



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

Där äldre och läkare möts i depressionen

en fenomenologisk studie om två perspektiv på äldredepression

Åsa Götesson & Johannes Håkansson

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Roger Sages

Examinator: Per Johnsson

Abstract

The aim for this study was to examine the meaning constitution of elderly depression among self-identified elders and general practitioners (GP's) in Sweden. An additional aim was to investigate possible juxtapositions of their life-worlds. The research question was stated as follows: How is meaning constituted around the concept of elderly depression among self-identified elders and GP's in primary care? Open interviews were recorded and transcribed. A phenomenological analysis with focus on the singularity was conducted using a method based on MCA-Minerva. The perspective of the self-identified elder consisted of eleven areas of meaning constitution among which *lacking social network*, *bodily functions* and *society* was thought of as a negative influence on depression and *social connection* was seen as having a positive effect on the well-being. Ten areas of meaning constitution were found in the life world of the GP. *Lacking social network*, *difficulties for GP's* and *the hidden depression* were areas of constitution influencing the meaning of elderly depression among the GP's. The singular perspective was validated through the remaining informants' narrative. The outcome indicates a fragmented conception of depression held by the GP, whereas the elderly conceive depression as state involving the totality of the life situation.

Keywords: elderly, old, depression, late-life depression, GP, primary care, phenomenology, life world, MCA-Minerva, Sweden

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka konstituering av mening kring äldredepression bland självidentifierade äldre och primärvårdsläkare i Sverige. Ett ytterligare syfte var att urskilja möjliga skärningspunkter mellan deras livsvärldar. Frågeställningen var följande: Hur konstituerar primärvårdsläkare och självidentifierade äldre mening kring begreppet äldredepression? Hur förhåller sig dessa perspektiv till varandra? Öppna intervjuer spelades in och transkriberades. En fenomenologisk analys genomfördes med utgångspunkt i singulariteten med hjälp av MCA-Minerva. Elva konstitueringsområden framkom hos de självidentifierade äldre, varav *brist på social samvaro*, *kroppsliga funktioner* och *samhället* var negativt värderade. *Social samvaro* ansågs ha en positiv inverkan på måendet. Tio konstitueringsområden urskiljdes i läkarens livsvärld. *Brist på samhörighet*, *svårigheter för läkaren* och *den dolda depressionen* influerade bland annat meningskonstitueringen kring äldredepressioner hos läkaren. Det singulara perspektivet validerades genom de övriga deltagarnas narrativ. Resultaten indikerar ett, från läkaren, fragmenterat och delvis motsägelsefullt meningskonstituerande kring äldredepressioner, emedan den självidentifierade äldre ser depression hos äldre som ett tillstånd orsakat av livssituationens totalitet.

Nyckelord: äldre, gammal, depression, äldredepression, primärvårdsläkare, fenomenologi, livsvärld, MCA-Minerva, Sverige

TACK

Ett stort tack till alla deltagare som så öppenhjärtigt har delat med sig av sina liv. Författarna vill också tacka handledare Roger för generösa mängder inspiration, guidning och te. Ett sista tack riktas till Malin och Henrik som har stått ut.

Ester sa:

- Jag tror att grundproblemet är att andras handlingar tolkar vi behavioristiskt, utifrån och objektivt. Våra egna tolkar vi fenomenologiskt, inifrån medvetandet. Det är människans dilemma. Och på grund av det har vi alla en sådan vidsträckt förståelse för våra egna handlingar, och så liten för andras.

(Lena Andersson, ur Egenmäktigt förfarande, 2013)

Innehållsförteckning

Begreppet ”äldre”	2
Depression hos äldre	3
Risk- och skyddsfaktorer	4
Behandling	5
Kvalitativa studier av relevans	7
Sammanfattande kommentar	9
Syfte	10
Frågeställning	11
Metod	11
Vetenskaplig ansats	11
Naturlig hållning och epoché	12
Den egna förförståelsen	12
Validitet	13
Reliabilitet	14
Urval och rekrytering	15
Datainsamling	15
Äldreintervjuer	16
Läkardeltagande	16
Analysmetod	17
Fenomenologisk analys med programmet MCA-Minerva	17
Meningsbärande enheter	17
Modaliteter	17
Belief	18
Function	18
Time	18
Affects	18
Will	19
Property	19
Subject	19
Entitet och predikat	19
Konstruktion av meningskonstituenten	20
Inkorporering av övriga intervjuer och self-reports	20
Etiska överväganden	20
Resultat	21
Harald	21
Meningskonstituenten	22
Negativ affektivitet	22
Arbete	22
Kroppsliga funktioner	23
Brist på samvaro	24
Familj	26
Avundsjuka	27
Samhället	28
Missade möjligheter	28
Förgängligheten	29

Positiv affektivitet	30
Samvaro	30
Arbete	31
Familj	32
Att hjälpa	32
Frihets känsla	33
De andra äldre	33
Arbete	33
Kroppsligafunktioner	33
Brist på samvaro	34
Familj	34
Samhället	34
Missade möjligheter	35
Förgängligheten	35
Social samvaro	35
Att hjälpa	35
Frihets känsla	36
Ingvar	36
Meningskonstituent	36
Negativ affektivitet	37
Brist på samhörighet	37
Familj	37
Serviceboende	38
Den dolda depressionen	39
Genus	40
Den rena depressionen	40
Svårigheter för läkaren	41
Positiv affektivitet	42
Potentialen hos sjukvården	42
Potentialen hos serviceboenden	43
Samhörighet	43
De andra läkarna	44
Brist på samhörighet	44
Svårigheter för läkaren	44
Den rena depressionen	44
Den dolda depressionen	44
Sammanvägning av livsvärldar	44
Diskussion	46
Metoddiskussion	49
Generaliserbarhet	50
Implikationer av studien och framtida forskning	51
Referenser	53
BILAGA 1	
BILAGA 2	
BILAGA 3	
BILAGA 4	

Depression är inte en naturlig del av att åldras, även om risken för att drabbas av depression ökar med åldern (Statens offentliga utredningar [SOU], 2006). Föreställningen om att nedstämdhet och livsleda skulle vara en självklar del av ålderdomen har bidragit till att äldres psykiska ohälsa har hamnat i skymundan (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2015). Äldres depression är således ett eftersatt forskningsområde där behovet av vidare utveckling är stort.

Den äldre befolkningen växer alltmer och snart kommer det finnas fler äldre människor i världen än vad det finns barn (Yasamy, Dua, Harper & Saxena, 2013). Denna demografiska omställning ställer särskilda krav på hur samhället ska bemöta den här förändringen. Psykisk sjukdom är vanligt hos den äldre befolkningen och depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa. Andelen äldre som lider av depression är idag så stor att det kan anses vara ett folkhälsoproblem (SOU, 2006).

Oavsett ålder för insjuknande förekommer liknande kliniska symtom på depression, men äldres unika livserfarenhet, deras omständigheter och deras specifika syn på depression måste tas i beaktning i det kliniska arbetet (Gordon Hope-Jones, 2013). Äldre möter särskilda utmaningar när det kommer till den egna psykiska ohälsan. Exempelvis ökar risken för fysiska sjukdomar och multisjuklighet med ökande ålder (SOU, 2006) och som äldre tvingas en möta samhällets negativa värderingar som är kopplade till åldrandet i sig. World Value Survey (2015) visar att svenskar skattar 70-åringars sociala status som näst lägst i hela världen. Kulturella och kontextuella faktorer bidrar sålunda till den särskilda svårigheten kopplad till att vara äldre i Sverige.

Butler (1969) säger följande om ålderism:

Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged - a personal revulsion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, "uselessness," and death. Cultural attitudes in our society reinforce these feelings. We have chosen mandatory retirement from the work force and thus removed the elderly from the mainstream of life (ss. 243-244).

Diskrimineringen av äldre visar sig bland annat i hur olika åldersgrupper behandlas för sitt illafinnande. Exempelvis är psykologisk behandling mer lättillgänglig för yngre med depression, medan psykologisk behandling är sällan förekommande bland äldre (Socialstyrelsen, 2009). I en rapport från Socialstyrelsen (2013) framkommer det att det dessutom finns en alltför utbredd förskrivning av psykofarmaka vid äldres psykiska sjukdom

vid tillfällen då andra behandlingsalternativ skulle kunna vara mer lämpliga. Med tanke på att äldre missgynnas i vården (Socialstyrelsen, 2013) är det intressant att utforska hur läkare ser på äldres depression, både avseende etiologi och behandling.

Äldre människor besitter en unik erfarenhet som inte kan delas av andra. För att förstå deras depression, vad som kännetecknar och vad som urskiljer just den, måste en lyssna till de äldre själva. En minoritet av studierna om depression utgår från de deprimerade själva, vars subjektiva och upplevelsebaserade perspektiv är nödvändigt om en ska förstå depressionens mening och essens (Karp, 1996).

Författarnas förhoppning med studien är således att främst ge de äldre en röst i diskussionen kring den egna depressionen och att samtidigt ställa den i relation till ett läkarperspektiv. Ännu en förhoppning är att öka förståelsen för den unika upplevelse det är att idag vara deprimerad i Sverige som självidentifierad äldre och hur det kan påverka bemötandet i vården.

Begreppet "äldre"

Det finns ingen universell åldersgräns över vilken personer kategoriseras som äldre. I Världshälsoorganisationens definition av äldre nämns åldern 65 som det generellt accepterade för att klassas som äldre, även om de också poängterar att det finns en kulturell bias i denna definition och att det över kulturgränser finns olika definitioner av äldre (World Health Organization [WHO], u.å.). I många kulturer används inte den kronologiska åldern som måttstock på definitionen av äldre, snarare utgår definitionen då från vilken roll personen spelar i samhället. Den förändrade rollen har då mer att göra med fysiskt fungerande och förmågan att aktivt bidra till samhället än just den kronologiska åldern (WHO, u.å.). Trots att två människor innehar samma kronologiska ålder kan de skilja sig åt avseende den funktionella åldern, då den senare åsyftar skillnader i personens funktionsnivå (Hagberg & Rennemark, 2004).

Fortsatt är forskning relaterat till åldrande problematiskt då den förväntade livslängden ständigt skjuts uppåt. Forskning baserat på kronologisk ålder tar inte den, över tid och land skiftande, förväntade livslängden och hälsan i beaktning (Sanderson & Scherbov, 2008).

För tydlighetens skull och med hopp om en kulturell känslighet använder därför författarna i den här studien begreppet äldre vid beskrivning av deltagare och forskning även om åldern vid tillfällen kan fluktuera utanför gängse definition av äldre.

Depression hos äldre

Enligt den femte upplagan av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) är depression ett tillstånd som karaktäriseras av följande symtom: nedstämdhet, minskat intresse eller glädje, betydande vikt- eller aptitförändring, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla eller brist på energi, obeslutsamhet eller minskad koncentrationsförmåga och återkommande tankar på döden eller suicid. För att diagnosen egentlig depression skall uppfyllas ska minst fem av de nämnda symtomen funnits under samma tvåveckorsperiod och något av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse måste föreligga. Symtombilden skall också ha inneburit en förändring i personens sätt att vara, orsaka signifikant lidande eller innebära försämrade funktion och episoden ska inte heller förklaras bättre utifrån substansbruk, andra medicinska tillstånd eller schizoaffectiva syndrom. Inte heller någon hypoman eller manisk episod får ha föranlett symtomen (American Psychiatric Association, 2014).

Det kan vara så att kriterierna i DSM-5 inte är tillräckliga när det kommer till diagnostisering av äldres depression. Flertalet studier har undersökt huruvida äldre individer med depression har en särskiljande symtombild jämfört med yngre individer med depression. Det förefaller vara så att den äldre depressionen kännetecknas av fler och oftare förekommande somatiska symtom jämfört med den övriga vuxna populationen (Kim, Pilkonis, Frank, Thase & Reynolds, 2002; Shahpesandy, 2005; Wilkowska-Chmielewska, Szelenberger & Wojnar, 2013). Även somatisk ångest och hypokondri verkar vara vanligare hos äldre än hos yngre (Brodaty et al., 2005; Maes, 2002; Shahpesandy, 2005; Wilkowska-Chmielewska et al., 2013). Ytterligare ett symptom som verkar utmärka en äldre depression är olika former av insomni (Husain et al., 2005; Maes, 2002; Shahpesandy, 2005). Andra studier menar att den äldre depressionen präglas av färre kognitiva symtom, exempelvis att en negativ syn på sig själv inte är lika vanligt hos äldre deprimerade jämfört med yngre deprimerade (Husain et al., 2005; Kim, Pilkonis, Frank, Thase & Reynolds, 2002).

Äldres depression kan ha sämre prognos än yngres depression på så sätt att ett tillfrisknande är mer sannolikt i yngre åldersgrupper (Fischer et al., 2003), men det kan också vara så att återhämtningen kompliceras av faktorer som demens, hälsoproblem och en högre dödlighet överlag i en äldre åldersgrupp (Tuma, 2000). Äldre individer verkar vara sjuka i sin depression under längre tid, lida av fler depressiva episoder samt ha en större generell medicinsk komorbiditet än andra åldersgrupper (Husain et al., 2005).

Maes (2002) menar att depressionens allvarlighetsgrad ökar med en stigande ålder. Detta kompliceras av det faktum att äldre patienter tenderar att förbise och underrapportera

allvaret i sin depression (Brodaty et. al., 2005). Kombinationen av ökad allvarlighetsgrad och underrapportering från patienten själv kan bli riskfyllt då läkare inom primärvården, enligt Fischer, Feifei, Solberg, Rush och Henrich (2003), ofta förbiser att undersöka en eventuell föreliggande självmordsrisk om patienten är äldre. Enligt Bertolote och De Leo (2012) ökar dessutom risken för suicid med stigande ålder.

I litteraturen framkommer en oklarhet kring vad äldres depression innebär och hur den gestaltar sig. Detta påverkar även den kliniska verksamheten. I en studie av Volkers, Nuyen, Veerhak och Schellevis (2004) påvisades en svårighet hos distriktsläkare i att korrekt diagnostisera depression hos äldre. Det visade sig vara vanligt att depressionstillstånd förväxlades med ångessyndrom eller med sociala svårigheter. Det finns dock ett verktyg som är ämnat för att underlätta diagnostiseringen. The Geriatric Depression Scale (GDS) är ett instrument som är utvecklat för att bedöma och screena depressiva symtom hos äldre. Instrumentet är utvecklat för att fånga upp den mer mångskiftande symtombilden som äldre uppvisar (Yesavage et al., 1982). Det rekommenderas att GDS används vid screening av depression hos äldre så länge ingen kognitiv svikt föreligger (SBU, 2012).

Det finns olika siffror på prevalens av depression bland äldre. I en svensk kontext fann Djukanovic, Sorjonen och Peterson (2015) att 9,8% av äldre i åldersgruppen 65 till 80 år rapporterade depressiva symtom. Inom ramen för samma studie rapporterade en större andel män än kvinnor dessa symtom. Hos de allra äldsta individerna, de som är 85 år eller över, fann istället Bergdahl, Allard, Alex, Lundman och Gustafson (2007) att en större andel kvinnor än män led av depression. Mathillas (2013) fann, även här i en svensk kontext, att 24% av 85-åringar, 34% av 90-åringar och 38% av de över 95 år uppfyllde kraven för en depressionsdiagnos.

Risk- och skyddsfaktorer. Att i äldre ålder råka ut för stressfyllda livshändelser är associerat med en högre risk för depression (Chan et al., 2012; Luppä et al., 2012). I ålderdomen finns en risk för många stressfyllda livshändelser. I en studie av Paula Couto, Koller och Novo (2011) angavs vanliga stressfyllda livshändelser för äldre vara minnesförsämring, sjukdom eller död hos anhörig, minskning av fritidsaktiviteter och skada eller sjukdom hos den egna personen. Om stressfyllda livshändelser dessutom kombineras med en låg resiliens, här definierat som en process innefattande hanterandet av och anpassningen till källor av stress eller trauma, bidrar detta ytterligare till att öka risken för illafinnande och depression om en är äldre (Lim et al., 2015; Paula Couto et al., 2011).

Rennemark och Hagberg (1997) visade i sin studie att det finns skillnader mellan vilka sociala funktioner äldre män och äldre kvinnor anger som centrala. De äldre kvinnorna ansåg

att emotionellt stöd var mest centralt medan de äldre männen angav socialt inflytande som den mest centrala funktionen. Lågt socialt stöd, oavsett könsidentitet, har visat sig predicera depression och tankar på suicid hos äldre (Vanderhorst & McLaren, 2005). Lupp et al. (2012) menar också att bristande socialt nätverk är en riskfaktor för depression i ålderdomen, men finner även att låg utbildningsnivå, låg självskattad hälsa och funktionsnedsättning är andra riskfaktorer. Enligt Sarason et al. (1991) kan socialt nätverk fungera som en extern buffert mot livets stressorer. De viktiga kvaliteterna hos nätverket kan delas in i två kategorier. Ena kategorin definieras som intima relationer med närstående. Den andra kategorin består av personer i individens krets som kan bistå med praktiska råd och hjälp. Upplevelsen av att det finns personer i ens närhet som är engagerade skyddar mot stressupplevelse, menar Sarason et al. (1991). Ytterligare en riskfaktor för depression i ålderdomen har visat sig vara en sjukdomshistoria med högt blodtryck och stroke (Petersson, Wallin, Olofsson, Allard & Gustafson, 2014).

