



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

En litteraturstudie om depression
hos äldre

Emma Torstensson
December 2009

Självständigt examensarbete, C. 15hp
Omvårdnadsvetenskap

Omvårdnadsvetenskap/ Självständigt examensarbete, C. 15hp.
Examinator: Ragny Lindqvist
Handledare: Urban Torstensson

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att beskriva vilka kunskaper sjuksköterskor har om äldre över 65 år med depression. Studiens syfte var även att beskriva vad som finns i litteraturen om depression hos äldre över 65 år. Depression hos äldre är vanligt, underdiagnostiserat och inkorrekt behandlad. Den orsakar dåligt välbefinnande och ökar vårdtyngden och dödligheten. Studien är en beskrivande litteraturstudie baserad på arton vetenskapliga artiklar. Litteratursökningar gjordes i databaserna CINAHL och PubMed samt manuellt i Högskolans bibliotek. De utvalda artiklarna har sammanställts, analyserats, granskats och kvalitetsbedömts. Depression ökar med åldern i allmänhet och bland sjukhemspatienter i synnerhet, vilket beror på sambandet mellan institutionaliserings- och åldrandeprocessen. Sjuksköterskor har svårt att korrekt identifiera depression hos äldre, vilket utgör ett betydande hinder för behandling. Depressionsträningprogram kan öka kunskapen om depression hos äldre, och därmed få en mer gynnsam utgång på depression. Sjuksköterskan bör se depression som ett diagnostiskt alternativ och använda standardiserade instrument. Minimum Data Set (MDS) och Geriatric Depression Scale (GDS) visade adekvat reliabilitet som mätmetoder bland äldre. Det är vidare viktigt att prioritera tillräckligt med tid i mötet med patienten, eventuella anhöriga och behandlande läkare. Noggrann dokumentation ska utföras regelmässigt och systematiskt.

Nyckelord: omvårdnad, äldre, kunskap och depression

ABSTRACT

The aim of this study was to describe what knowledge nurses have about elderly over 65 years old with depression. The aim was also to describe what's in the literature on this subject. Depression among the elderly is common, under diagnosed and inadequately treated, and causes poor well-being, increase the weight of care and mortality. This is a descriptive study of literature based on eighteen scientific studies. Data search was made in the databases CINAHL and PubMed, also manually made in University of Gävle library. The selected articles have been compounded, analyzed, reaffirmed and evaluated of quality. Depression increases with age generally and especially among nursing home residents. This overrepresentation can be explained by various factors associated with institutionalisation and the aging process. Nurses have difficulty in making accurate identification of depression among the elderly, which is an important obstacle for treatment. Depression training program could improve the knowledge of depression among the elderly, and get a more favourable outcome of depression. The nurse should see depression as a diagnostic alternative and use standardized instruments. Minimum Data Set (MDS) and Geriatric Depression Scale (GDS) demonstrated adequate reliability as measures among elderly. It is furthermore important to give priority to enough time in the meeting with the patient, possible relatives and treating physician. Careful documentation should be done regularly and systematic.

Keywords: nursing, elderly, knowledge and depression.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Syfte.....	4
Frågeställningar.....	4
METOD	5
Design.....	5
Litteratursökning.....	5
Inklusionskriterier.....	5
Exklusionskriterier.....	5
Utfall av sökning.....	5
Dataanalys.....	6
RESULTAT	7
DISKUSSION	25
Huvudresultat.....	25
Resultatdiskussion.....	25
Metoddiskussion.....	26
Allmän diskussion.....	27
REFERENSER	29

INTRODUKTION

Många deprimerade igenkänns inte och får inte en korrekt diagnos eller behandling (Stålenheim et al, 2003). De genomförde en större studie av depressionsförekomsten inom somatisk öppen och sluten vård. Av de 267 patienter som deltog i studien uppfyllde 27,7% kriterierna för depression.

Al-Windi (2005) beskriver i sin studie att depression förekommer ofta. Han genomförde en två-steg-screening av 470 patienter. Drygt arton procent visade sig uppfylla kriterierna för svår depression. Endast 21,1% av dessa behandlades med antidepressiva läkemedel.

Omkring 15% av äldre personer över 65 år har en depression. Av dem som vårdas på avdelningar eller sjukhem visar mellan 30- 40% tydliga tecken på depression (Wasserman, 2003).

Orsakerna till underdiagnostisering och underbehandling av depression kan vara flera. En vanlig fördom är att gamla människor är sura och trötta, och att det är naturligt att vara nedstämd (Gulmann, 2003). En orsak är att den depressiva personen sällan själv söker hjälp. En annan orsak kan vara att vårdpersonalen förväxlar de depressiva symtomen med kroppslig sjukdom eller skyller tillståndet på de förluster de varit med om (Gulmann, 2003).

Depression är dock en sjukdom helt skild från normal sorg, som tillhör normalpsykologin. En depression och en sorgreaktion har olika framtoning och påverkar inte omgivningen på samma sätt. Den depressiva patienten är självupptagen, negativ och passiv. Den sörjande inbjuder mer till tröst och värme (Gulmann, 2003).

Enligt WHO (2009) är depression en vanlig sjukdom som uppvisar nedstämdhet, minskat intresse eller glädje, skuld känslor eller låg självkänsla, störd sömn och aptit, låg energiförbrukning och dålig koncentration. Dessa problem kan bli kroniska eller återkommande och kan leda till betydande försämringar i individens förmåga att ta hand om hans eller hennes vardagliga ansvar. I värsta fall kan depression leda till självmord.

Depression förekommer hos personer av alla kön, åldrar och bakgrunder.

Det finns två huvudvarianter av sjukdomen. Den ena kallas för egentlig depression, här nämnd som endast depression, och den andra för dystymi, vilket betyder kroniskt, sjukligt svårmod (Wasserman, 2003).

Enligt Allgulander (2008) är typiska symtom på egentlig depression nedstämdhet (ledsnad, tomhet) och/eller minskat intresse eller glädje som pågått minst fjorton dagar under en större del av tiden, samt minst fyra av sju nedanstående symtom:

- viktnedgång eller viktuppgång, på grund av minskad eller ökad aptit.
- sömnstörning: för lite eller för mycket sömn, vaknar och har svårt att somna om.
- agitation eller hämning: upphetsad och rastlös eller trög, långsamt tal, svarslatens.
- svaghetskänsla: brist på energi, trötthet.
- skuldkänslor: känner sig värdelös, självförebåelser.
- minskad tanke- eller koncentrationsförmåga, svårt att fatta beslut.
- tankar på döden: självmordstankar, självmordsförsök, självmordsplaner.

Dessa beskrivna symtom medför nedsatt funktion eller att patienten uthärdar vardagen med påtaglig ansträngning. Panikattacker kan förekomma. Ångest är vanligt. Sexlusten brukar försvinna. En depression kan förekomma som en enstaka episod eller återkomma (Allgulander, 2008).

Symtom på depression skiljer sig mellan yngre och äldre. Det är bland annat vanligt att äldre uttrycker kroppsliga besvär framför psykiska symtom (Socialstyrelsen, 2008). Enligt Wasserman (2003) kan detta göra det svårt för en läkare som inte känner patienten väl att ställa en korrekt diagnos.

Det finns flera orsaker till depression hos äldre. Ärftlighet är en orsak (Gulmann, 2003). En annan orsak är de normala åldersförändringarna i det centrala nervsystemet och minskad aktivitet i de noradrenerga, serotonerga och dopaminerga systemen, vilka spelar en central roll i regleringen av vårt känsloliv och sinnesstämningar (Wasserman, 2003). Organiska hjärnsjukdomar, inklusive demens kan utlösa depression. Även infektion, anemi, cancer, hypotyreos, vitaminbrist (folat), hypokalemi och hypocalcemi kan utlösa depression (Gulmann, 2003).

