



Augustsson Linnea & Chamoun Carolina

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

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

Kandidatexamen

Handledare: Birgitta Fläckman

Examinator: Henrik Lerner

Risikfaktorer för depression och sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression hos äldre

En litteraturöversikt

Risikfactors for depression and nurses' ability to identify depression among elderly

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Depression blir allt vanligare men ändå diagnostiseras endast cirka hälften av dem som drabbas. Svårigheterna med att bli diagnostiserad ökar med åldern då äldre ofta upplever mer somatiska symtom vid depression och sjukvården har en stor kunskapslucka kring identifieringen och vilka riskfaktorer som inverkar.
- Syfte:** Syftet var att belysa riskfaktorer som kan inverka på utvecklingen av en depression hos äldre och de möjligheter sjuksköterskor har att identifiera depression hos äldre personer.
- Metod:** En litteraturöversikt gjordes på valt ämne. Studier söktes genom databaserna: *MEDLINE, CINAHL Complete, ASSIA* och *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. De sökord som användes var: *depression, older adults, older, nurse/nurses, identify, recognize, risk factors* och *elderly*. Fribergs analysmetod användes vid analys av artiklarna.
- Resultat:** Resultatet i litteraturöversikten redovisas utifrån de två kategorier som framkom genom analysen av artiklarna. Första kategorin beskriver de riskfaktorer som kan inverka på depression hos äldre och den andra beskriver sjuksköterskans möjligheter till att identifiera depression. De riskfaktorer som kan inverka på en depression är livskvalitetens inverkan och somatisk inverkan. Sjuksköterskans möjligheter till att identifiera depression sammanställdes till kunskap och utbildning samt tid för samtal.
- Diskussion:** Styrkor och svagheter diskuteras i metoddiskussionen och resultatet diskuteras i relation till syfte, bakgrund och Barkers tidsvattenmodell i resultatdiskussionen.
- Nyckelord:** Depression, riskfaktorer, möjligheter och identifiering

Abstract

Background: Depression is becoming more common but only half of the cases are getting diagnosed. The difficulties of getting a diagnose increases with age and the elderly have more somatic symptoms of depression. There is a huge knowledge gap within healthcare sector relating to the identification of depression and the risk factors that influence it.

Aim: The aim is to highlight the risk factors that may influence the development of depression among the elderly and the opportunities nurses have to identify depression among the older people.

Method: A litterature review was made on the chosen topic. Studies were searched through the databases: *MEDLINE*, *CINAHL Complete*, *ASSIA* and *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. The keywords that were used was: *depression*, *older adults*, *older*, *nurse/nurses*, *identify*, *recognize*, *risk factors* and *elderly*. Friberg's analytical method was used to analys the articles.

Results: Two categories were presented in the result. The first category describes the risk factors that may effect depression among the elderly and the second category describes the nurses possibilities to identify depression. The risk factors that may effect a depression are: quality of life and somatic impact. The nurses ability to identify depression among elderly were compiled into knowledge, education and time for dialog.

Discussion: Strength and weaknesses are discussed in the method discussion while the results are discussed in relation to the purpose, background and Barkers tidalmodel in the result discussion.

Keywords: Depression, risk factors, possibilities, identify

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1. INLEDNING | 1 |
| 2. BAKGRUND | 1 |
| 2:1 DEPRESSION | 1 |
| 2:1:1 Olika grupper av depression..... | 1 |
| 2:2 DEPRESSION HOS ÄLDRE..... | 2 |
| 2:3 NÄRSTÄENDE SOM STÖD VID DEPRESSION..... | 3 |
| 2:4 DIAGNOSTISERING AV DEPRESSION..... | 3 |
| 2:4:1 Screeningverktyg | 3 |
| 2:5 BEHANDLING VID DEPRESSION..... | 4 |
| 2:6 SJKSKÖTERSORS ROLL OCH KUNSKAP | 4 |
| 2:8 PROBLEMFÖRMULERING..... | 5 |
| 3. SYFTE | 5 |
| 4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER | 5 |
| 5. METOD | 6 |
| 5:1 DATAINSAMLING | 7 |
| 5:2 URVAL | 7 |
| 5:3 ANALYS..... | 7 |
| 6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN | 8 |
| 7. RESULTAT | 8 |
| 7:1 RISKFAKTORER SOM KAN INVERKA PÅ UTVECKLINGEN AV EN DEPRESSION..... | 8 |
| 7:1:1 Livskvalitetens inverkan..... | 9 |
| 7:1:2 Somatisk inverkan | 9 |
| 7:2 SJKSKÖTERSORS MÖJLIGHETER ATT IDENTIFIERA DEPRESSION | 10 |
| 7:2:1 Kunskap och utbildning..... | 10 |
| 7:2:2 Tid för samtal | 11 |
| 8. DISKUSSION | 11 |
| 8:1 METODDISKUSSION..... | 12 |
| 8:2 RESULTATDISKUSSION | 13 |
| 8:2:1 Riskfaktorer..... | 13 |
| 8:2:2 Sjuksköterskors möjligheter..... | 17 |
| 8:4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING..... | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 9. SLUTSATS | 20 |
| REFERENSFÖRTECKNING | 22 |
| BILAGA 1. SÖKMATRIS | 26 |
| BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT | 27 |

1. Inledning

Vi valde att skriva om sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression hos äldre personer. Valet av depression som ämne kändes naturligt då vi sett många nedstämda äldre både ute i den verksamhetsförlagda utbildningen men också i vårt tidigare yrkesliv. Psykisk ohälsa är något som blir allt vanligare och mer uppmärksammat. Den allvarligaste konsekvensen av depression är suicid och med ökat antal äldre med depression ökar suicidfrekvensen (Larsson & Rundgren, 2010). Trots dessa siffror upplever vi att det pratas mer om den psykiska ohälsan hos yngre än hos de äldre vilket detta arbete vill belysa. Sjuksköterskeperspektivet valdes genom att vi såg vår möjlighet att identifiera depression i vår framtida profession. Vi hoppas att vår litteraturoversikt kommer att bidra med en sammanfattad kunskapsbild över vilka riskfaktorer som kan utveckla depression och vilka möjligheter sjuksköterskor har till identifieringen av depression hos äldre.

2. Bakgrund

2:1 Depression

Förstämningssyndrom eller depression är något som blir allt vanligare (Skärsäter, 2014). Alla människor kan känna sig nedstämda till och från under livets gång och när nedstämdheten tagit för stor plats i livet blir vård nödvändigt. Många med nedstämdhet söker sig till vården för somatiska symtom och enligt beräkningar blir hälften av dem som har en depression diagnostiserade. Kriterierna för depression enligt DSM-5 är att upplevelsen av nedstämdhet och minskad glädje/intresse måste vara uppfyllda i minst ett par veckor samt ytterligare minst tre symtom som viktupp- eller nedgång, sömnstörningar, svaghetskänsla, känsla av värdelöshet, tankar på döden, minskad koncentrationsförmåga och agitation eller känna sig tillbakadragen (Allgulander, 2014). Symtomen ska vara av så besvärande karaktär att det medför nedsatt funktion hos den drabbade. Depression drabbar cirka varannan kvinna och var femte man någon gång i livet och återinsjuknandet är sedan hög (Skärsäter, 2014). Både fysiologiska och sociala komponenter påverkar depressionens utveckling.

2:1:1 Olika grupper av depression

Det finns olika grupper av depression och en del är svårare än andra (Skärsäter, 2014). Depression delas in utefter svårighetsgrad och hur den yttrar sig. Egentlig depression, dystymi och melankoli rankas som de mest förekommande depressionstillstånden i samhället. Dessa tillstånd kan variera hos olika personer beroende på upplevelser, svårigheter och symtom.

Egentlig depression är den vanligaste formen av depression och kännetecknas av ständig nedstämdhet, ångestfylld, hopplös, nedsatt självkänsla, trötthet, aggressivitet, minskat intresse eller glädje i livet (Skärsäter, 2014). Vidare kan även sömnlöshet, aptitlöshet, känsla av värdelöshet och skuld känslor förekomma. Egentlig depression delas in i tre nivåer: lätt, måttlig och svår. Vid lätt depression fungerar både det praktiska och sociala i det vardagliga livet trots de jobbiga känslorna inombords. Måttlig depression ses som svårigheter med det vardagliga livet så som sömn, arbete och relationer. Vid svår depression kan känslorna och tankarna ta över så mycket att suicid blir tänkbart. Den drabbade orkar heller inte bry sig om de grundläggande behoven som äta, dricka eller sova. Dygnsrytmen förändras med ständiga sömnbesvär, mimiken som blir livlös och kroppsliga rörelser som blir långsamma. Den drabbade har risk för att utveckla psykotiska tillstånd och vanföreställningar.

Dystymi, sjukligt svärmod, beskrivs som ett tillstånd där personen ständigt har känt sig nedstämd under minst två års tid (Skärsäter, 2014). Sjukdomen beskrivs som en kronisk sjukdom och personlighetsstörning. Det är vanligt att den drabbade ofta söker sig till vården för sina kroppsliga symtom så som ångest och somatiska krämpor.

I litteraturöversikten har författarna inte gjort någon avgränsning av de olika grupperna av depression utan valt att benämna samtliga som begreppet depression.