Chippendale (2013) understryker i sin studie vikten av att, som äldre, känna sig betydelsefull och värderad. Resultatet av studien visade på ett negativt samband mellan depression och faktorerna utbildning samt en känsla av att vara betydelsefull och värderad hos äldre personer bosatta på äldreboende. Chippendale (2013) betonar vidare att preventiva och behandlande interventioner för äldre med depression bör innehålla möjligheten att bidra meningsfullt till familjen och samhället i stort.

Inre styrka är ett salutogent begrepp som innefattar en känsla av sammanhang, mening med livet, transcendens, resiliens och tålighet (Lundman et al., 2010). Boman, Gustafson, Häggblom, Santamäki Fischer och Nygren (2014) visade att grad av självskattad inre styrka hade ett negativt samband med depression hos äldre kvinnor. Studien pekar på att upplevd inre styrka kan verka skyddande mot depression i äldre ålder. Den starkaste prediktorn i samma studie för att inte vara deprimerad var att sällan, eller aldrig, uppleva sig vara ensam, något som pekar på vikten av ett socialt sammanhang för att undvika depression. Liknande resultat har funnits i den manliga populationen, där självskattad ensamhet har ett positivt samband med grad av depressivitet (Alpass & Neville, 2003).

Behandling. Att som deprimerad söka hjälp kan vara svårt. Av de barriärer som finns mellan deprimerade och behandling förefaller socialt stigma vara av allvarligare art för just den äldre populationen jämfört med andra åldersgrupper (Conner et al., 2010; Katona & Livingston, 2000). Conner et al. (2010) skiljde i sin studie mellan publikt stigma och internaliserat stigma. Det visade sig i studien att det bland äldre föreligger en hög grad av publikt stigma kring mental ohälsa, vilket eventuellt minskar äldres hjälpsökande för den egna

psykiska ohälsan. De fann även skillnader mellan olika kulturella grupper i nivå av publikt stigma kring mental ohälsa. Resultatet tyder på att äldres inställning till behandling försvåras av kulturella faktorer och det sociala stigma som gruppen upplever i hjälpsökandet.

Psykologisk behandling är enligt Socialstyrelsen (2009) den prioriterade behandlingsformen vid depression och ångest hos såväl vuxna som äldre personer. Trots detta får äldre i Sverige huvudsakligen farmakologisk behandling för sina besvär. Läkemedelsbehandling för äldre är inte bara ekonomiskt kostsamt för samhället, utan ökar också på sikt risken för biverkningar hos äldre, något som i sin tur ökar risken för vidare behov av vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2009).

I litteraturen återfinns en mängd olika behandlingsformer för äldre depressioner. Här presenteras kort de tre behandlingsmetoderna som har varit mest förekommande i litteratursökningen: problemlösningsbaserad terapi (PBT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och reminiscensterapi.

PBT är en välbeforskad behandlingsmetod för äldre depressioner som har sin bas i kognitiv neurovetenskap och den betydelse inlärda hjälplöshet har för depression. Att kunna se en skillnad mellan nuet och ett önskat utfall, att kunna utveckla en plan för att röra sig mot det målet samt att ta sig förbi hinder på vägen, är en definition av god problemlösningsförmåga och är sålunda en del av målet i PBT (Crabb & Areán, 2015). Areán, Hegel, Vannoy, Fan och Unuzter (2008) jämförde PBT för äldre inom primärvård med traditionell behandling i en primärvårdskontext. Jämfört med den traditionella behandlingen som erbjöds gav PBT statistiskt signifikant symptomreduktion avseende depression.

Titov et al. (2015) genomförde en intervention bestående av internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) hos äldre individer med symptom på depression. Efter den åtta veckor långa interventionen, bestående av fem online-baserade sessioner och kort kontakt med en behandlare, hade behandlingsgruppen statistiskt signifikant lägre skattning på depressiva symptom jämfört med kontrollgruppen. Den signifikanta skillnaden bestod vid uppföljning tre och tolv månader senare. Värdet i att interventionen är internetbaserad, menar författarna till studien, ligger i potentialen att minska barriärerna som försvårar hjälpsökandet hos äldre, bland annat det äldre specifika sociala stigma och äldres oftare förekommande fysiska funktionsnedsättningar.

Reminiscens kan definieras som en process där individen tänker på eller berättar om tidigare upplevelser som på ett personligt plan upplevs vara viktiga. Reminiscensterapi är en terapiform som är särskilt anpassad till den äldre befolkningen där fokus ligger på att minnas tidigare händelser och förstärka positiva emotioner (Pinquart & Forstmeier, 2012). I en studie

av Chiang et al. (2010) gjord på män boende på ett vårdhem, fann författarna statistisk signifikant förbättring hos en grupp som fick reminiscensterapi jämfört med en kontrollgrupp avseende depression, psykologiskt välbefinnande och ensamhet. I reminiscensterapin fick deltagarna möjlighet att dela sina livserfarenheter på ett meningsfullt sätt genom att erinra sig om de egna talangerna, uppnådda livsmål och hur de hade löst personliga problem under de olika stadierna i livet. Terapin bidrog till sammanhållning och vänskap mellan deltagarna, något som Chiang et al. (2010) ser som bidragande till minskningen av de depressiva symtomen i studien.

Kvalitativa studier av relevans. Inträdet i en depression karaktäriseras enligt Ratcliffe (2014) av att de möjligheter som fanns tillgängliga innan depressionen ändras och att de upplevda förutsättningar ser annorlunda ut, där en meningsfull förändring av livssituationen förefaller omöjlig. Upplevelser av isolering och alienation är vanliga där upplevelsen av möjligheten att skapa en ömsesidig och transformativ kontakt mellan sig själv och andra försvinner. Vidare är återkommande beskrivningar av depression sådana som innehåller fragment av kvävningsskänslor, instängdhet, att vara i ett ofrånkomligt mörker och hopplöshet kring att saker och ting kan bli annorlunda på ett meningsfullt sätt.

Utifrån studier kring hur äldre ser på sin mentala hälsa är återkommande teman vikten av social kontakt, fysisk aktivitet och optimism för ett positivt åldrande. På ett motsvarande sätt påverkar isolering och kroniskt smärta äldres mentala hälsa negativt (Grundberg, Ebbeskog, Dahlgren & Religa, 2012). Det tycks vara en vanlig uppfattning bland äldre att depression är en naturlig del av åldrandet, där depression förstås och rättfärdigas utifrån den sociala situation som omger den äldre, där risken för ensamhet, bristande socialt nätverk och reducerad funktionsförmåga är ökad (Burroughs et al., 2006; Grundberg, 2012; Hedelin & Strandmark, 2001). Holm (2013) menar att en förändrad kroppslig funktion också kan öka risken för social isolering och således en förlust av samhörighetskänsla. I samma kvalitativa studie framkom även att informanterna var tyngda, ältade nära relationer och att det fanns en önskan om att få ta del av familjens livshändelser. Informanterna beskrev livet med depression som en ständig brottningsmatch där relationer inte går som önskat och att det blir lättare att ge upp än att fortsätta kämpa, vilket resulterade i ett upplevt främlingskap gentemot vänner och familj. Detta liknas i studien vid att sitta fängslad i sin ensamhet utan möjlighet att upprätthålla livet som det en gång var. Denna kamp är skamfylld och delas därför inte med omgivningen samtidigt som önskan om att dela med sig och att få känna närhet är smärtsamt närvarande. Denna vanmakt återspeglas även i andra studier och attribuerades här också till minskat ekonomiskt kapital (Ward, Mengesha & Issa, 2014; Zeng, North, & Kent, 2012). I

Zeng et al. (2012) framkommer även att behovet av stöd från omgivningen medför en känsla av att vara belastande, vilket bidrar till det personliga misslyckandet. Att vara beroende av omgivningen verkar särdeles stigmatiserande för de kinesiska männen som deltog i studien, då en man enligt den kinesiska kulturen ska vara självständig och stark, vilket hindrar män att söka hjälp för sina depressiva besvär. Det förefaller vanligt att äldre ser sin nedstämdhet eller depression som en moralisk besvikelse, personligt misslyckande med en social förklaringsmodell för depressionen och ser den därför inte heller som en sjukdom (Bristow et al., 2011; Givens et al., 2006; Ward et al., 2014). Detta personliga misslyckande riskeras att upptäckas av andra äldre och hindrar en utveckling av samhörighet eftersom rädslan för depressionens synliggörande aktivt hämmar kontakt (Holm, 2013) och hjälpsökande (Ward, Mengesha & Issa, 2014). I Holm (2013) framkommer en motvilja att bejaka den hjälp som erbjuds som ett sätt att behålla den hotade integriteten och värdigheten. Samtidigt framkommer det att äldre patienter har låg tilltro till den vård som erbjuds och att de inte heller ser depression som en legitim orsak till hjälpsökande inom vården (Burroughs et al., 2006). Ward et al. (2014) visade att det för vissa kulturella grupper finns en större social acceptans för att hantera sin depression genom religiösa riter istället för att söka hjälp inom vården. På så sätt kan kulturellt sanktionerade copingstrategier och upplevelsen av att depression inte är en sjukdom, då den kan förklaras av social och fysiska omständigheter, vara en barriär för hjälpsökande inom vården.

Det föreligger en diskussion inom läkarkåren kring huruvida det är primärvårdsläkarens uppgift att behandla depressioner eller inte. Porter (1998) menar att läkarkåren genom historien har försökt destigmatisera mentala sjukdomar genom att förkroppsliga dem till somatiska orsaker. Detta har lett till en syn inom läkarkåren att depression framförallt handlar om ett biokemiskt tillstånd, vilket således förespråkar farmakologisk behandling och att mental hälsa därför är ett psykiatrisk ärende (Gask, Dixon, May & Dowrick, 2005). Ett delvis kontrasterande perspektiv som framkommer i forskningen är att läkare ser det som en viktig del av sitt arbete att utvärdera och behandla depressioner. Hursomhelst föreligger barriärer för att detta ska kunna göras på ett effektivt sätt. Tidsbrist gör det svårt att låta patienter själva definiera och acceptera sin depression och utskrivning av antidepressiv medicin blir därför en enkel behandlingsmetod (Van Rijswijk, Van De Lisdonk, Van Weel, Van Hout & Zitman, 2009).

I en studie av Hyde et al. (2005) framkommer att läkare kan ha en dikotom syn på depression, som antingen är av endogen eller av reaktiv karaktär, vilket innebär att depressionen är sprungen ur organisk depressiv sjukdom eller sociala omständigheter. För den

senare typen av depressioner upplever sig läkarna inte kunna tolka eller behandla depressionen lika bra som för den förra. Hade läkare i ett tidigt stadiet i sin utbildning fått tillgång till en yrkesmässig förklaringsmodell präglad av ett bio-socialt perspektiv skulle det gett en mer hoppfull relation till behandling av depression, då det skulle stämma bättre överens med den förklaringsmodell läkarna själva har kring depression (Gask et al., 2005). I förhållande till äldredepressioner framkommer i en studie av Lawrence et al. (2006) att läkare ser hopplöst på möjligheten att hjälpa och upplever sig inte ha de resurser och den kompetens som krävs. Författarna drar slutsatsen att det behövs nya diagnoskriterier och behandlingsalternativ som utgår från det perspektiv på äldredepression som delas både av läkare och äldre, ett perspektiv som har en kontextuell och social utgångspunkt snarare än ett biomedicinskt. Cornford, Reilly och Hill (2007) samt Gordon Hope-Jones (2013) förespråkar ett förhållningssätt från vården som inbegriper synliggörande av patienters egna förståelse av depression som en utgångspunkt för behandlingen av tillståndet, samt att utvidga den medicinska modellen av depression till att även inbegripa en förklaringsmodell som tar patientens erfarenheter av förlorad kontroll och självidentitet i beaktande.

Flera studier efterfrågar en, från vården, större sensitivitet för emotionella uttryck i kontakten med äldre. Hur olika patienter pratar om depression skiljer sig åt och känslighet i mötet är därför av vikt för att upptäcka förekomst av depression hos den specifika äldre. Lawrence et al. (2006) menar att kulturell bakgrund skulle kunna innebära skillnader i beskrivningen av depression hos äldre, där vissa kulturella grupper understryker nedstämdhet eller känsla av hopplöshet, medan andra kulturella grupper kan lägga större fokus på oro. Emotionella uttryck riskeras att undertryckas om läkaren manifesterar att deras expertis eller intresse för förändring ligger inom den somatiska vården eller att det skapas en dynamik där läkarens positiva förväntningar på patienten håller depressionen gömd. Således finns det en risk att patienter enbart uttrycker sådant som ligger i linje med vad läkaren anser vara relevant för mötet (Holm, 2013; Wittink, 2006). Ett alltför medikaliserat språk i mötet mellan läkare och patient kan skapa en dissonans i förståelsen av de symtom som presenteras och sjukdomens innebörd. Den medicinska rösten riskerar att tränga undan patientens livsvärld och den röst tillhörande upplevelsen bakom de presenterade symtomen (Mishler, 1984).

Sammanfattande kommentar

Depression är ett allvarligt tillstånd som är vanligt bland äldre (Bergdahl et al., 2007; Djukanovic et al., 2015; SOU, 2006). Det finns en komplexitet i bedömning och diagnostisering av äldres depression då det verkar föreligga en begreppsförvirring där

diagnostiska kriterier inte alltid verkar överensstämma med läkares bild av vad en depression består av (Brotady et al., 2005; Fischer, 2003; Kim et al., 2002; Maes, 2002; Shahpesandy, 2005; Wilkowska-Chmielewska, 2013). Åtgärder för äldres depression försvåras av faktorer såsom det sociala stigma som förhindrar hjälpsökande (Conner et al., 2010; Katona et al., 2000), att äldre och läkare verkar ha olika förklaringsmodeller till depression (Bristow et al., 2011; Burroughs et al., 2006; Gask, 2005; Givens et al., 2006; Ward et al., 2014) och att den behandlingsrepertoar som erbjuds många gånger är begränsad till psykofarmaka (Socialstyrelsen, 2013; Van Rijswijk et al., 2009). Detta trots att det finns psykologiska behandlingar som riktar sig till äldre. Utifrån litteraturen kan en se att läkare ställs inför unika utmaningar i mötet med äldre, där hopplöshet och otillräckliga resurser är en del av det dagliga arbetet (Lawrence et al., 2006; Van Rijswijk et al., 2009). Då läkare inom primärvården ofta möter äldre i sitt arbete är det viktigt att undersöka hur dessa läkare konstituerar mening kring äldres depression.

Forskningen visar att kulturella och kontextuella faktorer spelar roll i hur äldre förhåller sig till sin depression. Sverige förefaller vara en speciell kontext där äldre har en lägre status än i många andra länder. Författarna har hittat endast en kvalitativ studie i svensk kontext som undersöker äldres perspektiv på depression. Ingen svensk studie har, till författarnas vetskap, ännu undersökt hur ett läkarperspektiv och ett äldre perspektiv på äldre depression förhåller sig till varandra.

I mötet mellan äldre och läkare möts två livsvärldar. Avgörande för utfallet är hur dessa livsvärldar konstitueras. Genom att använda sig av ett fenomenologiskt perspektiv som utgår från singulariteten skulle det kunna vara möjligt att fånga hur äldre och läkare konstituerar mening kring äldre depressionen. Detta kan hjälpa en i att få ökad förståelse för de olika förklaringsmodellerna till depression som finns bland äldre och läkare, samt ge bättre förutsättningar till en mer meningsfull vård.

Syfte

Studien ämnar att höja de äldres egna röst i diskussionen kring äldre depressioner genom att undersöka äldres egna perspektiv på äldre depression. Dessutom vill författarna undersöka perspektivet på äldre depression hålet av primärvårdsläkare i en svensk kontext. Avslutningsvis ämnar författarna undersöka hur de båda perspektiven förhåller sig till varandra för att på så sätt på så sätt belysa implikationer för mötet mellan läkare och den äldre patienten.

Frågeställning

Hur konstitueras mening kring fenomenet äldredepression av självidentifierade äldre och läkare inom primärvården med erfarenhet av depression? Hur förhåller sig dessa perspektiv till varandra?

Metod

Vetenskaplig ansats

Utgångspunkten för den här uppsatsen är fenomenologisk. Fenomenologi är i grunden en filosofi över människans sätt att vara i världen. Filosofin inbegriper en vetenskaplig utgångspunkt med flera olika metodologiska inriktningar. Grundaren var Edmund Husserl som menade att det finns en skillnad mellan fysiska objekt i världen och hur dessa fysiska objekt uppfattas av människans medvetande (Sages & Lundsten, 2004). Medvetandet anses inom fenomenologin ständigt ha en riktning mot den omgivning vi befinner oss i, detta kallas i Husserls terminologi för *intentionalitet*. Allt medvetande görs i relation till något, vi är intresserade *av* och *på* något (Langemar, 2008). Det är genom klargörandet av relationen mellan människan och världen som vi når nya perspektiv på världen. Förståelsen av objektet består dels av en perception och dels av en tolkning av denna perception. Objektet förstås alltså alltid utifrån betraktaren som i sin tur är beroende av sin rumsliga och tidsmässiga kontext. Förståelsen av objektet är under ständig konstituering då gamla erfarenheter, nya erfarenheter och den kontext inom vilken meningsskapandet görs är i ständig förändring. Denna inre psykologiska och fortskridande konstituering av världens objekt, som påverkas av yttre omständigheter, är vad som kallas *fenomen*. Hur denna konstituering sker och hur dess struktur är uppbyggd är vad fenomenologin intresserar sig för. Det är i tankeakterna (noesis) som mening (noema) kring objektet finns. Tankeaktens mening kring objektet är fenomenet, det vill säga hur objektet upplevs av subjektet (Sander, 1999). Totaliteten av meningskonstituerandet är vad Husserl menar utgör människans *livsvärld* (Langemar, 2008).