Kroppsliga sjukdomar med åtföljande smärta, minskad rörlighet, försämrad syn och hörsel, samt dålig sömn kan också bidra (Wasserman, 2003).

Mediciner kan ge depression som biverkan; betablockerare, steroider, antipsykotika, bensodiazepiner, ca-antagonister, NSAID preparat, morfinpreparat och L-dopa (Gulmann, 2003).

Alkohol kan orsaka depression på grund av hög alkoholkoncentration i blodet som påverkar hjärnan. Vidare kan olika former av psykosocial belastning vara en utlösande faktor. Banala belastningar som renovering av köket, men även allvarliga som förlust av äkta hälft (Gulmann, 2003).

Många äldre utsätts för en mängd stressfaktorer som kan ha betydelse för en depressionsutveckling; isolering, ensamhet och brist på stimulans. Andra stressfaktorer kan vara beroende av andra människor, ofta främmande personer, brist på umgänge med nära anhöriga samt begränsade ekonomiska resurser. Oro för sjukdomar, rädsla för döden och den existentiella ångesten är andra bidragande stressfaktorer (Wasserman, 2003).

Många depressioner hos äldre beror på den totalt förändrade livssituationen som ofta beror på en plötsligt uppkommen ensamhet. Dagarna känns långa. De äldre äter sämre utan att någon uppmärksammar det, ämnesomsättningen minskar och kroppens organ fungerar långsammare. Fokus ligger på att kontrollera att det inte finns någon kroppslig sjukdom och personalen hinner inte med patientens behov av kontakt och omsorg. Patienten blir mer och mer nedstämd, som till slut mynnar ut i en depression (Wasserman, 2003).

Att använda sig av standardiserade bedömningsmetoder kan innebära att den äldres stöd blir bättre utformat och bedömningarna av äldres vårdbehov blir mer likartade oavsett var patienten bor (Socialstyrelsen, 2009). En sådan bedömningsmetod är GDS 20- Geriatric Depression Scale. Den har till syfte att identifiera åldersdepressioner. Skalan kan användas av personal utan psykiatrisk specialistkompetens och av äldre själva. Den innefattar 20 ja- och nejfrågor som ger svar på hur personen känner sig nu och har känt sig de senaste två veckorna. Av svaren kan bedömning göras om det förekommer tecken på depression. Skattingskalan ska betraktas som ett screeningsinstrument (Socialstyrelsen, 2009). Socialstyrelsen (2009) rekommenderar att behandling av depression hos äldre i första hand bör utgöras av psykologisk behandling i form av KBT eller intrapersonell terapi. I andra hand bör hälso- och sjukvården välja läkemedelsbehandling med antidepressiva, psykologisk behandling med datorbaserad KBT eller annan textbaserad behandling med behandlarstöd eller psykologisk behandling med psykodynamisk korttidsterapi.

Depression hos äldre får allvarliga konsekvenser. Depression är ett plågsamt tillstånd som obehandlat kan vara över månader upp till år. Den drabbade förlorar ofta hoppet och är

övertygad om att det inte finns någon lindring eller bot. Depression drabbar anhöriga som eventuellt är helt oförberedda och hjälplösa. Hos äldre ger depression anledning till onödig kroppslig utredning för att undersöka somatiska symtom som kan vara uttryck för depression. En del läkemedelsmissbruk grundläggs vid depression. Överdödligheten är den allvarligaste faktorn i form av självmord, samt vid svår kroppslig sjukdom. Risken för att dö av somatisk sjukdom ökar hos patienter som är deprimerade (Gulmann, 2003).

Depression hos äldre är vanligt, underdiagnostiserat och inkorrekt behandlad. Den orsakar dåligt välbefinnande och ökar dödligheten. Mer kunskap om depression är nödvändig för att förbättra identifieringen och behandlingen (Bergdahl et al, 2005).

I arbetet som sjuksköterska inom hemsjukvården har jag uppmärksammat att depression eller uppvisande av olika former av depressiva symtom förekommer mycket ofta. Många patienter verkar inte sätta sina symtom i relation till just depression. Det verkar vanligt att de uttrycker somatiska symtom som t.ex. magont eller sömnproblem. Uppfattningen är att vårdpersonalen missar att fånga upp alla deprimerade. Detta kan bero på okunskap. En annan tänkbar orsak kan vara tidsbrist, då brist på tid gör att personalen inte kan ta sig den tid som behövs för att verkligen lyssna och tala med patienten.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva vilka kunskaper sjuksköterskor har om äldre över 65 år med depression. Studiens syfte var även att beskriva vad som finns i litteraturen om depression hos äldre över 65 år.

Frågeställningar

1. Vilka generella kunskaper finns beskrivet rörande depression hos äldre patienter över 65 år?
2. Vilka kunskaper har sjuksköterskor om äldre patienter över 65 år med depression?

METOD

Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie.

Litteratursökning

För att få fram vetenskapliga artiklar har databassökningar gjorts i databaserna CINAHL och PubMed. Dessa valdes för att de är omfattande vad gäller vårdvetenskap och är av hög kvalitet.

Inledningsvis gjordes även databassökningar i Psychinfo och i SweMed. Då de med tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet återfanns i CINAHL alternativt i PubMed redovisas inte de.

Manuell sökning av relevant litteratur har skett i Högskolans bibliotek.

Inklusionskriterier

För att artiklarna skulle inkluderas i studien krävdes att de skulle:

- vara skrivna på engelska, svenska, danska eller norska.
- innehålla ett abstract och vara tillgängliga i fulltext alternativt i Högskolans bibliotek.
- vara av hög kvalitet
- vara relevanta till syftet och frågeställningarna.
- maximalt tio år sedan publicering.

Exklusionskriterier

Artiklar som behandlade depressionstillstånd i samband med andra, svårare patologiska tillstånd valdes bort.

Utfall av sökning

Med utgångspunkt från urvalskriterierna gjordes litteratursökningar i databaserna CINAHL och PubMed enligt tabell 1 *Sökschema*. Jag valde medvetet att göra en bred sökning med många träffar. Detta för att få ett så stort urval som möjligt. Det var många artiklar som föll bort då de behandlade depressionstillstånd i samband med andra, svårare patologiska tillstånd.

Tabell 1. Sökschema.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Valda källor
CINAHL	Depression AND knowledge	163	2
CINAHL	Depression AND nursing depression major heading	186	5
CINAHL	Depression AND nurse depression major heading	142	2
PubMed	Depression AND elderly nursing	770	3
PubMed	Depression AND treatment AND elderly AND carestaff	411	3
PubMed	Depression AND nursing AND geriatric AND treat	544	2
PubMed	Depression AND nursing AND geriatric	932	1

Dataanalys

De utvalda artiklarna har sammanställts, analyserats och granskats med hjälp av Röda Korsets Högskolas *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar* som utgångspunkt. Den innefattar åtta punkter; konklusion, syfte, bakgrund, metod, resultat, diskussion, innebörden av studien för den praktiska vården samt en helhetsbedömning. De åtta punkterna har alla i sig underrubriker för att ingående kunna beskriva och granska artiklarnas innehåll.

Jag valde denna granskningsmall för den kunde tillämpas på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Den är lättbegriplig, men ändå detaljerad och omfattande.