2:2 Depression hos äldre

Enligt Nygren och Lundman (2014) räknas människan per svensk definition som äldre efter 65 år medan World Health Organisation, WHO, definierar äldre efter 60 års ålder (WHO, 2017). I föreliggande litteraturöversikt kommer WHO:s definition användas då litteraturen är av internationell karaktär.

Depression är den vanligaste psykiska ohälsan hos äldre (Guerro-Berroa & Phillips, 2001). Hos äldre personer sker en tillbakadragning av viktiga signalsubstanser i hjärnan vilket kan vara en bidragande faktor till depression men även stress hos äldre är en vanlig faktor (Skärsäter, 2014). Det kan vara svårare att ställa diagnos hos äldre personer än yngre då äldre ofta uppger symtom som trötthet, yrsel och huvudvärk. Dessa symtom är inte helt olik biverkningar av läkemedel eller symtom relaterat till det normala åldrandet.

Enligt Skärsäter (2014) och Guerrero-Berroa och Phillips (2001) finns en stor kunskapslucka kring depression trots sin vanliga förekomst. Genom att depression är så utbredd möter sjuksköterskor äldre personer med depression oavsett i vilken vårdande kontext hon arbetar i.

Den allvarligaste konsekvensen av depression hos äldre är suicid (Larsson & Rundgren, 2010). Hos yngre är suicid kopplat till depression, psykos, drogmissbruk och personlighetsstörning medan hos äldre är suicid direkt kopplat till depression.

2:3 Närstående som stöd vid depression

Närstående är ofta ett viktigt stöd för den som drabbats av depression (Skärsäter, 2014). De hamnar i en komplex situation där någon de älskar mår dåligt och deras egna behov åsidosätts. Information och utbildning kan vara till stöd för den närstående men också för patienten då forskning visar på minskat återinsjuknande och längre tid mellan återinsjuknande om närstående vet hur och när de skall agera.

2:4 Diagnostisering av depression

Diagnosen utgörs av patientens sjukdomshistoria men det är dock viktigt att beakta att patientens historia påverkas av depressionens symtom (Larsson & Rundgren, 2010). Att ta in närstående för att få en mer tillförlitlig bild är därför viktigt. Det finns olika sätt att sätta diagnos på en depression. Inga prover eller objektiva undersökningar finns men olika hjälpmedel används av sjuksköterskor och läkare. De hjälpmedel som presenteras nedan är diagnosmanualerna ICD-10 och DSM-5 samt screeningverktyget GDS.

2:4:1 Diagnossättning och screeningverktyg

International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) är en diagnosmanual med diagnoskoder för att kunna gruppera olika sjukdomar och dödsorsaker (www.socialstyrelsen.se). Manualen är Världshälsoorganisationens (WHO) internationella sjukdomsklassifikation och har i syfte att göra statistisk sammanställning, klassificering och analys av sjukdomar och hälsoproblem. ICD-10 placerar depression under bipolärsyndrom men om patienten inte uppvisat maniska perioder blir diagnosen lindrig, måttligt eller svår depression.

En annan diagnosmanual är *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5) (www.socialstyrelsen.se). Det används även det för att kunna identifiera och diagnostisera psykiatriska sjukdomstillstånd. DSM-5 fungerar som komplement för ICD-10 och används främst inom psykiatrin. Verktyget är uppdelat i fem axlar med olika kategorier som psykosociala hinder, kliniska störningar, personlighetsstörningar och somatiska sjukdomar som påverkar en eventuell diagnos. Bedömningen sker genom att betrakta patientens liv

utefter de fem kategorierna. Detta verktyg används världen över.

Geriatric Depression Scale (GDS) är ett screeningverktyg som fokuserar på identifieringen av depression hos äldre (www.socialstyrelsen.se). Verktyget består av 20 ja/nej-frågor, varje svar ger noll eller ett poäng. Vid ett poängtal över sex skall depression misstänkas. *GDS*, är ett rekommenderat verktyg för att utreda depression hos äldre.

2:5 Behandling vid depression

Vid behandling av depression finns det evidensbaserade behandlingsriktlinjer av socialstyrelsen för lätt, måttlig och svår depression (Skärsäter, 2014). De behandlingsformer som rekommenderas är psykologisk behandling som intrapersonell terapi eller kognitiv beteende terapi och läkemedelsbehandling med antidepressivmedicin. Hos personer med svår depression kan elektrokonvulsiv behandling, ECT, användas om depressionen inte har förbättrats utav läkemedelsbehandling. Den visar sig ha god effekt på funktionsförmåga och symtomlindring men risk för kognitiva störningar som minnessvårigheter föreligger. Omvårdnadsåtgärder hos personer med depression kan vara att ha problemlösande samtal, personcentrerat stödjande samtal, träning för att stärka funktionsförmågan, strukturstödjande aktiviteter för att få en balanserad dygnsrytm och olika avspänningsmetoder.

2:6 Sjuksköterskors roll och kunskap

International Council of Nursing (2012) skriver att sjuksköterskors fyra viktigaste ansvarsområden i arbetet är att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa. Arbetet skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, utföras enligt författningar och riktlinjer samt präglas av ett etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskor har en viktig roll att se helheten hos patienten genom att utgå från en humanistisk människosyn och tillvarata det friska hos patienten. Det finns även ett ansvar hos sjuksköterskor att tillgodose patientens omvårdnadsbehov och resurser så som det psykiska, fysiska, sociala, kulturella och det andliga.

Sjuksköterskors fokus vid omvårdnad av äldre personer med depression är att visa stöd, vara med och förbättra patientens livskvalitet samt minska risken för återinsjuknande (Skärsäter, 2014). Psykisk ohälsa anses vara ett svårt problem för äldre personer och med det krävs det att sjuksköterskor tidigt uppmärksammar och identifierar depression hos dessa personer, det minskar risken för sänkt allmäntillstånd och lidande. I detta arbete avses med att identifiera, att sjuksköterskan känner igen och kan påvisa tecken på depression.

Fler studier i hur identifiering kan gå till behövs enligt Brown, Raue, Roos, Sheeran och Bruce (2010). Utbildning av depression har enligt deras resultat visat stor betydelse för identifieringen men hur utbildningen påverkar longitudinellt behöver studeras ytterligare. Vidare framkom det i Bagley et al. (2000) studie att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal hade lika svårt att identifiera depression. Sjuksköterskeutbildning hade därmed ingen klinisk relevans för identifiering av depression. Inom vården har det länge varit svårt att identifiera depression hos äldre (Guerrero-Berroa & Phillips, 2001). Okunskap hos vårdpersonalen gällande symtom, förekomst och riskfaktorer kan leda till oidentifierad och icke diagnostiserad depression hos äldre vilket mynnar ut i långt lidande. Bagley et al. (2000) vill att utbildning skall ges till alla inom vården.

2:8 Problemformulering

Inom många kliniska verksamheter utgör de äldre den största patientgruppen och deras symtom på depression är svårare att tyda än symtomen hos den yngre befolkningen. Symtomen på depression hos äldre kan uttryckas som huvudvärk eller trötthet, vilket liknar biverkningar av läkemedel eller det naturliga åldrandet. För att kunna se de möjligheter som finns att identifiera depression hos äldre kan kunskap om depression behövas.

I föreliggande arbete kommer författarna att belysa vilka riskfaktorer som kan påverka depressionens utveckling hos äldre och de möjligheter sjuksköterskor har i sitt dagliga arbete att identifiera depression. Litteraturoversikten kan bidra med en sammanfattad bild av depression hos äldre som kan vara till stöd för alla som vårdar äldre personer.

3. Syfte

Syftet var att belysa riskfaktorer som kan inverka på utvecklingen av en depression hos äldre och de möjligheter sjuksköterskor har att identifiera depression hos äldre personer.

4. Teoretiska utgångspunkter

Phil Barker föddes 1936 och växte upp i Skottland men var under sitt arbetsliv verksam i Storbritannien (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Han var bland de första som förenade sjuksköterskans vanliga kliniska roll med en psykoterapeutisk grund. Barkers *tidvattenmodell* utgår ifrån att livet är som en resa över ett hav. Människan kan på sin färd möta hinder som storm eller skeppsbrott och då krävs en lots eller trygg hamn som hjälper skeppet tillbaka. Ohälsa menar han skall ses som kris och process snarare än sjukdom och tillstånd (Barker &

Buchanan-Barker, 2005). Sjuksköterskors fokus menar han skall vara att hjälpa patienten att förstå sina uttryck och omvårdnaden skall grundas på hur patienten själv upplever sin situation. Barkers tidvattenmodell anser att sjuksköterskan skall fungera som lots och trygghamn för patienten som är i kris. Sjuksköterskan skall inte styra vården men genom kunskap och ansvar lyfta patienten framåt och vidare och på så sätt vara en positiv inverkan på den psykiska ohälsan.

Konsensusbegreppet som används i föreliggande litteraturöversikt är hälsa. Enligt Barker är hälsa en subjektiv upplevelse som påverkas av människans livssituation genom kulturella, sociala och andliga sammanhang (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Vårdandet handlar i första hand om att hjälpa patienter till god hälsa och i och med det lindra effekterna av befintlig sjukdom och lidande (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa är därför vårdandets och vårdvetenskapens kärna, som begrepp, fenomen och fokus. Barker menar att hälsa inte endast är frånvaro av sjukdom utan ser hälsa som helhet genom livet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Hälsa rör hela människan och dess upplevelse av att vara i balans. Genom att människan hittar en inre balans och känsla av jämvikt i förhållande till medmänniskor och livet kan hälsa upplevas. Hälsan speglar en persons totala och aktuella livssituation som innebär att den är en del av människans liv (Dahlberg & Segesten, 2010).