Att närma sig ett fenomen innebär ett skifte från en enkel beskrivning av upplevelser till synliggörande av upplevelsens underliggande struktur. I ett sådant sökande blir det av vikt att tillämpa *horisontalitet* (Langdridge, 2007). Detta innebär att forskaren vid analysen av den insamlade datan håller sitt sinne öppet och behandlar alla beskrivningar av fenomenet som likvärdiga och att inte utesluta konstituenten som förefaller triviala. Konstituenterna vävs sedan samman till en generell struktur som bildar subjektets livsvärld (Langemar, 2008).

Fenomenologin postulerar en ontologisk utgångspunkt som innebär att det finns flera olika realiteter som samtidigt konstrueras i sin sociala miljö. Världens helhet skapas i

sammankopplingen av dessa olika realiteter. Kunskap och bäraren av kunskap är ömsesidigt beroende av varandra och det blir således inte möjligt att anta att det finns en objektiv sanning som kan betraktas i ett utifrånperspektiv (Maykut & Morehouse, 1994), något som gör det viktigt att undersöka olika perspektiv på världen. Exempelvis kan sanningen om depression skilja sig åt beroende på vem det är som konstituerar mening kring depression. Genom att noggrant undersöka och utgå från individens meningskonstituerande är generaliseringar på en nivå över individen möjlig. Individen är alltså av högsta prioritet som utgångspunkt för att kunna generera vetenskapliga conceptualiseringar och generaliseringar (Sages & Lundsten, 2004).

Naturlig hållning och epoché. Möjligheten att förhålla sig trogen det undersökta fenomenet problematiseras av forskarens livsvärld, då den ohjälpligt är del i skapandet av den gemensamma sanningen (Sages & Lundsten, 2004). Det är en central del av fenomenologisk forskning att vara medveten om sin naturliga hållning till omvärlden. Den naturliga hållningen kännetecknas av ett icke-kritiskt förhållningssätt till vad som upplevs. I forskning blir den naturliga hållningen problematisk då forskarens förförståelse riskerar att grumla det undersökta. Den naturliga hållningen hindrar alltså forskaren att se saker klart och det är genom applicering av fenomenologiska metoder som forskaren kan bli kritiskt medveten om sin naturliga hållning (Langdridge, 2007). Genom den fenomenologiska reduktion kan forskaren parentesera, något som Husserl (1989) kallar epoché, sin förförståelse och således se det undersökta subjektets konstituering kring objektet med ett mindre grumlat perspektiv. Därför redogör författarna för sin förförståelse nedan.

Den egna förförståelsen

Då förförståelsen aldrig fullständigt kan sättas inom parentes har författarna eftersträvat en så omfattande medvetenhet kring den egna förförståelsen som möjligt. Båda författarna är 27 år vid skrivandets stund och delar en i stora drag kulturell bakgrund. Genom psykologprogrammet har båda författarna erhållit en liknande referensram kring vad depression innebär och hur det vanligen yttrar sig. Förförståelsen kring depression som fenomen har författarna fått vara uppmärksamma på under hela arbetet med studien.

Ett moment under författarnas utbildning innebar genomförande av en äldreintervju, vilken har påverkat bådas förförståelse kring åldrade på olika sätt. En av författarna har arbetat inom äldreomsorg över flertalet somrar och har därigenom blivit bekväm i mötet med äldre. Det har dock skett i en roll som personal gentemot de äldre vilket kan ha inneburit i en obalans i maktsymmetrin där den äldre ofrånkomligen befunnit sig i beroendeställning. Vid

intervjutillfället har det därför varit av vikt att medvetet vända på maktasymmetrin, eftersom forskaren varit i beroendeställning av informanten. Det faktum att den ena författaren har erfarenhet av äldre som på ett sätt har gjort hen bekväm med äldre, kan också ha varit gynnsamt i mötet med de äldre.

Genom sin utbildning befinner sig författarna i en diskurs där psykologisk kunskap ibland ställs mot den medicinska, något som kan ha påverkat författarnas inställning till läkarperspektivet. En av författarna har också erfarenhet av att samarbeta med läkare i fall där depressionsdiagnoser har varit aktuellt, en erfarenhet som var både positiv och negativ. En medvetenhet kring dessa erfarenheter och den psykologifrämjande diskursen har varit nödvändig under författarnas arbetsprocess.

Trots författarnas försök att i största möjliga mån parentesera sin förförståelse är de medvetna om att ovan beskrivna erfarenheter påverkar såväl genomförandet av studien som tolkningen av resultatet. De menar således att andra tolkningsmöjligheter också är tänkbara.

Validitet

Willig (2008) definierar validitet som i vilken utsträckning forskningen beskriver, mäter och förklarar det en försöker beskriva, mäta och förklara. Validitet inom kvalitativ forskning kan dock ses på olika sätt. Kvale och Brinkmann (2009) menar att validiteten inom den kvalitativa forskningen genomsyrar hela forskningsprocessen. Valideringen beskrivs vila på skickligheten hos forskaren att ständigt kontrollera och ifrågasätta tolkningen av resultatet. Att utvärdera processens olika delar är något som författarna till den här studien har eftersträvat.

Polkinghorne (2003) ser validering som en process med syftet att ge en försäkran om att den språkliga beskrivningen av tingen ligger relativt nära så som tingen är beskaffade. Det finns alltså risk för ett glapp mellan kunskapen i form av språkliga påståenden och hur saker och ting verkligen är. Validitet rör således inte en immanent egenskap i en metod eller formel, utan är produkten av en växelverkan mellan den som anför något, exempelvis forskaren, och de som ingår i det sammanhang som kunskapen är riktad till, till exempel offentligheten eller ett forskarsällskap. Huruvida recipienterna dömer kunskapen som valid eller inte är avgörande om producerad kunskap får sin validitet (Polkinghorne, 2003). I den här studien kan alltså resultatet ses som kunskapen vars validitet uppnås först när den anses vara valid av recipienterna.

Sages (2003) menar att ett perspektiv på validering är hur väl recipienten med hjälp av sina egna livsvärldsupplevelser kan förstå och reaktivera de noetiska processerna hos

forskaren som har gett upphov till kunskapen som tas emot. Det blir en livsvärldsvalidering som sker på basis av hur väl forskaren kan förmedla hur kunskapen har nåtts. Därför är det också av vikt att noggrant redogöra för alla steg i forskningsprocessen.

Sages (2003) postulerar vidare att mening, situation och process är grundstenar för studiet av människan. Ett forskningsprojekt ska orienteras på så sätt att mening och komplexa interaktioner av mening synliggörs så som de upplevs av individerna själva. Om detta uppnås, uppnås också validitet. Individen kan ses som det centrala konceptet på så sätt att individen är den enda källan till mening. Även om målet inte är att generalisera så skulle en noggrann analys av hur individen konstituerar sin mening kunna ge implikationer för hur eventuella generaliseringar kan göras ovanför individnivå. Att specificiteten kan ge upphov till applikation utanför den lokala sfären kallas exemplarisk validitet. Att den här studien grundar sig i analyser på singularitetsnivå kan alltså ses som en strävan efter att uppnå den här typen av validitet.

Författarna har anpassat intervjusituationerna genom ett demokratiskt förhållningssätt där deltagarna fått bestämma i vilken kontext datainsamlingen skulle ske. Den öppna ställda frågan har uppmuntrat till reflektion och association och författarna har eftersträvat att inte vara styrande i samtalet. Förhoppningen med detta förhållningssätt har varit komma deltagarnas livsvärld nära och på så sätt gynna den ekologiska validiteten (Willig, 2008).

Reliabilitet

Willig (2008) menar att det kan vara överflödigt att tala om reliabilitet i kvalitativ forskning. Kvale och Brinkmann (2009) menar däremot att det är möjligt och att reliabilitet kan handla om resultatens konsistens och tillförlitlighet. Om olika intervjuare producerar olika svar från informanterna skulle detta kunna ses som låg reliabilitet. Med utgångspunkten i att informanternas livsvärldar finns i ständig förändring och på så sätt ständigt konstitueras är reliabilitet av den här typen inte eftersträvansvärd i den här studien. Att nå samma resultatet två gånger är inte önskvärt med tanke på livsvärldarnas ständiga metamorfos.

Langemar (2008) menar istället att det inte går att använda sig av begreppet reliabilitet inom kvalitativ metodik. Reliabilitet inom kvantitativ metod avser tillförlitlighet i mätningar och då mätningar inte sker på samma sätt inom en kvalitativ metod blir det därför problematiskt att använda sig av begreppet. Ibland används ändå reliabilitet när en talar om kvalitativ datainsamling. God kvalitet i den kvalitativa datainsamlingen, att utnyttja subjektiviteten och på så sätt få uttömmande svar, kan ses sålunda som motsatsen till vad reliabilitet avser i en kvantitativ undersökning.

För att främja god kvalitet i studiens intervjuer har författarna valt att låta sig styras av hur informanterna har önskat delge sin livsvärld. Författarna har inte medvetet begränsat informanterna, utan har istället strävat efter att få så uttömmande svar som möjligt.

Urval och rekrytering

Totalt deltog sju självidentifierade äldre i studien. Med utgångspunkt i Maykut och Morehouse (1994) och deras begrepp *indwelling* valde författarna att låta deltagarna själva definiera huruvida de tillhörde den sociala kategorin äldre eller inte. *Indwelling* syftar här på en hållning hos den kvalitativa forskaren som innebär att försöka förstå deltagarnas perspektiv med aktiv inlevelse och utifrån det som är meningsfullt för deltagarna själva. Genom en hållning karakteriserad av *indwelling* fick deltagarna möjlighet att själva avgöra huruvida äldre var en definition som var meningsfull för dem.

Åldersspannet för de äldre deltagarna visade sig sedan vara 59-77 år och deltagarna utgjordes av sammanlagt fyra kvinnor och tre män.

Två av de äldre deltagarna rekryterades med hjälp av anslag på bibliotek och vårdcentraler (Bilaga 1). Resterande fem rekryterades vid muntlig presentation av studien i kyrkor och på träffpunkter för äldre. De äldre fick då möjlighet att anmäla sig på plats till författarna eller höra av sig vid ett senare tillfälle, detta för att möjliggöra konfidentialitet.

Vid rekryteringen av de äldre gjordes ingen åtskillnad mellan begreppen nedstämdhet och depression, dels för att inte utestänga äldre personer utan en officiell depressionsdiagnos, men också för att underlätta tillgängligheten för studien genom användandet av det mer vardagliga "nedstämdhet". Det här förfarandet är ytterligare ett sätt att eftersträva en hållning med *indwelling*, ett försök att vara med personen och inte begränsa ordvalet utifrån den egna föreställningen om vad nedstämdhet och depression har för mening för den enskilde (Maykut & Morehouse, 1994).

Fyra läkare inom primärvården deltog i studien. Enhetschefer på vårdcentraler mottog ett mejlutskick från författarna där de uppmanades att vidarebefordra en förfrågan till de anställda läkarna på vårdcentralen om deltagande i studien. Uppgifter om ålder eller kön efterfrågades inte. Urvalet av vårdcentraler skedde på en praktisk basis, då författarna använde sig av vårdcentralers hemsidor för att finna mejladresser till enhetschefer.

Datainsamling

Alla deltagare fick på förhand information om studiens syfte och förfarande innan datainsamlingen påbörjades. Deltagarna har uppmuntrats att ställa frågor och underrättats om

att de närhelst kan avbryta sitt deltagande utan att negativa konsekvenser uppstår (se Bilaga 3).

Äldreintervjuer. Datasamlingen för de äldre har skett med hjälp av individuella, öppna och ostrukturerade intervjuer med någon av författarna. Fyra av äldreintervjuerna utfördes av den ena författaren och tre av den andra. Det har varit en intention från författarna att i intervjusituationen få deltagarna att känna sig så bekväma som möjligt för att på så sätt få uttömmande berättelser. Intervjuerna har därför skett på tider och platser utefter deltagarnas specifika behov och önskemål. Avsikten med detta har dels varit eftersträvandet av den ekologiska validiteten, men också att möjliggöra en intimitet med deltagarnas respektive livsvärldar.

Det som karakteriserar den kvalitativa forskningsintervjun är djupet i konversationen och en strävan efter att nå bortom ytan för att istället nå en rikedom i tankar och känslor (Maykut & Morehouse, 1994). Då den här studien präglas av ett explorativt tillvägagångssätt valdes metoden öppna och ostrukturerade intervjuer. Deltagarna presenterades med en öppen frågeställning som uppmuntrade till reflektion och association (Bilaga 3). Genom att deltagarna så fritt som möjligt fick formulera sina tankar kring den öppna frågan eftersträvades tillgång till deltagarens konstitution av livsvärlden (Maykut & Morehouse, 1994). Efter den inledande frågeställningen strävade författarna efter ett validerande förhållningsätt och hade fokus på att låta intervjun utveckla sig till ett naturligt samtal, allt för att underlätta deltagarnas eget berättande. Författarna spelade in intervjuerna med hjälp av diktafoner.

Läkardeltagande. Läkarna ställdes inför valet att delta genom intervjuer eller självrapportering, så kallade self-reports. Anledningen till att läkarna fick möjlighet att delta genom self-reports var av främst praktiska skäl då författarna misstänkte att det kunde vara svårt för läkarna att få utrymme till ett deltagande genom intervju. Detta visade sig stämma då enbart en av de fyra läkarna valde att delta genom en intervju. Vid den intervjun gällde samma förfarande som för de äldre.

Självrapporteringen skedde genom ett anonymt elektroniskt formulär på internet (Bilaga 2) där svaren inte kunde spåras till vare sig organisation eller person. Precis som vid intervjuerna fick läkarna samma öppna frågeställning men uppmanades istället att skriva ner sitt svar, utan krav på vare sig form, korrekt grammatik eller en viss längd. Syftet var att tillåta deltagarna att skriva så som de själva önskade för att i största möjliga mån närma sig deras livsvärldar.

Analysmetod

Intervjuerna transkriberades ordagrant innan den formella analysen påbörjades. På detta sätt fick allt material samma format, oavsett om ursprunget var en intervju eller ett self-report. Därefter valde författarna den intervjun som utifrån tidslängd låg i mitten av äldreintervjuerna för fenomenologisk djupanalys. Även läkarintervjun djupanalyserades på samma sätt. Författarna eftersträvade en total "bottom up-process" där kunskapen som genereras utifrån singulariteten står i fokus. Nedan beskrivs författarnas analysprocess i kronologisk följd.

Fenomenologisk analys med programmet MCA-Minerva. MCA-Minerva, som hädanefter benämns Minerva, är en mjukvara för fenomenologisk textanalys som möjliggör en rigorös analys med en hög grad av kontroll med hjälp av den fenomenologiska reduktionen (Sages & Lundsten, 2004). Textanalysen sker i huvudsak genom tre olika indelande steg: meningsbärande enheter, modaliteter och partiella intentioner genom entitet och predikat. Författarna genomförde de två djupanalyserna i enlighet med dessa steg.

Meningsbärande enheter. Först delades de båda intervjuerna in i små, meningsbärande enheter. Genom att dela upp materialet i dessa enheter minimeras risken för att forskaren spontant ska tolka materialet och tillskriva det mening utifrån en på förhand konstruerad förståelsehorisont. Författarna eftersträvade att hålla de meningsbärande enheterna korta då detta minskar utrymmet för okontrollerade tolkningar och samtidigt underlättar validering av analysen (Sages & Lundsten, 2009). Exempelvis delas satsen "Jag har ju inte alltid varit gammal, det är nu jag är det" in i de olika meningsbärande enheterna "Jag har ju inte alltid varit gammal" och "det är nu jag är det". Så fort författarna upptäckte ett skifte hos meningen i texten, konstruerades en ny meningsbärande enhet.

Modaliteter. Det andra steget bestod av att värdera varje meningsbärande enhet utifrån olika modaliteter. Modaliteterna anger på vilket sätt den enskilde upplever sin livsvärld. Fokus ligger inte enbart på *vad* den enskilde upplever, utan också på *hur* upplevelandet konstitueras (Sages & Lundsten, 2009).

Modalitet	Kategorier
Belief	doxa-affirmation, doxa-negation, possibility, probability, question
Function	perceptive, imaginative, signitive
Time	past, present, future, always-recurrent, empty
Affects	positive-prospective, positive-retrospective, neutral, negative-prospective, negative-retrospective
Will	engagement, wish-positive, wish-negative, aspiration, unengagement, none
Property	my, your, his, her, its, our, their, others, not stated
Subject	I, we, one-all, unspecified

Figur 1. Modaliteter och kategorier som ingår i Minerva.

Nedan tydliggörs vad respektive modalitet utgörs av och hur författarna har använt sig av dem. Författarna har strävat efter att följa de riktlinjer som anges i Sages och Lundsten (2004).

Belief. Den här modaliteten beskriver intervjupersonens övertygelse kring det som diskuteras. Doxa-affirmation betyder att en är säker på sin sak medan doxa-negation innebär att en inte vet hur något ligger till. Även möjlighet, sannolikhet och fråga är möjliga kategorier för den här modaliteten.

Function. Funktionen för det som berättas anges i den här modaliteten. Perceptive innebär att det som berättas är konkret och beskriver något som finns som ett objekt i den fysiska världen. Signitive innebär i sin tur att innehållet inte är lika konkret. Det kan istället uttryckas vagt eller abstrakt. Imaginative är sådant som i högre grad uttrycks med en uttalad symbolik eller som en föreställning om något som finns i den enskildes livsvärld.

