

ATT BEHANDLA DEPRESSION HOS ÄLDRE

En global utmaning

TREATING LATE-LIFE DEPRESSION

A global challenge

Examensarbete inom huvudområdet
folkhälsvetenskap, 15 hp
Grundnivå 180 Högskolepoäng
Vårtermin 2018

Mattias Åman Svensson

Handledare: Emelie Andersson Adamovic
Examinator: Sakari Suominen

SAMMANFATTNING

Titel:	Att behandla depression hos äldre – En global utmaning
Författare:	Mattias Åman Svensson
Avdelning/Institution:	Avdelningen för biomedicin och folkhälsovetenskap, institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Folkhälsovetenskapligt program, Examensarbete i folkhälsovetenskap G2E, 15 hp
Handledare:	Emelie Andersson Adamovic
Examinator:	Sakari Suominen
Sidor:	21
Nyckelord:	äldre, depression, behandlingsmetoder, effekt

Sammanfattning

Inledning: Äldre utgör den största gruppen som drabbas av depression och är också den snabbast ökande gruppen i världen som lider av depression. Det råder en brist på forskning inom området och det finns indikationer på att äldre inte svarar på samma sätt som yngre vid behandling. Syftet med litteraturstudien är att undersöka metoder för behandling av depression i den äldre befolkningen. *Metod:* En systematisk litteraturstudie med tematisk innehållsanalys av kvantitativa data. *Resultat:* Femton artiklar inkluderades för analys. Analysen utmynnade i fyra teman: Fysisk aktivitet, Terapi, Social interaktion, Medicinsk behandling. *Slutsats:* Det finns indikationer på behandlingsmetoder med god effekt, men heterogeniteten inom studiepopulationen är stor och försvårar eventuella kliniska implikationer. Det behövs fler studier inom området med fokus på undergrupper.

ABSTRACT

Title: Treating late-life mental depression – a global challenge

Author: Mattias Åman Svensson

Dept./School: Department of Biomedicine and Public Health, School of Health and Education, University of Skövde

Course: Bachelors Degree Project in Public Health Science G2E, 15 ECTS

Supervisor: Emelie Andersson Adamovic

Examiner: Sakari Suominen

Pages: 21

Keywords: elderly, depression, treatment, effect

Abstract

Background: The older population makes up the largest group of people struck by mental depression. Meanwhile it is also the most rapidly increasing population group suffering from depression. There is a lack of research in this field and there are indications that older people do not respond to treatment in the same way as the younger population. The aim of this literature review is to examine methods of treatment for depression in the elderly population.

Method: A systematic literature review with thematic content analysis of quantitative data.

Results: Fifteen articles were included. The analysis resulted in four themes: Physical activity, Therapy, Social interaction, Medical treatment. *Conclusion:* There are indications of treatments with good effect, but it is difficult to identify possible clinical implications due to heterogeneity within the study population. More studies in the field focusing on subgroups are needed.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	iv
Bakgrund	1
Depression	1
Internationell och nationell prevalens	2
Riskfaktorer	2
Behandling	2
Kostnad	2
Äldre och depression	3
Behandling av äldre med depression	4
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Datainsamling och urval	5
Inklusionskriterier	5
Exklusionskriterier	6
Etiska aspekter	6
Sökprocessen	6
Tabell 1. Sökningar	7
Bearbetning av materialet	8
Resultat	8
Tabell 2. Resultat	9
Fysisk aktivitet	14
Terapi	14
Social interaktion	15
Medicinsk behandling	16

<i>Diskussion</i>	17
Resultatdiskussion	17
Fysisk aktivitet	17
Terapi	18
Social interaktion	18
Medicinsk behandling	19
Metoddiskussion	19
Allmän diskussion	20
<i>Slutsats</i>	21
<i>Implikationer och förslag till behandling</i>	21
<i>Referenslista</i>	22

Inledning

Globalt är depression den ledande orsaken till funktionsnedsättning med över 300 miljoner människor lidande (World Health Organization [WHO], 2018), och förekommer hos 7 procent i åldersgruppen 60 år och äldre (WHO, 2017a). I Sverige ligger motsvarande siffra för hela befolkningen på 4–10 procent och uppskattningsvis 12–15 procent i befolkningen över 65 år (Socialstyrelsen, 2012). Mellan 2015 och 2030 förväntas antalet människor vid ålder 60 och över öka med 56 procent. År 2050 förväntas samma population mer än fördubblas i antal, från 901 miljoner år 2015 till 2.1 miljarder (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). Socialstyrelsen (2012) har i en svensk rapport visat att äldres behov av psykiatrisk vård inte tillgodoses i samma utsträckning som för resten av befolkningen med brist på evidensbaserad terapeutisk behandling samt en utbredd och olämplig läkemedelsbehandling.

Bakgrund

Depression

Enligt Socialstyrelsen (2017) karaktäriseras depression av nedstämdhet, förlust av intresse eller nöje för aktiviteter och/eller nedsatt energi. I symptombilden kan även aptitförändring, tankar på döden och självmord, skam och skuld känslor samt sömnsvårigheter ingå.

Depression förekommer i olika former och skiftande allvarlighetsgrader. Termen som används för en depression som uppfyller kriterierna för en diagnos är *egentlig depression* och förekommer kliniskt i varierande grader. En lindrig egentlig depression kräver färre symptom till antalet för en diagnos, medan medelsvår och svår kräver fler (Socialstyrelsen, 2017).

Depression förekommer också hos personer som har bipolär sjukdom (WHO, 2018). En person som tidigare haft maniska symptom kan inte bli diagnostiserad med depression (Socialstyrelsen, 2017). Dystymi är ett långvarigt tillstånd av depression som inte uppfyller kraven för att kunna diagnostiseras som egentlig depression. Periodvis återkommande depression benämns som recidiverande depression (Socialstyrelsen, u.å.-a). I Sverige används ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) och DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) som system för att diagnostisera depression. Samsjuklighet är vanligt hos personer som är deprimerade. Vanligt förekommande är psykiatriska funktionsnedsättningar, smärtor och neuropsykiatriska tillstånd (Socialstyrelsen, 2017).

Internationell och nationell prevalens

Beräknat antal människor som lever med depression är 322 miljoner, och det är vanligare bland kvinnor än män (WHO, 2017b). Prevalens bland olika åldersgrupper varierar. Högsta prevalensen uppvisar åldersgruppen 55–75 år (över 7,5 procent och 5,5 procent för kvinnor respektive män). Sydöstasiatiska- och västra Stillahavsregionen står tillsammans för 48 procent av alla depressionsfall i världen, medan den europeiska regionen står för 12 procent. Prevalensen för depression i Sverige ligger på 4,9 procent räknat på hela befolkningen (WHO, 2017b), och Socialstyrelsen (2017) räknar med att cirka en tredjedel av den totala befolkningen i landet någon gång kommer insjukna i depression. För gruppen förstämningssyndrom, där depression inkluderas, har prevalensen det senaste decenniet ökad trefaldigt och kan dels förklaras med en stor ökning bland ungdomar mellan 15 och 19 år. En liknande trend återfinns också inom åldersgruppen 10 till 14 år (Socialstyrelsen, 2017).