För att bedöma artiklarnas kvalitet har jag även använt en kortfattad beskrivning av kriterier för bedömning av kvaliteten av vetenskapliga artiklar enligt Polit och Hungler (2001). Där beskrivs vilka kriterier som ska uppfyllas för sammanfattning, introduktion, metod, resultat, diskussion och referenser.

Sammanfattningen ska innehålla en kort beskrivning av studien i början av artikeln. Den ska ge en överblick av innehållet och inkludera syfte, problemområde, metod och resultat.

Introduktionen ska sätta läsaren in i problemet genom att beskriva ämnets bakgrund. Syften och frågeställningar bör framgå här.

Metoden ska beskriva forskarens exakta tillvägagångssätt för att lösa problemet och besvara frågeställningarna. Etiska aspekter och studiens design bör ingå.

Resultat. Här ska resultatet av analyserad data presenteras. I kvantitativa artiklar ska även statistiska analyser presenteras. I kvalitativa artiklar kan resultatet gärna presenteras i teman.

Diskussionen ska innehålla forskarens tolkningar och slutsatser om resultatet som framkommit i studien och dess framtida värde för t ex vården, samt hur den nya kunskapen kan användas. Studiens metodiska styrkor och svagheter diskuteras.

Referenser. Artikeln ska innehålla en tydlig referensförteckning med hänvisning till de artiklar, litteratur och dylikt som använts i den.

Kvaliteten har bedömts efter antalet uppfyllda kriterier i respektive artikel. Uppfylls samtliga kriterier bedöms artikelns kvalitet som hög. Uppfylls de flesta kriterierna bedöms artikelns kvalitet som medelhög. Uppfyller artikeln ett fåtal kriterier bedöms kvaliteten som låg.

Alla artiklarna lästes igenom ett flertal gånger och då fann författaren återkommande meningar och utsagor som svarade mot syfte och frågeställningar. Meningarna och utsagorna sammanställdes sedan och presenterades utifrån frågeställningarna.

Forskningsetiska övervägande

Ingen ytterligare etisk prövning behöver göras. Artiklarna som ingår är redan publicerade och granskade. Referenserna anges så att det tydligt framgår vad som är mina egna reflektioner och vad som är taget från litteraturen. Jag har granskat artiklarna och inte förvrängt resultatet.

RESULTAT

Denna studie är baserad på arton vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i två stycken tabeller. Tabell nummer två presenterar en översikt i form av: författare, titel, design, undersökningsgrupp och dataanalys. Tabell nummer tre presenterar en översikt i form av: författare, syfte, resultat och kvalitetsbedömning.

Resultatet presenteras även i löpande text med frågeställningarna som rubriker.

Tabell 2. Valda artiklar till resultatet.

Författare +publ.år	Titel	Design	Undersökn. grupp	Datainsaml. metod	Dataanalys
Brown, McAvay, Raue, Moses och Bruce, 2003.	Recognition of depression among elderly recipients of home care services.	Kvantitativ	42 sjuksköterskor. 539 patienter. Etisk godkänd.	Klinisk strukturerade intervjuer. Logistic regression models och Likelihood ratio test.	Kappa statistic två stegs analys. Kunde beskrivit analysmetoden mer ingående.
Bruce et al, 2004.	Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients.	RCT-randomiserad kontrollerad studie.	598 patienter Från 20 primärvårdskliniker. Etisk godkänd. Stor undersökningsgrupp och omfattande metodologiskt arbete. Trovärdig.	Depressions-screening	Statistisk analys innehållande beskrivande ITT- Intent To Treat
Bruce et al, 2007.	A randomized trial of depression assessment intervention in home health care	Randomiserad studie	53 sjuksköterskor indelade i tre grupper, fullständig eller minimal utbildning, samt en	Fullständig utbildn.grupp 4,5 tim utb. Minimal utb. såg utb. på video. Kontrollgruppen erhöll	Statistisk analys. Mixed-effects logistik och regressionsanalys.

			kontrollgrupp. 233 patienter. Etisk godkänd. Minimalt bortfall. Trovärdig.	ingen utb. Patientinter- vjuer. Datainsaml. från patientjournal - er.	
Eisses, Kluiter, Jongenelis , Pot, Beekman och Ormel, 2005.	Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly.	RCT- randomiserad kontrollerad studie.	315 patienter. 85 personal på 10 äldreboenden, 5 experiment- grupper och 5 kontroll- grupper. Etisk godkänd.	Träningsprog - ram för personalen. Observation av personalen före och sex månader efter utbildningen. Kontroll- grupperna gav standard- vård utan ob- servation. Självskatt- ningsinstru- ment till patienterna. Kunde ev gett falskt positiva svar.	Statistisk analys. Newcombers method 10, inkl. oberoende proportioner.
Hassal och Gill, 2008.	Providing care to the elderly with depression:	Kvalitativ.	17 omvård- nadspersonal med olika yrkesroller på	Semi- strukturerad intervjuer med	Innehållsana- lyskategori- sering och utveckling av

	the views of aged care staff.		12 äldreboenden. Etisk godkänd. Hade gärna sett fler deltagare.	möjlighet att diskutera andra områden som ansågs väsentliga spelades in alt. antecknades detaljerat.	teman.
Hollinger-Samson och Pearson, 2000.	The relationship between staff empathy and depressiv symptoms in nursing home residents.	Cross-sectional study.	62 patienter och 36 personal.	Mätning av patienternas kognitiva och fysiska hälsostatus. Depressions-screening. Studien har ett brett helhetsperspektiv.	Variansanalys. Pearson's korrelationskoefficient.
Koheler et al, 2005.	Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometri	Psychometric Observations - studie.	704 patienter. Etisk godkänd. Positivt med stor unders.grupp. Trovärdig.	Baseline assessment observation. Depressions-skattning med MDS och GDS. Jämförde de patienter som fick antidepressiv	STATA software dataanalysprogram. Jämförde insamlad statistik och psykiska måtts riktighet för varje depressions-skala.

	c study.			a med dem som inte fick det.	
Lilja, Hellze'n och Hellze'n, 2006.	The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients.	Kvalitativt och kvantitativt.	30 sjuksköterskor från 10 sjukhusavd. Etisk godkänd. hade gärna sett en större unders.grupp.	Öppna frågor utifrån ett frågeformulär baserat på MADRS i gruppintervjuer.	Statistisk analys. Faktoranalys genom SPSS. Variansanalys..
Lyne, Moxon, Sinclair, Young, Kirk och Elison, 2006.	Analysis of a care planning intervention for reducing depression in older people in residential care.	Kvasiexperiment baserad på naturlig förekomst.	114 patienter på 14 äldreboenden. Etisk godkänd.	Mätning av: Kognitiv funktion, MMSE, GDS, Antidepressiva, tänkbara faktorer som kan påverka depression, lätthet att behandla samt lätthet att implantera interventionen.	Regressionsanalys och logistic regressionsanalys. Tydligt och noggrant beskrivet.
Mellor, Russo, McCabe, Davison och George, 2008.	Depression Training program for caregivers of elderly care recipients:	Kvalitativ.	52 vårdpersonal inom olika yrkesroller. Etisk godkänd.	Träningsprogram implanterades. Semistrukturerade gruppintervjuer spelades in.	Teman analyserades fram med semistrukturerad intervjuguide. Tydligare

