

Avdekking av depresjon i sykehjem - Vurdering av screeningverktøy

Silje Tollefsen



Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

15.06.2015

Silje Tollefsen

Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

15.06.2015

© Silje Tollefsen

2015

Avdekking av depresjon i sykehjem – Vurdering av screeningverkstøy

Silje Tollefsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk:

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mange pasienter i sykehjem lider av depresjon uten at det blir oppdaget. Det skyldes blant annet at symptomer på depresjon, forveksles med faktorer som anses for å være en naturlig del av aldringsprosessen. Bruk av screeningverktøy kan bidra til å avdekke flere tilfeller av depresjon. Hensikt: Å finne styrker og svakheter ved screeningverktøy for depresjon, som er utprøvd på pasienter i sykehjem. Styrker og svakheter ble vurdert på bakgrunn av studier som testet verktøyenes reliabilitet og validitet, samt hvilke administrative kvaliteter verktøyene hadde. Metode: Dette var en systematic mixed study review. Litteratursøk ble utført i PubMed, Medline, Embase, Cinahl og Cochrane. Seks studier ble inkludert på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Reliabilitet- og validitets parametere, og de administrative kvalitetene ved verktøyene var utgangspunkt for studiens syntese. Resultat: Fire verktøy ble vurdert, og disse var Geriatric Depression Scale (GDS), WHO-5 Well Being Index (WHO-5), Montgomery- Aasberg Depression Rating Scale, og Nursing Home Short Depression Inventory (NH-SDI). Konklusjon: Flere studier bør utføres før NH-SDI etableres som screeningverktøy i sykehjem. WHO-5 har flere kvaliteter, men sykepleier bør ved bruk av dette verktøyet være obs på at testen er så kort, at symptomer som kunne bidratt til å avdekke depresjon kan bli oversett. MADRS kan oppleves komplisert i bruk for sykepleier, men kanskje hovedsakelig pasienter, og er sannsynligvis det minst egnede av de fire, for bruk i sykehjem. GDS-15 er spesielt utviklet for depresjonsscreening av eldre mennesker, og er det av de fire verktøyene som er mest utprøvd på den geriatriske pasientgruppen. Ulike resultater i studier skaper imidlertid usikkerhet relatert til hvor godt verktøyet oppdager mild til moderat depresjon, noe sykepleiere også må merke seg.

Abstract: Many older people in nursing homes suffer from depression, without getting it detected. Among other things this is caused by symptoms of depression being confused with aspects considered to be a natural part of the aging process. Screening tools may contribute to detect more cases of depression. Purpose: To find strengths and weaknesses in screening tools for depression, tested on patients in nursing homes. Strengths and weaknesses were evaluated on the basis of research studies where reliability and validity within the screening tool were tested, in addition to the screening tools administrative qualities. Method: This was a systematic mixed study review. Search for literature was done in PubMed, Medline, Embase, Cinahl and Cochrane. Six studies were included. The synthesis of the study was founded on parameters of reliability, and validity and the screening tools administrative qualities. Result: Four screening tools were evaluated, and these were, Nursing Home Short Depression Inventory

(NH-SDI), WHO-5 Well Being Index, Montgomery- Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) and The Geriatric Depression Scale (GDS). Conclusion: More studies should be performed before NH-SDI becomes an established part of depression screening practice in nursing homes. WHO-5 has several qualities, but nurses should be aware that because of the shortness of the test, there might be symptoms of depression affecting the patient, that are not being detected. Nurses, but in particular patients, can experience that MADRS is a complicated tool, and is most likely the least appropriate of the four tools, for use in nursing homes. GDS-15 is especially developed for depression screening among older people, and it the most proven of the four tools. It is uncertain though, how well the tool detects mild depression, something nurses should be aware of.

FORORD

Tusen takk til min veileder Ida Torunn Bjørk, som har kommet med konstruktive tilbakemeldinger både underveis og i planleggingsfasen og gjennom skriveprosessen. Du har alltid vært tilgjengelig, og rask med å komme med tilbakemeldinger, noe som har bidratt til å redusere stressfaktoren i denne prosessen.