Riskfaktorer

Depression är ett mångfacetterat problem som ofta är resultatet av sociala, psykologiska och biologiska faktorer (WHO, 2018). Det finns en korrelation mellan fysisk hälsa och depression. En allvarlig sjukdom i sig kan leda till depression, och depression kan vara en bidragande faktor till andra allvarliga sjukdomar. Omvälvande händelser som exempelvis traumatiska upplevelser och arbetslöshet liksom stress kan vara bidragande faktorer till att människor utvecklar en depression (WHO, 2018). Även låg socioekonomisk status är relaterad till högre risk för depression (Freeman et al., 2016).

Behandling

Vilken behandlingsform som är mest lämplig varierar med depressionens allvarlighetsgrad (Socialstyrelsen, 2017). Huvudsaklig behandling för vuxna med depression sker med antidepressiv medicin och psykoterapi eller annan psykologisk behandling. Vid lättare grad och färre symptom kan behandling bestå av fysisk aktivitet eller psykopedagogiskt samtal. Vid allvarligare grad och svåra symptom är elektrokonvulsiv behandling (ECT) och repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) effektivt (Socialstyrelsen, 2017).

Kostnad

I Sverige är ångestsyndrom och olika typer av depression vanligast bland psykiatriska diagnoser, vilket i sin tur är den vanligaste orsaken till sjukskrivning (Lidwall & Olsson-Bohlin, 2016). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2004) gjordes en

uträkning på vad depression kostade samhället i indirekta och direkta kostnader per år, och 1997 beräknades den totala summan vara 12 miljarder kronor. En stor del av de direkta vårdkostnaderna, som 1996 uppgick i över en miljard kronor, utgörs av andra sjukdomar eller symptom kopplade till depression (SBU, 2004). Den totala samhällskostnaden för depression per år och patient uppgår enligt Socialstyrelsen (2017) till cirka 150 000 kr, och genomsnittet för de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården beräknas till cirka 32 000 kr, räknat till 2015 års värde. Kostnaden för samtliga behandlingsförslag i de nationella riktlinjerna för vård vid depression beräknas vara lägre än 17 000 kr per år. Behandlingsåtgärder för depression och ångestsyndrom är kostnadseffektiva och med stor sannolikhet kostnadsbesparande då de direkta kostnaderna för behandling utgör en mindre del av den totala samhällskostnaden (Socialstyrelsen, 2017).

Äldre och depression

Tack vare medicinska framsteg ökar medellivslängden och i kombination med att färre barn föds så ökar andelen i den äldre befolkningen. Prognoser visar att en fjärdedel av befolkningen är över 65 eller äldre år 2050. Detta ställer krav på hälso- och sjukvården då kostnaderna förväntas öka med 270 procent till år 2040 (Folkhälsomyndigheten, 2013). Antalet i åldersgruppen 65 och över i Sverige som lider av depression beräknas till 150 000 personer. Dock har behandlingsmodeller för depression främst studerats i yngre åldersgrupper (Socialstyrelsen, u.å.-b). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (2015) är depression vanligt förekommande i åldersgruppen 65 och över och menar vidare att tidigare studier från Europa pekar på en 10–15 procents prevalens inom denna åldersgrupp. Att diagnostisera och upptäcka depression hos äldre är problematiskt på grund av en ofta förekommande heterogen symptombild (SBU, 2015). Riskfaktorerna för psykisk ohälsa hos äldre är ännu mera omfattande jämfört med motsvarande faktorer för yngre personer. Åldrande i sig för ofta med sig andra kroniska sjukdomar, minskad rörlighet, förlust av närstående och socioekonomiska problem, vilket alla kan resultera i depression (WHO, 2017a). Att bli äldre kan innebära ett minskat socialt nätverk, och att vara ensamt boende är förenat med minskat känslomässigt stöd (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Social isolering är en psykosocial riskfaktor (SBU, 2015) och att bli änka är associerat med högre depressiva symptom (Magnil, Gunnarsson, Björkstedt & Björkelund, 2008).

Behandling av äldre med depression

I de nationella riktlinjerna för behandling av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017) görs ingen avgränsning gällande den äldre befolkningen med motiveringen att det vetenskapliga underlaget är begränsat. I en rapport visar Socialstyrelsen (2012) att användningen av psykofarmaka inklusive antidepressiva mediciner är mer utbredd hos äldre än hos yngre, trots att antidepressiv medicin inte är tillräckligt effektivt för många äldre (SBU, 2015). Det är även särskilt förenat med andra allvarliga biverkningar i denna åldersgrupp (Socialstyrelsen, 2016; Danielsson et al., 2016). Vidare visar Socialstyrelsen (2012) att tillgången till psykologisk expertis för äldre som är deprimerade är väldigt dålig och att behandlingsmetoder som exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) nästan uteslutande inte förekommer inom den äldre befolkningen.

Den samlade bedömningen av SBU (2015) är att det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om psykologisk behandling och fysisk aktivitet har någon effekt hos äldre som är deprimerade. Samtidigt finns andra studier som visar på effektiva metoder. KBT är enligt SBU (2015) en av de vanligaste formerna av psykologisk behandling för depression, och innefattar en mängd olika varianter så som acceptansterapi (ACT), problemlösningsterapi och en variant som baseras på livsöversikt. Karlin et al. (2013) studerade effekten av acceptansbaserad terapi och fann att det reducerade depressiva symptom hos äldre. I en meta-analys visade Heinzl, Lawrence, Kallies, Rapp och Heissel (2015) att fysisk aktivitet hade positiv effekt på depressiva symptom hos äldre. Samma resultat fick även Park, Han och Kang (2014).

Problemformulering

Antalet äldre ökar i runt om i världen, vilket innebär stora ansträngningar för hälso- och sjukvården i framtiden. Depression är ett globalt problem med många drabbade och prevalensen i äldre åldrar är hög. Det finns indikationer på att existerande behandlingar inte är utformade för och fungerar annorlunda för denna befolkningsgrupp, samtidigt som det verkar råda en ambivalens i vetenskapen om vilka behandlingsmetoder som har god effekt.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka metoder för behandling av depression i den äldre befolkningen.

Metod

Design

Valet av studiedesign är en systematisk litteraturoversikt. En systematisk litteraturoversikt innebär att man lägger samman studier som ämnar att besvara liknande syfte på liknande sätt och är systematisk i tillvägagångssättet genom att man använder inkluderande och exkluderande kriterier, exempelvis gällande metoder och populationer (Katz, Elmore, Wild & Lucan, 2014).

Datainsamling och urval

Utifrån studiens syfte lokaliserades relevanta och centrala termer, för att kunna inringa så relevant litteratur som möjligt som svarar på studiens syfte (Backman, 2016). Initialt gjordes sökningar i databaser inom området med anledning att hitta nyckelord i vetenskapliga artiklar och på så sätt bygga en relevant fras att söka med (Bryman, 2011). För att ytterligare effektivisera sökningarna användes de Booleska operatorerna ”AND”, ”OR” och ”NOT”. ”AND” används för att kombinera två eller fler söktermer och begränsar sökningen genom att innefatta resultat där båda söktermerna är inkluderade. ”OR” används när två söktermer, enskilt eller tillsammans, ska inkluderas. ”NOT” begränsar sökningen genom att utesluta att söktermen återfinns i sökresultatet (Backman, 2016).