	an qualitative evaluation.				analysbeskrivning önskvärd.
McCabe, Russo, Mellor, Davison och George, 2008.	Effectiveness of a training-Program for carers to recognize depression among older people.	Kvantitativ	Samma som ovan. Etisk godkänd. Bortfall på 19 st. Förståeliga skäl.	Besvara 3 frågeformulär : kunskap om depression, den egna effektiviteten av omvårdnaden av deprimerade äldre samt hinder för omvårdnad av deprimerade äldre.	Variansanalys Pearson's korrelationskoefficient.
Murray, Banerjee, Byng, Tylee, Bhugra och McDonald , 2006.	Primary care professionals Perceptions of depression in older people.	Kvalitativ.	30 läkare, sjuksköterskor och kuratorer från 18 vårdcentraler. Stort upptagningsområde med olika miljöer.	Individuella djupintervjuer Spelades in och renskrevs ordagrant.	Grounded theory.
Nyström och Nyström, 2007.	Patients' experiences of recurrent depression.	Kvalitativ.	10 patienter. Hade gärna sett fler deltagare. Etisk	Fenomenologisk metod av Giorgi. Djupintervjuer med öppna	The Reflective Life World Approach av Dahlberg. Epistemologi

			godkänd.	ostrukturerade frågor.	
Rabins et al, 2000.	Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly.	Prospektiv randomiserad studie.	245 patienter som screenats positivt för depression, samt 53 patienter som screenats negativt för depression från 6 äldreboenden. Bortfallet på 20% anses inte ha påverkat resultatet.	3 äldreboenden. Den fick PATCH intervention, inkl. personalutb. i identifiering och hantering av deprimerade patienter. 3 äldreboenden erhöll vanlig vård.	Beskrivande statistisk analys. Cox regressionsanalys.
Ruset, 2005.	Depression among nursing home residents diagnosis and treatment.	Kvantitativ	163 patienter på sjukhem.	Utvärdering av diagnostiska behandlingsmetoder för äldre angående depression hos äldre på sjukhem. Enkätundersökning.	Oklart hur resultatet analyserades.
Siedliecki och Good, 2006.	Effect of music on power, pain, depression and	Randomiserad kontrollerad studie.	60 deltagare uppdelade i 3 grupper; standardmusik, speciellt	Deltagarna i musikgrupperna lyssnade på musik en timme om	Variansanalys och chitvåtest.

	disability.		framtagen musik och en kontrollgrupp. Etisk godkänd.	dagen i en vecka. Kontrollgruppen lyssnade inte på musik. Samtliga förde dagbok. CES-D-Center Epidemiolog- ical Studies Depression Scale. Känns intressant med ickefarmakologiskt alternativ.	
Smalbrugge, Pot, Jongenelis, Gundy, Beekman och Eefsting, 2006.	The impact of depression and anxiety on wellbeing, disability and use of healthcare services in nursing home patients.	Cross-sectional study.	350 patienter på 14 äldreboenden. Etisk godkänd. Omfattande studie.	Mätte välbefinnande, oförmåga, användande av hälso- och sjukvård, ångest, och andra karaktärsfaktorer. Individuella intervjuer.	Variansanalys. Regressionsanalys.
Steinman et al, 2007.	Recommendations for treating depression in community-based older adults.	Kvantitativ.	Expertpanel bestående av 14 psyk- och allmänhälsovårdsforskare samt kommunala läkare.	Arbetade fram Kategorier från tidigare gjorda studier utifrån deras professionella erfarenheter och genomförbarhet. Utförligare beskrivning av insamlingsmetod	Rekommendationsprocess.

				önskvärd.	
--	--	--	--	-----------	--

1. Vilka generella kunskaper finns beskrivet rörande depression hos äldre patienter över 65 år?

Depression ökar med åldern i allmänhet och bland sjukhemspatienter i synnerhet. Detta beror på sambandet mellan institutionaliseringsprocessen och åldrandeprocessen (Ruset, 2005).

Närvaro av depression är associerad med markant lägre nivå av välbefinnande, mer konsultation av medicinska specialister, högre antal mediciner och mer brukande av antidepressiva läkemedel (Smalbrugge, Pot, Jongenelis, Gundy, Beekman & Eefsting, 2006).

Likaså Murray, Tylee, Bhugra, och Mc Donald (2006) beskriver i sin studie att äldre patienter med depression söker ofta vård. De säger t.ex. att de är konstant trötta och har ingen energi. Vaga symtom är vanligt; muskelvärk, trötthet, yrsel och huvudvärk. Hög förekomst av fysiska sjukdomar hos äldre patienter gör att de psykologiska symtomen förbises, speciellt då patienten beskriver dem som fysiska symtom. Äldre patienter förväntar sig att depression är normalt vid hög ålder och accepterar oftare att känna sig deprimerade. De ser det som ett problem som inte kan behandlas, att personalen inte ska förstå. Det finns en motvillighet bland äldre att tala om psykosociala svårigheter. De försöker dölja problemen. Orsakerna till detta handlar mycket om att det är en generationsfråga. Den äldre generationen uttrycker inte känslor i samma utsträckning som yngre. De känner skamkänslor inför depression. Det finns en rädsla för att depressionsdiagnosen ska betyda att de är obenägna att ta hand om sig själva. Traditionella tabun är en annan orsak. Andras kännedom om en depressionsdiagnos var ett hinder för att gå med på behandling.

Depression är vanligare hos kvinnor, men det är av stor vikt att de äldre männen tas på stort allvar. De är särskilt känsliga för effekterna av förluster och social isolering. De hade färre personer i sin omgivning att anförtro sig åt, och håller känslorna inom sig själva. De håller sig undan och pratar inte om psykosociala problem. Äldre män är mer drastiska och gör impulshandlingar i större utsträckning än kvinnorna. Självmordsrisken är hög (Murray et al, 2006).

Nyström och Nyström (2007) undersökte hur patienterna upplevde sin depression. Patienterna kände sig främmande inför sig själva och andra. De upplevde att de hade svårigheter att förstå och göra sig förstådda. De hade en känsla av att vara bakom en osynlig skärm, att vara som paralyserad. De kände en oförmåga att vara själva och att vara med andra. De hade en känsla av ovärdighet. Där självmordstankar fanns med i bilden fanns behovet att försvinna med värdighet, att inte vara en belastning för andra.

För att upptäcka patienter med depression utgör mätinstrument på depression en nödvändig funktion. Två exempel på mätinstrument på depression hos äldre är MDS- Minimum Data Set, som är ett standardiserat, komprimerat verktyg. Det innefattar sexton depressionssymtom, både verbala och ickeverbala indikationer på depression uppfattat av personalen. Det andra mätinstrumentet är GDS- Geriatric Depression Scale. Det belyser patientens perspektiv på sitt liv under den senaste veckan, och innefattar i originalversionen 30 ickesomatiska frågor. Koheler et al (2005) visar i sin studie att både MDS och GDS visar adekvat reliabilitet som mätmetoder på depression bland äldre. MDS visade i större omfattning depression bland dem med kognitiva svagheter. GDS visade i större omfattning depression bland dem med bättre kognitiv förmåga. De två mätinstrumenten kan inte användas som utbytbara eller likvärdiga, varje instrument har sina styrkor och svagheter.

Ruset (2005) belyser vikten av att utforma diagnostiska rutiner. Det är av stor vikt att stärka den allmänna medvetenheten och kunskapen om depression. Icke farmakologiska behandlingsalternativ bör alltid finnas tillgängliga. Antidepressiva kan ge goda resultat under förutsättning att rätt diagnos ställts och att dosen justeras beroende på ålder.

Behandlingen bör utvärderas kontinuerligt. ECT- Electro Convulsive Therapy, elbehandling, kan vara effektivt för många äldre med depression.