Jeg vil også takke min familie, som har tilrettelagt for at denne masteroppgaven har kunnet bli til.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

SAMMENDRAG	VII
FORORD.....	IX
1.0 INNLEDNING	3
1.1 Hensikt med studien.....	4
2.0 BAKGRUNN	5
2.1 Kjennetegn og utfordringer ved depresjon.....	5
2.2 Screening.....	7
2.3 Kriterier til screeningverktøy	8
2.4 Karakteristikker ved screeningverktøy.....	9
3.0 METODE.....	10
3.1 Inklusjonskriterier	10
3.2 Søk og utvalg av litteratur	12
3.3 Analyse.....	14
4.0 RESULTAT	17
4.1 Studiene.....	19
4.1.1 “Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depression episode according to ICD-10 and DSM-IV”	19
4.1.2 “Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale”	20
4.1.3 “Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO- Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes”	20
4.1.4 “A comparison of the validity of the Cornell Scale and MADRS in detecting depression among memory clinic patient”	21
4.1.5 “The validity of the Montgomery- Aasberg depression rating scale as a depression tool in later life”	22
4.1.6 “Development and validation of an instrument to detect depression in nursing homes. Nursing homes short depression inventory (NH-SDI)”	23
4.2 Sosiodemografiske faktorer.....	24
4.3 Reliabilitets- og validitetsparameter.....	26
4.3.1 Reliabilitets- og validitetsparametere.....	27
4.4 Karakteristika relatert til administrering av verktøyenes	28
4.4.1 GDS-15	28
4.4.2 WHO-5	29
4.4.3 MADRS.....	29
4.4.4 HD-SDI	30
5 DISKUSJON	31
5.1 Parametere og populasjon	31
5.1.1 Alpha.....	31

5.1.2 SS og SP	32
5.1.3 SS og NPV	33
5.1.4 NPV og forekomst i utvalget.....	33
5.1.5 Sannsynlighetsrate.....	35
5.1.6 Populasjon	35
5.2 Diagnostiseringsinstrumenter	36
5.3 Brukervennlighet.....	36
5.3.1 Tidsbruk ved screening	36
5.3.2 Spørsmålenes formulering og svarform	37
5.3.3 Testspørsmålenes baseres på somatiske og affektive symptomer	38
5.3.4 Testutfører	38
5.3.5 Sensitiv for endring over tid, og hos pasienter med mild til moderat kognitiv svikt	39
5.3.6 Opptrening.....	39
5.4 Sykepleierens rolle	39
5.4.1 Depresjon – et sensitivt tema.....	40
5.4.2 Rutiner eller observasjon.....	40
5.4.3 Farmakologisk og ikke-medikamentell behandling	41
5.4.4 Oppfølging av pasienter med diagnostisert depresjon.....	42
5.4.5 Kostnader	43
5.5 Screening er et ledd i en kartleggingsprosess.....	43
6 KONKLUSJON	44
7 REFERANSER	46
8. VEDLEGG 1: Tilgang til verktøy	51

FIGURLISTE:

Figur 1: PRISMA flytdiagram: litteratursøk og utvalg av artikler	13
--	----

TABELLISTE:

Tabell 1: <i>Sammenfatning av hovedtrekkene i studiene</i>	17
Tabell 2: <i>Oversikt over sosiodemografiske pasientkarakteristikk i studiene av de ulike verktøyene.</i>	25
Tabell 3: <i>Screeningverktøyenes beste score på parameterne alpha, SS, SP, PPV, NPV, LR+ og LR-.</i>	26
Tabell 4: <i>Karakteristikk ved testutførelse med de fire verktøyene</i>	28