Time. Här anges tempus, antingen genom dåtid, nutid eller framtid. Något kan också framställas i mer allmängiltiga termer och på så sätt ha en mer tidlös karaktär i form av always-recurrent. Om tempus inte går att utläsa kan också none anges.

Affects. Positiva och negativa affekter kategoriseras tillsammans med antingen retrospektiv eller prospektiv. Retrospektiv avser här sådant som redan har inträffat medan prospektiv är sådant som sker i nutid och har implikationer för framtiden eller sådant som talas om som om det kommer att inträffa.

Will. Ger uttryck för en vilja. Det kan handla om ett engagerat förhållningssätt överlag (engagement) till det som sägs eller att en hoppas på att något specifikt ska inträffa, vilket då anges genom wish-positive. Wish-negative ger i sin tur uttryck för en ovilja gentemot inträffandet av något specifikt. Aspiration synliggör en strävan, medan unengagement avser en tydlig avsaknad av engagemang. I fall där vilja inte går att utläsa anges none.

Property. Ägande, oavsett om det gäller faktiska ting eller abstrakta föreställningar, anges inom den här kategorin.

Subject. Subjektet som intervjupersonen talar utifrån kategoriseras här vid tillfällen då det är möjligt att avgöra. Utöver jag och vi kan även mer allmänna ordalag, såsom utifrån man eller en, kategoriseras i one-all.

Entitet och predikat. Det tredje och sista steget som författarna genomförde i Minerva utgjordes av skapandet av entiteter och predikat för att nå partiella intentioner. Varje partiell intention innefattar en entitet och ett predikat. En entitet kan liknas vid ett objekt som sedan beskrivs genom predikatet. Predikatet uttrycker individens egna sätt att framlägga entiteten på. Entiteterna och predikaten utgör tillsammans den konstituerade meningen (Sages & Lundsten, 2004).

Författarna eftersträvade att uttömma varje meningsbärande enhet med så många möjliga entiteter och predikat som möjligt. Detta för att på förhand inte bedöma vad som var signifikant för studien innan analysen var färdigställd. Den meningsbärande enheten "man slutar jobba" utmynnar i klargörandet som synliggörs i tabell 1.

Tabell 1. Entiteter och predikat för den meningsbärande enheten "man slutar jobba".

Entitet	Predikat
man	som finns
man	som kan sluta jobba
man	som slutar jobba
jobba	som man kan göra
jobba	som man kan sluta med
jobba	som man slutar med
sluta	som man kan göra med jobbet
sluta jobba	som man kan göra
sluta jobba	som man gör

Genom att vända och vrida på vad som är en entitet och vad som är ett predikat möjliggörs flera analyser i Minerva. Minerva möjliggör analyser av relationer mellan de olika modalitetetskategorierna, entiteterna och predikaten samt deras frekvens och distribution i materialet.

Författarna har valt att fokusera på en analys utifrån modaliteten som anger affektivitet. Eftersom depression är ett affektivt tillstånd valde författarna att fokusera på affektomodaliteten, då författarnas uppfattning är att det är den mest relevanta modaliteten för studiens syfte. De övriga modaliteterna faller utanför ramarna för analysens fokus.

Konstruktion av meningskonstituenterna. Utifrån analysen med Minerva har författarna grupperat datan så att ett antal meningskonstituenterna har konstruerats hos de båda djupanalyserna. Konstituenterna har alltså tillkommit nedifrån och upp i en bottom up-process. Narrativet har dekonstruerats för att sedan byggas upp igen utifrån sina mindre enheter. Författarna har efter Minerva-analysen stämt av med rådatans helhet för att se om resultatet är förståeligt i det sammanhang som det sägs.

Inkorporering av övriga intervjuer och self-reports. Det sista steget i analysen innebär att läsa igenom de transkriberade intervjuer och self-reports som inte genomgått någon djupanalys för att urskilja, om möjligt, likartade meningskonstituenterna som uppkommit i analysen med Minerva. Det här analyssteget genomfördes utan datorstöd och syftade till att dels verifiera resultatet från Minerva-analysen, men också till att eventuellt expandera det resultat som redan framkommit.

Etiska överväganden

Att tala om depression, speciellt om den är självupplevd, innebär en risk för att intervjusituationen blir ångestfylld. Under intervjutillfällena har deltagarna informerats om att det är helt frivilligt att delta och att det inte heller innebär några negativa konsekvenser att avbryta intervjun. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) innebär den kvalitativa intervjusituationen en eventuell risk för deltagaren att säga sådant som sedan ångras. Med tanke på att författarna använder sig av en öppen och ostrukturerad intervju för att komma deltagarens livsvärld nära ökar eventuellt risken för att oreflekterade yttringar framkommer som senare ångras. Författarna har erbjudit sina kontaktuppgifter utifall deltagarna skulle få några frågor eller tankar om sitt deltagande efter intervjun. Författarnas upplevelse från intervjuerna är att deltagarna har varit glada över att ha fått dela med sig.

I de fall då det författarna upplevt att deltagarna varit i behov av vård har de hänvisat till närmsta vårdcentral eller säkerställt att en vårdkontakt redan funnits. Detta blev aktuellt i två av intervjuerna.

Konfidentialitet och anonymitet har eftersträvats genom hela studien. Karaktäristika som skulle kunna identifiera en individ har eliminerats i största möjliga mån från rådatan. Detta har påpekats i rekrytering av läkarna då författarna förklarat att self-reports inte kommer kunna kopplas till varken individer eller organisation, då materialet har anonymiserats via en extern internetjänst. Vid rekryteringar som har skett i möte med grupper har möjligheten att anmäla sitt deltagande anonymt erbjudits.

Resultat

Resultatet är ordnat på följande vis: inledningsvis kommer resultatet från djupanalysen av en äldreintervju presenteras. Deltagaren bakom den djupanalyserade äldreintervjun benämns härnäst Harald. Inledningsvis ges en översikt över affektmodaliteten från Minerva, varpå Haralds resultat redovisas utifrån de identifierade meningskonstituenten som har vuxit fram utifrån affektmodaliteten. Tabeller med exempel på tillhörande entitet och predikat presenteras inom varje meningskonstituent i syfte att göra processen och resultatet transparent och tydligt. Utifrån Haralds livsvärld och teman presenteras sedan de andra äldre deltagarnas resultat, i syfte att validera och expandera det resultat som redan har framkommit ur Haralds livsvärld.

Resultatet från djupanalysen av läkarintervjun presenteras på samma sätt. Läkaren kallas härnäst för Ingvar. Efter presentationen av Ingvars livsvärld presenteras vad som framkommit i övriga läkares self-reports, detta sett ur de meningskonstituenten som har vuxit fram ur Ingvars livsvärld.

Slutligen presenteras de likheter och skillnader som författarna har funnit mellan läkarnas och de äldres livsvärldar.

Harald

Totalt uttrycker sig Harald i den negativa affektmodaliteten i 308 meningsbärande enheter, vilket motsvarar en negativ affektivitet 34,88% överlag. Harald uttrycker sig i den positiva affektmodaliteten i 256 meningsbärande enheter, vilket är i 28,99% av hela narrativet.

Harald uttrycker sig tämligen jämnt mellan positiv, negativa och neutrala termer. Det verkar dock finnas en skillnad mellan retrospektiv och prospektiva i negativa termer där det

förefaller finnas en övervikt i prospektiva termer. När Harald således talar negativt är det oftare i förhållande till framtiden.

Tabell 2. Översikt över Haralds affektmodalitet.

Affekt	Antal meningsbärande enheter	%
Negativ prospektiv	201	22,76
Negativ retrospektiv	107	12,12
Neutral	319	36,13
Positiv prospektiv	135	15,29
Positiv retrospektiv	121	13,70

Meningskonstituent. Inom varje meningskonstituent ges inledningsvis en exemplifierande tabell över de entiteter och predikat som är kopplade till området. Därefter följer författarnas beskrivning och tolkning av entiteterna och predikaten i sin helhet.

Inom den negativa modaliteten förekommer följande rubriker: *arbete, kroppsliga funktioner, brist på samvaro, familj, avundsjuka, samhället, missade möjligheter* och *förgängligheten*. Inom den positiva modaliteten förekommer rubrikerna: *samvaro, arbete, familj, att hjälpa* och *frihetskänsla*.

Negativ affektivitet.

Arbete.

Tabell 3. Exempel på entiteter och predikat kopplade till arbete.

Entitet	Predikat
fixarjobb	som har försvunnit
fixarjobb som har försvunnit	som gör en lite deppig
jobba	som var en positiv tid
jobba	som var tyngre i Ryssland efter katastrofen
tid efter pensionen	som kan vara lite deppig
sluta jobba	som innebär att man kommer ifrån ungdomar
sluta jobba	som är beklämmande
stopp	som arbete på skola kan ta
stopp	som det kan ta väldigt plötsligt

Harald beskriver att hans arbetsliv fick ett plötsligt slut. I samband med detta började han må allt sämre. Han förlorade den viktiga roll han hade haft i sitt arbete när han gick i pension. I samband med arbetslivets plötsliga stopp försvann också de naturliga kontaktytorna som arbetskamraterna gav honom. Att sluta jobba innebar även att Harald kom ifrån ungdomarna, en kontakt som har varit viktig för Harald. Något som tynger Harald är också att arbeten som han kallar "fixarjobb" har försvunnit, då han ser sig själv som en fixartyp som inte längre värdesätts i samhället.

När Harald ser tillbaka på delar av sitt arbetsliv tänker han sig att det har påverkat honom mer än vad han tror. Han ser tillbaka på en tid då han jobbade i Ryssland efter en naturkatastrof. Han beskriver att denna period var jobbig och minnen därifrån plågar honom än idag.

Kroppsliga funktioner.

Tabell 4. Exempel på entiteter och predikat kopplade till kroppsliga funktioner.

Entitet	Predikat
armkrok	som jag fick av min fru
att inte kunna vara aktiv	som påverkar ens depression
det (att behöva rullator)	som är ett depressivt misslyckande
det mellan benen	som slutar att fungera
det värsta	som är att resa sig upp och gå igång igen
diabetes	som påverkar en nedstämdmässigt
hjälpmedel	som är en väldigt negativ påverkan
operativa ingrepp	som jag ska göra
sätta sig ner på golvet	som jag inte kan

Haralds åldrande har fört med sig en kropp som han upplever "halvskruttig" och som gör det svårare för honom att röra sig som han en gång kunde. Detta tar sig i uttryck i att det är svårt gå, att resa sig upp efter att ha suttit ner, eller att inte längre kunna sitta på golvet. I takt med att kroppens funktioner förändrats har det inneburit ett ökat behov av olika hjälpmedel, såsom hörapparat, rullator och extra tjocka glasögon. Inför detta uttrycker Harald en ambivalens. Dels ser han fördelar med hjälpmedel då underlättar hans funktion och självständighet i vardagen. Samtidigt upplever han själva behovet av hjälpmedel som ett "depressivt misslyckande". Rullatorn är alltså ett depressivt misslyckande som samtidigt

hjälper honom att gå så att han blir mer självständig gentemot omgivningen. Tidigare har Harald gått i armkrok med sin fru, något som han tycker har belastat henne. Att komma i kontakt med kroppens begränsningar innebär för Harald ett misslyckande som gör att han sluter sig i rädsla för att vara en belastning för omgivningen. Han upplever sig inte kunna vara lika aktiv som tidigare. Detta tar sig i uttryck genom att han inte vågar följa med på gemensamma resor i samma utsträckning, då kroppen eventuellt inte kommer att orka.

Kroppens förändring har inneburit en förlust av kroppsliga funktioner. Bland annat beskriver Harald ett begränsat uttryck av sin sexualitet, som visar sig genom att “det mellan benen” inte fungerar längre och att penis numera enbart är något som han urinerar med. I samband med att Harald drömmer mindre har även hans erotiska drömmar försvunnit, vilket också förändrar den egna sexualitetens uttryck.

Kroppens förändring innebär att Harald upplever en förlust av hälsa, som bland annat tar sig i uttryck i att han numera har diabetes och att hans syn är försämrad. Detta har en depressiv inverkan på honom och han tvingas nu ha en frekvent kontakt med vården. Den här kontakten gör honom trött.

Harald uttrycker att nedstämdheten sitter i kroppen och att det kan ta lång tid innan den går ur. När kroppen mår sämre mår sinnet sämre, menar Harald. Depressiviteten finns för Harald delvis i generna. Han berättar om sin gamla moder som är avliden och att hon också hade tendenser till att känna sig nedstämd.

Brist på samvaro.

Tabell 5. Exempel på entiteter och predikat kopplade till brist på samvaro.

Entitet	Predikat
andras perspektiv	som kan vara en nackdel för mig att ta
beroende	som vi (vår generation) inte ska vara
träffpunkter	som det inte finns några normala
ensam	som jag är
ensamheten	som jag tror gör att man blir deppig
grabbigt	som är trist
kompisarna	som inte längre finns kvar
kontakt	som inte är så bra mellan människor
människor	som inte hittar fram till varandra

Harald menar att ensamheten är något som gör honom "deppig". Att han inte har samma naturliga kontaktnät som tidigare gör det svårare för honom att få och bibehålla kontakt med människor runt omkring honom. Gamla kompisar som han en gång hade finns inte längre kvar och han upplever att han i nuläget inte har någon riktig kompis. Han upplever emellanåt att han sluter sig och ju mer han sluter sig, desto deppigare känner han sig. Det blir en ond spiral där ensamheten förstärker ensamheten. I ensamheten uttrycker Harald att han tänker för mycket. För mycket tänkande gör att en kommer ner i en avgrund, vilken han benämner som "hål" som svåra att komma upp ur. När han är nere i hålorna kan inte Harald göra sådant som han vill göra, exempelvis att träffa folk och läsa böcker. Depressiv, menar Harald, kan en vara för länge. Efter en har varit depressiv för länge blir det svårare att komma upp till ett mer normalt humör och det kan ta tid att komma tillbaka till ett sådant mer normalt tillstånd om en varit deprimerad lång tid. I perioder händer det att Harald sitter stilla mycket och blir inaktiv. Förr läste han mer än vad han gör idag och han uttrycker det som om vissa delar av livet suddas ut när en blir äldre. Han beskriver att de depressiva känslorna kan bli starkare om en ger sig tid att tänka efter. Han liknar livet vid ett hjul, i vilket en springer för att hålla igång. Slutar en springa blir det svårt att sätta igång hjulet igen.

Haralds situation försvåras av att han upplever att det inte finns naturliga forum där äldre kan mötas. Samtidigt finns det en föreställning hos Harald att den generation som han tillhör ska klara sig själv och inte vara beroende av andra. Å ena sidan ska en vara oberoende av andra samtidigt som en är i behov av samvaro, vilket utgör en motsättning som försvårar Haralds sociala tillvaro.

Harald upplever sig ha lätt att ta andra människors perspektiv. Även om han tycker att det är roligt att samvara och även om han ser det som en av sina fördelar att kunna ta andra människors perspektiv, är det också betungande för honom. Det skulle kunna vara så att Harald blir dränkt av andras perspektiv då han ser sina egna behov och sitt perspektiv som belastande för omgivningen.

Harald ser inte sig själv som en typisk man. Han upplever sig vara av en känsligare och mer kvinnlig natur. Harald lägger ingen värdering i detta, men ibland upplever han det ändå problematiskt i mötet med andra män, möten som han tycker blir av en tråkig och grabbig karaktär.

Ensamhet uttrycker Harald som något oundvikligt, det är något som en "måste bli". Ur detta perspektiv är Haralds agens begränsad, vilket bidrar till en ökad hopplöshet hos honom. Han hade önskat att vården hade tagit ett större ansvar i att tillhandahålla en social miljö för

de äldre som har ett behov av att fysisk rörelse och samtal, exempelvis genom en grupp där samtal varvas med gymnastik.

Familj.

Tabell 6. Exempel på entiteter och predikat kopplade till familj.

Entitet	Predikat
barn	som inte hjälper
barnbarn	som inte hjälper
belasta	som jag gör henne
fru	som jag inte vill belasta
fru	som jag känner att jag belastar
fru	som inte hjälper
stort lass	som hon drar
varandra	som man kan överbelasta

Det finns stunder då varken fru, barn eller barnbarn hjälper Harald att komma på bättre tankar. Harald känner att han inte vill vara belastande och känner skuld för att frun får dra ett stort lass när han inte kan bidra. Detta gör att han emellanåt försöker skydda sin familj genom att inte berätta om hur han mår med föreställningen om att det skulle tynga dem. Motivationen att må bättre och få ett jämnare humör härrörs sålunda delvis ur en vilja att underlätta för familjen.

Föreställningar kring att en kan överbelasta den andra och att ett förhållande handlar om att en som partner ska ge den andra något gör att han känner sig otillräcklig som make. Detta, säger Harald, gör att han i förlängningen försöker skydda sin partner från den belastning som inte är rättfärdigad. Det framkommer även att fruns aktiva livsstil tynger Harald emellanåt, då hans ensamhet och inaktivitet blir en tydlig kontrast i jämförelse. När hon är aktiv blir han ensam.

Avundsjuka.

Tabell 7. Exempel på entiteter och predikat kopplade till avundsjuka.

Entitet	Predikat
avundsjuk	som jag känner mig ibland
avundsjuk	som man är på att man är gammal
avundsjuk	som jag är på er generation
avundsjuk	eftersom jag inte kan vara lika aktiv
el-behörighet	som jag inte har
gammal	som jag är nu
gammal	som jag inte alltid har varit
jag	som inte är praktiskt lagd
uppleva detta	som jag inte fick

Harald upplever en diskrepans mellan sin kropp och sitt huvud på så sätt kroppen sätter begränsningar för hans aktivitetsnivå, samtidigt som huvudet fortfarande upplevs vara ungt. Detta medför en avundsjuka gentemot den yngre generationen. I sitt uttryck av avundsjuka ställer han sig frågan varför han inte fick vara med om sådant som den yngre generationen nu får erfara. Det återfinns en önskan hos Harald att få se världen med pigga, unga ögon igen. Genom den här önskan uttrycker Harald ett utanförskap, en känsla av att inte få vara med i det som sker runt omkring honom.