Inklusionskriterier

Artiklar som undersökte effekten av någon form av behandling för depression inkluderades, med huvudsaklig fokus på fysisk aktivitet, olika former av terapi och medicinsk behandling. Artiklar skrivna på svenska och engelska inkluderades då språken behärskas av författaren, och de behövde vara sakkunnigt granskade för inklusion.

Exklusionskriterier

För att öka generaliserbarheten exkluderades artiklar som huvudsakligen undersökte depressiva tillstånd i samband med andra allvarliga sjukdomstillstånd. Artiklar vars studiepopulations snittålder var under 65 år exkluderades. I den första sökningen exkluderades fraserna ”nursing home”, ”comorbidity”, ”cancer” och ”heart” med den booleska operatören ”NOT”. I databasvärden EBSCO användes Major Headings för att få ett snävare omfång av litteratur.

Etiska aspekter

För att säkerställa att studierna som de inkluderade artiklarna rapporterade om hade följt etiska riktlinjer var ett krav vid inkludering att författarna skriftligen ska ha framfört att studien har fått ett godkännande utlåtande av etisk kommitté eller motsvarande organ.

Sökprocessen

Två individuella sökningar genomfördes (se Tabell 1). Den första skedde i CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health), som innehåller tidskrifter inom hälso- och vårdvetenskaper. Den andra sökningen skedde i Medline, vars innehåll är inriktat mot medicin (Backman, 2016). Båda databaserna nåddes via databasvärden EBSCO (Backman, 2016), erhållen av Högskolan i Skövde och nåbar via högskolans biblioteks databaslista. Vid sökningarnas första skede lästes artiklarnas titel. Om titeln svarade på studiens syfte sparades artikeln för vidare läsning av abstrakt. I sökningens andra skede lästes abstrakt av de sparade artiklarna och de artiklar som fortfarande svarade på studiens syfte lästes i helhet. Antalet artiklar som lästes i sin helhet var 24 till antalet. Nio artiklar exkluderades av tre skäl: att studiens population hade för låg medelålder, att det förekom oklarheter gällande etiskt godkännande eller att studien huvudsakligen undersökte depressiva tillstånd i samband med annat allvarligt sjukdomstillstånd.

Sökningar gjordes även i tidskrifters referenslistor, då det är en värdefull källa till information (Backman, 2016). Totalt en artikel inkluderades via referenslista. En kontroll för att säkerställa att alla de inkluderade artiklarna blivit publicerade i en peer-reviewed tidskrift

gjordes via Ulrichsweb Global Serials Directory som är tillhandahållen och nåbar via databaslistan i biblioteket på Högskolan i Skövde.

Tabell 1. Sökningar

Databas Datum	Söktermer	Filter	Antal träffar	Titlar lästa	Abstrakt lästa	Artiklar lästa	Artiklar inkluderade
CINAHL 30/3 2018	Late-life OR elderly OR senior OR older people OR aged 65+ AND Depression OR depressive disorder OR depressive symptoms AND treatment OR intervention OR therapy OR treatment effectiveness NOT Nursing home OR comorbidity OR cancer OR heart	Peer reviewed Publikationsdatum: 2008- Ålder: 65+ years Språk: engelska Subject: Major Heading: Depression	442	442	160	19	11
Medline 17/4 2018	Depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder AND Aged OR elderly OR senior OR older people OR aged 65+ OR late-life OR geriatric AND treatment OR intervention OR therapy OR program AND Effective OR effectiveness	Academic Journals Publikationsdatum: 2008- Ålder: 65+ years Subject: Major Headings: - depression - cognitive therapy - depressive disorder - antidepressive agents - psychotherapy - exercise therapy - psychotherapy, group - exercise - behavior therapy - aging - nursing homes	85	85	14	4	3

	OR efficacy OR success						
Manuell sökning (referenslistor)							1

Bearbetning av materialet

För att analysera innehållet i artiklarna gjordes en innehållsanalys med en tematisk ansats, vilket innebär att man indexerar texten i olika teman och/eller subteman för att sedan kunna se ofta förekommande nyckelaspekter och jämföra dem sinsemellan (Bryman, 2011). För att förstå artiklarnas innehåll lästes de i sin helhet flertalet gånger och innehåll som bedömdes vara av intresse i förhållande till syftet markerades med färg. Nästa steg började med en kodning, vilket enligt Bryman (2011) är vanligt förekommande vid innehållsanalyser. Varje artikel kodades med siffror stigande från 1 till och med 15, vilket skrevs manuellt på papper. Vid vidare genomgång skrevs innehåll av intresse ned under varje artikel. Nästa steg i processen innebar en återupprepad genomläsning av texten för att se kontraster och likheter i innehållet. Dessa kontraster och likheter grupperades och tillskrevs den siffra efter i vilken artikel det förekom.

Resultat

Resultatet av analysen utmynnade i fyra olika teman. Det första temat, *Fysisk aktivitet*, innefattar artiklar där den huvudsakliga metoden som studerades baserades på fysisk aktivitet. Det andra temat, *Terapi*, handlar om artiklar som undersökte metoder med terapeutiskt inslag. *Social interaktion* är det tredje temat, vilket belyser hur social interaktion kan utgöra en del av program för att reducera depressiva symptom hos äldre. Det fjärde och sista temat handlar om *Medicinsk behandling* och tar upp de fynd som gjordes gällande medicinering mot depression och andra behandlingar som inte faller inom ramen för fysisk aktivitet, terapi eller social interaktion. Samtliga inkluderade artiklar visas i Tabell 2.

Tabell 2. Resultat

Författare	Tidskrift	Publiceringsdatum	Studiepopulation	Studietyper	Huvudsakliga resultat
Huang, T., Lui, C., Tsai, Y., Chin, Y. & Wong, C.	International Journal of Nursing Studies	14/5 2015	65+ år Självständigt boende Antal deltagare: 57	Randomized controlled trial χ^2 Analysis of variance (ANOVA) Generalized estimating equations (GEE's)	Program för fysisk aktivitet jämfördes med kognitiv beteendeterapi (kbt) och kontrollgrupp. Både grupperna visade reduktion i depressiva symptom. Gruppen som genomförde fysisk aktivitet erhöll längre effekt på reducerade symptom än terapigruppen.
Millán-Calenti, J.C., Lorenzo, T., Núñez- Naveira, L., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L. & Maseda, A.	Archives of Gerontology and Geriatrics	15/8 2015	65+ år Självständigt boende Antal deltagare: 142	Randomized controlled trial χ^2 ANOVA	Effekten av ett datorbaserat program för träning av kognitiv funktion på depressiva symptom jämfördes med kontrollgrupp. Ingen signifikant effekt på depressiva symptom.
Chen, K., Chen, M., Chao, H., Hung, H., Lin, H. & Li, C.	International Journal of Nursing Studies	2009	60+ år Självständigt boende Antal deltagare: 130	Cluster randomized trial χ^2 T-test, ANOVA Analysis of covariance (ANCOVA)	Fysisk aktivitet i form av yoga jämfördes med kontrollgrupp. Signifikant effekt på depressiva symptom för interventionsgruppen.