1.0 INNLEDNING

Det antas at depresjon er den psykiatriske lidelsen som forekommer oftest. Mens det antas at 7 prosent av alle nordmenn vil få en depresjon i løpet av livet, ligger dette prosenttallet på 20 for antallet voksne. Halvparten av dem som har hatt en depresjon tidligere i livet, vil oppleve å få det igjen (Engedal & Bjørkløf, 2014). Psykiater Eystein Stordal fant i en stor helseundersøkelse (HUNT), utført i Nord Trøndelag i årene 1995 til 1997, at motstridende til det som tidligere har vært antatt, øker forekomsten av depresjon med alderen. Mens 4% i aldersgruppen 20-29 år er deprimerte, er 20% av dem over 80 år deprimerte (Mangrud, 2005). Det antas at en av fire pasienter i norske sykehjem har betydelige depressive symptomer. Forekomsten av depresjon påvirkes av somatisk sykdom, livsstilsfaktorer som røyking og inaktivitet, og det å oppleve tap av venner og familie (Engedal & Bjørkløf, 2014). Det er også vidt aksepterte bevis for at depresjon vil ha negativ effekt på utfallet av et spekter av medisinske tilstander og er assosiert med økt dødelighet, påvirker etterlevelse ved behandling og svekker responsen på rehabiliteringsprogram (Dennis, Kadri, & Coffey, 2012). En mengde studier understreker at eldre deprimerte har effekt av både farmakologisk og terapeutisk behandling (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Problemet er at depresjon hos eldre ofte ikke blir oppdaget. Dels er dette relatert til at den eldre pasientens tolker symptomer på depresjon som en del av den normale aldringsprosessen (Engedal & Bjørkløf, 2014), og dels er det relatert til helsepersonals manglende evne til å gjenkjenne symptomer (Teresi, Abrams, Holmes, Ramirez, & Eimicke, 2001). I tillegg er det en utfordring at symptomer på depresjon kan ligne symptomene ved demens (Barca, 2009). Ved noen typer sykdom, som for eksempel kreft, kan det være vanskelig å vurdere om redusert appetitt og vekttap er resultat av kreftsykdommen eller et tegn på depresjon (Fiske et al., 2009).

Symptomer på fysisk lidelse vil i mange sammenhenger maskere tilstander som egentlig er av emosjonell art hos den eldre pasientens. Det er derfor essensielt å kartlegge pasientens humør uavhengig av hvor fremtredende symptomene er, spesielt fordi ubehandlet depresjon påvirker negativt annen somatisk sykdom og behandling. Sykepleiers rolle er av stor betydning i å oppdage depresjon i sykehjem. Den består av å observere den mentale, emosjonelle og atferdsmessige tilstanden til pasienten, og endringer i den. Informasjonen skal ende opp hos pasientens behandlende lege som vil utføre videre evaluering. Screeninginstrumenter er gode verktøy for helsearbeidere i den utfordrende prosessen med å avdekke depressive lidelser (Cahoon, 2012).

1.1 Hensikt med studien

Det kan være vanskelig å bekrefte depresjon hos den eldre delen av befolkningen. Den kan komme til uttrykk på mange ulike måter, være forårsaket av ulike grunner, og er vanskelig å gjenkjenne, spesielt for et utrenet øye. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på pasienter i sykehjem. De er en spesielt sårbar gruppe fordi de fleste av dem er utsatt for flere av risikofaktorer for å utvikle depresjon. De lider ofte av somatisk og/eller psykisk sykdom, har opplevd tap av familiemedlemmer og venner, tap av kontroll over egen kropp og situasjon, og de har opplevd omskiftning av miljø ved innleggelse i sykehjemmet. På grunn av sykepleiernes nære relasjon til pasientene, er det naturlig at de har en sentral rolle i å fange opp symptomene på depresjon hos pasientene. Fordi det kan oppstå følgetilstander av depresjonen er det også viktig at den blir oppdaget tidlig nok, slik at risikofaktorene minimaliseres, og for at behandling og oppfølging i større grad skal være vellykket. Å ha valide og brukervennlige screeningverktøy vil kunne gjøre det lettere for sykepleiere å gjenkjenne disse pasientene. Hensikten med å screene for depresjon vil være å oppdage uidentifiserte pasienter som lider av tilstanden, å kunne identifisere dem tidligere, kunne gi dem effektiv behandling, og å finne ut om en behandling som alt er iverksatt ikke har den ønskede effekten (O'Connor, Whitlock, Beil, & Gaynes, 2009).

I denne studien vil jeg forsøke å svare på følgende problemstilling og forskningsspørsmål.

Problemstilling

Hva er styrker og svakheter ved sentrale instrumenter som screener depresjon hos pasienter uten alvorlig kognitiv svikt i sykehjem

Forskningsspørsmål 1

Hva er styrkene og svakhetene relatert til screeningverktøyenes validitet og reliabilitet?

Forskningsspørsmål 2

Hva er styrkene og svakhetene relatert til screeningverktøyenes brukervennlighet?