Steinman et al (2007) rekommenderar KBT- Kognitiv Beteende Terapi som förstahandsval vid depressionsbehandling hos äldre. Detta på grund av att det inte finns tillräckliga evidensbaserade studier gjorda på andra terapier. De förespråkar DCM- Depression Care Management, ett systematiskt gruppnärmande som inkluderar aktiv identifiering med validerat screeningsinstrument, mätbaserad vård, psykoterapi och/eller antidepressiva läkemedel enligt riktlinjer, samt tränad personal som möjliggör patientutbildning, dokumentation och kontakt med läkare.

Siedliecki och Good (2006) belyser ett annat förslag till behandling. De undersökte effekten av musik på depression. De kom fram till att de i musikgrupperna hade lägre depressionsnivå och oförmåga än kontrollgruppen. Musikmodellen förespråkar både en direkt och indirekt effekt av musik på depression.

2. Vilka kunskaper har sjuksköterskor om äldre patienter över 65 år med depression?

Sjuksköterskor ser den deprimerade patienten som en individ med känslor av tillintetgörande, främlingskap, utmattning, tomhet och bedrävelse. Det är viktigt att sjuksköterskor identifierar och stärker individens egna positiva copingresurser och får med dem i omvårdnadsprocessen (Lilja, Hellze'n & Hellze'n, 2006).

Sjuksköterskor har svårt att korrekt identifiera depression hos äldre, vilket gör att depression missas hos många patienter. Brist på korrekt identifiering av depression utgör ett betydande hinder för behandling. Ofta hänger det på vad sjuksköterskan informerar den behandlande läkaren om angående patienten. Sjuksköterskor med mer geriatrisk erfarenhet var bättre på att korrekt identifiera depression. Det var lättare att identifiera depression bland de patienter som inte levde ensamma, samt hos dem som hade två eller flera ofärdigheter med ADL (Brown, Mc Avay, Raue, Moses & Bruce, 2003).

Depressionsträningssprogram kan öka kunskapen om depression hos äldre. I Mellor, Russo, Mc Cabe, Davison, och George (2008) studie förbättrades kunskaperna efter utbildning. Personalen kunde lättare skilja mellan depression, ångest och demens. Medvetenheten om depression ökade. De fick ökade kunskaper att identifiera depression och kunde kommunicera bättre med de deprimerade. De blev även bättre på att ta upp deprimerade patienter med läkare. Författarna gjorde även en sexmånadersuppföljning. Då visade det sig att den ökade kunskapen om depression hos äldre kvarstod. De kunde på ett mer effektivt sätt hantera depression hos äldre. Sjuksköterskorna var säkrare på att ta med det psykiska perspektivet i sitt arbete med patienterna.

Likaså Eisses, Kluiters, Jongenelis, Pot, Beekman, och Ormel (2005) kom fram till att personalutbildning ökade identifieringen av depression hos äldre, De äldre med depressiva symtom hade en mer gynnsam utgång av sin depression när personalen hade utbildats.

Även enligt Bruce et al (2007) ökade sjuksköterskornas kunskaper om depression efter en kortare utbildning, TRIAD- Training in the Assessment of Depression. Identifieringen av depression fördubblades. Sannolikheten för de deprimerade att få hjälp ökade i form av ökad hänvisning till läkare.

Samma författare utförde en primärvårdsåtgärd på självmordstankar och depression hos äldre 2004, vilket resulterade i att patienter med självmordstankar upptäcktes snabbare. Det resulterade även i en generell minskning av depressionssvårighetsgrad, samt genvägen på depressionsbehandling ökade.

Likaså Rabins et al (2008) kom fram till att träningsprogram resulterade i lägre depressionsnivå och lägre nivå av psykiska symtom hos äldre.

Hassal och Gill (2008) genomförde en studie om personalens syn på depression hos äldre. Alla deltagarna ansåg att depression var ett problem för en stor del av patienterna. De trodde inte att depression identifierades och behandlades tillfredsställande. Delade meningar om huruvida personalen hade tillräckliga kunskaper. Sjuksköterskorna förlitade sig ofta på undersköterskorna som kände patienterna bättre, att identifiera förändringar och eventuella symtom. Handling gjordes utifrån personalens kunskaper. Läkaren ansågs inte som den enda hjälpen. Kurator och psykolog sågs som ovärderliga resurser, Personalen har en viktig roll i identifieringen av depression. De är närmare patienten och ser förändringar. Alla ansåg att utbildning skulle göra en klar förbättring. Socialt stöd är mycket viktigt för äldre patienter. Känsla av förlust, hjälplöshet, förändring av omständigheter och otillräcklig kontakt med anhöriga ökade de somatiska vårdbehoven.

Empati är viktigt i förhållande till den deprimerade patienten. Enligt Hollinger-Samson och Pearson (2000) visar personalen ofta sympati istället för empati. En del av sjuksköterskorna som deltog i studien ansåg inte att empati var deras primära arbetsuppgift som de var anställda till att utföra.

Identifieringen av depression försenas ofta på grund av att det är svårt att reda ut oklara symtom, eftersom äldre patienter ofta använder somatiska beskrivningar när de mår psykiskt dåligt. Ofta är patienten motvillig till att ta upp psykosociala problem. Det behövs ett försiktigt förhållningssätt. Sjuksköterskorna mötte mindre negativa reaktioner i förhållandet till patienterna då de frågade dem om humör och energi istället för psykologiska problem (Murray et al, 2006).

Sjuksköterskan bör se depression som ett diagnostiskt alternativ i förhållande till den äldre patienten. Det rekommenderas att sjuksköterskan i större utsträckning ska använda sig av standardiserade instrument. Det viktigaste är då att specialisera sig på ett instrument, och använda det systematiskt, får då ett konkret verktyg i diagnostiseringen av depression hos äldre patienter (Ruset, 2005).

Det är även viktigt att prioritera tillräckligt med tid i mötet med patienten, samt tillräckligt med tid till kommunikation mellan läkare och sjuksköterskan, vilket också förbättrar diagnostiseringen av depression (Ruset, 2005).

Ruset (2005) anser vidare att det är mycket viktigt att sjuksköterskan är noggrann med dokumentationen. Både med tanke på identifiering, diagnostisering och uppföljning av behandling, ska dokumentationen utföras regelmässigt och systematiskt.

Tabell 3. *Artiklarnas författare, syfte, resultat och kvalitet.*

Författare	Syfte	Resultat	Kvalitet
Brown, McAvay, Raue, Moses och Bruce.	Att undersöka om ssk i hemsjukvården korrekt identifierar depression hos äldre, samt beskriva sjuksköterske- och patientkaraktärer associerade med mer korrekt hantering av depression.	24 % av patienterna hade depression. Sjuksköterskorna hade svårt att korrekt identifiera depression. De identifierade 45 % av dem som var deprimerade. Ssk med mer geriatrisk erfarenhet var bättre på att korrekt identifiera depression. Ssk hade lättare att identifiera depression hos patienter som inte levde ensamma, samt hos dem som hade två eller fler ofärdigheter med ADL. Ssk identifierade korrekt 75 % av de ickedepprimerade patienterna. Inkorrekt identifiering av depression var associerad med	Hög

