksköterskorna liknande åsikter oavsett om de hade gått en kurs i ämnet depression eller inte. Möjligen beror resultatet av nu genomförd studie på att sjuksköterskornas utbildning i ämnet depression kan ha varit för kort. Det efterfrågas enbart om sjuksköterskorna genomgått en utbildning i ämnet depression och inte när, vilket kan betyda att det var en avsevärd tid mellan utbildningstillfället och teststillfället. Resultatet står delvis i motsats till tidigare studier. En studie av Mayall et al., (2004) visar att det finns statistiskt signifikanta skillnader bland sjuksköterskor innan och efter utbildning när det gäller kunskap om depression samt ökade färdigheter i att identifiera depression hos äldre patienter. Butler & Quayle (2006) undersökte sjuksköterskors kunskap och attityder till depression före och efter en 2-dagarsutbildning. I resultatet framkom att det fanns skillnader gällande attityd till användandet av antidepressiva läkemedel före och efter utbildningsdagarna. Efter genomgången utbildning hade deltagarna större tilltro till antidepressiva läkemedel generellt sett och även i jämförelse med psykoterapi jämfört med före utbildningen (Butler & Quayle, 2006).

Ovan nämnda studier av (Mayall et al., 2004, Butler & Quayle, 2006) mäter skillnader före och efter en utbildningsintervention. Skillnaden mot tidigare studier kan även bero på att tillfrågade sjuksköterskor verkade i andra länder där utbildning och andra förutsättningar kan skilja sig från situationen i Sverige.

Studien visade att sjuksköterskor som arbetade inom primärvården i ett svenskt län i ganska hög grad instämde med att de kände sig bekväma att hantera deprimerade patienters behov och att de tycker att det är givande att identifiera deprimerade patienter. Samtidigt har deltagarna i studien besvarat att de tycker att det är en tung arbetsuppgift att arbeta med deprimerade patienter. Att sjuksköterskorna i primärvården upplever arbetet med deprimerade patienter som givande kan leda till att man klarar den tunga arbetsuppgiften. Flertalet studier har visat att sjuksköterskor som arbetar i primärvården behöver omfattande utbildning inom psykisk ohälsa (Haddad et al., 2005, Roness et al., 2004, Walker et al., 2000). En studie visade att sjuksköterskor känner sig otillräckliga i bedömandet av patienter med depression och känner sig osäkra på sin förmåga att möta dessa patienter (Haddad et al., 2005). Det är viktigt att sjuksköterskor i primärvård har

tillräckliga kunskaper för att identifiera deprimerade patienter, ge råd om egenvård och följa upp deras psykiska mående.

Erfarenhet från psykiatrisk vård

Sjuksköterskor som har erfarenhet från psykiatrisk vård instämde i lägre grad med att patienter som behöver antidepressiva läkemedel får bättre hjälp av psykiater än allmänläkare jämfört med sjuksköterskor som saknade den erfarenheten. Då primärvården har huvudansvaret för depressionsbehandlingen och ska behandla personer som lider av lindrig till måttlig depression (Törnkvist et al., 2012) måste det ses som positivt att sjuksköterskor som jobbar inom primärvården och samtidigt har erfarenhet från psykiatrisk vård har stort förtroende och bra erfarenheter av allmänläkares kunskaper om antidepressiv medicinering. Det här är viktigt då många patienter med depressionssymtom söker vård hos sin fasta vårdkontakt på vårdcentralen och inte inom psykiatrin. Det är även primärvårdens läkare som förskriver den största delen antidepressiva läkemedel (SBU, 2004).

Erfarenhet från primärvård

Sjuksköterskorna som har jobbat mer än fem år instämmer i högre grad med att antidepressiva läkemedel ofta är effektiva vid behandling av personer med depression i primärvården och de som har jobbat mindre än fem år instämmer i högre grad med att om psykoterapi fanns tillgängligt skulle det vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel för de flesta patienter med depression. Det här kan betyda att de som har arbetat längre inom primärvården har sett fler patienter som förbättrats med antidepressiv medicinering. Liknande resultat syns vid jämförelser mellan äldre och yngre sjuksköterskor vilket kan antas bero på att de som är äldre ofta även har jobbat längre. Resultatet visade att yngre sjuksköterskor och de sjuksköterskor som har mindre än fem års erfarenhet från primärvården till större del instämde med att psykoterapi skulle vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel om det fanns tillgängligt jämfört med äldre sjuksköterskor och sjuksköterskor som har erfarenhet mer än fem år. Äldre sjuksköterskor instämmer till större del med att antidepressiva läkemedel ofta är effektiva vid behandling av personer med depression jämfört med yngre sjuksköterskor. De yngre sjuksköterskornas inställning till behandling av depression överensstämmer bättre med Socialstyrelsens rekommendationer. Enligt Socialstyrelsens rangordning av psykologiska behandlingar har KBT god effekt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av

depression. KBT har god till mycket god effekt på såväl kort som lång sikt på både symtom och funktionsnivå. För att uppnå Socialstyrelsens mål om att erbjuda patienter med depression flera effektiva behandlingar, behöver tillgången till psykologisk behandling öka inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2010).

