

**SJUKSKÖTERSORS  
ERFARENHETER AV ATT  
IDENTIFIERA DEPRESSION HOS  
DEN ÄLDRE MÄNNISKAN**

**NURSES' EXPERIENCE TO  
IDENTIFYING DEPRESSION OF  
ELDERLY PEOPLE**

Examensarbete i Omvårdnad  
15 högskolepoäng, C-nivå  
Vårterminen 2010  
Författare: Anneli Beijer  
Katarina Liedberg

Handledare: Ann-Marie Svensson  
Examinator: Ulla Hellström Mühli

---

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjukskörsors erfarenheter att identifiera depression hos den äldre människan.
Institution:	Institution för vård och natur, Högskolan Skövde.
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad 15 Hp.
Författare:	Beijer, Anneli Liedberg, Katarina
Handledare:	Svensson, Ann-Marie
Antal sidor:	33
Månad och år:	Juni 2010
Nyckelord:	Äldre, depression, sjuksköterska, kunskap, identifiering.

---

Depression hos äldre har blivit ett stort hälsoproblem. Idag är depression den vanligaste psykiatriska sjukdomen bland äldre. Om en depression inte identifieras kan den leda till allvarliga konsekvenser. En av sjuksköterskans uppgifter kan vara att identifiera depression hos äldre personer. Syftet med denna litteratur studien var att ta reda på sjuksköterskans svårigheter och möjligheter i att identifiera depression hos äldre. Den valda metoden var en kvalitativ litteraturstudie och gjordes enligt Friberg (2001). Den kunskap som framkom om sjuksköterskan kategoriserades i svårigheter att identifiera depression och möjligheter i att upptäcka depressionen. Resultatet av studien visar att sjuksköterskor har svårigheter i att identifiera depression hos äldre, men det finns möjligheter att förbättra en identifiering. När den äldre deprimerade maskerar sina depressiva symtom i somatiska sjukdomar, kan sjuksköterskan få svårigheter att identifiera depressionen. Det kan också finnas attityder hos sjuksköterskor, att människan blir deprimerad på äldre dagar. Detta kan leda till att depressionen inte identifieras. Genom att använda sig av kommunikation, Geriatric Depression Scale (GDS), kunskap från närstående och utbildning ökar sjuksköterskans möjligheter att identifiera en depression och därmed minska lidandet för den äldre. Slutsatsen som dras är att det behövs mer utbildning för sjuksköterskor i att kunna identifiera depression hos den äldre personen.

## ABSTRACT

Titel: Nurses' experience to identifying depression of elderly people  
Department: School of Life Sciences, University of Skövde  
Course: Thesis in nursing care 15 ECTS  
Author: Beijer, Anneli Liedberg, Katarina  
Supervisor: Svensson, Ann-Marie  
Number of pages: 33  
Month and year: June 2010  
Keywords: Older, depression, nurse, knowledge, identifying

---

Depression in elderly people has become a big health problem. Today, depression is the most common psychiatric illness amongst elderly. If depression is not identified, it can lead to serious consequences. One of the nurse's duties could be identify depression in elderly people. The purpose of this literary study was to find the nurse's difficulties and possibilities in identifying depression in elderly. The chosen method was a qualitative literary study and was carried out according to Friberg (2001). That knowledge that emerged about the nurses was categorised in difficulties in identifying depression and possibilities of discovering this. The result of the study shows that nurses have difficulties in identifying depression in elderly, but there are possibilities to improve an identification. When the depressed elderly disguises the depressive symptoms in somatic illnesses, the nurse may have difficulties in identifying the depression. There may also be the attitude of the nurses, that depression is part of the aging process. This may lead to that depression is not identified. By using communication, the Geriatric Depression Scale (GDS), information from people close to the patient and education, the nurse's possibilities in identifying a depression are increased and can thereby reduce the suffering of the elderly. The conclusion is that nurses need more education to be able to identify depression in elderly.

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Depression.....	1
Sjukdomsorsaker .....	1
Psykosocial situation .....	2
Symtom.....	2
Svårigheter med att fastställa depression .....	3
Behandling.....	3
Läkemedelsbehandling .....	3
Electrokonvulsiv behandling .....	4
Behandling med samtal.....	4
Depression hos äldre och dess konsekvenser.....	4
Sjuksköterskans stöd till den äldre deprimerade.....	5
Kommunikation.....	5
Sjuksköterskans funktion och ansvar .....	5
<b>PROBLEMFÖRMUERING</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval.....	7
Datainsamling och artikelgranskning.....	7
Analys .....	7
Etiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Svårigheter i att identifiera depression hos äldre: .....	9
Otydliga symtom .....	9
Förutfattade meningar .....	10
Brist på kunskaper .....	10
Kommunikationsbrister .....	11
Möjligheter i att identifiera depression hos äldre:.....	11
Geriatric Diagnosis Scale (GDS).....	11

Ta del av anhörigas kunskaper .....	12
Utbildning.....	12
Resultatsammanfattning.....	12
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion .....	17
Implikation .....	17
<b>REFERENSER.....</b>	<b>18</b>
<b>Bilaga 1.....</b>	<b>I</b>
<b>Bilaga 4.....</b>	<b>VII</b>
<b>Bilaga 5.....</b>	<b>VIII</b>

# INLEDNING

Depression hos äldre (personer över 65 år) har blivit ett stort hälsoproblem. Idag är depression den vanligaste psykiatriska sjukdomen bland äldre människor. Om depressionen inte identifieras leder detta till ett lidande bland de äldre och kan bli en belastning för de närstående (McCabe, Russo, Mellor, Davidsson & George, 2007). Depression är sammankopplad till fysisk sjukdom, (exempelvis människor som drabbas av cancer, stroke och andra allvarliga sjukdomar), invaliditet, livshändelser, social isolering och ensamhet (Anderson, 2001). Känna igen och utföra en enkel inventering kan minska dödligheten och därigenom kan kostnaden för hälso- och sjukvården minska. Utan behandling blir depression i hög ålder en kronisk förvirring som skapar sjuklig dysterhet och dödlighet (Anderson, 2001). Det har visat att sjuksköterskor har svårt att identifiera depression hos äldre (Boey, 1999; McCabe et al., 2007). Därför är syftet med denna studie att undersöka vilka svårigheter sjuksköterskan har att identifiera depression hos äldre, samt ta reda på om det finns möjligheter som kan underlätta för sjuksköterskan i identifieringen av depressionen hos äldre personer.

# BAKGRUND

## Depression

Psykiiska sjukdomar är störningar i upplevelser och beteendet. Det kan vara till exempel känslor som oro, obehag eller nedstämdhet som upplevs extra starkt än den deprimerade personen. Det finns två huvudtyper av depressioner som betraktas som psykiiska sjukdomar. Dessa är: egentlig depression som är den vanligaste formen av depression samt dystymi eller sjukligtsvärmod (Wasserman, 2003). Depression härstammar från latinets "deprimere", och kan översättas med att trycka eller pressa ned (Gullman, 2003). Depression kan beskrivas utifrån två olika ståndpunkter och dessa är; 1) vad människor lägger i begreppet exempelvis en personlig upplevelse av att vara deprimerad, samt 2) den medicinska förklaringen som utgår från ett sjukdomsbegrepp (Gullman, 2003). Depression är vid sidan av demens en av de stora geropsykiatriska sjukdomarna. Behandlingsmöjligheterna att tillfriskna är mycket bättre hos de äldre (65 år och uppåt) än hos de som exempelvis lider av sjukdomen demens. Sjukdomen är svår och plågsam och kan vara socialt invalidiserande. Den kan ibland även vara en dödlig psykisk sjukdom som uppstår periodvis hos friska individer (a.a.). När en äldre person får depression blir detta något svagare hos äldre än hos yngre, men istället blir den mer långvarig (SBU, 2004).

## Sjukdomsorsaker

Det finns framför allt tre viktiga orsaker till att en person blir deprimerad, vilket kan bero på hjärnans funktioner som ändras på grund av ålder, sjukdom och den psykosociala situationen (Wasserman, 2003).

## Förändringar i hjärnans funktion

Signalsubstanser som ofta nämns i samband med depression och ångest är serotonin, dopamin och noradrenalin. Serotoninets funktion är att påverka kroppstemperatur, reglera sömn och vakenhet, samt hormoninsöndring och att känna hunger. Dålig balans i serotoninssystemet kan leda till depression och panikångest som kan te sig som aggressiva beteenden och tvångssyndrom. Den andra signalsubstansen är dopamin och dess funktion är att sätta igång motorisk och psykisk aktivitet. Dopaminet anses också vara inblandad i uppkomsten av depressiva sjukdomar. Signalsubstansen noradrenalin har betydelse för reglering av stämningsläge och ångestnivå. Acetylkolin är ytterligare en signalsubstans som är viktig för psykiskt välbefinnande, men nämns inte så ofta i detta sammanhang (Wasserman, 2003).