2.0 BAKGRUNN

Sykepleiere i sykehjem har en viktig og faglig utfordrende oppgave. 77% av pasientene er over 80 år, de er komorbide, har sterkt redusert funksjonsevne, 80% har en demenssykdom og de bruker gjerne flere medikamenter. Symptomene hos den eldre pasienten kan også være diffuse og uspesifikke. Pleie- og omsorgstilbudet, samt den medisinske behandlingen skal være helsefremmende, og det skal legges til rette for at pasienten opplever å ha en meningsfull hverdag. Dette vil blant annet stille krav til sykepleiers evne til å gjøre gode observasjoner, og å bruke sin kliniske beslutningskompetanse. Å opprettholde kontinuitet i observasjonene, vil gjøre sykepleier oppmerksom på endringer over tid. Videre må observasjoner, vurderinger, tiltak og gitt pleie dokumenteres systematisk (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2014). Både loven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver det overordnede ansvaret sykepleiere har i sin faglige yrkesutøvelse. I de yrkesetiske retningslinjene, presentert av International Council for Nurses (ICN, 2011), står det at sykepleiere har ansvar for at sykepleiepraksisen fremmer helse og forebygger sykdom. I helsepersonellovens § 4 står det at utførelsen av arbeidet skal være faglig forsvarlig, og hjelpen som gis skal være omsorgsfull og i tråd med helsepersonellens kvalifikasjoner. Dette gir en ramme for rett handling, men den gir også rom for, og et behov for å bruke skjønn. Subjektive opplevelser er vanskeligere å måle, enn for eksempel matinntak og urinutskillelse. Det forventes likevel at sykepleiere kan bidra til å avdekke dem (Molven, 2003).

2.1 Kjennetegn og utfordringer ved depresjon

Tre vanlige former for depresjon er alvorlig depresjon, langvarig depresjon også kalt dystymi, og mild depresjon (Moksnes, 2007). Det er usikkert hva som forårsaker depresjon, men sannsynligvis er det en kombinasjon av gener, kjemisk ubalanse i hjernen, personlige erfaringer og psykologiske faktorer (Nordqvist, 2012). Det antas også at aldringsprosessen fører til kjemiske endringer i hjernen, som i seg selv gjør eldre mennesker mer utsatt for å utvikle depresjon. I tillegg til disse faktorene må det foreligge en utløsende hendelse for at en person skal utvikle depresjon (Engedal & Bjørkløv, 2014). Det skilles mellom depressiv sykdom og depressive symptomer, hvor sistnevnte betyr at det ikke foreligger mange nok symptomer til å få stilt en diagnose for depresjon (Barca, 2009).

Depresjon kan deles inn i depressiv episode og depressiv lidelse, og avhenger av lengden av sykdomsperioden. En kortere sykdomsperiode med depresjon kalles en episode mens en langvarig tilstand kalles en lidelse. En lidelse oppstår som regel tidligere i livet, men kan vende tilbake i alderdommen. Det er sannsynligvis depressiv episode som er den vanligste varianten hos den eldre populasjonen (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Depresjon hos eldre kan gjenkjennes ved noen typiske symptomer. Blant annet kan den deprimerede pasienten oppleve en følelse av håpløshet, tomhet og fortvilelse, initiativløshet, tap av kontroll og konsentrasjonsvansker. Både fysisk og mental aktivitet kan være svekket, og sistnevnte kan bli forvekslet med kognitiv svikt. Selvbebreidelse og skyldfølelse er vanligst å se hos dem med alvorlig depresjon. Mange sliter med søvnvansker, svekket appetitt og vekttap, men disse symptomene kan også være forårsaket av somatisk sykdom. Selvmordstanker er et symptom som må tas svært alvorlig hos den eldre pasienten, fordi de oftere fullfører et selvmordsforsøk enn det yngre mennesker gjør. Angst og uro kan hos noen pasienter være de mest fremtredende symptomene (Engedal & Bjørkløf, 2014).