<p>Kellner, C. H., Husain, M. M., Knapp, R. G., McCall, W. V., Petrides, G., Rudorfer, M. V., ... Lisanby, S. H.</p>	<p>American Journal of Psychiatry</p>	<p>15/7 2016</p>	<p>60+ år Antal deltagare: 240</p>	<p>Multicenter randomized study Dichotomous remission categorization, Paired t-test. Logistic regression</p>	<p>Första fasen i PRIDE-studien. Effekten av ECT-behandling i kombination med antidepressiv medicin undersöktes. 61,7 procent av patienterna mötte kriteriet för remission. 70,4 procent av patienterna mötte responskriteriet (50 procent minskning av symptom från första utvärdering). Bättre odds för remission i äldre gruppen (70 år och över)</p>
<p>Rantakokko, M., Pakkala, I., Äyräväinen, I. & Rantanen, T.</p>	<p>Aging & Mental Health</p>	<p>2015</p>	<p>65+ år Självständigt boende Antal deltagare: 121</p>	<p>Randomized controlled trial χ^2 <i>t</i>-test, ANOVA</p>	<p>Sekundäranalys av VOW-projektet. Interventionsgruppen deltog i dagliga aktiviteter utanför hemmet. Interventionen hade effekt för de med lindriga depressiva symptom. Ingen signifikant effekt för de med svåra depressiva symptom eller för de utan symptom. Depressiva symptom ökade i kontrollgruppen.</p>
<p>Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelöf, N., Gustafson, Y. & Rosendahl, E.</p>	<p>Aging & Mental Health</p>	<p>Juli 2010</p>	<p>65+ år Sjukhem/äldreboende Antal deltagare: 191</p>	<p>Cluster- randomized controlled trial χ^2 <i>t</i>-test ANCOVA</p>	<p>Effekten av ett motionsprogram med hög intensitet utvärderades. Ingen signifikant effekt för deltagarna med depressiva symptom. Ingen skillnad mellan dementa och icke- dementa. Av deltagarna som var diagnostiserade med depression och under medicinsk behandling visade</p>

					47procent förtfarande tecken på depression.
Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M... Botella, C.	Aging & Mental Health	November 2012	65+ år Antal deltagare: 36	Randomized controlled trial χ^2 <i>T</i> -test ANOVA ANCOVA Cohen's <i>d</i>	Livsöversiktsterapi undersöktes och jämfördes med kontrollgrupp. Interventionen hade signifikant effekt på depressiva symptom jämfört med kontrollgruppen.
Bernard, P., Ninot, G., Bernard, P. L., Picot, M. C., Jaussent, A., Tallon, G. & Blain, H.	Aging & Mental Health	2015	57–75 år Postmenopausala kvinnor Antal deltagare: 121	Randomized controlled trial <i>T</i> -test χ^2 Mann–Whitney-test ANCOVA Partial eta-squared Pearson's <i>r</i>	Effekten av ett motionsprogram av medelhög intensitet jämfördes med kontrollgrupp. Interventionsgruppen visade signifikant reducering av depressiva symptom i jämförelse med kontrollgruppen.
Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Rantanen, T., Tiikkainen, P. & Kallinen, M.	Aging & Mental Health	2018	75–79 år Självständigt boende Antal deltagare: 223	Randomized controlled trial GEE's Ancillary GEE	Effekt av interventionen, bestående av fysisk aktivitet, social aktivitet eller personlig rådgivning, mättes och jämfördes med kontrollgrupp. Deltagarna i interventionsgruppen fick välja mellan de olika aktiviteterna.

				Multiple Imputation	Kontrollgruppen hade tillgång till sedvanlig service inom samhället. Interventionen hade ingen signifikant effekt.
Chen, K., Chen, M., Lin, M., Fan, J., Lin, H. & Li, C.	Journal of Nursing Research	2010	65+ år Sjukhem/äldreboende Antal deltagare: 69	Quasi-experimental untreated control design Fisher's exact test χ^2 ANOVA	Effekt av yogaprogram mättes och jämfördes med kontrollgrupp. Interventionen hade signifikant effekt efter sex månader i jämförelse med kontrollgruppen.
Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J... Cross, S.	International Journal of Geriatric Psychiatry	2008	60+ år Antal deltagare: 40	Randomized controlled trial ANOVA ANCOVA	Effekt av KBT vs sedvanlig vård mättes. Båda grupperna visade på reducerade depressiva symptom utan signifikant skillnad mellan grupperna. Signifikant skillnad för KBT med civilstånd som variabel = De som levde ensamma visade reducerade symptom i självrapportering. Fördel för KBT i form av minskat antal som möter kriterium för depression efter interventionen.
Brittle, N., Patel, S., Wright, C., Baral, S., Versfeld, P. & Sackley, C.	Clinical Rehabilitation	2009	Mean age: 84,5 Sjukhem/äldreboende Antal deltagare: 56	Exploratory cluster randomized controlled trial	Fysisk aktivitet på grupp nivå jämfördes med kontrollgrupp. Ingen signifikant effekt på depressiva symptom. För lågt deltagarantal. Beräknat antal för att avgöra effekt är cirka 200 deltagare.

Chen, K., Huang, H., Cheng, Y., Li, C. & Chang, Y.	Nursing Outlook	2015	65+ år Sjukhem/äldreboende Antal deltagare: 127	Cluster randomized controlled trial χ^2 <i>t</i> -test ANOVA	Rullstolsbundet motionsprogram jämfördes med kontrollgrupp. Signifikant effekt för interventionsgruppen vid tre månader och sex månader. Depressiva symptom i kontrollgrupp ökade.
Tsai, H., Tsai, Y., Wang, H., Chang, Y. & Chu, H. H.	Aging & Mental Health	2010	60+ år Sjukhem/äldreboende Antal deltagare: 57	Quasi-experimental design χ^2 <i>t</i> -test Multiple linear regression GEE	Effekt av ett program baserat på videokonferens med nära släkting jämfördes med kontrollgrupp. Interventionen visade signifikant effekt på depressiva symptom oavsett depressiv status jämfört med kontrollgrupp.
Kerse, N., Hayman, K. J., Moyes, S. A., Peri, K., Robinson, E., Dowell, A... Arroll, B.	Annals of Family Medicine	2010	75+ år Självständigt boende Antal deltagare: 193	Randomized controlled trial Regression analysis Generalized linear mixed models (GLMM)	Effekt av fysisk aktivitet jämfördes med effekt av social aktivitet. Båda grupperna visade effekt på depressiva symptom. Ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

Fysisk aktivitet

Inom ramen för fysisk aktivitet finns studier som visar på positiv effekt i form av reducerade depressiva symptom (Bernard et al., 2015; Chen et al., 2009; Chen et al., 2010; Chen et al., 2015; Huang et al., 2015; Kerse et al., 2010).