Harald upplever en deppighet när han hamnar i situationer som han inte bemästrar lika bra som andra. En sådan situation är när praktiska färdigheter krävs. Som exempel tar han upp att han saknar el-behörighet och att han inte är praktiskt lagd, vilket han uttrycker tär på honom. Det finns alltså en längtan efter att kunna utföra sysslor som hans nuvarande förmåga inte tillåter.

Samhället.

Tabell 8. Exempel på entiteter och predikat kopplade till samhället.

Entitet	Predikat
gå hem	som jag inte vågar när det är mörkt
Ryssland	som påverkar mentalt
samhället	som kan vara mänskligare än vad det är
skit	som händer tjejer
ytan	som människor lever på
världen	som har (andra) förutsättningar

En misströstan och uppgivenhet gentemot samhället förekommer i Haralds narrativ. Han funderar mycket över sådant som pågår i världen i stort. Han funderar då kring hur vi har det här i Sverige och hur andra människor har det på andra platser i världen. Orättvisorna och rädslan som uppenbarar sig för Harald är något som bidrar till hans dåliga mående och som påverkar honom mentalt, som Harald själv uttrycker det.

Haralds rädsla yttrar sig genom att han inte alltid vågar ta sig hem ensam om kvällarna. Rädslan han känner, det tunga ansvar som samhället lägger på den yngre generationen och "skit" som framförallt händer tjejer gör att han upplever samhället som omänskligt. Harald menar att människor ibland bara lever på ytan och flyter med utan att ta ansvar i samhället, ett leverne som gör honom orolig inför framtiden.

Missade möjligheter.

Tabell 9. Exempel på entiteter och predikat kopplade till missade möjligheter.

Entitet	Predikat
föräldrar	som inte tyckte min konstnärlighet var något
föräldrar	som för vilka jag inte fick utbilda mig
förlossning	som jag minns
kurator	som jag nog skulle ha läst till
jag	som aldrig lyckades fullt ut
jag	som inte utbildade mig med nåt riktigt
röd näsa	som jag har
utbilda mig	som man kan göra
vidareutbilda sig	som man kan göra

Harald berättar att han alltid har haft en något hemlig dröm att få bli clown och att få utbilda sig inom det. Hans konstnärliga ådra drog honom i den riktningen när han var ung, men hans föräldrar tyckte inte det var ett bra yrkesval och därför valde Harald att utbilda sig inom data istället. Harald beskriver detta livsval som en “stor depressiv besvikelse” som han aldrig delade med sina föräldrar. Harald har en röd näsa hemma som han ibland tar på sig. Att han aldrig fick möjligheten att bli det som han verkligen ville ha, enligt Harald, lett till en ständigvarande känsla hos honom att aldrig kunna lyckas fullt ut.

Harald berättar om sitt förstfödda barns förlossning han minns samtidigt som han vet att liknande stunder inte kommer att ske igen. När han ser tillbaka upplever han själva förlossningen som en stark händelse men där han inte fått vara med och dela ögonblicket, något han hade önskat. Det förekommer även uttryck kring att saker och ting inte blivit som han hoppats, vad gäller olika livsval såsom yrke.

Förgängligheten.

Tabell 10. Exempel på entiteter och predikat kopplade till förgängligheten.

Entitet	Predikat
aldrig kommer tillbaka	som vissa stunder inte gör
det (livet)	som kan ta slut när som helst
garantier	som inte finns
jag	som kanske inte orkar den här gången
jag	som vill kola vippen i ett tryggt land
jag	som inte kan komma upp imorgon
kola vippen	som kan påverka en litegrann
verkligheten	som kan inge respekt
verkligheten	som man kan vara rädd för

Hos Harald finns en uttalad respekt för framtiden och verklighetens innebörd. Även om han explicit uttrycker att han inte är rädd inför verklighetens innebörd, vill han inte vara med om dess konsekvenser. Verklighetens innebörd handlar dels om att positiva erfarenheter och minnen inte kommer komma tillbaka, något som enligt Harald påverkar honom “depressivt”. Harald redogör också för en medvetenhet om att livet kan ta slut när som helst, vilket gör att han väljer en trygg tillvaro framför den mer äventyrliga livsstil som han tidigare levde. Ett exempel på detta är den önskan Harald har om att ”kola vippen” i ett ”tryggt land”.

Positiv affektivitet.

Samvaro.

Tabell 11. Exempel på entiteter och predikat kopplade till samvaro.

Entitet	Predikat
bra kontakt	som man kan ha
gruppen	som var fantastisk både för kropp och själ
pratar	som man kan göra fysiskt och psykiskt
samtal	som kan ge ett lyft
samtalsgrupper	som man skulle kunna ha
sitta och tjattra	som jag tycker om
träffen med dig	som gör att jag får prata
vi	som är ett gäng
vi	som går ut och snackar skit

Harald ser sig själv som en utåtriktad person som har lätt för att umgås och ta andras perspektiv. Han värdsätter samtalet med andra människor och ser sin sociala kompetens som en viktig del av sin person. Erfarenheter han har med sig från att umgås med andra är att en blommar ut i mötet med andra. Social interaktion möjliggör ett lyft i måendet för Harald. Han ser även samtalet som en kurativ kraft som han tror gäller även för andra äldre, då möjligheten till sociala aktiviteter ofta saknas. Han upplever att det är bättre för alla parter att vara tillsammans. Därför tycker Harald att det borde finnas fler träffpunkter för äldre. Ibland går Harald till en träffpunkt för äldre, men han känner sig inte riktigt hemma där och skulle därför vilja ha fler möjligheter att träffa folk. De tillfällen han umgås är bland annat tillsammans med sin fru och tidigare arbetskamrater. Uttryck som förefaller positiva i Haralds narrativ är då han befinner sig i ett "vi", i en delad värld, något som dock händer för sällan. Harald berättar om ett nätverk med gamla kollegor som träffas någon gång i månaden. De här mötena är något väldigt värdefullt för Harald. De träffas för att, som Harald säger "käka och snacka lite skit".

När han ser tillbaka på sitt sociala liv beskrivs resor med andra som viktiga för honom och det är något som han har uppskattat. Det framkommer även att nutida resor har en positiv inverkan på Haralds mående och han menar att resandet är oförenligt med att känna sig deppig. För Harald blir resandet en arena där det är möjligt att skapa en delad värld, vilket är en bidragande orsak till att hans mående påverkas positivt.

Det är det enkla i mötet som Harald tycker är viktigt. Att få “käka och snacka lite skit”, att få fika eller att helt enkelt bara få “sitta och tjattra” är det Harald både värdesätter och längtar efter.

Han uttrycker även glädje under intervjun över att få komma i kontakt med en relativt sett yngre person. Under intervjun framkommer även att hans kontakt med ungdomar har minskat avsevärt efter att han gått i pension vilket skapar en längtan efter en kontakt med yngre människor.

Arbete.

Tabell 12. Exempel på entiteter och predikat kopplade till arbete.

Entitet	Predikat
geolog	som man kan vara
jag	som fixade det mesta i skolan
jobba	som man kan göra inom friluftsliv
jobba	som man kan göra med film
jobba	som man kan göra med dator
jobba	som man kan göra inom skolan
jobba	som man fick en chans att göra med data
jobba	som jag har gjort i Ryssland
präst	som man kan vara

När Harald pratar om sitt jobb gör han det i positiva termer då det handlar om att han under sin arbetstid fyllde en funktion och gjorde nytta, något som han efter pensionen saknar. Inom skolvärlden upplevde Harald att han hade en viktig roll som gav honom syfte och mening. Harald ser yrkeslivet som en viktig aspekt av både honom själv och andra.

Familj.

Tabell 13. Exempel på entiteter och predikat kopplade till familj.

Entitet	Predikat
barnbarn	som man kan leka med
dotter	som läste till geolog
fru	som man kan prata om precis allt med
fru	som stöttar en väldigt mycket
fru	som jag diskuterar allt med
henne	som jag unnar
småttingar	som existerar
son	som jag känner igen mig i
son	som läste till präst

Harald ser familjen som en källa till glädje och stöd och han upplever sig kunna diskutera och prata om allting med sin fru. Han känner ett förtroende för henne och för sina barn, vilket exempelvis visar sig genom att han delar med sig av sina drömmar med dem. Det finns en längtan hos Harald att få leka med sina barnbarn. Familjen är en stor motivator för Harald i sin strävan efter att må bättre. Harald uppskattar att hans fru är aktiv och att han trots sin inaktivitet unnar henne det. Harald uttrycker att det är viktigt att leva ett aktivt liv och det är något han vill att hans fru ska uppleva.

Att hjälpa.

Tabell 14. Exempel på entiteter och predikat kopplade till att hjälpa.

Entitet	Predikat
clown	som jag alltid har velat vara
drömma	som jag gjorde mycket ett tag
fixartyp	som jag var
hjälpa	som jag gör i viss mån
hjälpa	som man kan göra med andra människor
hjälpa till	som känns positivt
människor	som kan hjälpa
plocka fram bästa sidor	som man kan göra
ungdomar	som det är positivt att jobba med

Harald ser sig själv som en fixartyp som ställer upp och hjälper andra människor. Detta gjorde han bland annat inom sitt jobb på en skola, men också då han agerade clown på barnhem i Ryssland. Att hjälpa andra människor skänker glädje till Harald och det är viktigt för honom att få fortsätta hjälpa. Han funderar över dagens ungdomar som har ett tungt ansvar på sina axlar och om han möjligtvis skulle kunna vara en fadder för denna generation. Harald menar att han mår bättre av att hjälpa någon annan. Harald funderar även kring huruvida han är ensam om att vara ensam, vilket han inte tror att han är. Om det skulle vara så att andra delar känslan av ensamhet, menar Harald att han främst skulle vara en hjälp för andra, inte primärt att han själv skulle bli hjälpt.

Frihetskänsla.

Tabell 15. Exempel på entiteter och predikat kopplade till frihetskänsla.

Entitet	Predikat
de bästa stunderna	som existerar
de bästa stunderna	som i vilka jag upplever att det är friare
friare	som det är

I Haralds bästa stunder kan han ibland känna sig friare på ett sätt som han tänker sig att medlemmar i den yngre generationen ofta känner sig. I de här stunderna känner han sig inte lika begränsad i sina livsval.

De andra äldre

Utifrån Haralds livsvärld presenteras de identifierade meningskonstituenterna som återfinns i de andra äldres narrativ. I bilaga 4 ges en överblick över de konstituenterna som har identifierats hos de olika deltagarna.

Arbete. Det framkommer i de övriga intervjuerna att arbetslivet varit en viktig del av livet. Även om det många gånger har varit tufft beskrivs det som ett positivt inslag och att få fokusera på jobbet har varit viktigt. Arbetet framstår som möjlighet att kunna hjälpa andra med sin egen kunskap. Det framkommer även att det har varit viktigt att få fasa ut arbetet för att på så sätt få en jämnare övergång och kunna förbereda livet efter arbetslivet.

Kroppsliga funktioner. Att inte kunna vara lika fysiskt aktiv på grund av förändrad kroppslig funktion innebär en känsla av misslyckande. Dagar då en inte orkar med hela

dagens planering är tillfällen då detta blir tydligt. Den minskade orken och smärtan bidrar även till social isolering. Kroppens funktion är för deltagarna avgörande då möjligheten att vara aktiv framstår som motgiftet mot depressionen. Det beskrivs som en ständig kamp mot inaktiviteten och att inte bli besegrad av latheten. Förändrade kroppsliga funktioner medför även att det bli svårare att fortsätta ett hälsosamt liv, då det exempelvis blir svårare att bibehålla en god daglig motion. En definition av att vara gammal framkommer som innebär att vara i behov av andra på grund av kroppens förändrade funktion.

Det framkommer även att det finns en skillnad mellan något som skulle kunna kallas inre och yttre ålder. Det framkommer bland annat att en av deltagarna med åldern känner sig mer i fas med sin inre ålder då hon alltid känt sig gammal och att kroppen nu kommer ifatt medan en annan uttrycker att det blir en större och större dissonans mellan psyke och kropp, då den inre känslan av ens ålder är oförändrad.

Brist på social samvaro. Det framkommer en tydlig koppling mellan att vara ensam och vara deprimerad hos deltagarna och att det för dem inte är ovanligt att åldrandet innebär isolering. Genusroller påverkar möjligheten att vara social. För män är det exempelvis inte lika tillåtet att prata om känslor som för kvinnor, vilket hindrar genuin social samvaro. Det förefaller som om kroppens förändrande funktion är starkt sammankopplat med brist på social samvaro. Orken finns inte längre kvar att umgås. Det framkommer även att det har varit begränsande att vara alltför engagerad i familjen då det inneburit mindre utrymme för egna social behov. En lätthet i att ta andras perspektiv har inneburit att egna behov glöms bort och att det leder till undvikande av social samvaro. Föreställningen att en måste ge för att få något tillbaka har inneburit en ökad ensamhet, då den egna orken inte finns.

Familj. Familjen förefaller viktig även för de andra deltagarna. Kontakten med familjen värdesätts, även om familjen inte alltid kan lätta på lidandet. Det framkommer även en oro kopplad till familjen då det finns tankar om att något kan hända familjemedlemmarna och en inte vet hur livet ska kunna fortgå utan dem. Att inte familjen längre är tillgänglig påverkar måendet negativt. Livet efter arbetslivet gör att det kan uppstå påfrestningar i relation till partnern då en kommer närmare varandra än tidigare. Familjen kan också vara en motivator för bättre psykiskt mående då det möjliggör att en själv kan stötta övriga familjemedlemmar.

Samhället. Det framkommer en känsla av att känna sig sviken av samhället. Pensionärer får mindre och mindre pengar i sin pension samtidigt som det blir dyrare att röra sig i samhället. Detta försvårar för de äldre att röra sig fritt. I intervjuerna återspeglas även en oro över att andra människor i andra länder inte har det bra. Det uttrycks att det är mycket

problem i världen, även i det svenska samhället, och att det finns en otrygghet i att röra sig i städer under nattetid.

Det framkommer även tankar om att samhället inte beaktar äldres behov av att få fasa ut arbetslivet, istället blir det ett tvärt stopp. Samhället framställs också som att det lägger grunden för att orsaka psykiska problem genom den press det ställer på människor.

Det framkommer också en känsla av att bli felbehandlad och sviken av vården och att samhället inte tar sitt ansvar i detta.

Missade möjligheter. Utifrån de andra deltagarna kan missade möjligheter förstås utifrån en barndom som inneburit familjetrauman, i form av dödsfall eller misshandel, som har påverkat livet på ett påtagligt sätt. Det finns tankar om att inte ha fått samma möjligheter som "andra". Ur resultatet framträder vanvård från vården som genom drastisk medicinering som fått allvarliga biverkningar och förändrat livet på ett drastiskt och irreparabelt sätt. Tidigt barnafödande framkommer också som en eventuell begränsning i livets utvecklingspotential.

Förgängligheten. Det framkommer en oro inför framtiden. En rädsla uttrycks inför att hamna på ålderdomshem utan att bli erbjuden aktiviteter som är anpassade efter de egna behoven. Orostankar kring hur väl en kommer att tas om hand uttrycks också. Det uttrycks även en känsla inför att bli mer inaktivt, något som skulle kunna orsaka eller förvärra ett depressivt tillstånd.

Det finns även tankar om att kroppen kommer att lägga av och att det bara är en fråga om vilket organ som lägger av först. Deltagarna ställer sig då frågan om det ens kommer att finnas hjälpmedel som kan väga upp för den förlorade funktionen. Rädsla för att förlora sig själv i frontallobsdemens uttrycks också. Även en sorg i att inte få följa familjens utveckling efter dödens inträffande synliggörs.

Social samvaro. Samvaro med andra påverkar måendet positivt, speciellt där det finns möjlighet att dela med sig av sina sorger. Träffpunkter och olika mötesplatser har för deltagarna viktig funktion för måendet. I möten med andra där det förekommer upplevelser av att bli sedd som den en är förefaller särskilt positivt. Att vara social är starkt förknippat med att må psykiskt bra. I jämförelse med medicin är den sociala samvaron mer effektiv. Samvaron medför även att plikter och rutiner upprätthålls, något som inte blir lika viktigt i ensamheten.

Att hjälpa. Att äldres erfarenhet och kompetens inte tas tillvara på ses som ett samhällsekonomiskt slöseri. Deltagarna ser en potential i den äldre generationen att hjälpa den yngre genom att dela sin kunskap, exempelvis kring vad som har hänt i historien och hur det förhåller sig till aktuella händelser i samhället. De menar att en som äldre kan bidra även om

kroppen sviktar. Att få bidra med det lilla man kan skulle kunna göra att man får en funktion i det sammanhang man befinner sig i. Exempel på hur deltagarna själva känner sig uppskattade och att deras resurser tas till vara på är genom goda gärningar ute bland folk, vara en extrafarmor för ett ensamt barn eller att läsa för förskolebarn.

Genom att möta varandra över generationer skulle yngre kunna berika äldres liv samtidigt som de yngre får hjälp av de äldre. Det framkommer tankar kring att andra kulturer tar tillvara på äldres resurser, vilket är inspirerande för de äldre.