Når pasienten må tilpasse seg nye omgivelser, kan også dette utløse en depresjon (Engedal & Bjørkløf, 2014). En nederlandsk studie viste at 34,3% av alle pasienter innlagt i sykehjem fra eget hjem fikk en depresjon, mens 19,7% av dem som ble overflyttet fra sykehus til sykehjem fikk depresjon (Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006). Likevel forblir depresjon hos eldre ofte uoppdaget og dermed ubehandlet. Som en første årsak til dette kan være at eldre selv ikke er oppmerksomme på symptomene på depresjon. Manglende energi og glede i hverdagen, tretthet og uopplagthet kan uheldigvis tolereres fordi det tolkes som en normal del av aldring. Samtidig kan tegn på svekkede psykomotorisk evner og isolering tolkes som depresjon. En annen årsak kan være helsepersonells manglende evne til å gjenkjenne symptomer på depresjon. Også de kan være forutinntatt når det gjelder hvilke symptomer som anses for å være alders- eller sykdomsrelaterte (Engedal & Bjørkløf, 2014). I en metaanalyse publisert av Mitchell (2011) understrekes det at sykepleiere i primærhelsetjenesten har betydelige vanskeligheter med å presist identifisere depresjon, men at de sannsynligvis er like flinke som leger som arbeider innen samme felt. Sykepleiere har mer kontakt med pasientene enn legene, mer kontinuitet i omsorgen, og en sterkere relasjon til dem. Dette er faktorer som kan påvirke gjenkjenning av depresjon på en positiv måte. Likevel antyder mange studier av pleiepersonalet generelt, at rangering av egen kunnskap og egne evner relatert til mental lidelse er langt fra ideell. Sykepleiere er kanskje i større grad enn leger tilbakeholden med å rapportere depresjon i sykepleienotater. Sykepleiere har også en tendens til å undervurdere nivået av depressive symptomer hos pasienter som er mer alvorlig deprimeret. Mitchell fant at sykepleiere legger

mest vekt på symptomer som gråt, depressivt humør og medisinske faktorer, hvilket ikke alltid er de mest reliable indikatorene for depresjon. I en av studiene som Mitchell viser til, ble det konkludert med at sykepleiere i primærhelsetjenesten har et stort behov for opptrening i å gjenkjenne depresjon (Mitchell & Kakkadasam, 2011).

2.2 Screening

Hovedhensikten med screeningtester er å avdekke sykdom eller risikofaktorer for sykdom, på et tidlig stadium og i et stort antall av tilsynelatende friske individer. Å diagnostisere pasienter er en omfattende prosess. Å screene pasienter først er enklere, og vil kunne gi en indikasjon om hvor vidt det er nødvendig å gå videre med en diagnosekartlegging. I tillegg vil en tidligere avdekking av depresjon gi en langt bedre prognose for pasienten (Ruf & Morgan, 2008a).

I 1968 publiserte James M. G. Wilson og Gunnar Junger, på vegne av Verdens Helseorganisasjon, en rapport kalt *Principles and practice of screening for disease*. Rapporten, som også inneholder kriterier for screening, har siden vært en klassiker innen helsetjenesten. Kriteriene er følgende:

1. Tilstanden skal være et viktig helseproblem.
2. Det bør være en godkjent behandling tilgjengelig for den gjenkjente sykdommen.
3. Det bør være tilgjengelige fasiliteter for å kunne diagnostisere sykdommen.
4. Det bør foreligge et latent eller tidlig symptomatisk stadie.
5. Det bør foreligge en adekvat test eller eksaminering.
6. Testen bør være akseptabel for populasjonen.
7. Det bør foreligge en adekvat forståelse for tilstandens naturlige løp, inkludert utvikling fra latent til erklært sykdom.
8. Det bør foreligge en vedtatt politikk for hvilke pasienter som skal behandles.
9. Utgiftene ved screeningen bør være i økonomisk balanse i relasjon til mulige utgifter for et helhetlig behandlingstilbud.
10. Screening bør være en vedvarende prosess og ikke et engangs tilfelle (Andermann, Blancquaert, Beauchamp, & Dery, 2008).