Huang et al. (2015) undersökte vilken effekt ett gruppträningsprogram hade på depressiva symptom och fann en signifikant reduktion vid uppföljning direkt efter interventionen samt vid tre respektive sex månader efter. Två studier visade att ett sex månader långt yogaprogram föranledde signifikant skillnad på depressiva symptom och sömnkvalitet i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna (Chen et al., 2009; Chen et al., 2010). Gemensamt för studiepopulationen i ovan nämnda studier var att över hälften var kroniskt sjuka. Liknande resultat kunde ses i studien av Chen et al. (2015), som visade ett positivt resultat i form av reduktion av depressiva symptom efter ett individanpassat träningsprogram för rullstolsbundna, där 98 procent av studiepopulationen hade minst en kronisk sjukdom. Studien av Chen et al. (2015) visade också att interventionen hade effekt på sömn, då deltagarna i interventionsgruppen sov längre.

Fördelen med fysisk aktivitet för att lindra depression stöds även av en studie där deltagarna genomgick ett sex månaders promenadprogram av medelhög intensitet (Bernard et al., 2015). En studie av Kerse et al. (2010) visade på en reduktion i depressiva symptom för gruppen som genomförde ett hembaserat träningsprogram. Antalet deltagare som hade högre nivå av depressiva symptom vid början av studien var lägre vid uppföljningen ett år senare.

I kontrast till ovan nämnda artiklar pekade två studier i motsatt riktning, studier där fysisk aktivitet inte hade en signifikant reduktion på depressiva symptom i jämförelse med kontrollgrupperna (Conradsson et al., 2010; Pynnönen et al., 2018). Conradsson et al. (2010) undersökte effekten av ett individanpassat viktbaserat träningsprogram och kom fram till att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen som också inkluderade deltagare med kognitiv och fysisk nedsättning.

Allvarlig kognitiv nedsättning visade sig vara problematisk i en annan studie då det gjorde att några deltagare var oförmögna att delta (Brittle et al. 2009).

Terapi

Av de utvalda artiklarna förekom tre studier där terapi hade reducerande effekt på depressiva symptom (Huang, Liu, Tsai, Chin & Wong, 2015; Laidlaw et al., 2008; Preschl et al., 2012) Preschl et al. (2012) undersökte effekten av livsöversiktsterapi, där resultaten visade att

deltagarna som ingick i terapigruppen visade en minskning i depressiva symptom jämfört med kontrollgruppen. Kognitiv beteendeterapi (KBT) i jämförelse med sedvanlig vård visade sig ha likvärdig reducerande effekt på depressiva symptom, utan någon signifikant skillnad mellan grupperna enligt Laidlaw et al. (2008). I studien inkluderades deltagare som uppfyllde kriterierna för egentlig depression. Mätning av antalet deltagare som efter interventionen uppfyllde kriterierna för en depressiv diagnos var enligt Laidlaw et al. (2008) till KBT-gruppens fördel, och med civilstånd som variabel visade KBT ha en signifikant skillnad på självrapporterad depressiv status bland deltagarna som inte var gifta (Laidlaw et al., 2008). I kontrast till detta visade studien av Huang et al. (2015) att gruppen som erhöll kognitiv beteendeterapi endast visade signifikant effekt på reducering av depressiva symptom direkt efter den 12 veckor långa interventionen men inte vid vidare uppföljning.

I studien av Pynnönen, Törmäkangas, Rantanen, Tiikkainen och Kallinen (2018) var personlig rådgivning ett av tre program som utgjorde interventionsgruppen och visade sig inte vara effektivt när det kommer till att reducera depressiva symptom. Deltagarna som valde personlig rådgivning hade i snitt högre depressiva symptom innan interventionen än deltagarna i de andra interventionsgrupperna (Pynnönen et al., 2018). Vidare visade en studie av Millán-Calenti et al. (2015) att ett interaktivt datorbaserat program för att träna kognitiv förmåga hos äldre inte gav någon signifikant effekt på reducerande av depressiva symptom.

Social interaktion

Social interaktion är ett tema som återfinns i flertalet studier inkluderade. I studien av Tsai, Tsai, Wang, Chang och Chu (2010) var tre fjärdedelar av deltagarna i interventionsgruppen änkor, och i kontrollgruppen var antalet änkor strax under hälften till antalet. Interventionen gick ut på att videokonferera med släktingar, något som hade signifikant effekt på depressiva symptom, status för ensamhet och social support i jämförelse med kontrollgruppen (Tsai et al., 2010). Även Huang et al. (2015) fann att socialt stöd ökade bland interventionsgrupperna.

Ett liknande resultat fann även Kerse et al. (2010) där kontrollgruppen fick aktiv social kontakt regelbundet, vilket reducerade depressiva symptom. I samma studie, där interventionsgruppen bestod av hemmabaserad fysisk aktivitet, visade det sig att 11 av 97 deltagare tränade själva.

Rantakokko, Pakkala, Äyrävainen och Rantanen (2015) menar i deras studie att social interaktion i form av dagliga aktiviteter utanför hemmet endast hade effekt på depressiva

symptom hos deltagare med milda nivåer av depressiva symptom, medan det fortsatte vara oförändrat för de andra deltagarna i interventionsgruppen och ökade för kontrollgruppen.

Studien av Pynnönen et al. (2018) visade att totala antalet deltagare som levde ensamma var 65 procent. Deltagarna som valde personlig rådgivning hade i snitt högre depressiva symptom och var i större utsträckning ensamma än resterande interventionsgrupper. Personlig rådgivning visade sig inte vara effektivt när det kommer till att reducera depressiva symptom. Interventionsgruppen visade en ökning av upplevd samhörighet, social integration bland de som inte var deprimerade samt känsla av ensamhet, vilket minskade i både interventions- och kontrollgruppen (Pynnönen et al., 2018).

I studien av Chen et al. (2010) var deltagarna i kontrollgruppen äldre och antalet som levde med make eller maka var färre i antal jämfört med interventionsgruppen. Liknande förhållande gällande civilstånd kunde ses i studien av Chen et al. (2009). I en annan studie var majoriteten av deltagarna änkor (Chen, Huang, Cheng, Li & Chang, 2015).

Medicinsk behandling

Kellner et al. (2016) studerade effekten av en elektrokonvulsiv behandling (ECT) i kombination med den antidepressiva medicinen venlafaxin bland patienter som var diagnostiserade med svår egentlig depression. Totalt 61,7 procent av deltagarna mötte kriterierna för remission. 70,4 procent av deltagarna mötte kriteriet för respons till behandlingen, vilket bildade en 50 procent minskning av depressiva symptom från första mätningen. Antal behandlingar för att uppnå remission var i snitt 7,3 behandlingstillfällen. Med åldersgrupper som variabel (60–69 år respektive 70 år och över) var oddsen för remission 1,89 gånger bättre för den sistnämnda gruppen. Oddsen för att uppnå kriterierna för remission var dubbelt så höga bland deltagare som visade suicidala tankar än bland de som inte gjorde det (Kellner et al., 2016).