Frihetskänsla. Det framkommer att känslor av frihet är kopplade till stunder då kroppen begränsningar övervinns, exempelvis genom färdtjänst eller andra hjälpmedel. Det kan även förstås som när egna behov möts av omgivningen, exempelvis genom att själv få bestämma över sina dagliga rutiner.

Ingvar

Totalt uttrycker sig Ingvar i den negativa affektmodaliteten i 168 meningsbärande enheter, vilket motsvarar en negativ affektivitet 32% överlag. Ingvar uttrycker sig i den positiva affektmodaliteten i 29 meningsbärande enheter, vilket är i 5,52% av hela narrativet. Utifrån tabell 16 går att utläsa en stor skillnad på totalnivå i affektivitet mellan negativ och positiv, där det är övervikt mot det negativa. Läkaren uttrycker sig framförallt i prospektiva termer, oavsett om det är av negativ eller positiv valör.

Tabell 16. Översikt över Ingvars affektmodalitet.

Affekt	Antal meningsbärande enheter	%
Negativ prospektiv	160	30,48
Negativ retrospektiv	8	1,52
Neutral	328	62,48
Positiv prospektiv	23	4,38
Positiv retrospektiv	6	1,14

Meningskonstituent. Inom varje meningskonstituent ges inledningsvis en exemplifierande tabell över de entiteter och predikat som är kopplade till området. Därefter följer författarnas beskrivning och tolkning av entiteterna och predikaten i sin helhet. Inom den negativa modaliteten förekommer följande rubriker: *brist på samhörighet, familj, serviceboende, den dolda depressionen, genus, den rena depressionen, och svårigheter för*

läkaren. Inom den positiva modaliteten förekommer rubrikerna: potentialen hos sjukvården, potentialen hos serviceboenden och samhörighet.

Negativ affektivitet.

Brist på samhörighet.

Tabell 17. Exempel på entiteter och predikat kopplade till brist på samhörighet.

Entitet	Predikat
de	som inte har nåt sammanhang
ensam	som de äldre äldre bor
isolerad	som gör det svårt att hitta det meningsfulla
jag	som inte vet var det meningsfulla finns
jämnåriga	som kan falla ifrån
prata	som det inte finns många andra att göra med
sammanhang	som kan vara större
umgås	som kräver ork
väninnorna	som försvinner

Ingvar ser att åldrandet kan innebära ett försvinnande av eller brist på sammanhang. Det är en process som innebär att vänner faller ifrån och att äldre således blir ensamma. Enligt Ingvar förefaller isolering vara problematiskt för äldre och särskilt för de som är äldre äldre. Även om äldre på serviceboenden inte är isolerade från varandra menar Ingvar att det är svårt att nå varandra, att få en kontakt som bidrar till en känsla av samhörighet. För Ingvar är följaktligen inte isoleringen på ett fysiskt plan det avgörande för en känsla av samhörighet, men han ser det som en bidragande orsak.

Familj.

Tabell 18. Exempel på entiteter och predikat kopplade till brist på familj.

Entitet	Predikat
barnbarn	som man inte ser mycket av
barnbarnen	som man inte får följa
barn	som är långt bort
släkt	som är långt bort
isolerad	som man blir när ens släkt är långt bort

Ingvar menar att familjen sällan är tillgänglig för äldre. Den är svårtillgänglig på så sätt att familjemedlemmar lever aktiva liv som för äldre blir svåra att följa på distans. Enligt Ingvar bidrar svårtillgängligheten till den brist på sammanhang som äldre kan uppleva. Det som Ingvar även ser som en försvårande faktor vid äldres depression är om kontakten mellan generationerna inom den egna familjen brister. Att inte få möjligheten att ta del av de yngre generationernas liv bidrar till bristen på en känsla av sammanhang och tillhörighet hos den äldre, menar Ingvar. Att få ta del av barnbarnens tillvaro är något som är viktigt. Ingvar tänker att familjen skulle kunna fylla en funktion för känsla av sammanhang och tillhörighet och att det däri ligger ett större ansvar på den yngre generationen att bibehålla den intergenerationella kontakten.

Serviceboende.

Tabell 19. Exempel på entiteter och predikat kopplade till serviceboende.

Entitet	Predikat
dålig	som man är när man kommer till servicehus
existensiella frågor	som personalen har svårt att diskutera
jag	som inte tror att sköterskorna pratar om livet
nu	som de bara har tre månader kvar att leva
undersköterskorna	som glatt tittar på foton
undersköterskorna	som inte sitter ner och pratar om livet

Det finns en uppgivenhet hos Ingvar när han talar om sina erfarenheter från serviceboenden och han menar att de äldre på serviceboende hamnar i ett tillstånd där de tvingas acceptera livets villkor.

När de äldre kommer till serviceboende finns det inte längre någon energi kvar för att umgås med de andra som bor där. Boendet bidrar alltså till en isolering, trots att en har andra i samma situation nära till hands. Inte heller personalen verkar ha utrymme för att diskutera viktiga, existentiella frågor. Enligt Ingvar blir det en mer glättig stämning som kanske inte riktigt räcker till för att fylla det behov av djup social samvaro som de äldre har.

Ingvar beskriver också att många av de äldre går bort efter bara några månaders vistelse på serviceboendet. För Ingvar är serviceboende en temporär plats där de boende inte får den hjälp som de behöver.

Den dolda depressionen.

Tabell 20. Exempel på entiteter och predikat kopplade till den dolda depressionen.

Entitet	Predikat
depressioner	som kan vara dolda
förstoppning	som kan vara en kroppslig krämpa
magen	som de kanske får ont i
ont	som man kan få i nåt annat
patienten	som kan vara svår
svårt	som det kan vara att se den andra sidan
symtom	som man kan glömma bort
vanliga	som symtom kan vara
värk	som tar större plats

Ingvar skiljer på en ren eller äkta depression och på det som han kallar en dold depression. Ingvar menar att en dold sådan ofta utgörs av äldre patienter som kommer med kroppsliga symtom när det egentligen, enligt Ingvar själv, skulle kunna röra sig om en depression. Symtom som patienter presenterar är exempelvis kroppsliga krämpor, såsom ryggvärk och knäont. Det kan också röra sig om förstoppning eller ovilja att äta. Ingvar menar att det är lätt för läkare att glömma att beakta en eventuell depression då patienternas egna fokus ligger på de kroppsliga besvären. Ingvar upplever ibland en oproportionerlig oro från patienter kring sina fysiska symtom och att dessa symtom får ett större plats än vad de kanske förtjänar. Även läkarna som möter de äldre har främst ett kroppsligt fokus eftersom det är där deras expertis ligger. På så sätt kan “den andra sidan”, det vill säga risken för en eventuell depressivitet, åsidosättas av både patient och läkare.

Genus.

Tabell 21. Exempel på entiteter och predikat kopplade till genus.

Entitet	Predikat
depression	som kvinnor procentuellt har mer av
deprimerade	som äldre medelålders män är
doktorn	som äldre medelålders män inte går till själva
dolda depressioner	som är lättare att finna hos män 60-70 år
männen	som presenterar en kroppslig krämpa
rätt etikett	som dyker upp hos kvinnor
svår grupp	som äldre medelålders män är
äldre medelålders män	som är en speciell grupp
äldre män	som ofta gör lyckade självmord

Den rena depressionen döljs hos äldre, eftersom de uppvisar kroppsliga symtom. Ingvar tror att förutfattade meningar kring den manliga könsrollen påverkar det lidande som äldre patienter presenterar. Detta tar sig i uttryck i den skillnad Ingvar ser mellan sina manliga och kvinnliga patienter. Kvinnor verkar ha tillgång till etiketter som bättre stämmer överens med de depressionskriterier som läkare använder sig av, medan män i högre grad uppvisar kroppsliga symtom. Ingvar menar att det under dessa kroppsliga symtom kan finnas en äkta och ren depression som kan få allvarliga konsekvenser i form av självmord.

Den rena depressionen.

Tabell 22. Exempel på entiteter och predikat kopplade till den rena depressionen.

Entitet	Predikat
depression	som innebär att allt svartnar från blå himmel
depression	som består av att man inte får något gjort
depression	som består av att världen är svart
gråter	som patienten kan göra
ledsen	som patienten kan vara
orolig	som den här personen är
ren	som en depression kan vara
uttröttad	som man kan vara
äkta depression	som det kan vara

Ingvar gör en åtskillnad mellan depressioner som är “äkta” och depressioner som beror på omständigheter. Äkta depressioner är sådana som innebär att patienter finner sig i en känsla av att allting svartnar och att saker och ting som innan var roligt inte längre är det. Detta tar sig i uttryck bland annat genom att patienter uppvisar oro, gråt och ledsenhet. För den rena depressionen hjälper antidepressiv behandling. Depressioner som inte är äkta beror snarare på att omständigheter inte skapar en optimal förutsättning för ett gott mående, genom exempelvis olika typer av livskriser eller social isolering. För dessa “oäkta” depressioner botar inte antidepressiv medicinering, även om den kan underlätta tillvaron.

Svårigheter för läkaren.

Tabell 23. Exempel på entiteter och predikat kopplade till svårigheter för läkaren.

Entitet	Predikat
bye-bye	som doktorn säger
deppade	som yngre människor är
depression	som är svårt
doktorn	som säger det han eller hon ska stående
medel	som inte alltid ger så god effekt
effekt	som antidepressiva inte alltid ger
man	som inte vet vad man ska göra
uppgiven	som jag är
vård	som ibland inte tillåter att man sätter sig

Ur Ingvars narrativ framkommer svårigheter med läkarrollen i mötet med eventuella äldre depressioner. Det finns många olika somatiska dysfunktioner som kan vara en orsak för depressionen som måste begrundas, i form av bristande sköldkörtelfunktion, blodbrist eller annan åkomma som patienten vill undersöka. När det eventuellt handlar om depression vill Ingvar föreslå det som ett alternativ, men han upplever det som en svårighet i sin yrkesroll. Hursomhelst har det blivit lättare med åren att kunna föreslå en sådan diagnos.

För att kunna se den dolda depressionen behöver läkaren vara uppdaterad på hur depressioner hos äldre kan visa sig. Detta är en utmaning om en har varit inne i samma system en längre tid vilket gör en blind för atypiska symtom. Det blir lätt att se vanliga, men inte ovanliga symtom. Ingvar ser en skillnad mellan nya och gamla läkare där de nyexaminerade

från sin utbildning till en början har med sig ett perspektiv att saker och ting kan vara annorlunda, men att de senare glömmer bort detta perspektiv när de varit ute på praktik en tid.

I Ingvars livsvärld finns det ytterligare en svårighet i läkarrollen då det krävs att en gör ett gott jobb under tidspress. Samtidigt vet Ingvar om att det kan krävas tid i kontakten med patienter för att se de atypiska depressionerna som ligger dolda under somatiska symtom som för Ingvar inte är kopplade till depression. Ingvar uttrycker en känsla av uppgivenhet när det kommer till depression hos äldre då han inte vet hur han ska hantera detta svåra tillstånd. Det är för Ingvar besvärligt att medicinering inte hjälper mot depressioner hos äldre patienter på samma sätt som han menar att medicinering hjälper hos yngre patienter.

Positiv affektivitet.

Potentialen hos sjukvården.

Tabell 24. Exempel på entiteter och predikat kopplade till potentialen hos sjukvården.

Entitet	Predikat
annorlunda synsätt	som de yngre har med sig
de allra yngsta	som kommer nybakade
erfarenhet	som det är en fråga om
medicin	som existerar
medicin	som vi försöker med
medicin	som kan hjälpa mot depression
medicinen	som kan hjälpa
medicinen	som ofta hjälper bra
prostatacancer	som vi kan utesluta

Ingvar ser en potential i vården på så sätt att det finns möjligheter att utesluta somatiska orsaker till de symtom som patienterna presenterar och att det går att föreslå depression som en alternativ hypotes, förutsatt att patienterna är öppna för det. Även om medicinering inte alltid hjälper så gör den ofta det. Med erfarenhet och tillgång till perspektiv om att depression kan ha många skepnader möjliggörs upptäckten av dolda depressioner. Att yngre människor kommer nybakade till yrket kan också ge fler perspektiv som är de äldre till gagn.

Potentialen hos serviceboenden.

Tabell 25. Exempel på entiteter och predikat kopplade till potentialen hos serviceboenden.

Entitet	Predikat
aktivitet	som finns på serviceboendet
bra	som det blir när undersköterskorna är måna
fysiskt	som det blir bra
äldre äldre	som trivs

Serviceboende har också en inneboende potential då personal är måna om de äldres mående, både psykiskt och fysiskt. Möjligheten till aktivitet och kontakt, när energi finns, gör att serviceboenden kan bidra till att äldre trivs.

Samhörighet.

Tabell 26. Exempel på entiteter och predikat kopplade till samhörighet.

Entitet	Predikat
antidepressiva	som kanske inte hade behövts
barn	som hade kunnat vara i närheten
barnbarn	som hade kunnat vara i närheten
kontakt	som man söker
större sammanhang	som man kan ha
större sammanhang	som gör att man får ett meningsfullt liv
större sammanhang	som hade gjort antidepressiva överflödiga
sömntabletter	som kanske inte hade behövts
undantag	som äldre äldre hade kunnat bo på

Om de äldre hade känt sig inkluderade i ett sammanhang och känt en samhörighet med sin familj hade antidepressiv medicinering inte behövts. Hade den äldre bott på ett "undantag" i närheten av sin familj hade den kunnat vara ett stöd för den äldre, ett stöd som i nuläget inte finns. Att ha en kontaktklina genom generationer tror Ingvar är en skyddande faktor mot utvecklandet av depression.

De andra läkarna

Utifrån Ingvars livsvärld presenteras de identifierade meningskonstituenterna som återfinns i de andra läkarnas narrativ. I bilaga 4 ges en överblick över de konstituenterna som har identifierats hos de olika läkarna.

Brist på samhörighet. I de andra läkarnas narrativ framkommer det att ålderdom per definition innebär ensamhet. Ensamhet och isolering är något som bidrar till äldres depression. Att de kroppsliga funktionerna fallerar, exempelvis genom yrsel och trötthet, påverkar ibland den äldres möjlighet till social samvaro. Med de här förutsättningarna blir det svårt för de äldre att leva ett fullvärdigt liv.

Svårigheter för läkaren. När äldre kommer till vården är det så mycket som upplevs vara problematiskt för den äldre att det blir svårt för läkarna att ta till sig hela personen. Det finns inte alltid energi över till att ta sig an även det dåliga psykiska måendet utöver det fysiska. Det upplevs vara svårt att nå alla de äldre som mår dåligt och de verktyg som läkarna har till sitt förfogande hjälper föga. Antidepressiv behandling verkar inte fungera lika bra för de äldre patienterna som för de yngre. Många äldre är dessutom multisjuka på ett sätt som förefaller komplicera såväl diagnostik som behandling.

Den rena depressionen. Den rena depressionen beskrivs av de andra läkarna som att den innehåller element av hopplöshet och modlöshet. De äldre kan, vid en ren depression, uppleva nedsatt livslust och nedsatt energinivå. Antidepressiv behandling, som används vid ren depression, är inte särskilt väl utprovad för den äldre åldersgruppen.

Den dolda depressionen. Läkarna uttrycker en frustration över svårigheten att skilja de äldres depression från kroppsliga symtom. Att somatiska symtom är påtagliga hos äldre och ligger över den rena depressionen gör det svårare för läkarna att förhålla sig till äldre patienter.

Sammanvägning av livsvärldar

Nedan presenteras en sammanvägning av läkarnas och de äldres livsvärldar, med betoning på Ingvars och Haralds djupanalyserade livsvärldar.

Haralds och Ingvars förståelse kring depression hos äldre har skärningspunkter inom flera områden. En av dessa skärningspunkter är hur de ser på bristen av sammanhang som präglar äldres tillvaro. I båda narrativen förekommer tankar kring den sociala samvarons betydelse och att det finns en generationssegregering i samhället som är till de äldres nackdel. I de övriga äldres narrativ framkommer det också tydligt hur kontakten mellan generationer kan vara behjälplig för att skapa en känsla av värde och funktion.

Ingvar lyfter särskilt fram familjen som en möjlig salutogen faktor medan Harald i större utsträckning betonar den utvidgande umgängeskretsens viktiga betydelse. I Haralds narrativ framkommer det att familjen kan ge en känsla av att vara belastande, medan Ingvar istället förlägger ett ansvar hos familjemedlemmarna att upprätthålla en kontakt som främjar en känsla av samhörighet. Båda menar att en ökad känsla av samhörighet skulle kunna innebära ett bättre mående. Ingvar uttrycker detta i form av att antidepressiv medicinering inte skulle behövas om de äldre hade haft en närhet till familjen, Harald uttrycker det genom att påpeka samtalets betydelse för måendet, att hans mörka sidor inte kommer fram när han samtalar med andra. Emellertid ser Ingvar att medicinering ibland hjälper, något som inte Harald ger uttryck för. Att samhörighet och social kontakt skulle spela roll för välmåendet framträder lika tydligt i de övriga äldres narrativ. Vikten av närhet till vänner och familj undertrycks gång på gång. I de övriga läkarnas self-reports uttrycks det att ensamhet skulle kunna vara något som naturligt följer på att inträda i ålderdomen.

Såväl Harald som Ingvar fokuserar på kroppens betydelse i depressionen. Däremot förekommer vissa olikheter i att Ingvar ser depressioner som potentiellt dolda under somatiska dysfunktioner. Medan Harald snarare ser en växelverkan mellan kropp och själ, vilket nyanserar och komplicerar etiologin kring depression. Ingvar har en motsägelsefull syn på depression hos äldre, som till viss del överlappar med Haralds, på sätt att samhörighet verkar lindra och bota depressivitet. Emellertid ser inte Ingvar och de övriga läkarna kroppens dysfunktioner som en orsak till depressivitet, något som Harald och de övriga äldre betonar. Ingvar och de andra läkarna ser snarare kroppsliga dysfunktioner som en slöja som ligger över depressionen.