## Psykosocial situation

Cullberg (2001) menar att ensamhet och isolering är de främsta enskilda orsakerna till psykisk ohälsa. Speciellt de äldre har det svårare att skapa nya kontakter än vad yngre personer har samt vidmakthålla det sociala nätverk de tidigare haft, samtidigt som de är beroende av stimulans och trygghet. Anderson (2001) anger olika psykosociala orsaker utlösande faktorer till depression, exempelvis livshändelser och förlust av någon närstående. Även social motgång som exempelvis pensionering, fysisk sjukdom och fysisk försämring är viktiga riskfaktorer till att utveckla depression. Social isolering, ensamhet och handikapp är också vanligt för att utveckla en depression på äldre dagar. En flytt från en bostad till en annan kan leda till en psykisk reaktion. Resultatet kan bli sorg, nedstämdhet, ångest eller förvirring. Hur äldre klarar av olika påfrestningar beror oftast på olika sociala omständigheter exempelvis den psykosociala utvecklingen och på vilket sätt de har ett praktiskt och känslomässigt stöd som finns i omgivningen (Piuva, Grönqvist & Söderlund, 2000). Även läkemedel kan ge depression som biverkan, exempelvis steroider, bensodiazipner, betablockerare, morfinpreparat, L-dopa, NSAID, Ca-antagonister och antipsykotiska läkemedel (Gullman, 2003).

## Symtom

Symtomen hos äldre deprimerade personer kan delas in i fyra grupper; 1) emotionella/viljemässiga, 2) kognitiva (ändrad livssyn), 3) somatiska symtom och 4) suicidalt beteende (Gottfries, 1999). 1) Emotionellt/viljemässigt, är sänkt stämningsläge vilket är mer vanligt hos yngre personer. Den äldre personen visar istället ökad irritabilitet, ångslan, inte tillfreds med sin situation i livet, hopplöshet och en känsla av tomhet. 2) Kognitiva symtom innebär att den äldre personens livssyn är pessimistisk, har känslor av mindervärdighet, tankar om synd, är misstänksam och har paranoida idéer. 3) Somatiska symtom handlar om när den äldre uppsöker vårdcentralen med somatiska symtom exempelvis besvär från mag-tarmkanalen, värk och sömnsvårigheter (Gottfries, 1999). 4) Om den äldre har benägenhet till självmordsbeteende behöver sjukköterskan vara extra lyhörd för den personen. Olika sjukdomar kan förvärra möjligheterna att klara psykisk och fysisk försämring. Detta kan leda till en livsfarlig självmordsbenägenhet (Bephage, 2005). Dessa symtom kan leda till att det dagliga livet blir påverkat, exempelvis som att inte klara av sin personliga hygien, gå ut med sopor och gå och handla. Depressionen kan också leda till förlust av vänner och social isolering (Bephage, 2005).

Äldre personer med depressiva symtom kan visa på olika kännetecken av emotionell karaktär som exempelvis sömnlöshet, trötthet, smärta i anslutning till perioder av känslomässig förlust alternativt, med inslag av gråt och känsla av värdelöshet (Bepthage, 2005).

### **Svårigheter med att fastställa depression**

Det finns flera orsaker till varför depression kan vara svår att fastställa och kan därför bli underdiagnostiserad. (Gullman, 2003). Många depressiva symtom är identiska med de besvär som icke deprimerade fysiskt svaga äldre säger sig lida av som nedsatt energi, trötthet, dålig aptit och sämre nattsömn (a.a).

En annan anledning till att den äldre inte talar om sina psykologiska problem och psykiska symtom, kan vara att det känns skamligt och otillåtet att visa tecken på psykisk ohälsa (Wasserman, 2003). Den äldre som har en kroppslig sjukdom är förväntningarna två till tre gånger vanligare att de ska ha en depression. Därför kan sjuksköterskan och läkaren ställas inför svårigheter att diagnostisera depression hos äldre patienter (Gottfries, 1999).

Undersökningen av den äldre görs grundligt. Prover tas, samma som vid en demensundersökning för att utesluta andra möjliga sjukdomar eller brister som exempelvis infektion, cancer, ämnessjukdom, B-vitaminbrist, undernäring, demens, hjärtinfarkt och stroke. Den äldre kan sedan tidigare vara ordinerad ett läkemedel som kan vara orsaken till depression. Om möjligt, bör läkemedlet sättas ut eller ersättas av ett annat läkemedel (Wasserman, 2003).

### **Behandling**

Till skillnad från andra förvirringstillstånd hos äldre personer, går depression att behandla. Sjuksköterskans bedömning kan leda till att patienten får rätt behandling. När en depression är identifierad, kan sjuksköterskan erbjuda råd, utbildning, ha uppsikt över behandlingens utveckling och ordna med hälsofrämjande vård (Fischer & Shumaker, 2004). När depression behandlas används i första hand antidepressiva mediciner, psykoterapi, somatisk behandling samt en social involvering (Gullman, 2003). I hälso-och sjukvården fanns det under en lång en motsatsställning mellan samtalsterapi och läkemedel eller annan medicinskbehandling. I dag är det ett komplement till varandra (Karlsson & Sparre, 2002). Oavsett behandling är målet att patienten skall bli fri från sina depressiva symtom (Wasserman, 2003).

### **Läkemedelsbehandling**

Länge har läkemedelsbehandlingen varit den mest framgångsrika behandlingsmetoden för depression. Vid behandling av patienter över 65 år bör selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI) vara det första alternativet. Dessa ökar effekten av hjärnans serotonin genom att minska synapsens eget återupptag av signalämnet (Karlsson & Sparre, 2002). Trots att läkemedel är den främsta behandlingen, ger de också biverkningar som blir större hos äldre än yngre. Detta förutsätter en individuell behandlingsplan som anpassas efter den enskilda människan (Gottfries, 1999). För äldre patienter tar det längre tid att svara på antidepressiva läkemedel och den optimala effekten kan ta upp till 8-12 veckor (Anderson, 2001).



### ***Electrokonvulsiv behandling***

Electrokonvulsiv behandling (ECT) är en effektiv behandlingsmetod på äldre människor som inte har svarat på sex veckors antidepressiva behandlingar, eller är i riskzon för suicid och psykos. Antalet behandlingar med ECT är individuellt, men vanligast är att ge 6-12 behandlingar (Kelly & Zisselman, 2000).

### ***Behandling med samtal***

Samtal är ett av de viktigaste instrumenten vid depressioner (Wasserman, 2003). Stödjande samtal är en form av psykoterapi. Det finns patienter som inte vill gå i psykoterapi, där tidigare erfarenheter, känslor och reaktioner ska analyseras. Patienten kan i stället få stödjande samtal. Denna terapiform är ett samtal som är avsett att hjälpa den äldre deprimerade personen i sitt tillfrisknande. Samtalet har som mål att stärka patientens självkänsla (Wasserman, 2003). Ett samtal behöver inte alltid utföras av en psykoterapeut. Det kan vara någon som har god självkänedom, tålmod, empati, förmåga att lyssna och som kan vägleda den äldre människan som behöver stöd i tillvaron (Piuva, Grönquist & Söderlund, 2000). Wasserman, (2003) framhåller att stödsamtal och tryggt omhändertagande och regelbundenhet i behandlingen är betydelsefullt när äldre personer behandlas med antidepressiva mediciner eller vid andra behandlingsformer.

## **Depression hos äldre och dess konsekvenser**

Depression kan ge allvarliga konsekvenser för äldre personer. Den är ett mycket plågsamt tillstånd. Detta lidande, om den är obehandlad kan hålla i sig över månader till år. Ofta förloras hoppet och den äldre är övertygad om att någon bot och lindring inte finns (Gullman, 2003).

Närstående till den deprimerade personen drabbas också hårt (Gullman, 2003). Depression hos äldre personer leder till onödiga kroppsliga utredningar, blodprover, röntgenundersökningar och dyra meningslösa inläggningar på medicinska och kirurgiska avdelningar. Detta för att undersöka orsaker till yrsel, magont, värk och viktnedgång. Den svåraste följden av depression är överdödlighet, dels som följd av självmord, dels i samband med kroppslig sjukdom. Gullman (2003) hävdar att studier visar att risken för att dö i en kroppslig sjukdom ökar hos patienten som samtidigt uppfyller kriterierna för depression.