		användning av antidepressiva läkemedel, svår smärtupplevelse och intakt kognitiv förmåga.	
Bruce et al.	Att undersöka effekten av PROSPECT-Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, en primärvårdsåtgärd, på självmordstankar och depression hos äldre patienter.	Patienter med självmordstankar upptäcktes snabbare i PROSPECT gruppen jämfört med de som erhållit vanlig vård. Generell minskning av depressionssvårighetsgrad i PROSPECT gruppen. Gensvaret på depressionsbehandling ökade i PROSPECT gruppen.	Hög
Bruce et al.	Att testa effekten av en kort utbildning, TRIAD- Training in the Assessment of Depression, för att förbättra hanteringen av depression av ssk inom hemsjukvården, samt att öka hänvisningen av deprimerade patienter till läkare.	TRIAD ökade ssk kunskaper om depression. Identifieringen fördubblades i den fullständiga utbildningsgruppen. Sannolikheten för de deprimerade att få hjälp ökade i form av ökad hänvisning till läkare.	Hög
Eisses, Kluiters, Jongenelis, Pot, Beekman och Ormel.	Att undersöka effekterna av personalutbildning i identifiering, behandling och utgång av depression	Identifieringen av depression ökade i experimentgruppen. Behandlingen ökade marginellt i experimentgruppen. De äldre med depressiva symtom hade en mer gynnsam utgång av sin depression när personalen hade utbildats.	Hög
Hassall och Gill.	Att undersöka personalens syn på depression. Ett försök att förstå problemen personalen möter i vården av äldre.	Teman. *I vilken utsträckning depression är ett problem för patienten. Alla deltagare sa att depression var ett problem för stor del av patienterna De trodde att depression inte identifierades och behandlades tillfredsställande av läkare, därför fick patienterna sällan diagnosen ställd. Socialt stöd viktigt. Känsla av förlust, hjälplöshet, förändring av omständigheter och	Hög

		<p>otillräcklig kontakt med anhöriga ökade de somatiska vårdbehoven.</p> <p>* Personalens kunskap om depression och förmåga att identifiera depression. Delade åsikter om personalen hade tillräcklig kunskap. Ssk förlitade sig ofta på usk som kände patienterna bättre att identifiera förändringar och ev depressiva symtom.</p> <p>* Diskussion om depression med läkare och annan vårdpersonal. Delade åsikter. Generellt verkade inte depression diskuteras i någon större utsträckning.</p> <p>* Procedur för behandling av depression. Personalen ignorerade aldrig synliga eller öppenbara tecken på depression. Handling gjordes utifrån personalens kunskap. Läkaren sågs inte som enda hjälpen. Kurator och psykolog sågs som ovärderliga resurser. Personalen har en viktig roll i patienternas liv.</p> <p>* Utbildning och träning om depression. Personalen en viktig roll i identifieringen av depression. Är närmare patienten och ser förändringar. Alla ansåg att utbildning och träning skulle göra en klar förbättring .</p>	
Hollinger-Samson och Pearson.	Att undersöka hur självskattade depressive symptom på äldreboende associerades med depression.	<p>Depression och erhållen empati var negativt relaterad. Inget samband mellan självskattad depression med uttalade empatiska poäng. Inga samband mellan depression och ålder, kön, ras, materiellt status, antal personer som de kände förstod dem eller i vilken grad de i allmänhet kände sig förstådda.</p> <p>Hög grad av varierande fynd som kan bero på olika syn på empati. Personalen visar ofta sympati istället för empati. En del anställda ansåg inte att empati var det primära de var anställda för.</p>	Medelhög
Koheler et al.	Att undersöka MDS-	Både MDS och GDS visade adekvat	Hög

	Minimum Data Set och GDS- Geriatric Depression Scale som mätinstrument på depression bland äldre.	reliabilitet som mätmetoder på depression bland äldre. MDS visade i större omfattning depression bland dem med kognitiva svagheter. GDS visade i större omfattning depression bland dem med bättre kognitiv förmåga.	
Lilja, Hellze'n och Hellze'n.	Att undersöka ssk syn på inlagda patienter med depression	Ssk såg på den deprimerade patienten som en individ med känslor av tillintetgörande, främlingskap, utmattning, tomhet och bedrövelse.	Hög
Lyne, Moxon, Sinclair, Young, Kirk och Ellison.	Att undersöka om tidigare resultat från en pilotstudie kan appliceras på en större grupp, gällande implantering av utbildning av ett vårdplanerande förhållningssätt för att minska depression.	Kliniskt signifikanta förbättringar i depressionspoäng associerades med implantationen av utbildningen med det vårdplanerade förhållningssättet.	Medelhög
Mellor, Russo, McCabe, Davison och George.	Att undersöka hur depressionsprogrammet ökade kunskapen om depression hos äldre	Kunskapen om depression hos äldre förbättrades med träningsprogrammet. Personalen kunde lättare skilja mellan depression, ångest och demens. Medvetenheten om depression ökade. De fick ökade kunskaper att identifiera depression och kunde kommunicera bättre med de deprimerade. De blev bättre på att ta upp deprimerade patienter med läkare.	Medelhög
Mc Cabe, Russo, Mellor, Davison och George.	Att undersöka hur effekten av ovanstående depressionsträningsprogram visade sig Vid sexmånadersuppföljningen.	Den ökade kunskapen om depression hos äldre kvarstod vid sexmånadersuppföljningen. De kunde på ett mer effektivt sätt hantera depression hos äldre. Ssk var mer säkra på att ta med det psykiska perspektivet i sitt arbete med patienterna.	Medelhög
Murray, Tylee, Bhugra och McDonald.	Att öka förståelsen för attityderna som ligger bakom interaktionen mellan	Presenteras i teman. * Framförande av klagomål. Äldre använde sig mer av fysiska klagomål och använde somatiska beskrivningar	Medelhög.

<p>vårdpersonalen och patienterna. Detta för att kunna formulera strategier för förbättring av identifiering och behandling av depression hos äldre.</p>	<p>hellre än psykologiska. Söker ofta vård. Säger t. ex att det är konstant trötta och har ingen energi. Vaga symtom vanligt; muskelvärk, trötthet, yrsel och huvudvärk.</p> <p>* Urskiljning depression-fysisk sjukdom. Hög förekomst av fysiska sjukdomar gör att de psykologiska symtomen förbises, speciellt då patienten beskriver dem som fysiska symtom.</p> <p>Identifieringen av depression försenas pga det är svårt att reda ut oklara symtom, speciellt då patienten är motvillig att ta upp psykosociala problem. Behövs ett försiktigt förhållningssätt.</p> <p>* Depression normalt vid hög ålder. Förväntningar att det ska vara så. Äldre accepterar oftare att känna sig deprimerade, ser det som ett problem som inte kan behandlas, att personalen inte ska förstå.</p> <p>Ingen ansåg att depression var normalt.</p> <p>* Undvikande av psykosociala problem. Motvillighet bland äldre att tala om psykosociala svårigheter. Försöker dölja problemen.</p> <p>* Mindre benägna uttala smärta. Generationsfråga. Uttrycker inte känslor.</p> <p>* Rädsla för skambefläckelse. Genans och/eller skamkänslor avslöja känslor av depression. Rädsla att depressionsdiagnosen betydde att de var obenägna. Traditionella tabun. Andras kännedom var ett hinder för behandling. Mindre negativa reaktioner när frågade dem om humör och energi.</p> <p>* Könsskillnader. Vanligare hos kvinnor. Äldre män särskilt känsliga för effekterna av förluster och social isolering. Hade färre att anförtro sig till, håller det inom sig,</p>	
--	--	--