Ingvar ser det som om man kan bli gammal i huvudet, något som kontrasteras av Haralds syn på sig själv som ung i huvudet, men gammal i kroppen. Han vill inte reduceras till den ålderskategori som han tillhör. Han är något mer än bara gammal. Gemensamt för båda är att det finns en flexibilitet kring självbilden i en åldrande kropp. Även om kroppen åldras behöver det inte innebära att sinnet gör det. Upptäckten av att en har blivit gammal sker ibland först när en inser att de egna vännerna har åldrats framför ens ögon.

Ingvar nämner att depression kan bero på omständigheter och olika livskriser, exempelvis skilsmässor eller sjukdom hos anhöriga. Detta stämmer överens med Haralds beskrivning av sitt depressiva mående i samband med pensionsåldern och krisen i att kroppen inte längre fungerar så som den en gång gjorde. Ingvar nämner dock inte kroppens förändrade funktion som en potentiell kris, utan hos honom ligger fokus snarare på sociala omständigheter.

När det kommer till hoppet om framtiden tycks en skillnad föreligga där Ingvar uttrycker en större hopplöshet än Harald och de andra äldre. Inom ramen för sitt yrke kan inte Ingvar eller de övriga läkarna hjälpa sina patienter på det sätt som de hade önskat. Däremot känner Harald en tilltro till möjligheten att må bättre om vården satsar mer resurser på samtals- och rörelsebetonade gruppinterventioner för äldre.

Diskussion

Studien undersöker hur äldres depression konstitueras hos självidentifierade äldre och läkare inom primärvården. Studiens ansats är fenomenologisk med en utpräglad bottom up-analys. De meningskonstituenten som har framkommit hos de äldre och hos läkarna har vissa skärningspunkter och olikheter. Nedan följer en diskussion kring studiens fynd.

En önskan framkommer bland de äldre att kunna bidra med sin kunskap till den yngre generationen, likt ett fadderskap. Det beskrivs som ett resursslöseri att inte ta tillvara på den kompetens som finns bland många äldre. Det finns en oro i att inte kunna bidra med sin kunskap till yngre generationer. Den här önskan om att få känna sig värderad och att inneha en viktig funktion ligger i linje med det Chippendale (2013) framför om vikten av att, som äldre, känna sig betydelsefull. Det är en känsla som i många fall är inneboende i arbetslivet, men som inte är en självklarhet när en gång lämnat det bakom sig. Vad som framkommer i den här studien är att livet efter pensionen innebär en stor och påfrestande omställning. Detta skulle kunna förstås utifrån de tankar som Butler (1969) framför om kulturella attityder gentemot äldre, som bland annat innebär att det i åldrandet ingår en känsla av att inför samhället vara oduglig. Eventuellt förstärker negativa kulturella attityder lidandet som finns i att möta sin ålderdom. Om samhället i större utsträckning skulle erbjuda arenor där äldres kompetens kunde tas tillvara på och en funktion fyllas, skulle det sålunda kunna öppna möjligheter för en känsla av värdefullhet, något som tydliggörs i den här studiens resultat.

Resultatet tyder på att behovet av att känna sig värdefull och sedd också kan bli uppfyllt om social samvaro möjliggörs. Som tidigare nämnt innebär livet efter pensionen en minskad möjlighet till sociala sammanhang, en möjlighet som förminskas ytterligare av den åldrande kroppens förändrade funktion. Att inte kunna röra sig med samma lätthet som tidigare innebär eventuellt en risk för social isolering. När behovet av social interaktion är stort men när möjligheterna är små uppstår en dissonans. Det finns ett stort behov av social samvaro, men trösklarna för att tillgodose detta är ofta för höga. Inte heller ursprungsfamiljen är en självklar del i de äldres sociala situation då barn och barnbarn ofta har sina egna liv på annat håll. Även i de fall där familjen finns i närheten, visar resultatet att det förekommer en

ambivalens inför att hänge sig åt den sociala kontakten. Det finns en rädsla och en ovilja inför att med sina behov vara belastande för omgivningen, något som ytterligare försvårar möjligheten att uppleva samhörighet. I likhet med tidigare forskning där depressionen ses som ett personligt misslyckande (Bristow et al., 2011; Givens et al., 2006; Ward et al., 2014), framkommer i det i den här studien att åldrandet i sig skulle kunna upplevas som ett misslyckande, vilket potentiellt kan ge depressiva effekter.

I resultatet framkommer vikten av att leva socialt där samtalet med en annan människa kan innebära en kurativ kraft. Att befinna sig i ett vi, att vara i en delad värld är något som betonas som en viktig komponent för att må bra. Detta bekräftas av Luppå et al. (2012) som ser bristande socialt stöd som en riskfaktor för utveckling av depression bland äldre. Resultatet stämmer överens med hur Ratcliffe (2014) beskriver depressionens fenomenologi som ett inträde i en värld där förmågan att uppleva en delad värld försvinner. Förmodligen är livsomständigheterna kring personer med hög funktionell ålder sådana att de främjar erfarenheter av isolering och minskar möjligheten att dela livsvärldar med andra, en slutsats som även Holm (2013) drar. Resultatet pekar på att inlärd könsroller bidrar till att det för män förekommer ytterligare barriärer för genuin kontakt, vilket är i enlighet med tidigare forskning (Rennemark & Hagberg, 1997).

Studien visar även på förhållandet mellan negativa tankar kring dåtid och framtid. Att vara äldre kan innebära en upplevelse av att omöjligt kunna kompensera för missade möjligheter, samtidigt som tankarna på livets ändlighet ständigt är närvarande. En kan därför tänka sig att äldre har ett särskilt förhållande till sin dåtid och sin framtid. Det verkar finnas ett behov av att förlika sig med livets villkor och därifrån leva livet så som det är nu. Hursomhelst, antyder den här studien att de äldre inte ser depression som en naturlig del av åldrandet, något som motsäger tidigare forskning (Burroughs et al., 2006). Snarare verkar det som att de äldre ser en potential i åldrandet, att de kan hjälpa och bidra till samhället, något som inte uttrycks av läkarna.

Att kroppens funktioner successivt begränsas kan ge upphov till en upplevelse av att delar av det egna självet går förlorat. Enligt teorin om det dialogiska självet, som bland annat innebär att varje individ har en multitud av interna jag-positioner som individen beroende av kontexten kan inta (Hermans, 2015). En förändrad kroppslig funktion som inte längre är i samklang med omgivningens krav gör det eventuellt svårare att ställa sig i positioner där en känner sig ung och frisk, potentiellt blir det bara möjligt att ställa sig i en jag-position som innebär att vara äldre. Att begränsas till ett självkoncept som är belagt med kulturella negativa attityder kan eventuellt innebära ökad risk för psykisk ohälsa.

Utifrån läkarens livsvärld framträder det en svårighet i mötet med deprimerade äldre. Det framstår som svårt att diagnostisera och behandla äldres depressioner då de ofta är dolda av somatiska symtom. Det förefaller svårt att särskilja somatiska tillstånd från psykiska, vilket även framkommer i studien av Volkers et al. (2004). Det framkommer att manliga patienter tenderar att presentera somatiska symtom i högre utsträckning, vilket gör denna patientgrupp svår att behandla. En hopplöshet kring äldres depressioner är närvarande i läkarnas narrativ, vilket känns igen från Lawrence (2006).

Resultatet vittnar om att de behandlingsmöjligheter som vården kan erbjuda oftast inte är tillräckliga och att det finns en motsägelsefullhet i synen på depression. Det talas om två typer av depression, en som är av medicinsk karaktär och en annan som är en effekt av omgivningens betingelser. För den medicinska och äkta depressionen hjälper antidepressiv medicinering men för den andra, som är beroende av den sociala kontexten, hjälper inte medicinering. Samtidigt framkommer det att om äldre haft goda sociala förutsättningar skulle förmodligen den antidepressiva medicineringen inte behövas. Häri ligger en motsägelsefullhet. Ett försök till att begripliggöra detta skulle kunna göras med teorin om det dialogiska självet (Hermans, 2015). Det förefaller som om läkaren har flera jag-positioner i sitt narrativ med olika förklaringsmodeller för depression. Den medicinska positionen ser äldres depression som en sjukdom, medan en annan, med eventuell utgångspunkt från andra personliga erfarenheter, ser äldres depression som en naturlig följd av livets omständigheter där brist på socialt sammanhang är en viktig komponent för utvecklandet av depression. Med tanke på att den medicinska förklaringsmodellen förefaller otillräcklig är det möjligt att den andra får större spelrum i livsvärlden hos läkaren. Detta påminner om vad som framkommer i studierna av Hyde et al. (2005) som även de ser förekomsten av en dikotom syn på depression hos läkarna i sin studie. Det förefaller som om att så länge depressionen kan förstås utifrån livsomständigheter är det inte en sjukdom och inte heller då ett ärende för vården. I enlighet med Gask et al. (2005) understryker författarna av denna studie användandet av en bio-social modell över depression som skulle kunna innebära att vård erbjuds även de som av mer förklarliga skäl är deprimerade.

Författarna finner det intressant att varken psykolog eller psykologisk behandling kommer på tal hos läkarna, speciellt med tanke på att det är en rekommenderad behandlingsmetod för äldre med depressioner (Socialstyrelsen, 2009), då antidepressiv medicinering, enligt läkarna själva, inte förefaller hjälpa i samma utsträckning för de äldre. I läkarnas narrativ går det att utläsa en hopplöshetskänsla inför att resurserna är otillräckliga i mötet med äldre. Samtalet framträder som en kurativ kraft för de äldre, men läkarens tid

begränsar möjligheten till samtal i mötet med patienten. Inte heller den behandling som läkarna rekommenderar innefattar dessa möjligt läkande element.

Utifrån en självidentifierad äldre och en läkare uppenbarar sig två livsvärldar som öppnar upp för en frågeställning om eventuell diskrepans i förståelsen av depression hos äldre. Läkaren har en medicinsk förklaringsmodell som gör åtskillnad på äkta depressioner där somatiska symtom döljer, och inte är en del av, depressionen. Det somatiska ligger i vägen för synliggörandet av det rena tillståndet. I den äldres livsvärld verkar det snarare som om kropp och själ är tätt sammanbundna och ömsesidigt beroende av varandra. Således förefaller det som om kroppen har en central del hos den äldre i hur depression konstitueras. Utifrån detta skulle en kunna tänka sig att läkare och de äldre rör sig i olika begreppsvärldar. Följaktligen finns det en risk att de pratar förbi varandra, vilket gör det svårare att nå ett samförstånd kring meningsfulla åtgärder för det lidande den äldre befinner sig i.

Metoddiskussion

Författarna har eftersträvat en djupgående fenomenologisk analys med en tydlig betoning på botten up-process. Det finns för- och nackdelar med att utgå från singulariteten på det sätt som författarna har gjort. En intention från författarna är att undvika de fallgropar som finns med tematisk analys över flera individer, där singularitetens komplexitet offras till fördel för ett bredare angreppssätt. Med fokus på singulariteten och med hjälp av Minerva har individens livsvärld utforskats med all den komplexitet och motsägelsefullhet som är inneboende i människan. En nackdel med att utgå från singulariteten är enligt författarna att bredden offras för djupet.

Att som forskare använda sig av ostrukturerade intervjuer har sin fördel i att det ökar den ekologiska validiteten (Sages, 2003) eftersom forskaren inte bestämmer vad som är viktigt att prata om när en pratar om, i detta fall, depression hos äldre. Detta är en del i det explorativa förhållningssättet som har eftersträvat i denna studie. Å andra sidan medför det svårigheter när det kommer till huruvida den intervjuade pratar om det som forskaren avser att intervjun ska handla om, vilket således kan försvaga begreppsvaliditeten. Hursomhelst är syftet explorativt och det är själva utforskandet av vad begreppet "depression hos äldre/äldredepressioner" kan innebära som varit i fokus för studien. Det har häri varit en utmaning för författarna att inte föra in deltagaren på områden som varit oberoende av deltagarens utsagor.

En potentiell kritik mot rekryteringsförfarandet kan riktas mot att orden nedstämdhet och depression användes synonymt. Tanken med detta förfarande var att öppna upp för att fler

röster skulle komma till tals och att även de utan depressionsdiagnos skulle höras. Det verkar som om depression hos äldre missas och därför ämnade författarna att vara så breda som möjligt i begrepps användandet för att öppna upp för olika perspektiv. Detta kan ha inneburit att deltagarna har pratat om olika fenomen, men upplevelsen från författarna är att åtskillnaden mellan depression och nedstämdhet inte har spelat någon större roll. Den öppna frågan som deltagarna fick presenterade för sig vid intervjutillfället innefattade endast ordet depression och vid de tillfällen då "nedstämdhet" har använts av deltagarna själva är författarnas upplevelse att det har skett synonymt med depression. En anledning till att den här studiens resultat skiljer sig från tidigare forskning kan bero på det faktum att vi inte har haft några yttre inklusionskriterier.

De självidentifierade äldre som har deltagit i studien har alla haft erfarenheter av depression, men på olika sätt. Då författarna har valt att bygga sin analys genom en bottom up-process har konstituenten som i de andra äldreintervjuerna ligger utanför djupintervjuns meningskonstituenten fallit bort. Detta förändrar emellertid inte meningen i det material som har genomgått djupanalysen, eftersom individen kan ses som den enda källan till mening (Sages, 2003).

En kan också argumentera för att resultatet hade gestaltats på ett annorlunda sätt om andra delar av Minerva hade nyttjats för analysen. Om andra modaliteter hade innefattats i analysen hade den kunnat fördjupas på så sätt att modaliteternas förhållande till varandra hade kunnat synliggöras. En brist i studien är att deltagarna på grund av författarnas tidsbrist inte tog del av resultatet innan publicering. Detta är något som ytterligare hade kunnat validera resultatet, särskilt det som framträder i de djupanalyserade livsvärldarna.

Generaliserbarhet. Författarna har genomgående eftersträvat exemplarisk validitet (Sages, 2003) och menar att det utifrån en noggrann analys av hur individen konstituerar sin mening är möjligt att se implikationer för hur resultatet skulle kunna vara relevant på en nivå över individen.

Kvalitativ generaliserbarhet handlar enligt Langemar (2008) om huruvida existensen av företeelser i en population har innefattats av studien. Då kvalitativa resultat inte handlar om vare sig mängd eller frekvens är det inte heller fokus för den kvalitativa forskaren. En annan aspekt av kvalitativ generaliserbarhet är enligt Langemar (2008) hur uttömmande och täckande resultatet är för studiens formulerade syfte. Författarna till den här studien har med sitt fokus på singulariteten eftersträvat en så uttömmande och täckande bild av fenomenet äldre depression som möjligt. Trots det går det inte att utesluta att viktiga aspekter av fenomenet kan ha missats, eller åtminstone att bilden kunde ha sett annorlunda ut, genom att

författarna hade valt att djupanalysera andra intervjuer. Författarna gör anspråk på att fånga livsvärlden och ett möjligt förfarande som hade gett en mer uttömmande bild hade varit att utföra återkommande intervjuer med samma fråga. Alla konstituenten som framträdde under djupanalysen kunde inte identifieras hos de övriga deltagarna. Detta skulle i läkarnas fall dels kunna bero på att deras self-reports relativt sett var korta, men också att det var få läkare som deltog. Vad anbelangar de övriga äldres narrativ genomgick de inte samma djupanalys, vilket eventuellt gjorde svårt att urskönja nyansskillnader i semantiken.

Implikationer av studien och framtida forskning

Utifrån författarnas kännedom är den här studien den första fenomenologiska studien som utifrån singularitetens djup undersöker hur läkare inom primärvården och självidentifierade äldre konstituerar äldres depression i en svensk kontext. De äldres egna perspektiv är av största vikt för att förstå den situation som omger dem och denna studie kommer med flera implikationer för framtiden.

Då åldern hos studiens självidentifierade äldre varierar mellan 59 och 77 års ålder talar detta för att den kronologiska åldern är en undermålig måttstock när det kommer till att avgöra huruvida en person tillhör den sociala kategorin äldre eller inte. Studien visar genom användandet av självidentifierade äldre att det snarare skulle vara lämpligt att särskilja kronologisk ålder från funktionell ålder.

Om de äldre själva hade fått bestämma vården för depression hade den säkerligen inneburit ett större fokus på sociala faktorer och främjandet av möjligheter att samvara meningsfullt med andra människor, såväl unga som gamla. Även psykologisk behandling bör beakta detta. Utifrån den här studiens resultat som påvisar den negativa effekten av ett bristande socialt nätverk, livets missade möjligheter och förgänglighetens påtagliga närvaro, finns det goda skäl att tro att en terapiform som exempelvis reminiscensterapi skulle kunna vara gynnsam.

En ytterligare implikation av studien är att undersöka hur läkares arbetssituation ser ut. Vad som framkommer i studien är att förutsättningarna för att utföra god behandling begränsas av den snäva tidsram som ligger runt mötet med patienten. Dessutom verkar inte den medicinska förklaringsmodellen av depression vara tillräcklig och ett mer bio-socialt perspektiv skulle eventuellt öppna upp för möjliga behandlingsmetoder som skulle stämma överens med det perspektiv de äldre i denna studie har. Utifrån resultatet av studien framkommer en bild av depression som till viss del består av olika förluster. Eventuellt finns

det äldre specifika aspekter i form av sorg som är viktiga att beakta i mötet med äldre patienter.