Tre studier rapporterade användning av antidepressiv medicin (Conradsson, Littbrand, Lindelöf, Gustafson & Rosendahl, 2010; Kerse et al., 2010; Laidlaw et al., 2008). I studien av Kerse et al. (2010) tog 26,4 procent antidepressiv medicin. I studien av Laidlaw et al. (2008) förekom ingen användning av antidepressiv medicin i interventionsgruppen medan 80 procent av deltagarna i kontrollgruppen fick antidepressiv medicin efter randomiseringen. Studien av Conradsson et al. (2010) visade att 61 procent av deltagarna var diagnostiserade med depression, varav 49 procent tog antidepressiv medicin. Studiens första mätning visade att 47

procent av dessa deltagare hade depressiva symptom över normalvärdet (Conradsson et al., 2010).

Diskussion

Resultatdiskussion

Fysisk aktivitet

Även om Pynnönen et al. (2018) visar att fysisk aktivitet inte fungerar för att minska depressiva symptom hos äldre pekar majoriteten av studier inom detta tema, i enlighet med tidigare forskning (Heinzel et al., 2015; Park et al., 2014) på att fysisk aktivitet kan vara en effektiv metod för behandling av depression hos äldre. Eftersom fysiska aktivitetsprogram bygger på enskilda individers fysiska förmåga är individanpassning grundläggande i utformningen av programmen, i synnerhet för äldre eftersom den fysiska förmågan varierar i större utsträckning bland äldre än bland yngre. Ett program som bygger på fysisk aktivitet fyller inte sitt syfte om deltagare av olika skäl inte kan genomföra det. Individanpassning och hanterbarhet kan vara en förklaring till varför Chen et al. (2015) erhöll ett positivt resultat. Hanterbarhet relaterar sannolikt till att Chen et al. (2009) och Chen et al. (2010), trots den höga prevalensen av kroniska sjukdomar, erhöll en positiv effekt då yoga är en lugnare form av träning som inte förutsätter att deltagare exempelvis har förmågan att träna med redskap. Vid faktorer som kognitiv nedsättning är individanpassning särskilt viktig (SBU, 2015), vilket påvisas av Brittle et al. (2009). Dock visar Conradsson et al. (2010) att individanpassning automatiskt inte medför ett positivt resultat, oavsett om deltagarna har en kognitiv funktionsnedsättning eller inte, vilket i sin tur visar att det är andra faktorer i träningsmomenten som spelar större roll för det uppnådda resultatet än den fysiska aktiviteten i sig. En av de större utmaningarna inom detta tema är att de flesta studier endast har fysisk aktivitet som gemensam nämnare. Näst intill samtliga studier skiljer sig åt gällande studiepopulation och utformning av det fysiska programmet, vilket gör det problematiskt vid bedömning av resultaten. En förklaring till varför det ser så olika ut kan ligga i det knappa vetenskapliga underlaget (SBU, 2015; Socialstyrelsen, 2017) som existerar inom detta område. Om det skulle råda enighet om vilka typer av fysiska aktiviteter som passar bäst för äldre hade det gett en grund att basera studier på och således gett rum för att fokusera på andra aspekter än att bara undersöka effekten.

Terapi

Trots att kognitiv beteendeterapi är den psykologiska behandling det har gjorts mest forskning på (SBU, 2015) var förvånande att endast tre studier (Huang et al., 2015; Laidlaw et al., 2008; Preschl et al., 2012) undersökte effekten av kliniska terapibehandlingar. Visserligen bekräftar Preschl et al. (2012) att livsöversiktsterapi är en lovande form av behandling (SBU, 2015), men att kognitiv beteendeterapi samtidigt inte är ett bättre behandlingsalternativ än sedvanlig vård (Laidlaw et al., 2008) eller endast ger en kortsiktig effekt i jämförelse med fysisk aktivitet (Huang et al., 2015) visar på just det. SBU (2015) menar att det föreligger ett otillräckligt vetenskapligt underlag för att avgöra om kognitiv beteendeterapi är en bra behandlingsmetod för äldre med depression. Att inte personlig rådgivning (Pynnönen et al., 2018) eller träning av kognitiv förmåga (Millán-Calenti et al., 2015) reducerar depressiva symptom påvisar ännu mer den oenighet som verkar råda när det gäller terapi som behandlingsform för äldre med depression. En rimlig förklaring till varför resultaten visar sig olika kan vara att de flesta behandlingsmetoder för depression grundar sig på studier med yngre studiepopulationer (Socialstyrelsen, u.å-b). Sammanfattningsvis leder det sannolikt till att riktlinjerna för behandling av depression (Socialstyrelsen, 2017) inte gör en avgränsning mellan vuxna och äldre. En konsekvens av detta blir då att terapi är sällsynt förekommande som behandlingsmetod för äldre med depression (Socialstyrelsen, 2012).

Social interaktion

Att åldrande i sig innebär ett krympande socialt nätverk är för de flesta en naturlig företeelse. Om det sociala nätverket består av kollegor på arbetsplatsen så kan pensionen innebära ett mer ensamt liv. Att förlora en partner eller närstående ökar också med åldern, och ensamt boende har ett samband med högre depressiva symptom (Pynnönen et al., 2015). Aspekter som dessa leder inte bara i sin tur till ett minskat känslomässigt stöd (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Förlust i sig är en riskfaktor för depression (WHO, 2017a), förenat med högre depressiva symptom (Magnil et al., 2008). Social isolering är en riskfaktor för psykisk ohälsa (SBU, 2015), och att ett flertal studier involverade social interaktion (Chen et al., 2009; Chen et al., 2010; Chen et al., 2015) pekar mot ökad förståelse av social interaktion som komponent vid behandling av depression hos äldre. Detta perspektiv ger å ena sidan ökad förståelse till varför social interaktion har en reducerande effekt på depressiva symptom (Kerse et al., 2010; Tsai et al., 2010) och ökar känslan av socialt stöd (Huang et al., 2015; Tsai et al., 2010). Å andra sidan visar det ett ouppfyllt behov bland deltagarna. Även om ett par av de ovannämnda

studierna pekar i den riktning som antyder att social interaktion i sig kan ha effekt på depressiva symptom visade en studie (Rantakokko et al., 2015) ett annorlunda resultat. Visserligen ökade nivåerna av depressiva symptom i kontrollgruppen (Rantakokko et al., 2015), men om den negativa effekten är ett resultat av utebliven social interaktion är diskutabelt. Sammanfattningsvis visar detta tema att det rör sig om ett komplext område som i sig kan representera effektiv vård för äldre med depression givet särskilda omständigheter då vården inte är effektivt för alla.