Förmågan att fungera socialt blir försämrad när en person är deprimerad (Fahlén, 2003). Hemsituationen kan bli svår. Enkla beslut som ska fattas blir svårt och irritation blir ett vanligt problem. Förhållandet till sina närstående fungerar dåligt. Den deprimerade personen har svårt att visa tålmod och omtanke, ge små signaler av leenden, uppmuntrande gester och vänliga ögonkast som behövs för att den sociala samvaron skall fungera. Konflikter och frustration kan ta överhand. En ond cirkel utvecklas och som påverkar depressionen negativt. Närstående kan då svikta eller bli avvisande. Det känslomässiga klimatet i förhållanden blir sämre. Alla som är involverade får svårt att hålla balans i beteendet. Skylla på varandra blir vanligt och stressen ökar (Fahlén, 2003).

## **Sjuksköterskans stöd till den äldre deprimerade**

Omvårdnad ska ges utifrån vars och ens behov, oberoende ålder, kön, utbildning, ekonomi, etnisk bakgrund och religion. Varje situation är unik och omvårdnaden ska utformas individuellt (Piuva et al., 2000). En del av sjuksköterskans vårdande funktion är att ge lämplig psykologiskt, själsligt, socialt och fysiskt stöd som kan leda till förbättring av livskvaliteten för den äldre människan och dennes familj (Schofield, Stark & Lowneds, 2004). Sjuksköterskan behöver beakta att den äldre depressiva personen har en tillfällig funktionsförlust och har kvar sin mentala förmåga. Det finns tre viktiga kärnproblem hos den äldre depressiva personen. Dessa är att den äldre personen inte; 1) kan ta sig samman, 2) kan överblicka något, 3) har lust till något. Dessa problem ska finnas i sjuksköterskans åtanke när stöd ges till en äldre person med depression. Stödet kan bestå i att tillgodose den äldre personens olika behov såsom att; hålla sig ren, klä sig, få mat och dryck, följa behandlingen, vara aktiv och vila (Gullman, 2003).

## **Kommunikation**

Ett av sjuksköterskans viktigaste redskap består av kommunikation (Travelbee, 2006). En grundläggande tanke med kommunikation är att det är en process som får sjuksköterskan att etablera ett mellanmänniskt förhållande. Genom denna process kan sjuksköterskan uppnå syftet med omvårdnaden, att hjälpa patienter och familjer med att förebygga och hantera erfarenheter av sjukdom och lidande samt att hitta en mening med dessa upplevelser. Sjuksköterskan kommunicerar för att motivera och påverka den sjuke. Genom kommunikation förmedlar sjuksköterskan sitt sätt att bry sig om de patienter denna har ansvaret för (Travelbee, 2006). Kommunikation är en dynamisk kraft som avgör hur mycket sjuksköterskan kan påverka den mellanmänniska närheten i en omvårdnads situation (Travelbee, 2006). Kommunikation är även ett instrument som kan användas till att förändringar uppnås i omvårdanden. Sjuksköterskans kan påverka patienten med sin omsorg, och alltid vara öppen för dessa möjligheter. Den professionella sjuksköterskan samtalar och handlar på ett medvetet sätt så att denna kan förändra situationer. Kommunikation är även en kreativ process. Interaktionen mellan patient och sjuksköterska sker i stor utsträckning via kommunikation. Den är en målinriktad process som gör det möjligt för sjuksköterskan att skapa ett mellanmänniskt förhållande till den sjuke, och därmed uppnå målet för omvårdnaden. Kommunikation är något som ständigt pågår när två människor möts, såväl verbalt som icke verbalt (Travelbee, 2006).

Samtal med den äldre personen som lider av depression är oftast svårt. Negativa upplevelser, klagomål och förebråelser blir gärna en stor del av samtalet (Gullman, 2003). Genom att leda samtalet på en mer neutral nivå kan vara svårt. Sjuksköterskans uppgift är dock att anpassa samtalet efter den äldre. Kommunikation med andra människor bör eftersträva en önskan om en dialog, där respekt och ett erkännande visas (a.a.).

## **Sjuksköterskans funktion och ansvar**

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodo se patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och vara lätt tillgänglig. Vården ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso-

och sjukvårdspersonalen (SFS 1982:763). International Council of Nurses ICN, (2007) etiska kod för sjuksköterskor är en vägledning i att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov. Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområde: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

Sjuksköterskans arbete skall enligt kompetensbeskrivning för sjuksköterska präglas av helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn, visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Dessutom ska sjuksköterskan utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan. Sjuksköterskan ska även ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten samt tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska kunna kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005).

All hälso- och sjukvårdspersonal skall utföra sitt arbete så att det stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531). Patienten skall få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller kraven i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.

## **PROBLEMFORMUERING**

Enligt tidigare forskning finns det flera faktorer som gör att identifieringen av depression hos äldre inte upptäcks i tid, vilket kan bero på att äldre personer upplever depression på ett annat sätt än de yngre. De visar upp en annan repertoar av symtom. Ofta maskerar de sina psykiska besvär genom att visa upp fysiska symtom, som till exempel ont i bröstet, ryggen, magen, med mera. De äldre personerna vill heller inte gärna prata om sitt psykiska tillstånd. Detta kan leda till att de äldre deprimerade blir missförstådda. Antalet äldre personer kommer att öka i framtiden och därmed finns det en risk att även depressionen ökar. Det är därför viktigt att kunna förebygga och identifiera depression hos äldre. Frågor som denna studie söker svar på är: Vilka svårigheter och möjligheter finns det för sjuksköterskan att identifiera depression hos äldre personer? Finns det enkla metoder för sjuksköterskan att använda sig av vid identifieringen av depression?

## **SYFTE**

Syftet med denna litteratur studie är att utifrån aktuella vetenskapliga studier belysa sjuksköterskans svårigheter men även möjligheter att identifiera depression hos äldre.

## **METOD**

Den valda metoden är en kvalitativ litteraturstudie beskriven av Friberg (2006). Detta innebär att förstå bättre vad och hur människors upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov kan mötas. Utgångspunkten för varje kvalitativ forskningsstudie är att ett större kunskapsvärde skapas om hur olika studiers resultat sammanställs. På detta sätt sammanställs specifik kunskap om ett specifikt ämne. Evidens kan användas i betydelse att kvalitativa studier kan vara vägledande i det praktiska vårdarbetet (Friberg, 2006).

### **Urval**

Inklusionskriterier var: artiklar som var skrivna på engelska, svenska eller annat nordiskt språk; vara kvalitativa studier och vetenskapligt granskade, skulle handla om egentlig depression; inkluderade äldre människor från 65 år och uppåt; de äldre bodde i det egna hemmet, särskilt boende eller vistasades på sjukhus. Exklusionskriterier var; artiklar publicerade tidigare än 1999; artiklar som saknade abstrakt (sammanfattning) och där det enbart beskrivits ett av könen och där depression kunde sättas i samband med andra sjukdomar.

### **Datainsamling och artikelgranskning**

För att få tillgång till de vetenskapliga artiklarna för det valda ämnet delades litteratursökningen upp i två faser; den inledande och den egentliga litteratursökningen. Härigenom skaffades en översikt om det område som skulle studeras. Sökorden som användes var; *nurse, care, older, depression, knowledge, identifying och recognize* (Bilaga 1). De databaser som sökningen gjordes i var CHINAL och Pub Med. Viss manuell sökning utfördes i facklitteratur. I den inledande sökningen hittades ett antal artiklar. Vid den första anblicken kunde ett stort antal artiklar väljas bort efter inklusions- och exklusionskriterierna. I den egentliga litteratursökningen fann vi 35 artiklar som berörde det valda ämnet. Alla artiklarnas abstrakt lästes igenom. Enligt Fribergs (2006) modell förgranskades artiklarna genom att titta om det fanns ett tydligt problem formulerat, teoretiska utgångspunkter beskrivna, metod och vad resultatet visar. Efter denna granskning återstod 13 artiklar som svarade på denna studies syfte (Bilaga 2).

### **Analys**

Datamaterialet analyserades utifrån från Fribergs (2006) modell som har sin grund i kvalitativ analys. Först lästes artiklarnas abstrakt igenom. Därefter lästes artiklarna igenom i sin helhet minst en gång. När denna genomläsning var klar, delades artiklarna lika mellan oss för att en fördjupad analys. Fokus lades främst på resultaten men de lästes med en öppenhet och följsamhet i sin helhet. Texter som vi ansåg vara viktiga och som svarade på studiens syfte ströks under i artiklarna. När vi sedan diskuterades dessa texter mellan oss för att säkerställa att vi tolkat innehållet på samma sätt. Vi träffades minst en gång i veckan och diskuterade vad var och en fått fram ur texterna genom att bland annat identifiera

nyckelord i artiklarnas resultatdel och även identifiera skillnader och likheter. De nyckelord vi fick fram var kommunikation, svårigheter och kunskap. En sammanställning av resultaten gjordes schematiskt. Därefter urskiljdes likheter och olikheter och ur det uppkom kategorier. Resultatet sammanställdes till en ny helhet. Först framkom fem kategorier, men inga underkategorier. Efter ytterligare analysarbete fann vi att svaret på studiens syfte bättre kom fram genom att presentera två kategorier och sju underkategorier. Huvudkategorierna fick vi fram genom att ha studerat de svårigheter som nämndes i artiklarna, som sjuksköterskan har för att identifiera depression hos äldre samt möjligheterna att identifiera depression hos äldre som vi fann i artiklarna. Det gjordes en sammanfattning och indelning av resultaten under olika kategorier till en ny helhet enligt Friberg (2006).