		<p>håller sig undan. Pratar inte om psykosociala problem. Ovilja att visa lidande, klistrar på ett leende och förenklar sina problem. Ta äldre män på stort allvar, är mer drastiska, gör mer impulsiva handlingar. Hög självmordsrisk.</p> <p>* Familjen som hjälp eller hinder. Familjeproblem påverkar. Familjemedlemmar nyckelroll i initierade behandlingen. Rutin att involvera familjen. Hinder, kan prata för dem. Avvisar depressionsdiagnos.</p>	
Nyström och Nyström.	Att besvara frågan hur upplever individer lidandet av depression.	<p>Patienterna kände sig främmande inför sig själva och andra. De hade svårigheter att förstå och göra sig förstådda. De hade en känsla av att vara bakom en osynlig skärm, som paralyserad</p> <p>Kände en oförmåga att vara själv och att vara tillsammans med andra.</p> <p>Känsla av ovärdighet.</p> <p>Där självmordstankar fanns med i bilden fanns behovet av att försvinna med värdighet, att inte vara en belastning för andra.</p>	Hög
Rabins et al.	Att undersöka om ett sjuksköterskebaserat träningsprogram för svårt psykiskt sjuka är mer effektivt än vanlig vård.	Lägre depressionsnivå och lägre nivå av psykiska symtom hos de äldreboenden som erhållit träningsprogrammet.	Hög
Ruset.	Att få aktuellt status rörande depressionsdiagnostik och behandling i sjukhemmen.	<p>Depression ökar med åldern i allmänhet och bland sjukhemspatienter i synnerhet. Samband mellan institutionaliseringsprocessen och åldrandeprocessen. Bristande rutiner eller diagnostiska instrument, otillräcklig tid hos patienten eller bristande yrkeskunskaper. Uppmärksamma atypisk depression. Utforma diagnostiska rutiner. Stärka den allmänna medvetenheten och kunskapen</p>	Låg

		<p>om depression. Icke farmakologiska behandlingsalternativ bör alltid finnas tillgängligt. Antidepressiva kan ge goda resultat under förutsättning att rätt diagnos ställts och att dosen justeras beroende på ålder. Behandlingen bör utvärderas kontinuerligt.</p> <p>ECT behandling är effektivt för många äldre.</p>	
Siedliecki och Good.	Att testa effekten av musik på nivåer av styrka, smärta, depression och oförmåga. Att jämföra effekterna mellan standardmusik med effekterna av speciellt framtagen musik.	<p>Musikgrupperna hade mer styrka, mindre värk, lägre depressionsnivå och oförmåga än kontrollgruppen. Ingen markant skillnad mellan musikgrupperna emellan.</p> <p>Modellen förespråkar både ett direkt och indirekt effekt av musik.</p>	Hög
Smalbrugge, Pot, Jongenelis, Gundy, Beekman och Eefsting.	Att undersöka depression och ångest påverkan på välbefinnandet, oförmåga och behov av omvårdnad hos patienter på äldreboende.	Närvaro av depression och/eller ångest var associerad med markant lägre nivå av välbefinnande, men inte med oförmåga. Mindre assistans med ADL, Mer konsultation av medicinska specialister, högre antal olika mediciner och mer brukande av antidepressiva.	Hög
Steinman et al.	Att identifiera effektiva åtgärder och utveckla rekommendationer för depressionsbehandling hos äldre.	<p>Expertpanelen rekommenderade KBT pga det finns otillräckliga evidensbaserade studier på andra terapier. Denna metod rekommenderades som förstahandsval vid depressionsbehandling hos äldre.</p> <p>DCM- Depression Care Management. Systematiskt gruppnärande inkl. aktiv identifiering med validerat screeningsinstrument, mätbaserad vård, psykoterapi och/eller antidepressiva läkemedel enligt evidensbaserade riktlinjer, samt tränad personal som möjliggör patientutbildning, dokumentation och kontakt med läkare.</p>	Medelhög

DISKUSSION

Huvudresultat

Depression ökar med åldern i allmänhet och bland sjukhemspatienter i synnerhet, vilket beror på sambandet mellan institutionaliserings- och åldrandeprocessen. Sjuksköterskor har svårt att korrekt identifiera depression hos äldre, vilket utgör ett betydande hinder för behandling.

Depressionsträningsprogram kan öka kunskapen om depression hos äldre, och därmed få en mer gynnsam utgång på depression.

Sjuksköterskan bör se depression som ett diagnostiskt alternativ och använda standardiserade instrument. MDS och GDS visade adekvat reliabilitet som mätmetoder bland äldre.

Det är vidare viktigt att prioritera tillräckligt med tid i mötet med patienten, eventuella anhöriga och behandlande läkare. Noggrann dokumentation ska utföras regelmässigt och systematiskt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskan identifierar och förhåller sig till äldre över 65 år med depression, samt att beskriva vad som finns skrivet i litteraturen. Resultatet visar att depression är vanligt hos äldre i allmänhet och bland patienter boende på sjukhem och liknande i synnerhet (Ruset, 2005). Det kom också Kurlowicz (1997) fram till. Den har flera gemensamma nämnare med resultatet i denna studie. Många äldre söker inte hjälp pga. stigma inför psykiska problem. De äldre accepterar känslor av ledsamhet, utan att förstå att de kliniskt sett är deprimerade. De tror att det är en naturlig del i åldrandet eller en förståelig och logisk reaktion på medicinsk sjukdom, hospitalisering, flytt till annat boende eller andra stressande händelser. Självordsrisken är hög, speciellt hos äldre män. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i hanteringen av depression hos äldre. Sjuksköterskan kan minska de negativa effekterna på depression genom identifiering, åtgärder och hänvisning av deprimerade patienter till läkare. GDS utgör ett bra mätinstrument. Kurlowicz (1997) tillägger att GDS ska kompletteras med direkta frågor om självmordstankar.

Resultatet visar att sjuksköterskor har svårt att tillfredsställande korrekt identifiera depression hos äldre, vilket utgör ett betydande hinder för diagnostisering och behandling av depression (Brown et al, 2003). Shah, Herbert, Lewis, Mahaendran, Platt och Bhattacharyya (1997) kom fram till att depression hos äldre är mycket vanligt och att depression varken identifieras eller behandlas tillfredsställande. Enligt dem missar personalen att identifiera upp till 90 % av

depressionsfallen bland äldre patienter över 65 år. Det var en betydligt högre siffra än i Brown et al studie (2003), där personalen identifierade 45 % .

Redan i Shah et al studie (1997) poängterades att det behövdes en förbättring i identifiering av depression hos äldre, pga. strategier för förbättrad behandling kan bara implanteras efter identifiering av depression. Vidare tar även de upp GDS som ett viktigt depressionsscreeningsinstrument för sjuksköterskan.

Det som verkar ha förändrats är tillkomsten av depressionsträningsprogram, som enligt Mellor et al (2008), Bruce et al (2007), Eisses et al (2005) och Rabins et al (2008) visat sig förbättra identifieringen, och därmed ökning av diagnostisering och behandling.

Av de arton vetenskapliga artiklarna var elva stycken av hög kvalitet, sex stycken var av medelhög kvalitet och en artikel av låg kvalitet. Artikeln med låg kvalitet var dock granskad och publicerad i PubMed. Den inkluderades pga. den bidrog med flera betydande och trovärdiga faktorer som svarade till syfte och frågeställningar.

Metoddiskussion

Artiklarna som ingår i studien valdes ut i databaserna CINAHL respektive PubMed. Tanken med att söka i dessa databaser var att de är omfattande och av hög kvalitet vad gäller vårdvetenskap. Det var ett medvetet val att göra breda litteratursökningar, för att få ett så stort urval som möjligt. Det var många artiklar som föll bort då de behandlade depressionstillstånd i samband med andra, svårare patologiska tillstånd. Avsikten var att främst fokusera på depression i sig. Litteratursökningen anser författaren vara en svaghet. Den skulle ha kunnat utvecklas. Tyvärr var detta inte möjligt inom tidsramen för detta arbete. Utfallet var dock gott trots att många artiklar föll bort. Styrkan med studien är att det fanns tillräckligt med material som svarade mot inklusionskriterierna. Materialet som består av arton vetenskapliga artiklar av hög kvalitet, med ett enligt författaren acceptabelt undantag. Utvalda artiklarna svarar mot syfte och frågeställningar.