Med den ökade psykiska ohälsan som råder i vårt samhälle blir det därmed allt vanligare att allmänsjuksköterskor möter psykisk ohälsa ute i vården (Skärsäter, 2014). Vid psykisk ohälsa hos patienter kan Barkers teori vara till stöd för sjuksköterskor genom att ge riktlinjer för vad sjuksköterskans roll är. Sjuksköterskan menar han skall fungera som lots och trygghamn för patienten som ses som ett fartyg. Valet av Barkers tidvattensmodell i föreliggande arbete ansåg författarna lämplig, då Barkers teori utgår från att sjuksköterskan skall stötta patienten framåt i sjukdomsprocessen genom sin kunskap och hjälpa patienten förstå sina uttryck. För att kunna tillämpa Barkers teori till valt syfte i föreliggande litteraturöversikt krävs kunskap om depression och vilka riskfaktorer som kan inverka.

5. Metod

Med en litteraturöversikt ges en översikt av kunskapsläget som råder av valt ämnesområde (Friberg, 2012). Genom att söka befintlig forskning har författarna till föreliggande arbete fått insikt av vad och hur det har studerats, vad resultatet visat på men även vilken forskning som saknas inom valt ämnesområde.

5:1 Datainsamling

I litteraturöversikten har databaserna MEDLINE with full text, Cinahl Complete, ASSIA och Psychology and Behavioral Sciences Collection använts. Samtliga databaser har artiklar inom medicin, omvårdnad, psykologi, psykiatri och odontologi och en stor del av studierna finns att tillgå i fulltext (Forsberg & Wengström, 2016). De sökord som användes var depression, older adults, nurse/nurses, identify, recognize, risk factors, older och elderly med ”AND” samt begränsningar fulltext och peer-reviewed. Både fritextsökning samt ämnesordssökning har gjorts. Tidsbegränsningen på samtliga sökningar har varit från år 2007 till 2017 för att få senaste årtiondets kunskapsläge. En sökmatrix och resultatmatrix presenteras i litteraturöversikten vilket visar de databaser som använts samt sökord, antal träffar, lästa abstrakt och artiklar och till sist antal valda artiklar till resultatet (Se bilaga 1 och 2).

5:2 Urval

En tydlig avgränsning i litteratursökningen har gjorts genom att sökorden är valda utefter litteraturöversiktens syfte och då blir artiklar relevanta (Friberg, 2012). De artiklar som valts till föreliggande litteraturöversikt har framkommit vid sökningarna som gjorts på databaserna. Rubriker som inte svarat på litteraturöversiktens syfte har exkluderats direkt i sökningarna. De rubriker som väckte intresse och kanske kunde ge svar på studiens syfte granskades ytterligare genom att författarna läste abstraktet och sedan hela artikeln om abstraktet var relevant. Studierna inkluderades eller exkluderades och alla studier som inkluderats har överensstämmt med litteraturöversiktens syfte. Spridning av metoder i valda studier har varit följande: två kvalitativa, sju kvantitativa och en mixad. Studierna har varit av kvalitativ och kvantitativ karaktär för att få bredare och djupare data. Begränsningarna full-text, peer-reviewed samt en åldersbegränsning från 2007 till 2017 gjordes. Samtliga valda artiklar har varit på engelska.

5:3 Analys

Fribergs analysmetod har använts vid analysarbetet av artiklarna. Analysmetoden handlar om att försöka skapa en översikt av ett avgränsat område eller om ett visst problem inom sjuksköterskans kunskap- eller verksamhetsområde (Friberg, 2012). Metoden är uppdelad i tre delar, först läses de valda artiklarna igenom flera gånger för att kunna få en djupare förståelse av innehållet och dess sammanhang. Därefter söktes efter likheter och skillnader mellan studierna resultat och slutligen gjordes en tematisering av resultaten. Författarna har

tillsammans analyserat studierna enligt Fribergs analysmetod. Likheter och skillnader mellan studiernas resultat har markerats med överstrykningspennor i olika färger för att lättare urskiljas. Resultaten från valda studier har kategoriserats på papper för att få en översikt och sedan vävts samman till olika teman.

6. Forskningsetiska överväganden

Kjellström (2012) skriver att forskningsetik handlar om de etiska överväganden som görs vid utförande av ett vetenskapligt arbete. Det kan vara vid val av ämne, genomförande och rapportering av resultat. Forskarna skall även värna om människorna som berörs av studien genom informerat samtycke. Informerat samtycke innebär att deltagaren skall känna sig fri att delta, få information om studien samt förmåga att förstå informationen och fatta beslut. De mest välkända riktlinjer inom forskning är enligt Kjellström Helsingforsdeklarationen. Riktlinjernas fokus är inom medicinsk klinisk forskning och Helsingforsdeklarationen avser att studien skall etiskt granskas av oberoende personer.

Urvalet av artiklar har varit peer-reviewed och granskade av etisk kommitté. Båda författarna till detta examensarbete har översatt och granskat artiklarna individuellt och sedan diskuterat översättningen gemensamt för att få en så tillförlitlig och objektiv översättning som möjligt. Genom denna metod undviks fabricering och falsifiering av studierna.

7. Resultat

Resultatet för valda resultats artiklar har sammanställts och kategoriserats inom följande områden: *Riskfaktorer som kan inverka på utvecklingen av en depression* med underrubrikerna *livskvalitetens inverkan* och *somatisk inverkan*. *Sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression* med underrubriker *kunskap och utbildning* samt *tid för samtal*.

7:1 Riskfaktorer som kan inverka på utvecklingen av en depression

De studier som nämns nedan har kategoriserat riskfaktorer till depression hos äldre i deras resultat (Huang & Carpenter, 2011; Magnil, Janmarker, Gunnarsson & Björkelund, 2013; Tiong, Yap, Koh, Fong & Luo, 2013; Overend et al., 2015; Zeng, North & Kent, 2012; Sathyanath, Kundapur, Bhat & Kiran, 2014; Karakus & Patton, 2011). Författarna till studierna har nämnt vilka riskfaktorer de ansåg inverkade mest, somliga studier visade på samma eller liknande riskfaktorer medan några nämnde andra, samtliga beskrivs nedan.

7:1:1 Livskvalitetens inverkan

Tidigare studier har enligt Huang och Carpenter (2011) visat på att depression är den vanligaste psykiska ohälsan hos äldre och frekvensen har visat sig vara högre på äldreboenden än hos dem som fortfarande bor hemma. Magnil et al. (2013) resultat visade att totalt 54 av 302 äldre patienter i primärvården var diagnostiserade med depression. En studie av Tiong et al. (2013) visar att lätt depression hos äldre var 14,4 % och svår depression hos äldre var 6,7 %. Ser man till könets inverkan på depression visade sig lätt depression vara högre hos kvinnor medan svår depression var högre hos män.

Brist på socialt stöd och ensamhet framkom i flera studier som riskfaktor till depression hos äldre (Overend et al., 2015; Zeng et al., 2012; Sathyanath et al., 2014; Tiong et al., 2013). Bostadsområde och civilstatus hade signifikant betydelse för depressionens förekomst enligt Sathyanath et al. (2014). Personer som var ogifta och bodde i mindre bra socioekonomiska områden var i större utsträckning deprimerade enligt studiens resultat. Enligt Tiong et al. (2013) är socialt nätverk viktigt för välbefinnandet men saknas detta kan relationer som känslomässigt stöd påverkas. Många äldre påverkas av att inte träffa familj eller vänner. Upplevelsen av ensamhet och känslomässigt stöd försvinner i och med minskad kontakt med närstående vilket kan utveckla depression.

Enligt Overend et al. (2015) och Zeng et al. (2012) är negativt tänkande och nedstämdhet den mest frekventa riskfaktorn till depression hos äldre. Nedstämdhet visar Sathyanath et al. (2014) vara den vanligaste psykiska ohälsan hos äldre och 86 % av dem som upplevde nedstämdhet i deras studie var diagnostiserade med depression.

Hur den äldre personens tidigare liv har sett ut är en riskfaktor för depressionens uppkomst (Zeng et al., 2012; Magnil et al., 2013; Tiong et al., 2013). Enligt Zeng et al. påverkas depressionens frekvens, framkomst och karaktär av vilket liv personen levt och ens levnadsvillkor. Livshändelser i livet menar Magnil et al. (2013) påverkar depressionens förekomst och tidigare depressioner i livet påverkar uppkomsten av nya när personen blir äldre enligt Tiong et al. (2013).

7:1:2 Somatisk inverkan

Fysiska begränsningar påverkar depressionens förekomst enligt Zeng et al. (2012). Ett ökat handikapp medför fysiska begränsningar vilket kan leda till mindre aktiviteter för den drabbade. I studien av Magnil et al. (2013) framkommer det att saknad fritidsaktivitet är en riskfaktor till depression.