Initiativ till samtal om psykisk ohälsa

De sjuksköterskor som alltid/ofta tog initiativ till att prata om patienternas psykiska hälsa instämde till större del med att det är givande att arbeta med deprimerade patienter och de känner sig bekväma med att tillgodose deras behov. De instämde i lägre grad till att det är svårt att skilja olyckliga och deprimerade patienter åt jämfört med sjuksköterskor som svarade att de ibland/sällan tar initiativ till att prata om patienterna psykiska hälsa. Skillnader mellan sjuksköterskor som alltid/ofta tar initiativ till samtal om psykisk ohälsa med patienter och de som ibland/sällan gör det kan bero på att de som tar initiativ oftare har goda kunskaper om psykisk ohälsa. Att sjuksköterskor inom primärvården har goda kunskaper om psykisk ohälsa bör rimligtvis leda till bättre omhändertagande av deprimerade patienter, kortare vårdtider, mindre lidande för den enskilde och samhällsekonomiska vinster vid snabbare återgång i arbete. Studier har visat att sjuksköterskor verksamma i primärvården är i behov av genomgripande kunskaper om psykisk ohälsa (Haddad et al., 2005, Roness et al., 2004, Walker et al., 2000).

Metoddiskussion

Då godkännande att genomföra studien från primärvårdens forsknings- och utvecklingsenhet inte kunnat inhämtas inom för projektet rimlig tid har projektet endast utgått från sjuksköterskor inom den privatdrivna primärvården. Hade studien genomförts även inom den landstingets primärvård hade ett större dataunderlag kunnat samlas in. Möjligheten hade även funnits att jämföra sjuksköterskor i den privatdrivna med sjuksköterskor i den offentligt drivna primärvården.

Depression Attitude Questionnaire utvecklades och användes första gången 1992 (Botega et al.). Depression Attitude Questionnaire har använts i många olika länder och riktat sig till allmänläkare, sjuksköterskor och psykiater (Haddad 2005, 2007, 2012, Butler & Quayle, 2006). Även om DAQ-formuläret är väl använt är det en begränsning att det är över 20 år gammal. Det har hänt mycket inom forskningen om depressionssjukdomar de senaste åren som gör att flera av frågorna är mer aktuella som kunskapstest än som frågeställningar kring

attityd. Enkäten översattes till svenska och för att stärka dess validitet utfördes en pilotstudie (Ejlertsson, 2005). De fem deltagare som medverkade i pilotstudien var grundutbildade sjuksköterskor som jobbar i psykiatrisk vård. Möjligen hade pilotstudien varit mer korrekt om även de sjuksköterskor som ingick i pilotstudien arbetade inom primärvården. Reliabiliteten vid studien kan ha påverkats av stress relaterat till hög arbetsbelastning hos respondenterna om de då skyndat igenom formuläret utan att ta sig tid till reflektion. För att undersöka enkätens reliabilitet, att svaren på frågorna ger samma resultat vid upprepade mätningar skulle ett test-retestmetod ha kunnat användas. På grund av den snäva tidsramen för detta projekt har inte något sådant test kunnat utföras. För att öka reliabiliteten kunde även en översättning tillbaka till engelska ha gjorts av en person ej insatt i DAQ-formuläret, varefter jämförelser mellan ursprungsformuläret och den bearbetade versionen kunnat göras och eventuella justeringar ha gjorts. Svar på enkätens påståenden analyserades med en analog skala vilket är vanligt för att mäta subjektiva attityder (Botega et al, 1992). Vid påstående 12; Distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression tros översättningen av frågan vara mer osäker jämfört med övriga frågor vilket skulle kunna bidra till ett resultat som inte är direkt jämförbart med utländska studier. Översättningen av påståendet skulle kunna ha varit ”distriktssköterskan är användbar för att stödja deprimerade patienter”.