Artiklarna sammanställdes, analyserades och granskades med Röda Korsets Högskolas *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Den var en bra granskningsmall genom att den var omfattande och lättbegriplig. Den kunde tillämpas både på kvalitativa och kvantitativa artiklar. Kvalitetsbedömningen av artiklarna gjordes efter Polit och Hungler's (2001) beskrivning av kriterier för bedömning av kvaliteten av vetenskapliga artiklar. Detta tillägg gjordes för att författaren ville styrka granskningen då Röda Korsets granskningsmall endast tog upp studentens egen uppfattning om kvaliteten.

Förutom sjuksköterskornas kunskaper om äldre patienter över 65 år med depression valde författaren att beskriva vilka generella kunskaper som finns rörande depression hos äldre över 65 år. Introduktionen inkluderar artiklar för att styrka författarens uppfattning och påvisa att depression är vanligt och varför studien är viktig. Introduktionen inkluderar även facklitteratur som beskriver depression hos äldre. Då facklitteratur speglar författarens syn, samt baseras på flera referenser granskade av författaren till respektive bok, kändes det av stor vikt att beskriva de generella kunskaperna utifrån aktuella primärkällor av hög vetenskaplig kvalitet. Det kändes även viktigt att ha en vetenskaplig bredd på depression hos äldre personer över 65 år. Avsikten var att beskriva fler aspekter än enbart utifrån sjuksköterskornas perspektiv. Depression hos äldre berör fler yrkesroller; som vårdbiträden, undersköterskor och läkare. Dessa är inte frånskilda från sjuksköterskorna, utan vården ges i samverkan med dessa yrkesroller och utifrån ett helhetsperspektiv.

Allmän diskussion

Författaren tror att depression är mer vanligt i hemsjukvården än i primärvården. Primärvården har hanteringsmodeller för depression. I hemsjukvården träffar sjuksköterskan i regel inte patienten dagligen. Läkaren kommer på rond en gång i veckan, och gör då endast hembesök hos patienten efter hänvisning av sjuksköterskan. Detta gör att vårdbiträden och undersköterskor som är närmare patienterna känner dem bättre. Sjuksköterskan skulle kunna handleda/utbilda vårdbiträden och undersköterskor, vilket skulle kunna resultera i en förbättrad vård.

Det behöver inte bli så komplicerat eller kostsamt att förbättra hanteringen av depression hos äldre. Det skulle vara möjligt att göra ett tillägg i det vanliga tillvägagångssättet. Att fråga patienten specifikt om psykologiska och somatiska symtom som kan vara depressiva. Detta kan göras fortlöpande, vid inskrivningen eller vid medicinsk vårdplanering.

Screeningsinstrumentet GDS skulle kunna vara till hjälp i identifieringen av depression hos äldre, då den tar upp patientens ickesomatiska perspektiv. Vid behov hänvisa till läkare för vidare diagnostisering och behandling.

I studiens resultat samt i facklitteratur och i Socialstyrelsens rekommendationer presenteras att KBT som ett förstahandsval i behandlingen av depression hos äldre. Författarens uppfattning är att behandling främst ges i form av antidepressiva läkemedel. Orsaken skulle kunna vara otillräckliga resurser.

Det är viktigt att prioritera tillräckligt med tid till kommunikation med patienten, eventuellt anhöriga, personalen och läkaren. Noggrann dokumentation är en självklarhet.

REFERENSER

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Al-Windi, A. (2005). Depression in general practise. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (4), 272-7.

Bergdahl, E. et al. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, 17 (4), 557-575.

Brown, E.L., Mc Avay, G., Raue, P.J., Moses, S. & Bruce, M.L. (2003). Recognition of Depression among elderly recipients of home care services. *Psychiatric Services*, 54 (2), 208-13.

Bruce, M.L. et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed Older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291 (9), 1081-91.

Bruce, M.L. et al. (2007). A randomized trial of depression assessment intervention in home

health care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1793-800.

Eisses, A.M., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T. & Ormel J. (2005). Care Staff training in detection of depression in residential homes for the elderly: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, 404-9.

Friberg, F. (2006) . *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Narayana Press, Danmark: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) . *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur

Gulmann, N. C. (2003) . *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Hassall, S. & Gill, T. (2008). Providing care to the elderly with depression: the views of aged care staff.. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 15 (1), 17-23.

Hollinger-Samson, N. & Pearson, J. L. (2000). The relationship between staff empathy and depressive symptoms in nursing home residents. *Aging & Mental Health*. 4 (1), 56-65.

Koehler, M. et al. (2005). Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study. *BMC Geriatrics*, 51 (1).

Kurlowicz, L. H. et al. (1997). Nursing Standard of Practice Protocol: Depression in Elderly Patients. *Geriatric Nursing*, 18, 192-200.

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar. Hämtad 091011 från http://www.biblioteket.rhk.se/docs/mall_granskning.pdf.

Lilja, L., Hellze'n, M. & Hellze'n, O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 13 (3), 269-78.

- Lyne, K. J., Moxon, S., Sinclair, I., Young, P., Kirk, C. & Ellison, S. (2006). Analysis of a care planning intervention for reducing depression in older people in residential care. *Aging and Mental Health*, 10 (4), 394-403.
- McCabe, M.P., Russo, S., Mellor, D., Davison, T.E. & George, K. (2008). Effectiveness of a Training program for carers to recognize depression among older people. *International of Geriatric Psychiatry*, 23 (12), 1290-6.
- Mellor, D., Russo, S., McCabe, M.P., Davison, T.E. & George, K. (2008). Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (9), 8-15.
- Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D. & McDonald, A. (2006). Primary Care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science & Medicine*, 63 (5), 1363-73.
- Nyström, M.E.S. & Nyström, M. (2007). Patients' experiences of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (7), 673-90.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2001) . *Nursing research, principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Rabins, P.V. et al. (2000). Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *JAMA*, 283 (21), 2802-9.
- Ruset, A. (2005). Depression among nursing home residents - diagnosis and treatment. *Nor. Laegeforen*, 125 (13), 1841-3.
- Shah, A., Herbert, R., Lewis, S., Mahendran, R., Platt, J. & Bhattachryya, B. (1997). *Age and Ageing*, 26, 217-221.
- Siedliecki, S.L. & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advance Nursing*, 54 (5), 553-62.

Smalbrugge, M., Pot, A.M., Jongenelis, L., Gundy, C.M., Beekman, A.T. & Eefsting, J.A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health Care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (4), 325-32.

Socialstyrelsen. (2008). *Äldres psykiska ohälsa- en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Hämtad 090918 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-20>.

Socialstyrelsen. (2009). *Rekommendationer vid första behandling av måttlig egentlig depression hos vuxna och äldre*. Hämtad 091014 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8509/2009-126-8>.

Socialstyrelsen. (2009). *GDS 20 – Geriatric Depression Scale*. Hämtad 091014 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsmetoder/aldre/gds20>.

Socialstyrelsen. (2009). *Äldre*. Hämtad 091014 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsmetoder/aldre>.

Steinman, L.E. et al. (2007). Recommendations for treating depression in community-based older adults. *American journal of Preventive Medicine*, 33 (3), 175-81.

Stålenheim, G. et al. (2003). Undiagnosed depressions everywhere in the world. Somatic outpatient and inpatient care and primary health care in Uppland screened. *Läkartidningen*, 100 (36), 2760-2763.

Wasserman, D. (2003). *Depression en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur.

WHO. (2009). *Depression*. Hämtad 090915 från http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.