Medicinsk behandling

Gällande medicinsk behandling var intressant att endast tre artiklar (Conradsson et al., 2010; Kellner et al., 2016; Laidlaw et al., 2008), trots en relativt förutsättningslös sökning gällande olika behandlingsmetoder för depression, nämnde och/eller undersökte effekten av medicinsk behandling då Socialstyrelsen (2012) rapporterar en utbredd användning av psykofarmaka bland äldre. Socialstyrelsen rapporterar visserligen endast för Sverige, men en liknande trend finns även i USA (Akincigil et al., 2011), vilket är bekymmersamt då användning av antidepressiv medicin hos äldre är förenat med allvarliga bieffekter (Socialstyrelsen, 2016; Danielsson et al., 2016) och samtidigt inte tillräckligt effektiv (SBU, 2015). Effekten återspeglas i studien av Conradsson et al. (2010), och enligt Laidlaw et al. (2008) är det sannolikt att äldre som är hänvisade till sedvanlig vård sannolikt får antidepressiv medicin utskriven. Detta samband återfinns även i Sverige då 65 procent av all förskrivning av antidepressiv medicin sker inom primärvården (Socialstyrelsen, 2017). För att ge en förklaring till varför det ser ut på detta vis får man åter igen se till riktlinjerna för vård av depression och den icke existerande uppdelningen mellan vuxna och äldre (Socialstyrelsen, 2017). Om läkare inte har något annat underlag att förlita sig på än dessa riktlinjer vid vård av äldre med depression verkar det rimligt att valet av behandling lutar mot antidepressiv medicin. Socialstyrelsens (2017) rekommendationer för behandling av svår depression är elbehandling. Kellner et al. (2016) visar att elbehandling i kombination med antidepressiv medicin är en effektiv behandlingsform för äldre med svår depression, vilket ger ett incitament att börja dela upp riktlinjerna för åtminstone svår depression.

Metoddiskussion

Från början riktade sig detta arbete mot åldersgruppen 65 och över med depression. Detta medförde dock två stora problem, vilket återspeglas i sökstrategin. Trots användandet av åldersfiltrering är åldersbenämning och -kategorisering inte är konsistent inom forskningen då

flertalet studier involverade deltagare under 65 år. För att kompensera för detta drogs en linje för inkludering, att medelåldern på studiepopulationen skulle vara minst 65 år. Vidare skedde första sökningen med en exkluderande boolesk operatör för ”nursing home”. Dock visade sökträffarna att det ofta förekom studier baserade i någon form av vårdinrättning, så som ålderdomshem, trots de exkluderande kriterierna. Därav togs ett beslut att involvera studier baserade i exempelvis ålderdomshem, vilket förklarar skillnaderna mellan sökningarna. Detta ses som svagheter i sökstrategin, men kan också förklaras av de kunskapsluckor som SBU (2015) menar existerar inom detta område.

Valet av ytterligare filtrering (se Tabell 1.) grundades på vanliga metoder för behandling av depression, vilket är medicinsk behandling, fysisk aktivitet och terapeutisk behandling (Socialstyrelsen, 2017). I övrigt var sökstrategin relativt öppen, vilket kan ses som en styrka då det gav rum för andra behandlingsmetoder förutom de som anses vara kliniskt beprövade. Något som också kan ses som en styrka är tidsramen för materialets publikation. En avgränsning på tio år gjordes, vilket kan ses som ett för brett tidsspann. Att ha i åtanke är dock den kunskapslucka som påvisas av SBU (2015), som i deras studie inte gjorde någon avgränsning i sin sökstrategi, vilket också ger en rimlighet till en publikationsram om tio år. Slutligen är samtliga studier inkluderade i analysen av kvantitativ typ. Att inkludera kvalitativa studier hade kunnat ge en inblick i deltagares upplevelser av olika behandlingar för depression, och därmed sannolikt gett ett annorlunda resultat. Dock ansågs kvantitativa studier svara bättre i relation till syftet, varpå endast studier med kvantitativ ansats inkluderades. Att sökningarna enbart har gjorts i elektroniska databaser kan enligt Bryman (2011) ha uteslutit andra källor av information, vilket i sin tur kan ha påverkat resultatet.

Allmän diskussion

Vid genomläsning av resultatet måste studiepopulationerna, som i sin helhet skiljde sig väsentligt gällande depressiv status, hållas i åtanke. Bernard et al. (2015) rapporterade exempelvis få depressiva symptom i studiepopulationen. I kontrast till detta hade minst hälften av deltagarna medel till höga nivåer av depression i studien av Kerse et al. (2010), och Conradsson et al. (2010) rapporterade ett medelvärde som indikerar förekomst av depression. Heterogenitet bland studier inom detta område är enligt Heinzl et al. (2015) och Park et al. (2014) problematisk. Samma problematik genomsyrade detta arbete. Studiepopulationerna i de inkluderade artiklarna sträcker sig allt från relativt friska kvinnor i klimakteriet (Bernard et al., 2015) till rullstolsbundna, kroniskt sjuka äldre som bor på vårdhem (Chen et al., 2015). På grund av heterogeniteten av de enskilda studierna med näst intill unika förutsättningar och

utformning kunde inte en mer djupgående analys göras då tidsramen för detta arbete upplevs som för snäv. Att studera storlek av effekt inom de studier som var framgångsrika i att reducera depressiva symptom hade varit intressant, men det finns faktorer som skulle göra det problematiskt. För det första använder flertalet studier olika diagnostiska instrument för att mäta depressiva symptom, ett samband som SBU (2015) menar är vanligt förekommande. För det andra förekommer det ofta andra faktorer som gör det svårare att diagnostisera äldre (SBU, 2015). För det tredje finns det indikationer på att de vanligaste diagnostikinstrumenten inte fungerar lika bra för äldre, då de är utvecklade primärt för vuxna (SBU, 2015). Det verkar råda svårigheter att genomföra studier i åldersgruppen. Enligt SBU (2015) är avhopp ett stort problem i många studier om äldre, vilket ger en möjlig förklaring till studien av Brittle et al. (2009) där ett lågt deltagarantal påverkade bedömningen och tillförlitligheten av resultatet.

Slutsats

Resultatet av denna studie visar det komplexa förfarande som behandling av äldre med depression innebär. Även om resultatet i sin helhet pekar i samma riktning som befintlig kunskap inom området visar det i vissa hänseenden på en motsatt sambandsriktning, och tolkning av de olika behandlingsformernas effekt försvåras av den genomgående heterogena populationen som äldre utgör. Den äldre populationen är en expanderande grupp med många riskfaktorer för depression. På grund av tidigare nämnda anledningar behövs fler långsiktiga studier med huvudsakligt fokus på undergrupper för att bekräfta eller dementera eventuella samband.

Implikationer och förslag till behandling

Att de nationella riktlinjerna för behandling av depression inte kan göra någon distinktion mellan vuxna och äldre delvis på grund av dåligt vetenskapligt underlag (Socialstyrelsen, 2017) understryker vikten av fler studier inom området. Litteraturstudien bidrar med ytterligare kunskap inom området, men heterogeniteten gör det problematiskt att ge några rekommendationer för behandling. Conradsson et al. (2010) menar att den mest effektiva behandlingen av depression hos äldre sannolikt är en kombination av olika metoder. Baserat på resultaten är rekommendationen för behandling en kombination av fysisk aktivitet och kognitiv beteendeterapi, där behandlingsmetoderna baseras på social interaktion. På grund av de varierande fysiska förutsättningarna som förekommer bland äldre bör individualisering av behandlingsmetoderna vara av särskild vikt.