Ett informationsbrev skickades ut tillsammans med enkäterna till de sjuksköterskor som deltog i studien med information om studiens syfte samt att enkäten var frivillig och anonym. Information gavs även muntligen till de sjuksköterskor som författarna träffade personligen. Att informationen ges både muntligt och skriftligt till respondenterna är betydelsefullt (Henricson, 2012). En svaghet i studien var att författarna inte själva delade ut enkäten eller gav muntlig information om studien till de flesta deltagarna. Ett sådant förfarande hade möjligen kunnat minska det interna bortfallet.

Enkäten ger inget utrymme för kommentarer, vilket kan ses som både positivt och negativt. Depression Attitude Questionnaire går fort att besvara och en fördel med enkätundersökningar är att deltagarna själva kan avsätta tid till besvarandet då det passar dem. En nackdel med enkäter är att respondenterna inte har någon på plats att vända sig till med eventuella frågor.

Vid analys av skillnader mellan två grupper användes Mann-Whitney U-test. Stickproven är oberoende av varandra och slumpmässiga varför Mann-Whitney kan genomföras för att se om de två grupper skiljer sig åt när det gäller skillnader i skattade värden (Borg & Westerlund, 2012). Kruskal-Wallis test är ett utökat Mann-Whitney och kan användas då man har tre eller

fler oberoende grupper. Kruskal-Wallis användes för analys av skillnader utifrån grupperingar efter sjuksköterskornas ålder, utbildningsnivå och erfarenhet inom primärvård.

Bonferronikorrektion användes för att minska risken för typ 1-fel vilket medförde att svårigheten att uppnå signifikans ökade i och med det minskade p-värdet (Borg & Westerlund, 2012). Därmed ökade risken för typ 2-fel. Då det endast var tre olika grupper får Bonferronikorrektion följt av Mann-Whitney U-test dock ses som ett gott val av analysmetod.

Bortfall av data

Av 61 utlämnade enkäter lämnades 50 (82 %) in till författarna. Att enkäterna lämnades ut och hämtades personligen av författarna kan ha bidragit till den låga frekvensen av externt bortfall. Det externa bortfallet tros bero på sjukskrivningar och att sjuksköterskorna inte hade tid till att besvara enkäten. Vid internt bortfall har respondenterna enbart svarat på en del av påståendena och vid externt bortfall har de överhuvudtaget inte besvarat enkäten (Körner & Wahlgren, 2002). Den fråga som flest respondenter valde att lämna obesvarad var den om hur ofta de själva tog initiativ till patientens psykiska mående.

Kliniska implikationer

Depression är en folksjukdom som ungefär 5 % av Sveriges befolkning lider av. Många personer med depressionssymtom söker hjälp i första linjens sjukvård; primärvården. Det är därför viktigt att de sjuksköterskor som arbetar inom primärvården har kunskap om sjukdomen och dess symtom. Det är även viktigt att de attityder som finns gentemot deprimerade patienter och sjukdomen i sig är positiva. Tidig upptäckt och behandling av depression minskar lidande hos patienten och dennes anhöriga samtidigt som samhällets kostnader minskar (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, 2012).

Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets ”Etiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” (Vetenskapsrådet, 1991) ska fyra etiska grundkrav ställas på forskningsmetod. Dessa krav är:

Informationskravet – Information till uppgiftslämnare kring projektet och deras medverkan. Sjuksköterskorna har fått skriftlig information om studien i samband med att de tillfrågades om deltagande i studien där det framgår att deras medverkan är frivillig och att de när som helst kan avbryta studien.

Samtyckeskravet – Forskaren har inhämtat studiedeltagarnas samtycke genom att de svarat på frågorna och lämnat in enkäten likställs det med samtycke till att deltagande givits.

Konfidentialitetskravet – Personuppgifter ska hanteras med största möjliga konfidentialitet och i denna studie har inga personuppgifter samlats in. Enkäterna är anonyma.

Nyttjandekravet – Insamlade uppgifter har endast använts för sammanställande av ett examensarbete på magisternivå inom specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård.

Slutsats

Sjuksköterskor i primärvården har positiva attityder både till att arbeta med deprimerade patienter och möjligheterna till framgångsrik behandling. Äldre sjuksköterskor och sjuksköterskor med längre erfarenhet har positivare inställning till antidepressiv medicinering samtidigt som yngre sjuksköterskor och sjuksköterskor med kortare erfarenhet har en positivare inställning till psykoterapi.