En utmaning för framtida depressionsforskning är att undersöka de äldre specifika kontextuella faktorernas inverkan på depressionens gestaltning. Det hade också varit intressant att undersöka huruvida intergenerationella interventioner, som ämnar att överbrygga generationsegregationen, hade kunnat verka salutogent för äldres psykiska hälsa.

Avslutningsvis väcker studien tankar kring idén att äldre skulle vara synonymt med depression. En förhoppning inför framtiden är att synen på äldres depression ska innefatta den äldre specifika livssituation och att depression inte ska ses som en naturlig del av åldrandet.

Referenser

- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212.
- American Psychiatric Association. (2014). *MINI-D 5*. Stockolm: Pilgrim Press AB.
- Andersson, L. (2013). *Egenmäktigt förfarande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arean, P., Hegel, M., Vannoy, S., Fan, M., & Unutzer, J. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist*, 48(3), 311-323.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics / IPA*, 19(6), 1125-1140.
- Bertolote, J. M., & De Leo, D. (2012). Global suicide mortality rates—a light at the end of the tunnel?. *Crisis: The Journal Of Crisis Intervention And Suicide Prevention*, 33(5), 249-253. doi:10.1027/0227-5910/a000180
- Boman, E., Gustafson, Y., Häggblom, A., Santamäki Fischer, R., & Nygren, B. (2014). Inner strength - associated with reduced prevalence of depression among older women. *Aging & Mental Health*, 1-6.
- Bristow, K., Edwards, S., Funnell, E., Fisher, L., Gask, L., Dowrick, C., & Chew Graham, C. (2011). Help seeking and access to primary care for people from "hard-to-reach" groups with common mental health problems. *International Journal Of Family Medicine*, 2011490634. doi:10.1155/2011/490634
- Brodsky, H., Cullen, B., Thompson, C., Mitchell, P., Parker, G., Wilhelm, K., & ... Malhi, G. (2005). Age and gender in the phenomenology of depression. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 589-596. doi:10.1176/appi.ajgp.13.7.589
- Burroughs, H., Chew-Graham, C., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R. & Bums, A. (2006). "Justifiable depression": how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369-377
doi:10.1093/fampra/cmi115
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Chan, D., Kwok, A., Leung, J., Yuen, K., Choy, D., & Leung, P. C. (2012). Research report: Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *Journal Of Affective Disorders*, 136963-970.
doi:10.1016/j.jad.2011.08.031

- Chiang, K., Chung, M., Chou, K., Chu, H., Chang, H., Chen, C., & Chiou, H. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal Of Geriatric Psychiatry, 25*(4), 380-388. doi:10.1002/gps.2350
- Chippendale, T. (2013). Factors associated with depressive symptoms among elders in senior residences: the importance of feeling valued by others. *Clinical Gerontologist, 36*(2), 162-169. doi:10.1080/07317115.2012.749321.
- Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, I. F., & Brown, C. (2010). Regular research articles: mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry, 18*531-543. doi:10.1097/JGP.0b013e3181cc0366
- Cornford, C., Reilly, J., & Hill, A. (2007). How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Family Practice, 24*(4), 358-364. doi:10.1093/fampra/cmm032
- Crabb, R. M., & Areán, P. A. (2015). Problem-solving treatment for late-life depression. I P. A. Areán (Red.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (ss. 83-102). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14524-005
- Djukanović, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health, 19*(6), 560-568. doi:10.1080/13607863.2014.962001
- Fischer, L. R., Feifei, W., Solberg, L. I., Rush, W. A., & Heinrich, R. L. (2003). Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *Journal Of The American Geriatrics Society, 51*(11), 1554. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51506.x
- Gask, L., Dixon, C., May, C., & Dowrick, C. (2005). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal Of General Practice, 55*(520), 854-859.
- Givens, J. L., Datto, C. J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D. W., & ... Barg, F. K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants: a qualitative study. *Journal Of General Internal Medicine, 21*(2), 146-151. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00296.x
- Gordon Hope-Jones, I. (2013). *The perspectives of older people and GPs on depression in later life and its management: the stories they tell and ways they respond to each other*. Sunderland: University of Sunderland.

- Grundberg, A., Religa, D., Ebbeskog, B., & Dahlgren, M. (2012). How community-dwelling seniors with multimorbidity conceive the concept of mental health and factors that may influence it: a phenomenographic study. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 7doi:10.3402/qhw.v7i0.19716
- Hagberg, B., & Rennemark, M. (2004). *Den äldre människans psykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Hedelin, B., & Strandmark, M. (2001). The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues In Mental Health Nursing*, 22(4), 401-420.
- Hermans, H. M. (2015). Dialogical self in a complex world: the need for bridging theories. *Europe's Journal of Psychology*. pp. 1-4. doi:10.5964/ejop.v11i1.917.
- Holm, A. L., Lyberg, A., Lassenius, E., Severinsson, E., & Berggren, I. (2013). Older persons' lived experiences of depression and self-management. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(10), 757-764. doi:10.3109/01612840.2013.809829
- Husain, M., Rush, A., McClintock, S., Holiner, J., Sackeim, H., Wisniewski, S., & Hauger, R. (2005). Age-related characteristics of depression: a preliminary STAR*D report. *American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 852-860. doi:10.1097/00019442-200510000-00004
- Husserl, E. (1989). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.
- Hyde, J., Calnan, M., Prior, L., Lewis, G., Kessler, D., & Sharp, D. (2005). A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *The British Journal of General Practice*, 55(519), 755-762.
- Karp, D. A. (1996). *Speaking of sadness: depression, disconnection, and the meanings of illness*. New York : Oxford University Press, 1996.
- Katona, C., & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression?. *Lancet*, 356(9224), 91.
- Kim, Y., Pilkonis, P. A., Frank, E., Thase, M. E., & Reynolds, C. F. (2002). Differential functioning of the Beck Depression inventory in late-life patients: use of item response theory. *Psychology and Aging*, 17(3), 379-391. doi:10.1037/0882-7974.17.3.379
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: theory, research and method*. Glasgow: Pearson.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*.

Stockholm: Liber.

- Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S., Turner, S., Sangha, K., Byng, R. & ... Macdonald, A. (2006). Concepts and causation of depression: a cross-cultural study of the beliefs of older adults. *Gerontologist*, 46(1), 23-32.
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M. Z., Kumar, R., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging & Mental Health*, 1-10.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R. & Strandberg, G. (2010). Inner strength - a theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal Of Nursing Studies*, 47, 251-260.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Weyerer, S., Villringer, A., König, H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 286-295. doi:10.1002/gps.2718
- Maes, M. (2002). Effects of age and gender on the classification and phenomenology of unipolar depression. *Acta Neuropsychiatrica*, 14(1), 29-35. doi:10.1034/j.1601-5215.2002.140104.x
- Mathillas, J. (2013). *Dementia, depression and delirium in the very old: prevalences and associated factors*.
- Maykut, M. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Falmer.
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Paula Couto, M., Koller, S., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: the role of resilience. *Ageing International*, 36(4), 492-505. doi:10.1007/s12126-011-9123-2
- Petersson, S., Mathillas, J., Wallin, K., Olofsson, B., Allard, P., & Gustafson, Y. (2014). Risk factors for depressive disorders in very old age: a population-based cohort study with a 5-year follow-up. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 831-839. doi:10.1007/s00127-013-0771-2
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558. doi:10.1080/13607863.2011.651434

- Polkinghorne, D. (2003). Validation physical, organic and human realms of inquiry. I Lindén & Szybek, P. (Red). *Validation of knowledge claims in human science* (ss. 8-20). Lyon: L'Interdisciplinaire.
- Porter, R. (1998). Can the stigma of mental illness be changed?. *Lancet*, 352(9133), 1049-1050.
- Ratcliffe, M. (2014). The phenomenology of depression and the nature of empathy. *Medicine, Health Care And Philosophy: A European Journal*, 17(2), 269-280.
- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1997). Social network patterns among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective. *Aging & Mental Health*, 1(4), 321-331.
- Sages, R. (2003). Truth as unveiling. I Lindén & Szybek, P. (Red). *Validation of knowledge claims in human science* (s. 51-80). Lyon: L'Interdisciplinaire.
- Sages, R.B., & Lundsten, J. (2004). *The ambiguous nature of psychology as science and its bearing on methods of inquiry*. I R.B. Sages, J. Lundsten (Red.). Papers and Articles in Meaning Constitution Analysis, I, (s. 9-44) Repocentralen.
- Sages, R. B., & Lundsten, J. (2009). Meaning Constitution Analysis: A Phenomenological Approach to Research in Human Science. In K. Mylonas, A. Gari. (Eds.). *Quod Erat Demonstrandum: From Herodotus' Ethnographic Journeys to Cross-cultural Research* (s.197-208). Athen: Pedio Books Publishing.
- Sander, Å. (1999). *Edmund Husserls fenomenologiska tradition*. I Allwood, C. M. & Erikson, M. G. (Red). Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper (s. 101-141). Lund: Studentlitteratur.
- Sanderson, W., Scherbov, S. (2008). Rethinking age and aging. *Population Bulletin* 63, no. 4
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., Waltz, J. A., & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 60(2), 273-287. doi:10.1037/0022-3514.60.2.273
- Shahpesandy, H. (2005). Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuroendocrinol Lett*, 26(6), 691-695.
- Socialstyrelsen. (2009). *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre: en kunskapssammanställning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17822/2009-11-20.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19140/2013-6-22.pdf>

- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad från <http://data.riksdagen.se/fil/4E6ECF72-5DBA-4F77-8840-A7E1EC7BF82C>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2015. *Äldres psykiska ohälsa: en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Stockholm: SBU. Hämtad från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Depression_aldre_2015.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2012. *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom*. Stockholm: SBU. Hämtad från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Forstamningssyndrom_fulltext.pdf
- Titov, N., Dear, B., Zou, J., Lorian, C., Johnston, L., Terides, M., & ... Klein, B. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193-205. doi:10.1016/j.beth.2014.09.008
- Tuma, T. A. (2000). Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years. An elderly and a younger adult cohort compared. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 176224-228.
- Vanderhorst, R., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 517-525.
- Van Rijswijk, E., Van De Lisdonk, E., Van Weel, C., Van Hout, H., & Zitman, F. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; A focus group study. *BMC Family Practice*, 10doi:10.1186/1471-2296-10-52
- Volkers, A. C., Nuyen, J., Verhaak, P. F., & Schellevis, F. G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal Of Affective Disorders*, 82(2), 259-263. doi:10.1016/j.jad.2003.11.003
- Ward, E. C., Mengesha, M., & Issa, F. (2014). Older African American women's lived experiences with depression and coping behaviours. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(1), 46-59. doi:10.1111/jpm.12046
- Wilkowska-Chmielewska, J., Szelenberger, W., & Wojnar, M. (2013). Age-dependent symptomatology of depression in hospitalized patients and its implications for DSM-5. *Journal Of Affective Disorders*, 150(1), 142-145. doi:10.1016/j.jad.2012.12.012
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead, England: McGraw Hill/Open University Press.

- Wittink, M. N., Barg, F. K., & Gallo, J. J. (2006). Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods. *Annals Of Family Medicine*, 4(4), 302-309. doi:10.1370/afm.558
- World Health Organization (u.å). *Definition of an older or elderly person*. Hämtad från (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>)
- World Values Survey. 2015. *World Values Survey Wave 6: 2010-2014*. Hämtad från <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>
- Yasamy, M. T., Dua, T., Harper, M., & Saxena, S. (2013). *Mental Health of Older Adults: Addressing A Growing Concern*. World Health Organisation. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/WHO_paper_wmhd_2013.pdf
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zeng, W., North, N., & Kent, B. (2012). A framework to understand depression among older persons. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2399-2409. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04049.x



LUNDS
UNIVERSITET

Är du äldre och känner dig nedstämd?

Vid Lunds universitet genomförs våren 2015 en intervjustudie om hur det är att vara äldre och känna sig nedstämd. Vill Du dela med dig av Dina erfarenheter?

Intervjun sker på en plats som Du väljer, men vi har också möjlighet att erbjuda lokal om så önskas. Intervjun kan även ske över telefon. Ditt deltagande är anonymt.

Är du intresserad eller har några frågor, hör av dig till oss!

**Åsa Götesson – 07XX XX XX XX
Johannes Håkansson – 07XX XX XX XX
intervjustudie.aldre@gmail.com**

Depression hos äldre

Vi är två studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet som nu genomför vår examensuppsats. Det vi är intresserade av är att få ditt perspektiv på det som man i kliniska och forskningsrelaterade sammanhang kallar "depression hos äldre". Den forskning som har gjorts på området belyser inte individers personliga upplevelser och erfarenheter i särskilt stor omfattning. Därför är vi intresserade av hur du som läkare tänker kring det här.

Vi har en fenomenologisk ansats, vilket innebär att vi är intresserade av just din personliga upplevelse och dina erfarenheter. Därför vill vi inte begränsa dina svar med förutbestämda frågor, utan vi vill att du så fritt som möjligt reflekterar kring dina erfarenheter. Det är alltså just DINA tankar, känslor, idéer, associationer m.m. som är värdefulla för den här studien. Det är du som vet, inte vi.

Dina svar kommer inte att kunna spåras till dig då vi inte har någon möjlighet att se varifrån varje svar kommer. Svaren kommer att analyseras innan de inkluderas i studien. Om du skulle skriva något som skulle kunna kopplas till dig eller din verksamhet, kommer detta att avidentifieras innan det inkluderas i studien. Ditt deltagande är alltså helt anonymt.

Vi gör den här studien under handledning. Om du vill komma i kontakt med vår handledare eller oss får du gärna höra av dig. Genom att skicka in din reflektion samtycker du till deltagande i studien.

Tack för din medverkan!

intervjustudie.aldre@gmail.com

Johannes Håkansson
07XX XX XX XX

Åsa Götesson
07XX XX XX XX

Roger Sages (handledare)
07XX XX XX XX

*Obligatorisk

Beskriv så som du vill dina tankar, erfarenheter, känslor, associationer m.m. som du har kring på det som man i kliniska och forskningsrelaterade sammanhang kallar "depression hos äldre". Vi bryr oss inte om stavfel, grammatik eller ordspråk utan skriv precis så som du för tillfället känner för. Det viktigaste är vad du vill säga, på det sätt du vill säga det. *

Vi är två studenter på psykologprogrammet vid Lunds universitet som nu genomför vår examensuppsats. Det vi är intresserade av är att få ditt perspektiv på det som man brukar kalla ”depression hos äldre”. Den forskning som har gjorts på området belyser inte äldres personliga upplevelser och erfarenheter i särskilt stor omfattning. Därför är vi intresserade av hur du tänker kring det här.

Vi är intresserade av just din personliga upplevelse och dina erfarenheter. Därför vill vi inte begränsa dina svar med förutbestämda frågor, utan vi vill att du så fritt som möjligt reflekterar kring dina erfarenheter. Det är alltså just DINA tankar, känslor, idéer, associationer m.m. som är värdefulla för den här studien. Det är du som vet, inte vi.

Den här intervjun spelas in så att vi kan skriva ner ordagrant vad som sägs. Allt material kommer att förvaras i ett inlåst skåp så att ingen obehörig får tillgång till vad du säger under intervjun. Vi kommer också att analysera texten och ta bort sådant som skulle kunna kopplas till dig innan texten tas med i studien. Dina svar är alltså anonyma i den uppsats vi kommer att skriva.

Eftersom temat för intervjuerna berör känsliga punkter är det naturligt att det kan komma att kännas jobbigt under intervjun. Det är därför viktigt att du vet om att du när som helst har möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att det får några negativa konsekvenser. Intervjun är alltså frivillig.

Den här studien är alltså en del av vår psykologexamensuppsats, vilket innebär att vi har en handledare som är ansvarig för studien. Du kommer att få våra och vår handledares kontaktuppgifter om du skulle vilja komma i kontakt med någon av oss.

Ger du ditt samtycke till att delta i den här intervjun?

ÖPPEN FRÅGA: Beskriv så som du vill dina tankar, erfarenheter, känslor, associationer m.m. som du har kring det som man kallar depression hos äldre. Det finns inget rätt eller fel. Det är bara du som vet, inte vi. Säg det som du för tillfället känner för. Det viktigaste är vad du vill säga och att du säger det på ett sätt du själv vill.

Översikt över meningskonstituenten bland de andra äldre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
K1		●	●					●	●	●	
K2	●	●	●	●			●		●		●
K3		●	●	●		●		●	●		
K4	●	●	●	●		●		●	●	●	●
M1		●	●	●		●	●		●		
M2	●	●	●	●		●			●	●	

X-axeln indikerar de olika meningskonstituenterna: 1. Arbete, 2. Kroppsliga funktioner, 3. Brist på social samvaro, 4. Familj, 5. Avundsjuka, 6. Samhälle, 7. Missade möjligheter, 8. Förgängligheten, 9. Samvaro, 10. Att hjälpa, 11. Frihets känsla. Y-axeln indikerar de olika deltagarna. K = kvinna, M= man.

Översikt över meningskonstituenten bland de andra läkarna

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L1	●			●			●			
L2	●			●		●	●			
L3							●			

X-axeln indikerar de olika meningskonstituenterna: 1. Brist på samhörighet, 2. Familj, 3. Serviceboende, 4. Den dolda depressionen, 5. Genus, 6. Den rena depressionen, 7. Svårigheter för läkaren, 8. Potentialen hos sjukvården, 9. Potentialen hos serviceboenden, 10. Samhörighet