Smärta är vanligt hos äldre personer med depression (Huang & Carpenter, 2011) men den kopplingen uppmärksammas sällan i vården (Tiong et al., 2013). Smärta anses kunna begränsa det vardagliga livet och påverka livskvalitén. Resultatet i studien av Magnil et al. (2013) visar att lugnande medicin kan öka risken för depressiva symtom hos äldre.

Multisjuklighet och depression samspelar visade resultatet i studien av Sathyanath et al. (2014). Kvinnor påverkades mindre av multisjuklighet än män och depression hos män mellan 60-69 år påverkades mer av multisjuklighet än män över 70 år. Cirka 32 % av de 499 deltagarna i Huang och Carpenter (2011) studie kunde lida av depression. Samtliga deltagare bodde på äldreboende i Sydöstra England. Resultatet visade på att den mest frekventa sjukdomen som påverkade depressionens förekomst hos deltagarna var kronisk obstruktiv lungsjukdom. En annan studie av Karakus och Patton (2011) visade att depression har stark koppling till de tre kroniska sjukdomarna hjärtproblem, artrit och diabetes hos äldre personer. Cancer visade sig inte vara relaterat till depression. Forskarna fann att depression hos äldre är en allvarlig riskfaktor för att kunna utveckla de ovan nämnda kroniska sjukdomarna.

7:2 Sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression

7:2:1 Kunskap och utbildning

Flera studier visar att utbildning för sjuksköterskor ökar möjligheten för identifiering av depression hos äldre (McCabe, Karantzas, Mrkic, Mellor & Davison, 2013; Huang & Carpenter, 2011). Genom utbildningen utvecklar vårdpersonal högre sensibilitet och finkänslighet vilket leder till ökad identifiering och diagnostisering. Tidigare forskning har visat på både okunskap i identifiering hos sjuksköterskor samt bristande förmåga att hjälpa patienter efter identifiering av äldre personer med depression (McCabe et al., 2013). Forskarna menar att vårdpersonalen, som har daglig kontakt med äldre personer kan ha betydande roll i förloppet och genom kunskap underlätta identifiering av depression.

I studien av McCabe et al. (2013) blev 107 stycken vårdpersonal från äldreboenden indelade i tre utbildningsgrupper. En grupp fick längre, en grupp kortare och en grupp ingen utbildning. Resultatet i studien visade att den grupp som deltog i den längre utbildningen fick högre sensibilitet för identifiering av depression än de som deltog i de övriga grupperna. Gruppen med högre utbildning kunde diagnostisera fler patienter men diagnostiserade även patienter som inte led av depression. Gruppen med kortare utbildning var inte bättre på att identifiera depression än de utan utbildning. Efter internutbildning visade Lattanzio et al.

(2009) att sensitiviteten och specificiteten var signifikant högre vid identifiering och diagnostisering av depression än hos övrig personal inom geriatriken.

7:2:2 Tid för samtal

Overend et al. (2015) menar att äldre personer ofta kan finna svårigheter att tala om ensamhet och nedstämdhet med vårdpersonalen. I studiens resultat framkom fyra kategorier utifrån intervjuerna: upptäcka dold depression, synliggöra det osynliga, möjlighet till att få tala utanför primärvården och att gå vidare från depressionen. Att ha djupa samtal om välmående och depression är inte alltid okomplicerat eller möjligt (Waterworth, Arroll, Raphael, Parsons & Gott, 2015). Somliga sjuksköterskor i Waterworth et al. studie ansåg att identifiering av depression inte tillhörde deras profession eller att utbildning saknades. Andra sjuksköterskor såg sitt arbete som tillgång i identifieringen av depression. Genom dagliga möten med patienterna byggs vårdrelationer upp vilket krävs för sjuksköterskans möjlighet till identifiering av avvikande beteenden. I studiens resultat belystes sjuksköterskors vikt av att både ha en klinisk blick och finkänslighet men även att frågor om patientens välmående ställs.

Flera studier visar på att tid för samtal är vital (Waterworth et al., 2015; Overend et al., 2015). Att ställa frågor om välmående upplevde många sjuksköterskor besvärligt men responsen från patienterna var nästan alltid positiv, att någon uppmärksammade deras välmående. Vissa äldre personer väljer att inte nämna att de känner sig nedstämda och deprimerade för att det kan anses vara skamligt och stigmatiserat men genom att vårdpersonalen ger den äldre personen möjlighet till att få tala ut om sina känslor och upplevelser kan medvetenheten hos den äldre öka och de kan förstå sin situation. Samtal är något som kan uppskattas bland äldre patienter och kan göra att de i framtiden söker vård då de vågar samtala med vårdpersonal om sina känslor. Genom att hålla samtal med äldre personer kan identifieringen av depression underlättas. När sjuksköterskor identifierat eventuell depression hos patienter ansåg många att sjuksköterskor måste kunna tydliggöra hur vården kan hjälpa patienten att må bättre. Många patienter vill inte samtala om sitt välbefinnande och då är information om depression och behandling viktigt för att påvisa allvaret med psykisk ohälsa.

8. Diskussion

Diskussionen är uppdelad i två delar. Den ena delen belyser litteraturöversiktens för- och nackdelar, varför vissa begränsningar gjordes samt hur samarbetet mellan författarna sett ut.

Resultatdiskussionen är fördelad med samma underrubriker som resultatet. Diskussionen belyser resultatets viktigaste aspekter och huruvida ny litteratur är i linje eller i kontrast med resultatet i litteraturöversikten. *Riskfaktorer* och *sjuksköterskors möjligheter* diskuteras även i förhållande till författarnas åsikter samt Barkers teoretiska utgångspunkt.

8:1 Metoddiskussion

Sökningarna som gjordes blev först väldigt stora gällande antalet träffar. Sökningarna årsbegränsades från 2007-2017 för att få senaste årtiondets artiklar. Begränsningarna peer-reviewed gjordes för att artiklarna skulle vara granskade och *Full-text* gjordes för att författarna skulle vara säkra på att hela studien gick att tillgå. Författarna är medvetna om att många relevanta studier kan ha exkluderats i och med denna begränsning men det gjordes för att få tillgång till hela studier. Antalet träffar av sökningarna bläddrades igenom och vid rubriker som kunde svara på syftet lästes abstraktet. Vid relevanta abstrakt lästes hela artikeln. Vidare gav sökningarna successivt mindre antal träffar när författarna till föreliggande litteraturöversikt lärde sig att söka bättre i databaserna. Många av de valda artiklarna till litteraturöversikten förekom vid flera sökningar. Detta ser författarna som en styrka då de valda nyckelorden stämmer in på syftet vilket bekräftas när redan valda artiklar kommer fram i nya sökningar. Efter att författarna läst igenom samtliga artiklar och analyserat dem sammanställdes resultatet under passande rubriker. Under rubriken: *Riskfaktorer som kan inverka på utvecklingen av en depression* skapades många underrubriker med de riskfaktorer som artiklarna nämner. Dessa underrubriker sammanställdes sedan för att skapa en mer begriplig överblick över de riskfaktorer som kan inverka på en depression.

Under arbetets gång blev valda artiklar i sökmatriken och resultatmatriken numrerade och tilldelade varsin färg för att skapa struktur vilket sedan togs bort när litteraturöversikten var klar. Valda studier till föreliggande arbete har varit från olika länder världen över men mestadels från Europa. Genom att ha en bredare spridning av länder där studierna genomförts får författarna till föreliggande arbete bredare förståelse och en mångsidig bild av depression världen över. Sverige är ett mångkulturellt samhälle och sjuksköterskor som verkar i Sverige behöver kunskap om hur depression kan te sig oavsett vilket land patienten kommer ifrån. Genomgående fanns få artiklar om sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression hos äldre men många studier har studerat de riskfaktorer som finns. Vidare känns detta som att de äldres psykiska ohälsa inte värderas högt eller uppmärksammas tillräckligt varken i samhället eller under sjuksköterskeutbildningen.

Samtliga patientdeltagare i valda studier har blivit diagnostiserade med depression genom något av screeningverktygen som benämns i bakgrunden. Författarna i föreliggande arbete anser att screeningverktyg är en bra möjlighet för sjuksköterskor att identifiera depression hos äldre men endast en artikel studerar huruvida screeningverktyg används i praxis.

I föreliggande litteraturoversikt har både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderats i resultatet. Kvantitativa studier görs för att beskriva, kartlägga, se samband och jämföra valt syfte (Billhult & Gunnarsson, 2012). Metoden ger forskarna en större databas och viss generalisering kan göras. Den kan vara en enkel, snabb och förhållandevis billig metod om tidigare data studeras igen. Tas data från patientjournaler finns de risk för att bristande dokumentation används vilket kan resultera i felaktig slutsats. Studier där frekvens av depression och riskfaktorer hos äldre studerats har kvantitativ design används och har gett forskarna stor data av hur till exempel tidigare liv, multisjuklighet och ensamhet spelat in i förekomsten av depression. Även då utbildningens påverkan studerats har studiedesignen varit kvantitativ. Till skillnad från kvantitativ design ser den kvalitativa designen människan ur ett holistiskt perspektiv (Henricson & Billhult, 2012). Att ta i beaktning är att studiedesignen endast visar på hur en erfarenhet har upplevts av deltagarna till studien. Litteraturoversiktens syfte är av både kvalitativ och kvantitativ karaktär då författarna ville undersöka hur sjuksköterskor kan identifiera depression och vilka riskfaktorer som finns. De artiklar som handlat om sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression har både varit av kvalitativ och kvantitativ design. Författarna till föreliggande arbete anser att studiernas metod har varit anpassade till deras syfte.