### **Etiska överväganden**

En litteraturstudie ska innehålla en korrekt referering, där de tidigare gjorda forskningsresultaten inte ska förvrängas (Friberg, 2006). Refereringen har gjorts enligt APA-manualen och de fyra grundläggande etiska principer; respekt för självbestämmande, respekt för värdighet, respekt för integritet samt respekt för det sårbara, och dess regler har författarna haft i åtanke, som är viktiga att tänka på vid omvårdnadsforskning (Stryhn, 2000). Författarna vill påpeka att med dessa principer har inga förnärmanden förekommit gentemot sjuksköterskans profession eller mot närstående och/eller vårdtagare. All insamlad data har respekterats och arbetet ska ses som en hjälp för en eventuell bättre omvårdnad. Ingen plagiering och/eller fabricering från tidigare har gjorts, det vill säga hänsyn är tagen till upphovsrättslagen (SFS 1960:729) när det gäller att referera andra författares material. Valet av artiklar har inte påverkats om dess resultat är ur en positiv eller negativ vinkel, vilket har gjort att författarna har sammanställt resultatet utan värderingar.

## RESULTAT

Påvisandet och igenkännandet av depression hos äldre personer är komplicerat på grund av flera faktorer. Ur analysen framkom två kategorier och sju underkategorier som beskriver sjuksköterskans svårigheter och möjligheter i att identifiera depression (Figur 1). De vetenskapliga artiklar som är med i resultatdelen markeras med ett asterix i referenslistan.

Huvudkategorier	Underkategorier	Artiklarnas innehåll i kategorierna är hämtade från
Svårigheter i att identifiera depression hos äldre	Otydliga symtom	1,3,7,10,12,13
	Förutfattade meningar	5,6
	Kunskaps brister	5,6,7,1,10
	Kommunikations brister	8,9,10
Möjligheter i att identifiera depression hos äldre	GDS-skalan	3,11,12
	Ta del av anhörigas kunskaper	10,2
	Utbildning	2,4,10

Figur1. Översikt över kategorier och underkategorier i resultatet.

### Svårigheter i att identifiera depression hos äldre:

I analysen framkom de svårigheter som sjuksköterskan har i att identifiera depression hos äldre. Svårigheterna yttrar sig på flera olika sätt.

#### Otydliga symtom

Resultatet visar att depression hos äldre personer har andra symtom och mönster än vad depression hos yngre personer uppvisar. Symtomen är ofta diffusare hos den äldre personen än hos den yngre, vilket gör att sjuksköterskor har svårigheter att identifiera depressionens symtom (Hope, 2003; Brown, Bruce, McAvay, Raue, Lachs & Nassisi 2004). En av de vanligaste orsakerna till att depression är svår att identifiera kan bero på att den ofta uttrycks i somatiska symtom, men även som differentialdiagnoser som exempelvis demens samt att de äldre personerna själva tror att symtomen de har, är en följd av det naturliga åldrandet (Waugh, 2006). Tecken på nedstämdhet, initiativlöshet och olika somatiska symtom som exempelvis kan vara ont i ryggen, magen, tryck över bröstet, trötthet och yrsel. Detta leder inte allt för sällan till att sjuksköterskan ofta ger omvårdnad utifrån de somatiska symtomen. Vilket resulterar till att depressionen inte uppmärksammas och den äldre får fel behandling. Även den äldre deprimerade kan ofta uppleva symtomen som somatiska vilket vanligen gör att de söker sig till den somatiska vården. De beskriver

besvären för vårdpersonal på ett sådant sätt att det tas som somatiska besvär och diagnosen blir någon form av en somatisk åkomma och därmed missas depressionen (Unützer, 2002). Ett observandum är att äldre personer som har smärtproblematik riskerar att bli överdiagnostiserade i depression på grund av att smärtorna yttrar sig i nedstämdhet, sömnlöshet och isolering som även kan vara symtom på depression (Brül, Luijendijk & Muller, 2007). En annan orsak till att depression förbises är att den ingår i ett komplext område som inkluderar sorg och förlust av den tidigare vardagen. Det kan vara förlust av maka/make, vänner och att bli pensionär och sluta sitt arbete som oftast varit en trygghet under en stor del av livet. Dessa förluster kan yttra sig i somatiska symtom som tidigare nämnts men det kan även uppfattas av sjuksköterskan att det är normalt att den äldre ska reagera på ett visst sätt i sådana situationer att de inte tas på allvar (Unützer, 2002). Ytterligare en orsak kan vara att sjuksköterskor uppfattas av närstående att vara mer intresserade av att se de fysiska symtomen och förbiser då det psykiska tillståndet (Mellor, Davison, McCabe, & George, 2008).

### **Förutfattade meningar**

En stor del av sjuksköterskorna såg depressionen som en naturlig följd av det normala åldrandet vilket gjorde att de inte reagerade på symtom som egentligen inte var normalt för den äldre. Vilket är ett resultat av sjuksköterskans förutfattade mening om hur den äldre ska åldras och vad som ingår i åldrandet. Även sociala förluster och miljöombyte som exempelvis när den äldre flyttar till en annan bostad, kan göra att den äldre utvecklar en depression. Det visar sig att sjuksköterskan ofta inte sätter den förändrade situationen i samband med förändringar i den äldres psykiska mående. Vilket då ofta resulterar i att depressionen blir svår att identifiera (Davison, McCabe, Mellor, Karantzas & George (2009). Det framkom även att depression sällan är identifierad bland annat på grund av att det finns en stark tro att depression måste innehålla nedstämdhet i symtombilden. Nedstämdhet behöver nödvändigtvis inte ingå i en depression. Den kan förekomma i vilken ålder som helst. Uttryck på nedstämdhet kan vara sorgsenhet, men det kan också visa sig i irritation, isolering och eller ilska. Denna missuppfattning kan då leda till att sjuksköterskan missar att identifiera en depression hos den äldre (Harding, 2000).

### **Brist på kunskaper**

Trots att sjuksköterskor är medvetna om betydelsen att engagera sig i de äldre som lider av depression, visar de endast måttliga kunskaper om depressionens symtom (Davison et al., 2009). Detta resultat visar att det finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor när det gäller att kunna identifiera depression hos den äldre personen. De har i allmänhet för lite utbildning och erfarenhet av depression hos äldre personer (Harding, 2000). De behöver förbättra sin uppmärksamhet och teoretiska kunskap gentemot att upptäcka och kunna ge den rätta omvårdnaden till den äldre personen med depression (Hope, 2003). Deras bristande kunskap i att identifiera depressionen kan leda till sämre behandling eller ingen behandling alls för den större delen av de äldre personerna. En anledning till den bristande kunskapen i att upptäcka och identifiera depression hos äldre personer, kan vara att i sjuksköterskors grundutbildning finns ingen specifik utbildning i psykiatrisk omvårdnad/bedömning. Närstående uppger att kunskap och skicklighet om sjukdomen depression är viktigt hos sjuksköterskan, för att de äldre deprimerade ska kunna känna sig trygga i att den äldre blir omhändertagen på bästa sätt. Sjuksköterskorna beskrivs för övrigt positivt av de

närstående, men de är kritiska till deras kunskaper och skicklighet i att känna igen depression (Brown et al, 2004; Mellor et al., 2008).

### **Kommunikationsbrister**

Det har framkommit att kommunikationen mellan sjuksköterskan och den äldre deprimerade brister och kan resultera i att en depression hos den äldre förbises. En anledning till att depressionen inte identifieras kan vara att det förekommer förutfattade attityder mot åldrandet. Det kan vara att bli äldre är det samma som att bli deprimerad och ett samtal med äldre är inte så betydelsefullt. Samtidigt som den äldre inte talar om sitt psykiska tillstånd för att de oftast tycker att det är genant. Ytterligare en anledning kan vara att de upplever att sjuksköterskor inte har tid att lyssna vilket resulterar i att de väljer att undanhålla viktig information om sitt tillstånd till sjuksköterskan eftersom de tycker att det är ingen idé att säga något när de ändå inte uppfattas att tas på allvar (McCurren, Dowe, Rattle & Looney, 1999; Mellor, et al., 2008). Det visar sig även att kommunikationen mellan de olika yrkeskategorier som är involverade i den äldre deprimerades situation kan brista. Informationen mellan dem om den äldres vård och förändringar kan glömmas bort. De olika yrkesgrupperna som exempelvis undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan oftast se sin egen profession som viktigast. Detta kan leda till att den äldres depression inte identifieras för att sjuksköterskan inte får den information som kan behövas i identifieringen av depression och risk finns för att inte den rätta behandlingen sätts in i tid (Mellor et al., 2008). En annan orsak till att kommunikationen brister mellan den äldre och sjuksköterskorna kan vara att den äldre uppfattade att det fanns brister i kunskaper om depression hos sjuksköterskor vilket gjorde att den äldre inte ville berätta om sitt psykiska tillstånd. Resultatet kan då bli att depressionen förblir oidentifierad. Genom att inte kommunicera angående det psykiska välbefinnandet kan detta uppfattas av den äldre att sjuksköterskan inte har tillräckligt med tid och kunskap i depression (Mellor, Davison, McCabe & George 2007).