Sjuksköterskor inom primärvården tycker att distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression och att primärvården kan erbjuda patienter med depression en god vård. Många sjuksköterskor frågar ofta om sina patienters psykiska hälsa något som är positivt för den enskilde patienten och kan bidra till minskad stigmatisering. Många sjuksköterskor har inte genomgått utbildning inom ämnet depression sedan de började arbeta inom primärvården. Regelbunden utbildning eller kurser inom området skulle kunna öka sjuksköterskornas förmåga att stödja deprimerade patienter samt bidra till att skapa än mer öppna, positiva och kunskapsbaserade verklighetsanpassade attityder.

REFERENSER

Belmaker RH & Agam G. (2008) Major depressive disorder. *The New England Journal*

of medicine. 2008 Jan 3;358(1):55-68.

Björk J. (2010) *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Liber AB Stockholm

Borg, E. & Westerlund, J. (2012) *Statistik för beteendevetare*. Tredje upplagan, Liber AB Stockholm

Botega N., Mann A., Blizard R. & Wilkinson G. (1992). General practitioners and depression – first use of the depression attitude questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4:169-180.

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

Butler P. M. & Quayle E. (2006) Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing* 2, 25-35.

Cape J., Whittington J., Buzsewicz M. & Underwood L. (2010) Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010, 8:38

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Field, A. (2005) *Discovering Statistics Using SPSS*, second edition, SAGE Publications

Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F. & Knight, D. (2005) District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (8): 976-985.

Haddad, M., Walters, P & Tylee, A. (2007). District nursing staff and depression: a psychometric evaluation of Depression Attitude Questionnaire findings. *International Journal of Nursing Studies* 44 (3): 447-456.

Haddad M., Menchetti M., Walters P., Norton J., Tylee A. & Mann A. (2012)

- Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Family Practice* 29 (2):121-130.
- Hansson M., Bodlund O & Chotai J. (2006) Patient education and group counseling to improve the treatment in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 105 (2008) 235-240.
- Haws J., Ramjeet J. & Gray R. (2011) A national survey of GP and nurse attitudes and beliefs towards depression after myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, 20, 3215-3223.
- Henricsson, M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2002): *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket (2006). *Läkemedelsbehandling vid depression hos vuxna och äldre*. Hämtad den 6 Januari, 2014, från <http://www.lakemedelsverket.se>
- Mbatia J., Shah A. & Jenkins R. (2009) Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *International Journal of Mental Health Systems*. 2009, 3:5
- Madhukar, H., & Trivedi, M.D. (2004) The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 6 (supp 1):12-16.
- Marlow, R. A., Kegowicz C. L. & Starkey, K. N. (2009) Prevalence of Depression Symptoms in Outpatients with a Complaint of Headache. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(6): 633-37.
- Mayall E., Oathamshaw S., Lovell K. & Pusey H. (2004) Developmental and piloting of multidisciplinary training course for detecting and managing depression in the older person. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 2004, 11, 165-171.
- Moreno P., Saravanan Y., Levev I., Kohn R. & Miranda CT. (2003) Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatr Scand* 2003: 108: 61-65.
- 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): 1363-73.

Roness, A., Mykletun, A & Dahl, AA. (2004) Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1):51-58.

Shia, N (2009) The role of community nurses in the management of depression. *Nurse Prescribing*, 7(12),548-554.

Socialstyrelsen (2009a). Psykisk hälsa. Elektronisk. Hämtad den 15 December 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa>

Socialstyrelsen (2009b). Folkhälsorapport. Artikelnr 2009-126-71

Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Strom O & Runeson B. (2006) The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2007 Apr;22(3):146-52.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2004. *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt*. Vol. 2. Stockholm.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Elanders.

Svedberg, P. & Jormfeldt, H. (2010) Kap 3, Perspektiv på hälsa och ohälsa o psykiatrisk omvårdnad. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (Red) Wiklund Gustin, L. Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

<http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Hälsofrämjande.pdf>. Hämtad den 15 mars 2014.

Törnkvist, Å., Dyster-Aas, J. & Skogman, M. (2012). Vårdprogram – *Depression hos vuxna*. Landstinget i Uppsala län.

Vetenskapsrådet (1991). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 17 December 2013, från www.codex.vr.se/texts/HFSR.pdf

Walker, L., Barker, P. & Pearson, (2000). P. The required role of the psychiatric–mental health nurse in primary health care: an augmented Delphi study. *Nursing Inquiry*, 7(2):91-102.

World Health Organization (2012), Depression Fact Sheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> Hämtad den 10 Januari 2014.