Författarna till föreliggande arbete har tillsammans skrivit alla delar av litteraturoversikten. Vi har valt att inte dela upp arbetet utan diskuterat och gjort samtliga moment tillsammans för att få en enhetlig text. Författarna har tillsammans dragit arbetet framåt och fungerat växelvis som motor för litteraturoversikten.

8:2 Resultatdiskussion

8:2:1 Riskfaktorer

De riskfaktorer för depression bland äldre som författarna till föreliggande litteraturoversikt fann i resultatet var ensamhet och bristande socialt stöd, nedstämdhet och negativt tänkande, livserfarenheter, fysiska begränsningar, smärta och medicinering samt somatiska sjukdomar. Detta är förhållanden som påverkar människans livskvalité enligt Nordenfelt (2004) där av valet till underrubriken *Livskvalitetens inverkan* i resultatsdelen.

Den vanligaste psykiska ohälsan hos äldre är depression enligt litteraturöversiktens resultat. Riskfaktorer till depression bland äldre kan vara ensamhet och brist på socialt stöd. Enligt Larsson och Rundgren (2010) bidrar en nära vän till minskad risk för depression men vid depression förstörs oftast relationer då den drabbade drar sig undan och sluter sig från omvärlden. Enligt resultatet i föreliggande litteraturöversikt visade sig nedstämdhet vara den främsta riskfaktorn för depression hos äldre. Vid depression skuldbelägger personen sig över misstag i livet, känner skuld och värdelöshet, lyfter negativa egenskaper och har svårt att se sig själv positivt (Skärsäter, 2014). Författarna till föreliggande litteraturöversikt antog innan påbörjat arbete att ensamhet var den främsta riskfaktorn vilket också är i linje med litteraturöversiktens resultat. Anhöriga och vänner har svårt att identifiera depression hos äldre då många drar sig tillbaka och kontakten avtar. Författarna anser att många ser ensamhet hos äldre som något naturligt då få äldre har stort socialt nätverk, barn som bor kvar hemma eller en partner i livet. När människan blir äldre och inte längre arbetar eller har barn att ta hand om så tror många att de äldre vill vila och ha tid för sig själva. Äldre vill enligt författarnas erfarenheter inte vara till besvär eller belasta sina barn och barnbarn och frågar sällan om hjälp eller besök. Egna åtaganden och liv tror de äldre prioriteras högre hos deras anhöriga än de själva.

Minardi och Blanchard (2004) ville i sin studie undersöka förekomsten av depression bland äldre personer, deras uppfattningar om handikapp, ensamhet, sociala nätverk, socialt stöd och livstillfredsställelse. Fysisk ohälsa har genomgående varit kopplat till depression hos äldre människor och en tidigare studie enligt Minardi och Blanchard visade att ökat funktionshinder och handikapp gav äldre människor mer symtom på depression. Känslan av ensamhet hos äldre personer har även ökat och orsakat symtom på depression. Mycket av detta visar sig bero på situationsfaktorer såsom fysisk ohälsa och förlust av partner. Väsentliga samband framkom mellan depression och ensamhet samt mellan depression och livstillfredsställelse. Dock framkom inga associationer mellan depression och socialt stöd eller depression och handikapp. En artikel som motsäger Minardi Blanchard är Ke-Wu, Shu, Shun-Ping och I-Ju (2008) som menar att socialt stöd har en viktig roll för att främja ett gott åldrande. Brist på sociala resurser kan påverka den äldre personens livskvalitet och orsaka invaliditet. Socialt stöd från familj och vänner visar på god effekt hos de äldres välbefinnande.

För att fungera som den lots Barker menar att sjuksköterskan är skall sjuksköterskan göra en holistisk bedömning av patienten (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vetskap om vad som hänt, upplevelser och värderingar som patienten har måste förstås. Intresset skall riktas mot personen och sjuksköterskan skall se förbi symtom och trauma. Symtom och trauma är

viktigt men fokus skall vara på den lidande personen bakom dessa. Vad patienten önskar för hjälp av vården och sjuksköterskor måste således utredas för att bilda en tillitsfull vårdrelation. Resultatet till föreliggande litteraturöversikt belyser vikten av tid och enligt Barker skall patienten ges tid för samtal för att kunna få en bild av patienten. För att patienten själv skall kunna inse sin egen situation tror författarna att sjuksköterskor kan fungera som speglar.

I resultatartiklarna fann författarna till föreliggande litteraturöversikt ingen koppling mellan depression och ökad alkoholkonsumtion men enligt Larsson och Rundgren (2010) är ensamhet och övergivenhet en orsak till att många äldre börjar överkonsumera och att alkoholintaget ökar hos äldre med depression. Depressiva symtom visar sig ha ett starkt samband med alkoholmissbruk. Missbruket kännetecknas av stort och regelbundet intag av alkohol samt att personen döljer intagsmängden. Den höga konsumtionen eller missbruket visar sig starta i anslutning till förlorad partner eller efter pensionering. Alkoholen tror författarna till denna litteraturöversikt är en tröst för de äldre när de känner sig ensamma och nedstämda. Författarna har själva sett i den kliniska verksamheten att många börjar överkonsumera alkohol i äldre dagar.

Resultatet visar på att kvinnor i större utsträckning lider av lätt depression medan män av svår depression. Män drabbas av djup depression i större utsträckning enligt resultatet och suicidfrekvensen är högre hos män än kvinnor vilket ökar markant efter 75 års ålder (Larsson & Rundgren, 2010). Hos de äldre som begår självmord har cirka 60-90 % en iakttagbar depression. Suicidantalet hos äldre ökar i alla världens länder. Hos de äldre suicidoffren har 70 % sökt sig till vården månaden före dödsfallet. Författarna till föreliggande litteraturöversikt tror att kvinnor har lättare att söka hjälp än män. Den psykiska ohälsan är mer stigmatiserad hos män och depressionen hinner bli av svårare karaktär innan män söker sig till vården. Författarna anser även att det är i linje med att suicidfrekvensen är högre hos män än kvinnor då män inte söker hjälp tidigare.

Att få ökade fysiska begränsningar och inte längre kunna utöva sina fritidsaktiviteter påverkar den psykiska ohälsan negativt enligt resultatet. Genom minskad fysisk aktivitet löper de äldre större risk att insjukna i depression (Taube & Ottosson, 2011). Deprimerade personer visar sig förbättras tankemässigt, känslomässigt och kroppsligt genom att röra på sig. Genom fysisk aktivitet bryter eller distraheras negativa och destruktiva tankar och den sociala kontakten ökar genom att motionera i grupp (Skärsäter, 2014). Effekten av fysisk aktivitet kan kortsiktigt minska graden av depression och öka självkänslan hos den deprimerade. Det visar sig även vara effektivt som medicinering och psykoterapi hos äldre personer med lätt eller

måttlig depression. Läkemedelsbehandling är ett annat sätt att behandla depression på (Skärsäter, 2014). Vid läkemedelsbehandling av depression hos äldre kan dock biverkningar som synstörningar, illamående och förstoppning förekomma (Hallbäck, 2014). De depressiva symtomen kan i början öka vid läkemedelsbehandlingen vilket är viktigt att informera om (Rolfner Suvanto, 2012). Behandlingseffekten av läkemedlen kommer långsammare hos äldre än hos yngre (Larsson & Rundgren, 2010) och långvarig behandling krävs (Hallbäck, 2014). Litteraturöversiktens resultat visar på koppling mellan lugnande medicin och ökade depressiva symtom. Depression kan därmed bero på läkemedelsbehandling enligt både resultatet och Hallbäck (2014). Läkemedel som betablockerare, L-dopa och kortikosteroider kan utlösa depression (Larsson & Rundgren, 2010).

I linje med litteraturöversiktens resultat menar Larsson och Rundgren (2010) att det finns somatiska sjukdomar som kan utlösa depression och att depression kan föra med sig kroppsliga symtom hos äldre. Det innebär att psyke och kropp har en ömsesidig påverkan av varandra (Skärsäter, 2014). Sjukdomar som kan leda till depression är exempelvis kroniska luftvägsinfektioner, kronisk astma, hjärtinfarkt, sköldkörtelsjukdomar och demenssjukdomar. De personer som drabbats av en svår stroke är speciellt utsatta och ca 30 % av dessa lider av nedstämdhet. Författarna till föreliggande litteraturöversikt tror att det blir en stor omställning i livet när äldre drabbas av en somatisk sjukdom. Att kroppen inte längre fungerar som vanligt ställer till stora hinder i vardagen och livskvalitén påverkas kraftigt.