### **Möjligheter i att identifiera depression hos äldre:**

Svårigheten som sjuksköterskan hade att identifiera depression hos äldre var många, och möjligheterna var få. Det vi fick fram i analysen var ändå användbart i sjuksköterskans arbete i identifieringen av depression.

### **Geriatric Diagnosis Scale (GDS)**

Depression har blivit identifierad som den mest vanliga psykiska sjukdomen hos de äldre men är också den mest oupptäckta åkomman. ). Anderson (2001) betonar att ett bra hjälpmedel är att använda sig av vetenskapligt framtagna skattningsskalor, där det krävs att vissa kriterier måste uppfyllas för att få diagnosen depression (a.a.). The Geriatric Depression Scale är en skattningsskala speciellt utvecklad för att kunna identifiera depressiva tillstånd hos äldre personer. Den består av 30 enkla ja/nej frågor och ska användas som ett screening instrument av sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Om patienten får mer än fem poäng på skattningsskalan skall depression misstänkas och en noggrann anamnes ska göras. Skattningsskalor är inte diagnostiserande men de kan förbättra bedömningen och övervakningen i vissa stämningslägen, som vanligtvis kan ses hos äldre människor (Roman & Callen, 2008).



Den används inte ofta av sjuksköterskor för att identifiera depression hos äldre, vilket kan bero på att det är många som inte känner till att det redskapet finns (Snowdon & Lane, 1999). Det visar sig att endast 33 % av sjuksköterskorna använder skattningsskalor som vägledning och hjälpmedel för att upptäcka och identifiera depression hos den äldre personen (Unützer, 2002). När sjuksköterskan använder sig av GDS, förbättras identifieringen av en depression med 50 % än att inte använda sig av den alls. Vilket resulterar i att den äldre som får en depression identifierad har goda förutsättningar för att få rätt behandling och omvårdnad. Därmed är förutsättningarna goda att den äldre att må bättre och få en ökad livskvalité (Brühl, et al., 2007)

### **Ta del av anhörigas kunskaper**

Det framkom att närstående till den äldre deprimerade anser att sjuksköterskor undviker att sätta sig in i depressionens symtomatologi. Depressionen ses som en grå zon. Det uppfattas som att sjuksköterskor inte vill ”ta tag i det”, den psykiatriska problematiken. Det visar sig att närstående till äldre deprimerade personer tycker att det är lika viktigt att ta reda på hur den äldre mår psykiskt. Likväl som att ta reda på vad den har för somatiska sjukdomar. Vilka intressen de har och vad de har för hjälpmedel för att kunna fungera fysiskt. Vilket de uppfattar är att information som sjuksköterskan i första hand prioriterar att få, istället för att få information om det psykiska tillståndet. Skulle även den psykiska bakgrunden tas i beaktning och vara viktigt i det första mötet med den äldre kan sjuksköterskan få en bättre förutsättning att kunna identifiera en depression och då kunna ge rätt omvårdnad och behandling (Mellor et al., 2008). Sjuksköterskan kan bättre bedöma en depression hos en äldre person som lever tillsammans med en närstående. De kan hjälpa till med bedömning av depressionens symtom. Genom att till exempel berätta för sjuksköterskan om olika beteenden och situationer i vardagen, som är annorlunda mot tidigare i livet. Sjuksköterskan kan lättare reagera på att det är något som avviker. Sjuksköterskan kunde i dessa fall lättare konstatera att den äldre led av en depression. I jämförelsevis med de äldre som levde ensamma (Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce, 2004).

### **Utbildning**

Det visar sig att de sjuksköterskor som har mer erfarenhet i geriatrisk omvårdnad och de som har specialistutbildning i ämnet, har lättare för att identifiera depression hos den äldre (Brown et al., 2003). Även i de fall där sjuksköterskor endast fått en två dagars utbildning i åldersdepression, leder det till ökade kunskaper och skicklighet i bedömning av depression, vilket gjorde att sjuksköterskorna lättare kunde identifiera en depression hos den äldre. Även den negativa attityden som sjuksköterskor tidigare hade haft gällande depression hos äldre förändras till det bättre genom att de tänkte utifrån ett annat perspektiv (Butler, 2007). Om utbildningen förbättras kan sjuksköterskorna öka kunskapen och sin skicklighet i att identifiera, och tillmötesgå den äldre deprimerade personen (Mellor et al., 2008).

### **Resultatsammanfattning**

Sammanfattningsvis visar resultatet av denna litteraturstudie att sjuksköterskor har både svårigheter och möjligheter i att identifiera depression hos äldre personer. Svårigheterna kan bero på att äldre deprimerade visar upp olika symtom på depression som kan vara

svåra att koppla till depression. Sjuksköterskan kan även ha en uppfattning att i åldrandet ingår det att bli deprimerad. Det visar sig också att det finns brister i kunskaper, och kommunikation. Genom utbildning, kommunikation och att använda olika skattningsskalor, ökar sjuksköterskans möjligheter i att identifiera depression hos äldre personer.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Den valda metoden var en kvalitativ litteraturstudie. Den gav författarna en god grund till vilka svårigheter och möjligheter sjuksköterskor har i att identifiera depression hos äldre människor. En utgångspunkt är att forskningen måste granskas när det gäller kvaliteten på materialet som ska analyseras. Kvalitetsbedömning av kvalitativa studier kan inte begreppet bevis (evidens) användas med samma betydelse som i kvantitativa studier. Bevis kan användas i betydelsen av att kvalitativa studier kan vara vägledande i det praktiska vårdarbetet.

Om en empirisk studie valts, kunde möjligheterna ge en större mängd data om hur sjuksköterskor identifierar depression hos den äldre personen, genom att ställa frågor till sjuksköterskan.

I denna studie tolkades materialet med öppenhet. Det första i datainsamlingen var att hitta lämpliga sökord. Sökorden som slutligen användes för att få fram rätt artiklar var nurse, care, older, depression, knowledge, identifying och recognize. Vid artikelsökningen användes även trunkeringar som "And" och "Or". Databasen CIHNAL gav fler träffar än databasen Pub Med. De kriterier som tagits fram gav författarna en god vägledning i att välja ut för studien lämpliga artiklar. En del valdes bort, till exempel artiklar som endast beskrev depression hos kvinnor och där depression beskrevs i samband med andra somatiska åkommor. De vetenskapliga artiklarna som valdes för litteraturstudien var huvudsakligen skrivna på engelska. De länder som återspeglar litteraturstudien var forskning främst från Australien, Storbritannien, USA och de nordiska länderna. Dessa länder ansåg författarna ha liknande synsätt och utgångsläge som för sjuksköterskor i Sverige gällande att identifiera depression hos äldre personer. Vilket styrkte att de artiklar som valdes för studien kunde knyta ämnet till svenska förhållanden. Analysförfarandet var tidskrävande och upplevdes svårt. En anledning till det var svårt var att författarna inte hade någon större erfarenhet av att läsa och skriva på ett vetenskapligt sätt. Samt att vi delat vår tid, dels till denna studie och till vårt ordinarie arbete som sjuksköterskor. Det som hittades i artiklarna har strukits under med olika färger efter innehåll, samt anteckningar i kanten gjordes. De meningsbärande enheterna sorterades i fem preliminära kategorier efter likheter och skillnader. För att säkerställa att de utvalda texterna svarade på studiens syfte lästes de i sitt sammanhang högt för varandra, när vi träffades. Detta för att säkerställa att vi uppfattat och översatt texterna rätt. Vid denna genomläsning diskuterades de valda texterna kunde ytterligare delades upp i huvudkategorier och underkategorier. Den vidare analysen mynnade ut i två huvudkategorier och sju underkategorier som blev denna studies resultat. Genom denna uppdelning kunde svaret på studiens syfte tydligt presenteras.