2.3 Kriterier til screeningverktøy

Det stilles krav til screeninginstrumentene. Reliabilitet forstås som et instruments evne til måle stabilt. Jo mindre variasjon et instrument produserer ved gjentatte målinger, jo høyere er reliabiliteten. Det er flere faktorer som påvirker et instruments reliabilitet. For å bedre reliabiliteten bør det benyttes flere elementer som utreder det samme konseptet, altså essensielle eller karakteristiske deler/områder som sammen avdekker det som det screenes for. Elementene presenteres i spørsmål til pasienten, eller den som observerer pasienten. Elementer som framprovoserer lignende respons fra alle studieobjekter, og dermed ikke har noen diskriminerende kraft, bør fjernes. Reliabiliteten til et instrument er delvis relatert til heterogeniteten i utvalget den er brukt på. Jo mer homogent utvalget er, jo vanskeligere er det for instrumentet å diskriminere pålitelig mellom dem i utvalget som besitter ulik grad av en karakteristikk; instrumenter er laget for å måle ulikheter mellom dem som blir testet. Samtidig er det viktig å kjenne karakteristikken til populasjonen som instrumentet var ment brukt på. Hvis denne populasjonen har likhetstrekk med en populasjon i en ny studie, så er sannsynligvis det kalkulerede reliabilitetsestimatet, en god indikator for instrumentets nøyaktighet i en ny studie (Polit & Beck, 2012). *Cronbach's coefficient alpha* (alpha) er et mål for indre konsistens i psykometriske tester, og er det målet for reliabilitet som rapporteres hyppigst brukt for fler-elements skalaer (Eisinga, Grotenhuis, & Pelzer, 2013).

Validitet handler om i hvilken grad et instrument måler det det er ment å måle. Et instrument som ikke er reliabelt kan ikke være valid. Dette er de to viktigste kriteriene for å evaluere kvantitative instrumenter.

For instrumenter som brukes i screening eller for å stille en diagnose, er det nødvendig å ha kjennskap til andre kvaliteter ved verktøyet, som sensitivitet (SS) og spesifisitet (SP). Sensitivitet handler om instrumentets evne til å korrekt identifisere de som faktisk har den sykdommen/tilstanden som det testes for. Spesifisitet er instrumentets evne til å korrekt identifisere de som faktisk ikke har sykdommen/tilstanden (Polit & Beck, 2012).

Positiv prediktiv verdi (PPV) og negativ prediktiv verdi (NPV) hos en test vil kunne si noe om sannsynligheten for at testresultatet vil gi en korrekt diagnose, så snart resultatene fra testen er kjent (Akobeng, 2007)

SS og SP hos en test, kan kombineres til et mål kalt sannsynlighetsrate (LR). LR for et testresultat er definert som ratio mellom sannsynligheten for å observere det resultatet hos pasienter

med sykdommen, og sannsynligheten for det samme testresultatet hos pasienter uten sykdommen (Akobeng, 2007)

2.4 Karakteristikk ved screeningverktøy

Et screeningverktøy bør være brukervennlig, både av hensyn til pasient og sykepleier. For verktøy som skal kartlegge depresjon finnes det ulike varianter som selvrapporterings skjema, observasjon- og intervjuvarianter. For å ikke risikere at pasienter blir utmattet under screeningen bør screeningsverktøyene være rask å gjennomføre. Videre bør de være kostnadseffektiv, og kunne kategorisere personer i risiko- eller ikke – risikogrupper. Dette skal verktøyet kunne gjøre med stor nøyaktighet. Videre skal de være lett tilgjengelig, og ukompliserte og enkle å gjennomføre (Research, 2012). De bør være lett å forklare til pasienten (Carlat, 1998), ha en enkel svarform og være sensitive over tid (Greenberg, 2012), og behovet for opptrening av personell bør være minimal (Doerflinger, 2007). Brukervennlighet er ikke i denne studien begrenset bare til hvor hensiktsmessig sykepleier opplever instrumentet, fordi det er viktige fellesinteresser mellom sykepleier og pasient. Selv om sykepleier for eksempel er opptatt av å kunne bruke et verktøy som er tidseffektivt, kan ikke hensyn til tidseffektivitet være viktigere enn at pasienten klarer å svare korrekt på spørsmålene.

3.0 METODE

Denne studien er en systematisk blandet litteraturstudie (systematic mixed studie review); både kvantitative og kvalitative studier bidrar til å besvare spørsmålet om screeningverktøys egnethet relatert til reliabilitet, validitet og brukervennlighet. Av de tre ulike typene studier under denne sjangeren, er dette en integrert design (integrated design). Ved søk i databaser, vil målet være å finne empiriske studier som omhandler egnede screeningverktøy som avdekker depresjon hos geriatriske pasienter, og intervensjonsstudier som fokuserer på sykepleieres bruk av screeningverktøy. Målet er at funnene fra disse studiene vil kunne besvare problemstillingen i denne studien (Polit & Beck, 2012). Egnethet vil vurderes ut fra reliabilitets- og validitetsparameterne alpha, SS, SP, PPV, NPV og LR, samt kriterier for brukervennlighet. Brukervennlighet vil vurderes ut fra om verktøyene er enkle å klassifisere, lett å forklare til pasienten, hvor lett eller vanskelig det er for pasienten å svare, tidsbruken, og om sykepleier trenger opplæring for å kunne bruke verktøyet, og i så tilfelle hvor mye.