Enligt studien av Huang och Carpenter (2011) är smärta vanligt vid depression hos äldre. Skärsäter (2014) beskriver att äldre personer ofta uttrycker somatiska symtom vid depression som yrsel, trötthet och huvudvärk. Vården har svårt att koppla samman de somatiska symtomen med depression vilket bidrar till att eventuell behandling riktas till de kroppsliga symtomen. Detta tror författarna till föreliggande litteraturöversikt beror på att inte tillräckligt med tid ges till varje enskild patient. Genom djupare samtal kan andra faktorer lyftas fram och bakomliggande orsak kan redas ut mer grundligt. Detta leder vidare till den andra delen av resultatet i föreliggande litteraturöversikt där författarna lyfter sjuksköterskors möjligheter till identifiering av depression genom kunskap, utbildning och tid för samtal.

Litteraturöversiktens resultat visar att det finns många sociala riskfaktorer som påverkar depressionens förekomst. Enligt Barker finns det händelser i livet som människan inte klarar av att bära på som kan skapa psykisk ohälsa vilket är en naturlig reaktion (Barker och Buchanan- Barker, 2005). Konsensusbegreppet hälsa menar Barker är en subjektiv upplevelse som påverkas av bland annat människans livssituation vilket rör den totala människan. Olika typer av sociala inverkaningar påverkar hälsan negativt enligt Barker vilket också är i linje med

denna litteraturöversikts resultat.

8:2:2 Sjuksköterskors möjligheter

Sjuksköterskor har i sitt arbete möjligheter att identifiera depression hos äldre då personliga möten sker på daglig basis (Skärsäter, 2014). Flera studier visar hur utbildning om depression hos äldre ökar sjuksköterskans medvetenhet och finkänslighet (Brown et al., 2010; McCabe, Russo, Mellor, Davison & George, 2008). Studiernas resultat visar på att sjuksköterskor som genomgått utbildning känt sig säkrare på att kunna bedöma patientens symtom och koppla det till depression än övriga sjuksköterskor (Brown et al., 2010). I studiens resultat framgår det ej huruvida denna säkerhet hos sjuksköterskan resulterade i fler diagnostiseringar eller hur utbildningen påverkade longitudinellt. Enligt Eisses, Kluiters, Jongenelis, Beekman och Ormel (2005) ökar inte endast identifieringen av depression genom utbildning av vårdpersonal utan fler blir även diagnostiserade och behandlade. Författarna till föreliggande litteraturöversikt menar att kunskap är viktigt men att den försvinner efter ett tag. Skulle dock identifieringen av depression alltid vara ett aktuellt samtalsämne sjuksköterskor emellan kan kunskapen stanna kvar längre. Om verksamheten ständigt håller sig uppdaterade inom forskning och medarbetarna förstår tyngden av att kunna identifiera depression hos äldre skulle ämnet aldrig glömmas bort. Suicid är den allvarligaste konsekvensen av depression och om alla inom vården förstod depressionens allvar skulle kanske ämnet uppmärksammas mer.

Sjuksköterskor kan identifiera depression hos äldre personer med sin kompetens för att vidare ge patienten rätt stöd, vård och behandling (Skärsäter, 2014). Sjuksköterskor behöver kunskaper för att fort kunna reagera på tidiga symtom som en patient uppvisar (Wiklund Gustin, 2015). Förutom kunskap om identifiering av symtom behöver sjuksköterskan självinsikt om sina egna kunskaper och resurser.

I bakgrunden beskrivs hur identifiering av depression kan genomföras genom olika screeningverktyg. En intervjustudie av Hammond (2004) visade att endast 10 % använder GDS som screeningmetod. Dels ansåg deltagarna i studien att frågorna i formuläret var olustiga och dels ansåg sjuksköterskorna sig inte ha tillräckligt med kunskap om verktyget. Författarna till föreliggande arbete har inga tidigare kunskaper om de olika screeningverktygen som finns för identifiering av depression. Under utbildningens gång eller ute i den verksamhetsförlagda utbildningen har dessa screeningverktyg aldrig belysts. De äldres ohälsa känns nervärderat och ouppmärksammat. Worall-Carter et al. (2012) studerade sjuksköterskors kunskaper om screeningverktyg efter att ha deltagit på en utbildning om depression och screeningverktyg. De allra flesta av deltagarna rapporterade ökad skicklighet,

kunskap och förtroende av att screena personer med depression efter utbildningen. Pickett, Bazalais, Greenberg och Bruce (2014) visade att det finns mycket variation kring screening av depression hos äldre personer med olika etniciteter. I resultatet framkom det att kulturella minoriteter i större utsträckning blev screenade för depression. Författarna till föreliggande litteraturöversikt menar att som framtida sjuksköterskor kan få kunskap av artikeln av Pickett et al. då Sverige har ett mångkulturellt samhälle. Författarna undrar varför de kulturella minoriteterna bli mer screenade för depression och tror att de beror på att de finns fördömda att de skall ha utsatts för mer påfrestningar i livet. Den ökade screeningen av äldre med kulturella minoriteter ser författarna som något positivt men skall utföras på samtliga äldre oavsett kulturell bakgrund.

Sjuksköterskorna i studierna av Waterworth et al. (2015) och Overend et al. (2015) uttryckte att tid för samtal med patienter är viktigt. Det finns olika sätt att behandla depression och enligt Skärsäter (2014) är stödjande samtal med patienten en av dem. Samtalet ska resultera i att sjuksköterskor möter patienter och dennes önskningar. Genom öppen dialog skapas tillit och förtroende mellan patienter och sjuksköterskor. Enligt Waterworth et al. 2015 behövs den öppna dialogen och den nära relationen för att sjuksköterskor skall kunna se avvikande beteenden hos patienten. Intresse och humör är viktigt för sjuksköterskor att notera (Sjöström & Ekwall, 2010). Författarna till föreliggande litteraturöversikt kopplar det till Barkers teori som menar för att kunna vårda tillsammans med patienten måste patientens berättelse av sin situation och patientens mål med omvårdanden förstås av sjuksköterskor. Sjuksköterskor har enligt resultatet möjlighet att identifiera depression genom utbildning och kunskap om depression och använda de screeningverktyg som nämns i bakgrunden. Genom tid för samtal kan omvårdanden formas efter patientens önskemål och en eventuell identifiering av depression uppträda.

Barker menar att sjuksköterskor skall vårda *med* och inte vårda *för* en patient och med det menar han att vårdandet skall ske tillsammans (Barker & Buchanan- Barker, 2005). Resultatet i föreliggande litteraturöversikt visar på att sjuksköterskors möjligheter till identifiering av depression är utbildning, kunskap och tid för samtal med patienten. Barker menar att hälsa hos patienter kan förstås av sjuksköterskor genom engagemang som att ge stöd och skapa en fristad så patienten kan upptäcka sin unika historia. Han menar precis som resultatet i denna litteraturöversikt att tid för samtal är vital och att genom utbildning och kunskap kan sjuksköterskan nå patienten i samtalet. Sjuksköterskors tidigare erfarenheter att lyckas och misslyckas i samtal kan vara till hjälp i framtida samtal med patienter. Barker menar att ge tid är som att ge en gåva. Tid menar sjukvården sällan finns men det är inte vilken tid som finns

som är relevant utan hur vi använder oss av den tid som finns. Genom att ge tid för samtal kan sjuksköterskor med sin kunskap och utbildning främja patientens hälsa. Författarna till denna litteraturöversikt anser att sjuksköterskors har begränsad tid för varje enskild patient och samtal blir då sällan prioriterat. Författarna till föreliggande litteraturöversikt anser att sjuksköterskor ska ta tillvara på den tid som finns hos varje patient även om ett praktiskt moment genomförs. De misslyckade samtalen med patienter skall ses som erfarenheter för att förbättras i framtiden.

8:3 Kliniska implikationer

Genom att veta vilka riskfaktorer som kan utlösa en depression kan sjuksköterskor veta vilka patienter som kan vara i riskzon att drabbas redan innan en eventuell depression utlöses. Med förebyggande åtgärder mot riskfaktorerna minskas sjukvårdens belastning och ekonomi. Ett hjälpmedel för sjuksköterskor är screeningverktyg men författarna till föreliggande arbete anser inte att de uppmärksammas tillräckligt i vården med tanke på den utbredda frekvensen av depression hos äldre. Screeningverktyg skall vara ett stöd för vårdpersonalen men om verktygen anses vara komplicerat bör det modifieras och förenklas. Många av de som utbildar sig till sjuksköterskor kommer i sin framtida profession möta äldre då de utgör en stor patientgrupp oavsett vårdande kontext. Därför borde de äldres psykiska ohälsa belysas mer under sjuksköterskeutbildningen. Riskfaktorer av somatisk karaktär som smärta och funktionsnedsättningar kan sjuksköterskor lindra, behandla och underlätta för att på så sätt minska riskfaktorernas påverkan av depressionen.

Genom att ge tid för den äldre patienten kan sjuksköterskor få en djupare förståelse av den äldres situation och med det lättare kunna identifiera depression vilket leder till högre patientsäkerhet. Att vara äldre, ensam och nedstämd ser inte många som något ohälsosamt eller skadligt utan normalt. De depressiva symtomen hos äldre ses ofta som det normala åldrandet men genom vårt resultat visas motsatsen. För de riskfaktorer som framkommit i resultatet krävs inte en klinisk blick utan de riskfaktorerna kan även anhöriga uppmärksamma. Genom att utbilda vårdpersonal om depression kan de i sin tur utbilda patienter och närstående. Som vårdpersonal under pressande arbetsförhållanden är det inte alltid lätt att uppmärksamma depression utan anhöriga, vänner och familj kan vara en stor hjälp. Om familj och vänner visste om deras stora inverkan på de äldres välmående kanske fler besök och telefonsamtal skulle ske. Om samhälle, vårdpersonal och närstående känner till de riskfaktorer som kan utlösa en depression ökas chansen för identifiering om alla hjälps åt, vilket kan leda till minskat lidande för den äldre.