## Resultatdiskussion

Depressionens påverkan på äldre personer är signifikant. Det är ett tillstånd som ofta är oidentifierat och obehandlat. En tidig upptäckt av depression hos äldre personer bidrar till att förutfattade meningar om vad åldrandet är, förändras.

I resultatet framkom det att sjuksköterskan inte på ett tillfredställande sätt identifierar depression hos den äldre som hon borde göra. Det visar sig att bristerna beror på flera olika faktorer. Som till exempel att depressionen hos äldre personer visar sig på andra sätt som exempelvis kroppsliga symtom. Detta fann även Boey (1999); Mc Cabe et al., (2007) att svårigheter med att identifiera en depression kan bland annat bero på att den äldre uppvisar ett annat mönster på symtom mot vad de yngre gör, som har lättare att verbalt uttrycka sig. I Gottfries (1999); Bepthage (2005) studie framkom, att i den psykiatriska anamnesen hos den äldre förekommer det ofta somatiska symtom som till exempel ont i magen och tryck över bröstet som kan göra att depression missbedöms. Detta resultat kom fram i denna studie. Vilket i förlängningen innebär att det är svårt att upptäcka depression hos äldre. Det är något som varje sjuksköterska behöver vara medveten om.

Fördomar och attityder kan också förekomma bland sjuksköterskorna om att depression ingår i det normala åldrandet, Även hos den äldre kan uppfattningen vara att depression ingår i det naturliga åldrandet och inget att bry sig om. Resultatet visar även att närstående till äldre med depression och den äldre har en uppfattning om att sjuksköterskor är mer intresserade av somatiska sjukdomar. De tycker att sjuksköterskorna undviker att tala om psykiska sjukdomar. Detta kan leda till att den äldre inte vågar berätta om sina psykiska problem och depressionen blir inte identifierad, vilket då resulterar i att depressionen förbises som kan innebära att omvårdnad och behandling uteblir. Ett onödigt vårdlidande infinner sig. Sjuksköterskan uppfattar inte behovet av omvårdnad. Slutsatsen som kan dras är att det är stora förväntningar på sjuksköterskan. Dels i att hon är ansvarig i omvårdnaden, både i basal och specifik omvårdnad, dels att hon förväntas att upptäcka synliga omvårdnadsbehov, men även latent som depression kan vara. Kirkevold, (2009) tar upp att ömsesidig respekt mellan den äldre, närstående och sjuksköterskan är en förutsättning för att en god omvårdnad skall utföras. Den äldre och de närstående skall kunna känna att deras behov och åsikter respekteras och tas i akt eller beaktas.

Kunskapsbrister, för lite erfarenhet och utbildning bland sjuksköterskor visar sig som den främsta orsaken till att depression inte identifieras. Denna studies resultat visar att sjuksköterskor som har en psykiatrisk utbildning eller har mer erfarenhet av geriatrisk vård har lättare att kunna identifiera depression hos den äldre. Därför är utbildning i depression för sjuksköterskor något för arbetsgivaren att ta fasta på så sjuksköterskan blir säkrare i sin yrkesroll att identifiera depressionens symtom. Får sjuksköterskan denna möjlighet till utbildning så ökas livskvalitén hos den äldre deprimerade, vilket gör att hon blir säkrare i sin yrkesroll och i att identifiera depressionens symtom. Detta att identifiera depression innebär flera positiva aspekter. Dels förhindrar det onödigt lidande hos den äldre, dels innebär det en samhällsekonomisk vinst då kostnaderna för sjukvård och äldreomsorg kan minskas. Detta styrker Anderson (2001) i sin studie att det finns för lite kunskaper, erfarenheter och utbildning hos sjuksköterskor. En annan faktor som framkom i resultatet var att de sjuksköterskor som hade mer erfarenheter och mer geriatrisk utbildning, i depression hos äldre, kunde lättare på ett riktigt sätt identifiera depression hos äldre personer. Något som även Butler (2007) kommit fram till att med utbildning kommer

sjuksköterskor att befinna sig i en idealisk position för att kunna bedöma äldre personer som lider av depression. Därmed kan sjuksköterskan remittera den äldre personen till en läkare för vidare utredning.

Kommunikationen mellan den äldre och sjuksköterskan spelar en stor roll i sammanhanget för att lättare kunna identifiera depression, men även där visade sig att det brast. Sjuksköterskan ställde inte de direkta frågorna till den äldre, gällande depression. Vilket kan innebära att sjuksköterskan går miste om information om depressionens symtom. Genom de direkta frågorna sjuksköterskan kan ställa, är det inte enbart de muntliga svaren som är väsentliga utan även kroppsspråket kan ge information om hur den äldre personen egentligen mår psykiskt. Äldre deprimerade kan finna svårigheter i att kommunicera när olika sjuksköterskor besöker dem. Kirkevold (2008) framhåller att de äldre i många fall behöver tid på sig för att kunna känna tillit innan de säger något om sina psykiska besvär. Det finns brister i kommunikationen som också kan bero på att det finns attityder bland sjuksköterskor. Som till exempel att bli äldre är det samma som att bli deprimerad. Detta innebär även en risk att det som den äldre berättar tas inte på allvar av sjuksköterskor. I förlängningen kan detta innebära att den äldre inte talar öppet om psykiska besvär, vilket kan bidra med att inte en depression identifieras. Därför är reflektion viktigt i arbetsgruppen och även egen reflektion över vad de egentliga symtomen kan vara orsak till. Det är viktigt att sjuksköterskan reflekterar över vad det egentligen var den äldre berättade om, eller på vilket sätt den äldre sa det. Detta kan leda till att sjuksköterskan kan identifiera depressionen och därmed kan omvårdnaden förbättras.

Travelbee (2006) menar att kommunikationen är ett av de viktigaste redskap/verktyg i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Det är en ständig process som pågår mellan människor. Även det icke verbala språket, kroppsspråket ingår i kommunikationen. Den kan visa hur den äldre personen mår, genom gester, ansiktsuttryck med mera. Sjuksköterskan ska ha denna iakttagelseförmåga under samtalet med den äldre deprimerade. Genom en god kommunikation etableras kontakten mellan den äldre deprimerade, närstående och sjuksköterska. Då kan depressionens lidande minskas. När sjuksköterskan har etablerat en god kontakt med den äldre deprimerade förbättras omvårdnaden.

Slutsatsen som kan dras av resultatet är att sjuksköterskor som arbetar med äldre personer bör ha kännedom om 1) riskfaktorer om depression 2) identifiera möjliga symtom i depression, och 3) använda sig av skattningsskalor. De är viktigt att sjuksköterskor reflekterar över frågan och tillsammans med arbetsteamet och ställer frågan: Är den här personen deprimerad? Ett sätt för sjuksköterskan att upptäcka depression kan vara att förbättra sin kommunikation, med den äldre till exempel genom att ställa de rätta frågorna. Både Kirkevold, (2008) och Waugh, (2006) har utformat frågor som sjuksköterskan kan använda sig av, (bilaga 2 och 3).

Resultatet visar även att det finns möjligheter som sjuksköterskan kan använda sig av när en depression ska identifieras. Som exempelvis genom kunskaper, tid, kommunikation, lyhördhet och iakttagelseförmåga. Men även de orsaker som gör det svårt för sjuksköterskan att identifiera depression kan vändas till möjligheter, genom att sjuksköterskan kan få ökad kunskap och träna sig på att vara lyhörd för symtomen på sjukdomen. En av möjligheterna är att använda skattningsskalor som är ett bra hjälpmedel att identifiera en depression. Skattningsskalan GDS som är en giltig och en pålitlig bedömningsskala som sjuksköterskor kan använda sig av för att snabbt och effektivt bedöma det mentala tillståndet hos den äldre (Harding, 2000; Hope, 2003). Resultatet

visade att skattningsskalan GDS används sällan av sjuksköterskor, vilket är förvånande då det har visat sig att den är enkel att använda. Det kan bero på att de inte vet om att den finns. Därför är det viktigt att få ut information och kunskap om att skalan finns. Det visar sig att de sjuksköterskor som använder sig av skalan, har lättare för att identifiera depression hos äldre. Detta leder i sin tur till att den äldre får behandling i tid, innan depressionen blir för svår. Den är inte svår att använda för sjuksköterskor och frågorna i skalan är lätta för den äldre att besvara eftersom de endast består av ett antal Ja/Nej frågor.