World Health Organisation (1993), *ICD-10 Klassifikation av sjukdomar Kap. V -Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar*. Forskningskriterier Del 1-Allmän psykiatri.

Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2012) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studnetlitteratur.

Williams, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., Cornell, J. & Sengupta, A. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in Primary care: A randomized controlled trial in older adults. *The Journal Of American Medical Association*, 284(12):1519-26.



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Till sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som arbetar inom primärvården
i Landstinget i Uppsala

Som examensarbete på vår utbildning Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning
mot psykiatrisk vård har vi valt att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom
primärvården i Uppsala uppfattar sin kunskap om depression.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och inga uppgifter om person eller arbetsplats kommer
att insamlas.

Genom att besvara nedanstående frågor som tar 5-10 minuter samtycker du till att delta i
studien.

Vid frågor eller synpunkter är ni välkomna att höra av er till oss via mail eller telefon.

Daniel Arnerlov
daniel.arnerlov@gmail.com
0705 944442

Marzia Mohammadi
afgahan_marzia@yahoo.se
0762 158081

Handledare
Caisa Öster, universitetslektor
Institutionen för neurovetenskap
caisa.oster@neuro.uu.se
018 611 98 49

ENKÄTSTUDIE Våren 2014
SJKSKÖTERS KOR I PRIMÄRVÅRDEN;
ATTITYDER OCH KUNSKAP OM DEPRESSION

Jag är:

- Man Kvinna

Ålder.....

Jag är:

- Grundutbildad sjuksköterska
- Specialistsjuksköterska inom öppen hälso- och sjukvård
- Specialistsjuksköterska inom.....

Hur många år har du arbetet som sjuksköterska inom primärvården?

- Mindre än 1 år
- 1-5 år
- Mer än 5 år

Har du erfarenhet av att jobba inom den psykiatriska vården?

- Ja
- Nej

Ange hur mycket du instämmer i eller tar avstånd från följande påståenden. Svar markerar du på den horisontella skalan från "Instämmer helt" till "Tar helt avstånd".

Har du sedan du började arbeta inom primärvården gått någon kurs i ämnet depression?

- Ja, mindre än 4 timmar.
- Ja, mer än fyra timmar
- Nej

1. Jag har under de senaste fem åren sett en ökning av antalet patienter med depressiva symtom.



2. Majoriteten av patienter i primärvården med depression har nyligen drabbats av en personlig kris.



3. De flesta patienter med depression i primärvården förbättras utan medicinering.



4. Det är genetiskt styrt om en person drabbas av en svår depression.



5. Det är svårt att skilja mellan patienter som är olyckliga och de som har en depression som behöver behandling.



6. Det går att urskilja två huvudgrupper av depression, en med psykologiskt ursprung och en som orsakas

av genetik.

Instämmer helt Tar helt avstånd

7. Att bli deprimerad är ett sätt för människor med dålig uthållighet att hantera svårigheter.

Instämmer helt Tar helt avstånd

8. Deprimerade patienter har mer troligt upplevt svårigheter tidigt i livet jämfört med andra människor.

Instämmer helt Tar helt avstånd

9. Jag känner mig bekväm med att hantera deprimerade patienters behov.

Instämmer helt Tar helt avstånd

10. Depression är en naturlig reaktion i livet och går inte att förändra.

Instämmer helt Tar helt avstånd

11. Att bli deprimerad är en naturlig del av åldrandet.

Instämmer helt Tar helt avstånd

12. Distriktssköterskan ska kunna stödja patienter med depression.

Instämmer helt Tar helt avstånd

13. Att arbeta med deprimerade patienter är en tung arbetsuppgift.

Instämmer helt Tar helt avstånd

14. Det finns inte mycket att erbjuda patienter med depression inom primärvården.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

15. Det är givande att försöka identifiera deprimerade patienter.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

16. Psykoterapi tenderar att misslyckas med deprimerade patienter.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

17. Om patienter med depression behöver antidepressiva läkemedel, kan de hjälpas bättre av psykiater än av allmänläkare.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

18. Antidepressiva läkemedel är ofta effektiva vid behandling av personer med depression i primärvården.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

19. Psykoterapi för patienter med depression bör överlåtas till en specialist.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

20. Om psykoterapi fanns tillgängligt, skulle det vara mer effektivt än antidepressiva läkemedel, för de flesta patienter med depression.

Instämmer helt  Tar helt avstånd

21. Hur ofta tar du själv initiativ till att prata om patientens psykiska mående?

- Alltid, med varje patient
- Oftast, med de flesta
- Ibland
- Sällan, med några få
- Aldrig