3.1 Inklusjonskriterier

Fem inklusjonskriterier er utgangspunkt for utvalg av artiklene.

- 1) Verktøyene skulle være utprøvd på sykehjemspopulasjonen.

Populasjoner utenfor sykehjemmet ble inkludert om de hadde til felles med sykehjemspasienter at de var over 65 år, og inkluderte pasienter med kognitiv svikt, men ikke med demens.

- 2) Populasjonen skulle være testet kognitivt med Mini Mental State Examination (MMSE).

Når pasienter utredes for depresjon skal den kognitive statusen evalueres i forkant. Resultatet vil avgjøre om det kan brukes intervju-/selvrapporteringsverktøy, eller om det skal brukes et instrument som krever observasjon hos dem med alvorlig kognitiv svikt. MMSE er en sensitiv og reliabel test som er mye brukt i geriatrien. Det er ikke en demenstest, men et verktøy som gir et grovt kognitivt funksjonsmål, og testen skal supplere annen utredning. Den dekker flere kognitive områder. Den høyeste scoren på 30 poeng indikerer at det ikke foreligger demens, mens en score på under 24 indikerer

kognitiv svikt. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at pasienter med mental svikt eller demens kan svare innen normalområde. Ellers vil en MMSE-score på 20 til 24 indikerer mild kognitiv svikt, 13-20 indikerer moderat kognitiv svikt, mens en score på 12 og under viser til en sannsynlig alvorlig kognitiv svikt (Alz.org, 2015). Men det må ved testing tas hensyn til at jo høyere utdanning pasienten har, jo høyere skårer de som regel på testen (Crum, Anthony, Basset, & Folstein, 1993).

3) De utvalgte studiene testet screeninginstrumenter, men ikke kartleggingsverktøy. Kartleggingsverktøy er mer ressurs krevende enn screeninginstrumenter, og derfor er bare sistnevnte inkludert i litteraturutvalget. Screening er som regel et ledd i vurderingen/kartleggingen. Å etablere gode rutiner for bruk av screeningverktøy i sykehjem, bør være både gjennomførbart og hensiktsmessig med tanke på forbedring av praksis.

4) DSM-IV er det diagnostiske verktøyet som brukes i de utvalgte studiene.

Å måle hvor vidt en person har en depresjon eller ikke, gjøres ved å beskrive symptomer som har vært til stede i minimum to uker. Det finnes to etablerte måter å gjøre dette på. Enten ved hjelp av The International Classification of Diseases, versjon 10 (ICD 10), eller ved bruk av Diagnostic og Statistical Manual of Diseases (DSM). DSM har vist seg mer spesifikk enn ICD (Tyrer, 2014), og brukes som regel i forskning (Engedal & Bjørkløf, 2014). Med DSM som gullstandard må alle nye verktøy for depresjon måles opp mot denne (Parikh, Mathai, Parikh, Sekhar, & Thomas, 2008).

5) Studiene måtte være publisert på engelsk, norsk, dansk eller svensk

3.2 Søk og utvalg av litteratur

Søkene er utført i perioden mellom 20.01.2014 og 17.03.2014

Data er basert på forskningslitteratur fra databasene Cinahl, Embase, Ovid Medline, PubMed og Cochrane. I den første runden med søk etter litteratur om screeningverktøytøy, ble søkene utført i alle de fem databasene, med den boolske operatøren «and». Søkeordene var da