## **Konklusion**

I denna kvalitativa litteraturstudie har författarna kommit fram till att det inte finns tillräckligt med tid och kunskap för att identifiera depression hos äldre personer. Depression hos äldre är svår att identifiera på grund av att den visar sig ofta i otydliga symtom. Att arbeta som sjuksköterska i dagens samhälle innebär inte bara omvårdnad av den äldre personen. Detta styrks av Boey (1999) som också fann att sjuksköterskans arbete är mycket mer, till exempel delta i möten, utbildning och dokumentation med mera. Detta ska helst utföras utöver omvårdnaden och det tar mycket av sjuksköterskans tid. Depression är ett stort och tungt område och det är lättare som sjuksköterska att se de fysiska symtomen än de psykiska. Men genom att förbättra kommunikationen mellan den äldre personen, dess närstående och omvårdnads personal så kan det underlättas. Dels genom att använda GDS. Den rekommenderas och kan höja sjuksköterskans kompetens genom utbildning i identifiering av depression hos äldre. Kunskapen om den äldre deprimerade kräver ytterligare studier och som förslag tycker författarna att en empirisk studie kan göras. En empirisk studie skulle kunna leda till mer information om hur sjuksköterskor identifierar depression hos äldre personer. Underlaget kan leda till ännu en förbättring i sjuksköterskors arbete i identifieringen av depression hos äldre.

## **Implikation**

Denna studie är först och främst riktade till sjuksköterskor men är även användbar för annan vårdpersonal. Främst inom äldreomsorgen och primärvården där de flesta äldre vårdtagare som riskerar att få depression finns, men även till sjukhusets vårdavdelningar. Studien kan leda till bättre iakttagelseförmåga på depressionens symtom vilket kan underlätta för sjuksköterskor att identifiera depression hos äldre. Det ligger även i varje chefs intresse att känna till vilken kunskap sjuksköterskan har inom vårdområdet depression. Därför kan studien också vara en vägledning i att höja kunskapen bland sjuksköterskorna, för cheferna.

## REFERENSER

Anderson, D. N (2001) Treating depression in old age: the reason to be positive. *Age and Ageing* 30, 13-17.

Béphage, G. (2005) .Health professionals need to be able to identify depression in older people. *British Journal of Nursing*, 14(7), 380-384.

Boey,K .W. (1999). Detection of Geriatric Depression: Knowledge and Practice of Hospital Nurses. *Clinical Gerontologist*, 20(2), 47-56.

\*Brown, E.L., Bruce, M.L., McAvay, G.J., Raue, P.J., Lachs, M.S., & Nassisi, P. (2004) Recognition of Late-Life Depression in Home Care: Accuracy of the Outcome and Assessment Information Set. *American Geriatrics Society*, 52:995-999.

\*Brown, E.L., McAvay, G.J., Raue, P.J., Moses, S., & Bruce, M.L. (2003). Recognition of Depression Among Eldery Recipients of Home Care Services. *Psychiatric services Vol 54 No (2)*.

\*Brül, K.G., Luijendijk, H.J., & Muller, M.T. (2007) Nurses´and Nursing Assistans´ Recognition of Depression in Eldery Who Depend on Long-Term Care. *American Medical Directors Association* 8:441-445.

\*Butler, M.P. (2007) Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International journal of older people nursing Vol 2 Part 1*, 25-35.

Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Falkenberg: Natur och Kultur.

\*Davison, T.E., McCabe, M.P., Mellor, D., Karantzas, G., & George, K. (2009) Knowledge of late-life depression: An empirical investigation og aged care staff. *Aging & Mental Health, Vol.13, No (4)*, 577-586.

Fahlén,T. (2003) *Vägen tillbaka* .Helsingborg: H.Lundbeck.

Fisher, K., & Shumaker, L. (2004) Assessment of Depression and Cognitive Impairment Among Elders in Housing Facilities. *American Psychiatric Nurses Association*, 10(2), 67-72.

Friberg, F. (red) (2006) *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning I F.Friberg (red) Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gottfries, C.G. (1999) *Depression den äldre människans gissel*. Helsingborg: H.Lundbeck.

Gottfries, C.G., & Karlsson I. (2001). Depression och ångest hos äldre fortfarande

underdiagnostiserade, *Läkartidningen*, 98(8) 821-827.

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

\*Harding, S. (2000). Assessing for Depression in older people. *Collegian Vol 7 No (3)*.

\*Hope, K., (2003). A hidden problem: identifying depression in older people, *British Journal of Community Nursing, Vol 8 No (7)*.

ICN (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kirkevold, M (red) (2008). *Geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

McCabe, M P., Russo, S., Mellor. D., Davidson T E., & Kuruvilla, G. (2007). Effectiveness of training program for carers to recognize depression among older people. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 23, 1290-1296.

Karlsson, I., & Sparre, E. (2002) *Den lilla boken om nedstämdhet och livsglädje*. Täby: Pfizer.

Kelly, K.G., & Zisselman, M. (2000) Update on Electroconvulsive Therapy (ECT) in Older Adults *American Geriatrics Society*, 48, 560-566.

\*McCurren, C., Dowe, D., Rattle, D., & Looney, S. (1999). Depression Among Nursing Elders: Testing an Intervention Strategy. *Nursing Research, Vol. 12 No (4) 185-195*.

\*Mellor, D., Davison, T., McCabe, M., & George, K. (2008) Professional carers' knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients' perspective. *Nursing & Mental Health*, 389-399.

\*Mellor, D., Davison, T. & McCabe, M. (2008) The Management of Depressed Elderly Care Recipients: Family Perspectives on the Skills of Professional Carers. *Journal of Community Health Nursing* 25:44-61.

Piuva, K., Grönquist, G., & Söderlund, P. (2000) *Värdig vård av äldre*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Roman, M.W., & Callen, B.L. (2008) Screening instrument for older adult depressive disorders. Updating the evidence-based toolbox *Mental Health Nursing*, 29, 924-941.

SBU (2004). (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. SBU-rapport 166. Stockholm: SBU.

Schofield, I., Stark, S., Lownes, A., & Tolson, D. (2004) The detection and prevention of depression in older people. *Nursing Times*, 100(21). 32-35.

SFS 1960:729. *Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Stockholm: Socialdepartementet.



SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet.

\*Snowdon, J., & Lane, F. (1999) Use of the Geriatric Depression Scale by nurses. *Aging and Mental Health*, 3(3):227-233.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2010-02-03, <http://www.socialstyrelsen.se> Stockholm: Socialdepartementet.

Stryhn, H (2000) *Etik och omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, J. (2006) *Mellanmenschelike aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munkgaard.

\*Unützer, J. (2002) Diagnosis and Treatment of Older Adults with Depression in Primary Care. *Biol Psychiatric*, 52:285-292.

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

\*Waugh, A. (2006) Depression and older people. *Nursing older people*. Vol 18 no (8).

## Bilaga 1

### Översikt av artikelsökning i databaserna CINAHL och Pub Med

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Valda</b>
CINAHL	Depression and aged and nurses and knowledge	28	1
CINAHL	Depression and aged and community health nursing	146	2
CINAHL	Depression and professional-patient relations	8	1
CINAHL	Depression and older people and nursing	112	2
CINAHL	Depression and nursing home patients and nursing and intervention	72	1
CINAHL	Depression/diagnosis and recognition or identifying and nurses	203	2
CINAHL	Depression and nurse and older people and identifying	120	1
CINAHL	Depression and aged and knowledge	25	1
Pub Med	Depressive disorders/diagnosis and nurses role	16	1
Pub Med	Depressive disorders and primary health care	91	1

**Översikt av analyserad litteratur**

<b>Titel, författare, tidskrift, årtal</b>	<b>Problem och syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>	<b>Diskussion</b>
1. Recognition of Late-Life Depression in Home Care Brown, E.L., Bruce, M.L., McAvay, G.J., Raue, P.J., Lachs, M.S & Nassisi, P American Geriatrics Society 2004	Utvärdera om sjuksköterskor kan på ett riktigt sätt identifiera depression hos äldre.	En intervjustudie men kvalitativ metod.	Av de 35 äldre personer med depression kunde sjuksköterskan identifiera den hos 13 av de äldre. Detta antyder att sjuksköterskan missar två tredjedelar av de äldre.	Visar att sjuksköterskan har svårigheter i att identifiera symtom. Sjuksköterskans försummande identifiering av depression kan leda till bristande behandling.
2. Recognition of Depression Among Eldery Resipients Brown, E.L., McAvay, G., Raue, P.J., Moses, S & Bruce, M.L Psychiatric Services 2003	Undersöka möjligheten bland sjuksköterskor att på ett riktigt sätt identifiera depression hos äldre.	En intervjustudie med kvalitativ metod.	Sjuksköterskor med mindre geriatrisk erfarenhet brast i bedömningen av depression hos äldre.	Sjuksköterskan har svårigheter med att göra en riktig bedömning av depression bland äldre. Bristande bedömning bland sjuksköterskor är ett markant problem för en rätt behandling bland äldre.
3. Nurses and Nursing Assistans Recognition of Depression in Eldery Who Depend on Long-Term Care Brül, K.G., Luijendijk, H.J & Muller, M.T American Medical Directors Association 2007	Ta reda på hur sjuksköterskan kan identifiera depression.	En litteraturstudie men en kvalitativ metod.	Med hjälp av GDS kunde sjuksköterskan i mer än hälften av fallen identifiera depression.	En speciell rekommendation för sjuksköterskor är att använda olika standardskalor.
4. Training primary care nurses in later-life depression Butler, M.P & Quayle, E International journal of older people	Utvärdera skillnaden i vad sjuksköterskor har för kunskap i depression hos äldre och attityder samt	En intervjustudie med en kvalitativ metod.	Man fann en stor skillnad i kunskap, attityder och användandet av skattningsskalor före och efter	En kort utbildning var effektiv och åstadkom en ökad kunskap i depression, attityder förändrades och introducering i