8:4 Förslag till fortsatt forskning

Sjuksköterskor i många studier nämnde de riskfaktorer som författarna till föreliggande arbete belyser i resultatet men hur dessa riskfaktorer förebyggs beskrev ingen. Lite forskning finns om sjuksköterskors möjligheter att identifiera depression hos äldre. Utbildning som möjlighet benämns i många studier och visar sig ha stor betydelse men hur det påverkar longitudinellt framkommer inte. Studier på hur utbildning har effekt på lång sikt behöver därför studeras. Screeningverktyg är en annan möjlighet att identifiera depression hos äldre men få studier finns på hur detta används kliniskt. Frekvensen av användandet och vilka yrkesgrupper som använder verktyget behöver studeras och om vårdpersonal anser screeningverktygen för komplicerade behöver de åtgärdas.

Studier om hur äldreboende påverkar depression hos äldre anser författarna till föreliggande arbete saknas. På äldreboenden blir de äldre mindre ensamma och personal finns för att underlätta eventuella funktionsnedsättningar. Ensamhet och funktionsnedsättning är riskfaktorer för depression hos äldre och när dessa förebyggs genom att äldre flyttar till äldreboenden behövs det studeras jämfört med frekvensen av depression hos de äldre som bor ensamma hemma. I kontrast till det författarna till föreliggande arbete tror om flytt till äldreboende visar en av resultatets artiklar att fler hade depressiva symtom som bodde på äldreboenden än hemma. Detta anser författarna är intressant och önskar att det studeras ytterligare men även att det studeras i relation till vårdpersonalens förhållningssätt, miljöns betydelse samt hur de äldres självbestämmande påverkar.

9. Slutsats

Depression är den vanligaste psykiska ohälsan hos äldre personer men trots det tror forskarna att endast hälften av de drabbade diagnostiseras. I den äldre hjärnan sker tillbakadragningar av viktiga substanser som kan utlösa en depression men de äldre går även ofta igenom transitioner som att partnern avlider eller att pensionen börjar. Inom vården vårdas många äldre och sjuksköterskor har stora möjligheter att kunna identifiera depression men för att kunna göra det behövs kunskap om riskfaktorer, screeningverktyg och hur depression kan yttra sig. Riskfaktorer som författarna i föreliggande litteraturöversikt beskriver i resultatet är: boendeform, kön, ensamhet, brist på socialt stöd, nedstämdhet, negativt tänkande, livserfarenheter, fysiska begränsningar, smärta, medicinering och somatiska sjukdomar. I föreliggande litteraturöversikt framkom det att det finns otillräcklig kunskap och bristande

förmåga att identifiera depression hos äldre men författarna till föreliggande litteraturöversikt anser att genom mer kunskap, utbildning och tid för samtal med äldre ökas möjligheten för identifiering och därmed diagnostiseringen av depression hos äldre personer.

Referensförteckning

* resultatartiklar

- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Bagley, H., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C. G., Sutcliffe, C., Challis, D., & Huxley, P. (2000). Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 9(3), 445-450. doi:10.1046/j.1365-2702.2000.00390.x
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: a guide for mental health professionals*. London: Routledge.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdanden* (s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Brown, E., Raue, P., Roos, B., Sheeran, T., & Bruce, M. (2010). Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *The American Geriatrics Society*, 58, 122-128. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02626.x
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Eisses, A. H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. F., & Ormel, J. (2005). Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly: randomised trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 186(5), 404-409. doi: 10.1192/bjp.186.5.404
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Guerrero-Berroa, E., & Phillips, R. (2001). Health care paraprofessionals' awareness of the symptoms of geriatric depression. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(11), 14-47. Hämtad från databas MEDLINE.
- Hallbäck, A. (2014). *Läkemedelsbehandling av äldre*. Höganäs: Vårdförlaget.
- Hammond, M. (2004). Doctors' and nurses' observations on the Geriatric Depression Rating Scale. *Age and Ageing*, 2004(33), 189-192. doi: 10.1093/ageing/afh037
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnaden* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- *Huang, Y., & Carpenter, I. (2011). Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as part of comprehensive standardised care assessment in nursing

homes. *Aging & Mental Health*, 15(8), 1045- 1051.
doi:10.1080/13607863.2011.583626

International Council of Nursing (2012) The ICN code of ethics for nurses. Hämtad 27 februari, 2017, från International Council of Nursing, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

*Karakus, M. C., & Patton, L. C. (2011). Depression and the onset of chronic illness in older adults: a 12-year prospective study. *Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 38(3), 373-382. doi:10.1007/s11414-011-9234-2

Ke-Wu, Y., Shu, Y., Shun-Ping, C., & I-Ju, C. (2008). Relationships Between Personal, Depression and Social Network Factors and Sleep Quality in Community-Dwelling Older Adults. *Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 16(2), 131-139. Hämtad från databasen MEDLINE.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: från ide till examination inom omvårdnaden* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

*Lattanzio, F., Di Bari, M., Sgadari, A., Baccini, M., Ercolani, S., Rengo, F., & Cherubini, A. (2009). Improving the diagnostic accuracy of depression in older persons: the Depression in the Aged Female National Evaluation cluster randomized trial. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(4), 588- 593. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02172.x

*Magnil, M., Janmarker, L., Gunnarsson, R., & Björkelund, C. (2013). Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: A two-year observational study. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 31(1), 20-25. doi:10.3109/02813432.2012.757074

*McCabe, M., Karantzas, G., Mrkic, D., Mellor, D., & Davison, T. (2013). A randomized control trial to evaluate the beyondblue depression training program: does it lead to better recognition of depression? *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 221-226. doi:10.1002/gps.3809

McCabe, M., Russo, S., Mellor, D., Davison, T. E., & George, K. (2008). Effectiveness of a training program for carers to recognize depression among older people. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1290-1296. doi:10.1002/gps.2067

Minardi, H. A., & Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *Journal Of Advanced Nursing*, 46(1), 23-32. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02962.x

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: teori och kritik*. (2. uppl.) Linköping: Univ., Institutionen för hälsa och samhälle.

Nygren, B., & Lundman, B. (2014). Åldrande och att vara gammal. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 153-174). Lund: Studentlitteratur.

- *Overend, K., Bosanquet, K., Bailey, D., Foster, D., Gascoyne, S., Lewis, H., & Chew-Graham, C. (2015). Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 16142. doi:10.1186/s12875-015-0362-2
- Pickett, Y. R., Bazalais, K. N., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2014). Racial and ethnic variation in home healthcare nurse depression assessment of older minority patients. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 29(11), 1140-1144. doi:10.1002/gps.4001
- Rolfner Suvanto, S. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri: om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- *Sathyanath M, S., Kundapur, R., Bhat U, S., & Kiran, N. U. (2014). Proportion of depression among the elderly population in a rural health care setting. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, 8(1), 137-139. doi:10.7860/JCDR/2014/5619.3905
- Skärsäter, I. (2014). Förstämmningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå* (s. 67-89). Lund: Studentlitteratur.
- Sjöström, K. & Ekwall, A. (2010). Psykisk ohälsa. I A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa: En introduktion till geriatrisk omvårdnad*. (s. 117- 131). Lund: Studentlitteratur.
- Taube, J. & Ottosson, Å. (2011). *Själ och kropp: rörelse för psykiskt välbefinnande*. Stockholm: Bromberg.
- *Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon Fong, N., & Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health*, 17(6), 724-731. doi:10.1080/13607863.2013.775638
- *Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2562-2570. doi:10.1111/jocn.12863
- Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- World Health Organisation. (2017). *Definition of an older or elderly person: Defining old*. Hämtat 13 februari, 2017, från World Health Organisation, <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Worrall-Carter, L., Ski, C. F., Thompson, D. R., Davidson, P. M., Cameron, J., Castle, D., & Page, K. (2012). Recognition and referral of depression in patients with heart disease. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 231-238. Hämtad från databasen MEDLINE.