Referenslista

Akincigil, A., Olfson, M., Walkunp, J. T., Siegel, M. J., Kalay, E., Amin, S...Crystal, S. (2011). Diagnosis and Treatment of Depression in Older Community-Dwelling Adults: 1992–2005. *J Am Geriatr Soc*, 59, 1042–1051. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03447.x

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144097329.

Bernard, P., Ninot, G., Bernard, P., Picot, M., Jaussent, A., Tallon, G., & Blain, H. (2015). Effects of a six-month walking intervention on depression in inactive post-menopausal women: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 19(6), 485-492. doi:10.1080/13607863.2014.948806

Brittle, N., Patel, S., Wright, C., Baral, S., Versfeld, P., & Sackley, C. (2009). An exploratory cluster randomized controlled trial of group exercise on mobility and depression in care home residents. *Clinical Rehabilitation*, 23(2), 146-154. doi:10.1177/0269215508098891

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2:a uppl.) Stockholm: Liber. ISBN 9789147090686.

Chen, K., Chen, M., Chao, H., Hung, H., Lin, H. & Li, C. (2009). Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises: Cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 154-163.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.09.005

Chen, K., Chen, M., Lin, M., Fan, J., Lin, H. & Li, C. (2010). Effects of Yoga on Sleep Quality and Depression in Elders in Assisted Living Facilities. *Journal of Nursing Research*, 18(1), 53-61. doi:10.1097/jnr.0b013e3181ce5189

Chen, K., Huang, H., Cheng, Y., Li, C. & Chang, Y. (2015). Sleep quality and depression of nursing home older adults in wheelchairs after exercises. *Nursing Outlook*, 63(3), 357-365.
doi:10.1016/j.outlook.2014.08.010

Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelöf, N., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. (2010). Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities: A cluster-randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(5), 565-576. doi:10.1080/13607860903483078

Danielsson, B., Collin, J., Bergman, G. J., Borg, N., Salmi, P. & Fastbom, J. (2016). Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults - a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 81(4), 773-783. doi:10.1111/bcp.12829

Folkhälsomyndigheten. (2013, 12 december). Åldrande befolkning. Hämtad 7 december, 2017, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/aldrande-befolkning/>

Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., . . . Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: Results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, *16*(1). doi:10.1186/s12889-016-3638-0

Heinzel, S., Lawrence, J. B., Kallies, G., Rapp, M. A., & Heissel, A. (2015). Using Exercise to Fight Depression in Older Adults. *GeroPsych*, *28*(4), 149-162. doi:10.1024/1662-9647/a000133

Huang, T., Liu, C., Tsai, Y., Chin, Y. & Wong, C. (2015). Physical fitness exercise versus cognitive behavior therapy on reducing the depressive symptoms among community-dwelling elderly adults: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(10), 1542-1552. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.013

Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, *17*(5), 555-563. doi:10.1080/13607863.2013.789002

Katz, D. L., Elmore, J. G., Wild, D. M. & Lucan, S. C. (2014). *Jekels Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine, and Public Health*. (4:e uppl.) Philadelphia, PA: Saunders. ISBN 987-1-4557-0658-7

Kellner, C. H., Husain, M. M., Knapp, R. G., Mccall, W. V., Petrides, G., Rudorfer, M. V., . . . Lisanby, S. H. (2016). Right Unilateral Ultrabrief Pulse ECT in Geriatric Depression: Phase 1 of the PRIDE Study. *Am J Psychiatry*, *173*(11), 1101–1109. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15081101

Kerse, N., Hayman, K. J., Moyes, S. A., Peri, K., Robinson, E., Dowell, A., . . . Arroll, B. (2010). Home-Based Activity Program for Older People With Depressive Symptoms: DeLLITE-A Randomized Controlled Trial. *The Annals of Family Medicine*, 8(3), 214-223. doi:10.1370/afm.1093

Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., . . . Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 843-850. doi:10.1002/gps.1993

Lidwall, U. & Olsson-Bohlin, C. (2016). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest*. Hämtad 15 maj, 2018, från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES

Magnil, M., Gunnarsson, R., Björkstedt, K. & Björkelund, C. (2008). Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors in Elderly Primary Care Patients: A Descriptive Study. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10(06), 462-468. doi:10.4088/pcc.v10n0607

Millán-Calenti, J. C., Lorenzo, T., Núñez-Naveira, L., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L. & Maseda, A. (2015). Efficacy of a computerized cognitive training application on cognition and depressive symptomatology in a group of healthy older adults: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 337-343. doi:10.1016/j.archger.2015.08.015

Park, S., Han, K. S. & Kang, C. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of

randomized controlled trials. *Applied Nursing Research*, 27(4), 219-226.
doi:10.1016/j.apnr.2014.01.004

Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), 964-974.
doi:10.1080/13607863.2012.702726

Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Rantanen, T., Tiikkainen, P. & Kallinen, M. (2018). Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 22(1), 77-84. doi:10.1080/13607863.2016.1232367

Rantakokko, M., Pakkala, I., Äyräväinen, I. & Rantanen, T. (2015). The effect of out-of-home activity intervention delivered by volunteers on depressive symptoms among older people with severe mobility limitations: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 19(3), 231-238. doi:10.1080/13607863.2014.924092

Socialstyrelsen. (u.å.-a). Depression. Hämtad 6 december, 2017, från
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Depression/Sidor/default.aspx>

Socialstyrelsen. (u.å.-b). Forskning i korthet: Ångest och depression hos äldre. Hämtad 7 december, 2017, från
<http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Kunskapsunderlag/malgruppsanpassade-sammanfattningar/Sidor/Forskning-i-korthet-angest-och-depression-hos-aldre.aspx>

Socialstyrelsen. (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd* (Artikelnr 2012–2–22).

Hämtad 26 november, 2017, från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18612/2012-2-22.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre* (Artikelnr 2016–6–60). Hämtad 4 maj, 2018 från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20284/2016-6-60.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (Artikelnr 2017-12-4). Hämtad 4 maj, 2018, från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar.*

En systematisk litteraturöversikt (SBU-rapport nr 166/3). Hämtad 15 maj, 2018 från

<http://www.sbu.se/contentassets/00f42eab171e4ab699292a6bb6db920c/depression-vol-3.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport nr 233). Hämtad från

http://www.sbu.se/contentassets/091b2eda2ea94eec983300d0d1236e04/depression_aldre_2015.pdf

Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Det är aldrig för sent!* Hämtad 6 maj, 2018 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/939eb16e9a414205951b939456e181fd/r2009-18-det-ar-aldrig-for-sent.pdf>

Tsai, H., Tsai, Y., Wang, H., Chang, Y. & Chu, H. H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8), 947-954. doi:10.1080/13607863.2010.501057

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2013). *World Population Ageing 2015*. Hämtad 15 november, 2017, från http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

World Health Organization. (2017a, 12 december). Mental health and older adults. Hämtad 12 maj, 2018, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

World Health Organization. (2017b). *Depression and Other Common Mental Disorders – Global Estimates*. Hämtad 6 december, 2017, från <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organization. (2018, 22 mars). Depression. Hämtad 12 maj, 2018, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>