nursing 2007	användandet av skattningsskalor, före och efter en två dagars utbildning i depression.		utbildningen. Efter utbildningen kunde sjuksköterskan på ett säkrare sätt identifiera depression hos äldre.	användandet av skattningsskalor gjorde att sjuksköterskor blev mer kompetenta i bedömningen av depression.
5.Knowledge of late-life depression Davison, T.E., McCabe, M.P ., Mellor.D., Karantzas,G & George,K Aging & Mental Health 2009	Att undersöka sjuksköterskors kunskap i depression.	En intervjustudie med en kvalitativ metod.	Mindre än hälften av sjuksköterskorna hade mottagit någon form av utbildning och träning i depression.	Sjuksköterskor kan ha en betydelsefull roll i att de deprimerade äldre får rätt behandling och att depressionen blir identifierad.
6.Assessing for Depression in older people Harding, S Collegian 2000	Lyfta fram varför depression förbises eller feldiagnostiseras.	En intervjustudie med en kvalitativ metod.	Några medicinska tillstånd som uttrycker liknande depression, vilket kan blandas ihop med svårigheten i att identifiera depression.	Sjuksköterskan kan spela en viktig roll i att tidigt identifiera, behandla och effektivt övervaka symtom och en behandlingsplan som fungerar.
7.A hidden problem Hope, K Journal of Community Nursing 2003	Att öka medvetenheten om depression och att aktivt förebygga depression hos äldre.	En litteraturstudie med en kvalitativ metod.	Sjuksköterskan är välplacerad och har en meningsfull roll i identifieringen hos äldre människor med depression.	Depression, är ett tillstånd som ofta är oidentifierat. Enkla verktyg kan användas som ger en god psykiatrisk vägledning.
8.Depression Among Nursing Elders McCurren, C 1999 Nursing Research	Var att förbättra livskvalitén hos äldre med genomgående depression med hjälp av GDS.	En intervjustudie med en kvalitativ metod.	De sjuksköterskor som använde sig av GDS kunde lättare identifiera depression och på så sätt förbättrades livskvalitén hos äldre.	Med hjälp av GDS kunde sjuksköterskan identifiera depression som var relaterad till förluster, social isolering med mera.

<p>9. Professionals Carers knowledge and response to depression among their aged-care clients: The care recipients`perspective Mellor, D., Davison, T., McCabe, M &amp; George, K 2007 Nursing &amp; Mental Health</p>	<p>Äldres synpunkter på sjuksköterskors skicklighet och kunskap i vårdområdet depression.</p>	<p>En intervjustudie med kvalitativ metod.</p>	<p>Inställningen till sjuksköterskor var positiv, men kunskapen och skickligheten hos sjuksköterskor var negativ.</p>	<p>Sjuksköterskan kan uppmuntra de äldre att prata om och svara på sitt känslomässiga tillstånd och behov. Genom att öka sin kunskap och skicklighet.</p>
<p>10. The Management of Depressed Elderly Care Recipients: Family perspectives on the skills of professional carers. Mellor, D., Davison, T., McCabe, M &amp; George, K 2008 Journal of Community Health Nursing</p>	<p>Närståendes synpunkter på sjuksköterskors skicklighet och kunskap i att identifiera depression hos äldre.</p>	<p>En intervjustudie med kvalitativ metod.</p>	<p>Närstående lyfte fram att det är viktigt för sjuksköterskan att ta reda på värdefull information om den psykiska bakgrunden samt att kommunikationen kan brista mellan arbetsgrupperna.</p>	<p>Närstående uppfattade sjuksköterskan som att hon inte kunde identifiera depression som är en del av arbetet. Närstående visar en förståelse för sjuksköterskans begränsade tid.</p>
<p>11. Use of the Geriatric Depression Scale by Nurses Snowdon, J &amp; Lane, F 1999 Aging and Mental Health</p>	<p>Att granska hur sjuksköterskor använder skattningsskalor för att identifiera depression.</p>	<p>En intervjustudie med en kvalitativ metod.</p>	<p>Jämförande med andra skattningsskalor visade det sig att GDS var mer effektivt i identifieringen av depression.</p>	<p>Sjuksköterskor uppmuntras att använda 15 eller 30 frågor i GDS skalan för att kunna identifiera depression bland äldre personer.</p>
<p>12. Diagnosis and Treatment of Older Adults with Depression in Primary Care Unützer, J 2002 Biol Psychiatric</p>	<p>Denna artikel ger en översikt över aktuella utmaningar för diagnos och behandling av deprimerade äldre.</p>	<p>En litteraturstudie med en kvalitativ metod.</p>	<p>Nyare forskning tyder på att förbättra vården för personer på äldre dagar. Deprimerade kommer att kräva utbildning och engagemang för äldre.</p>	<p>För att förbättra kvalitén på vården av äldre med depression kommer bättre utbildning att krävas. Förbättringar i depression leder till ökat samarbete mellan olika vårdverksamheter.</p>

<p>13. Depression and older people  Waugh  2006  Nursing older people</p>	<p>Vill öka medvetenheten hos sjuksköterskor i detta invalidiserande tillstånd och dess potentiella dödliga konsekvenser.</p>	<p>En litteraturstudie med en kvalitativ metod.</p>	<p>Det kan vara svårt att diagnostisera depression hos äldre personer där för att den inträffar vid sidan av andra fysiska och psykiska sjukdomar. Till exempel diabetes, stroke och demens.</p>	<p>Det har visats om inte depressionen blir identifierad och behandlad ökar risken för försämring i psykiska och kognitiva funktioner och en för tidig död.</p>
---	---	---	--	---

## **Bilaga 3**

Exempel på frågor vid ett kartläggningssamtal med den äldre enligt Kirkevold (2008)

- \*Har du känt hopplöshet inför framtiden den senaste tiden?
- \*Har du känt dig nedstämd eller tungsint den senaste tiden?
- \*Har du funderat på att ta livet av dig den senaste tiden?
- \*Har du haft lätt för att gråta den senaste tiden?
- \*Har du förlorat intresse för omgivningen den senaste tiden?
- \*Har du känt dig onyttig eller överflödig den senaste tiden?

Om den äldre svara ja på någon av dessa frågor, ska man följa upp genom att till exempel fråga hur länge det har varat och om han eller hon kan beskriva problemet närmare. Det är viktigt att göra en grundlig kartläggning av problemen och försäkra sig om att man verkligen har förstått det som den äldre säger.

## Bilaga 4

Förslag till frågor att som kan ställas till den äldre deprimerade personen när bedömning gällande depression utförs enligt Waugh (2006)

Att ställa de rätta frågorna direkt till den äldre personen är av stor betydelse för att kunna identifiera depressionen. Frågor som kan ställas kan vara:

1. Är du i stort sett nöjd med ditt liv?
2. Har du tappat intresset för dina aktiviteter/intressen?
3. Känner du dig glad och nöjd?
4. Har du börjat isolera sig?
5. Har du tappat livslusten?
6. Stannar du hellre hemma istället för att gå ut och göra nya saker?

Syftet med frågorna är att hjälpa sjuksköterskor som arbetar med äldre personer, att ställa frågan till sig själv och arbetsteamet: Kan denna person vara deprimerad?



## **Bilaga 5**

### **ARBETSFÖRDELNING**

Arbetsfördelningen har fördelats lika mellan författarna. Båda har läst igenom all litteratur och vetenskapliga artiklar som använts i arbetet. Artiklarna delades sedan upp mellan författarna för att sedan kunna studeras mer ingående. Vi har träffats varje måndag under arbetets gång men det har ofta inträffat att vi även träffats ytterligare en halv dag i veckan utöver. Vi har också haft regelbunden kontakt via mail och telefon. Då vi träffats har vi haft livliga diskussioner gällande arbete. Skrivandet har vi gjort varje gång vi träffats för att båda ska ha kunnat vara lika delaktiga i orden som skrivits ned. Under utvecklingen av uppsatsens har vi båda arbetat parallellt på våra ordinarie arbeten, vilka är Öppenvården i psykiatri, Lidköping respektive, hemsjukvården i Skara kommun.

Anneli Beijer och Katarina Liedberg