*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

Bilaga 1. Sökmatrix

| Sökning | Databas | Sökord | Antal träffar | Begränsningar | Antal lästa abstrakt | Antal lästa artiklar | Valda artiklar till resultat, se bilaga 2. |
|---------|--|--|---------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 1. | Cinahl Complete | Nursing, depression, experience, older | 50 | Peer-reviewed Full text 2007-2017 | 10 | 5 | Waterworth, S. et al. Zeng, W. et al. |
| 2. | Cinahl Complete | Nursing, risk factors, depression, elderly | 49 | Peer-reviewed Full text 2007-2017 | 5 | 1 | Tiong et al. |
| 3. | MEDLINE | Fritextsökning: "Identifying depression" | 47 | Full text 2007-2017 | 5 | 3 | Sathyanath, M S. et al. Overend, K. et al. |
| 4. | Cinahl Complete | Fritextsökning: "Recognize depression in elderly" | 8 | Peer-reviewed Full text 2007-2017 | 5 | 4 | Mcabe, M P. et al. Mustafa, C. et al. Lattanzio, F. et al |
| 5. | Psychology and behavioral science collection | Nursing, identifying, depression, elderly | 4 | Peer-reviewed Full text 2007-2017 | 2 | 1 | Huang, U. et al. |
| 6. | Cinahl Complete | Nurse, identify, depression, elderly, risk factors | 6 | Peer-reviewed Full text 2007-2017 | 2 | 1 | Magnil, M. et al. |

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

| Författare | Titel | År, land, tidskrift | Syfte | Metod (Urval och datainsamling, analys) | Resultat |
|--|--|--|---|--|--|
| Huang, Y & Carpenter, I. | Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as a part of comprehensive standardised care assessment in nursing home | 2011 Storbritannien <i>Aging & Mental Health</i> | Att se fördelarna av att använda DRS som screeningverktyg och vilka karaktäristiska inverknings som finns. | Metod: Kvantitativ Urval: 499 deltagare från nio olika vårdhem. Datainsamling: Kvantitativ studie där datainsamlingen skedde genom att gå igenom material från tidigare studie (SHELTERPROJEKTET). Analys: Bivariat analys, chi-square test | Resultatet visade att genom DRS kunde man se de riskfaktorer som påverkade depression. Civilstatus, smärta, sömnsvårigheter och KOL påverkade depressionen |
| Karakus, M. C., & Patton, L. C. | Depression and the Onset of Chronic Illness in Older Adults: A 12-Year Prospective Study | 2011 USA <i>Journal of Behavioral Health Services & Research</i> | Att utvärdera sambandet mellan depression och utveckling av kroniska sjukdomar som cancer, hjärtproblem, artrit och diabetes. | Metod: Kvantitativ Urval: Representativt urval av icke-institutionaliserade män och kvinnor födda mellan 1931 och 1941 Datainsamling: En studie med mixad metod. Använd data från US Health and Retirement Survey (HRS). Frågeformulär och djupintervjuer gjordes. Analys: Deskriptiv statistik | Resultatet visar att depression är signifikant associerad med tre av de fyra kroniska sjukdomar som undersöktes under 12-års uppföljning bland äldre personer. Artrit, hjärtproblem och diabetes visade sig påverka depressionens förekomst medan cancer visade sig inte vara relaterat till depression. |
| Lattanzio, F., Di Bari, M., Sgadari, A., Baccini, M., Ercolani, S., Rengo, F., & Cherubini, A. | Improving the Diagnostic Accuracy of Depression in Older Persons: The Depression in the Aged Female National Evaluation | 2009 Italien <i>The American Geriatrics Society</i> | Syftet var att utvärdera om ett utbildningsprogram påverkar möjligheten att identifiera depression hos äldre. | Metod: Kvantitativ Urval: 150 anställda från 14 geriatriska avdelningar blev randomiserat utvalda att delta. Samtliga deltagare skulle mist arbetar tre år inom geriatriken. | Resultatet visade på en högre signifikans att de som genomgick träningsprogrammet hade högre sensitivitet än de utan utbildning |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | Cluster Randomized Trial | | | <p>Datainsamling: skedde genom att jämföra antalet DSM-5 diagnostiseringar</p> <p>Analys: Deskriptiv statistik.</p> | |
| Magnil, M., Janmarker, L., Gunnarsson, R., & Björkelund, C. | Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: A two-year observational study | 2013 Sverige <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> | Att observera förlopp, riskfaktorer och prognostiska faktorer i primärvården hos personer med mild till måttlig depression under två-års uppföljning. | <p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Urval: 302 patienter från 60 år och uppåt som besökt primärvården</p> <p>Datainsamling: En observationsstudie över tid med skattningsinstrument och frågeformulär som datainsamling</p> <p>Analys: Statistisk metod</p> | Totalt vart 54 patienter diagnostiserade depression. Man fann flera riskfaktorer: saknad fritidsaktivitet, livshändelser och lugnande medicin som påverkade mild till måttlig depression. |
| McCabe, M., Karantzas, G., Mrkic, D., Mellor, D., & Davison, T. | A randomized control trial to evaluate the <i>beyondblue</i> depression training program: does it lead to better recognition of depression | 2012 Australien <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> | Syftet med studien var att bestämma huruvida ett träningsprogram för att identifiera depression skulle hjälpa personalen i identifieringen av depression hos äldre. | <p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Urval: 107 personer som arbetar på olika äldreboenden blev randomiserat kontrollerat utvalda att delta.</p> <p>Datainsamling: kvantitativ enkätstudie</p> <p>Analys: T-test</p> | Deltagarna blev indelade i tre grupper: <i>ingen utbildning</i> , <i>kortare utbildning</i> och <i>djup utbildning</i> . De olika grupperna försågs med material anpassade efter syftet (utom gruppen <i>ingen utbildning</i> som inte fick något). Resultatet visade att de som fick genomgå en djupare utbildning kunde se fler tecken på depression än de som gick en kortare utbildning eller ingen alls. De som gick den kortare utbildning visade sig inte ha lättare att identifiera depression än de som inte fick utbildning alls. |
| Overend, K., Bosanquet, K., Bailey, D., Foster, D., Gascoyne, S., Lewis, H., & Chew-Graham, C. | Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trail | 2015 Storbritannien <i>BMC Family Practice</i> | Syftet med studien var att få både patient och vårdpersonalens perspektiv på hur depression hos äldre kan förstås och hanteras. | <p>Metod: Kvalitativ</p> <p>Urval: Patienterna skall vara diagnostiserade med depression och vara över 65 år. 13 stycken patienter deltog samt 8 personer som arbetat med personer med</p> | Genom intervjuerna kunde forskarna finna fyra kategorier: Hur finner man depression, hur reduceras "blind spots", chans att få tala utanför primärvården samt hur man går vidare efter en depression. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | depression. Datainsamling: Individuella intervjuer vara en telefonintervju. Analys: tematisk analys | |
| Sathyanath M, S., Kundapur, R., Bhat U, S., & Kiran, N. U. | Proportion of Depression Among the Elderly Population in A Rural Health Care Setting | 2014 Indien <i>Journal of Clinical and Diagnostic Research</i> | Inställningen var att uppskatta andelen depression hos personer i medelåldern jämfört med äldre för att se skillnader mellan grupperna. Vad som utlöste depressionen, vart personerna bor samt hur samsjukligheten spelade in. | Metod: Kvantitativ Urval: 350 st deltog. Datainsamling: Patientdata tagen från en psykologmottagning. Analys: Chi square test, Z- test | Depression hos äldre var signifikant högre än hos personer i medelåldern. Depression och samsjuklighet hos män var högre mellan 60-69 än hos de som var 70 eller äldre. |
| Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon Fong, N., & Luo, N. | Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore | 2013 Singapore <i>Aging and Mental Health</i> | Syftet är att undersöka prevalensen av depression och identifiera riskfaktorer bland äldre personer | Metod: Kvantitativ Urval: 375 patienter som är 55 år och äldre Datainsamling: Strukturerade intervjuer och skattningsinstrument Analys: Logistisk regressionsanalys | Prevalensen av lindrig depression hos äldre visade 14,4 % och egentlig depression 6,7 %. De riskfaktorer som förknippades med depression var smärta, tidigare depression och mindre socialt nätverk |
| Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. | A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions | 2015 Nya Zeeland <i>Journal of Clinical Nursing</i> | Utforska hur sjuksköterskor känner igen depression hon multisjuka äldre och vilka strategier de använder sig av för att stötta sina patienter. | Metod: Kvalitativ Urval: 40 sjuksköterskor från primär, hjärtsvikts- och distriktsvården från olika delar av Nya Zeeland Datainsamling: Telefonintervjuer som spelades in och transkriberades. Analys: Nvivo9 | Att ha samtal om depression eller nedstämdhet upplevde de flesta som svårt eller omöjligt. Vissa ansåg att de inte tillhörde deras roll i yrket medan andra ansåg att de kunde vara till hjälp för sin patient. Genom kunskap om att depression är vanligt förekommande hos äldre ansåg många sjuksköterskor vikten av att ta depression i beaktning hos sina patienter. Forskarna kategoriserade de fyra mest frekventa områdena som deltagarna delgav: vikten av att vara alert, fråga frågor, |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|---|
| Zeng, W., North, N., & Kent, B. | A framework to understand depression among older persons | 2011 Kina <i>Journal of Clinical Nursing</i> | Att utveckla en förklarande ram för att förstå depression bland äldre | <p>Metod: Mixad metod</p> <p>Urval: 31 deltagare. Poäng över 8 i GDS-15 samt vara över 65 år.</p> <p>Datainsamling: Mixad metod. Intervjuer och enkäter. Intervjuerna bandades och transkriberades.</p> <p>Analys: Deskriptiv statistik och fenomenologisk metod enligt Van Manen.</p> | <p>erbjuda hjälp och ta sig tid för samtal.</p> <p>Forskarna kategoriserade svaren från deltagarna i fyra delar: negativt tänkande, livsstil, tidigare erfarenheter, psykisk funktionsnedsättning. Alla kategorier integrerar med varandra och varje kategori påverkar och påverkas av de andra. Konsekvenserna av de fyra kategorierna ansåg deltagarna förvärrade depressionen.</p> |
|---------------------------------|--|--|---|--|---|