Assessment, nursing home, cognitive impairment, dementia og depression

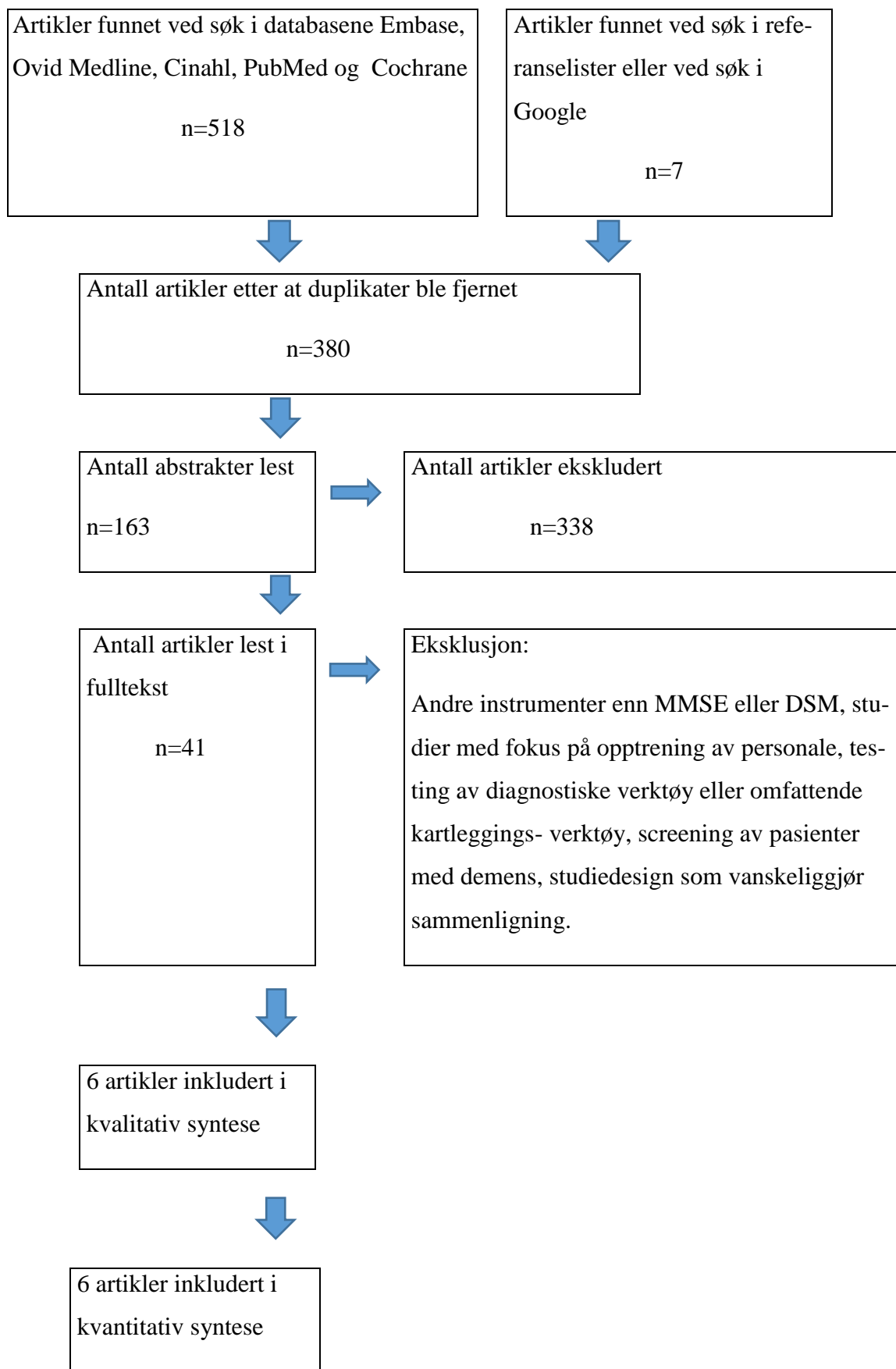
I utvidet søk, ble de boolske operatorene «and» og «or», samt funksjonene MeSH og Explore, brukt i databasene Medline og Embase, sammen med følgende søkeord:

Depression, depressive disorder, nursing homes, homes of the aged, questionnaires, psychometrics, Depress, Cognitive impairment, Assessment Screening, assessment tool, research instrument, screening, dementia, dement, Alzheimer's disease.

Alt i alt var det 518 treff i databasene med de aktuelle søkeordene. 355 artikler ble valgt bort relatert til at tittel ikke var relevant for oppgaven. 163 abstrakter ble lest, mens 35 studier ble lest i fulltekst. Søk i litteraturlister har medført at 39 ekstra abstrakter har blitt lest. I tillegg er det gjort direkte søk i Google, på kartleggingsverktøyet MADRS, fordi dette verktøyet oppgis i boken til Engedal og Bjørkløf (2014), som et av de mest brukte i Norge. 2 relevante artikler ble da funnet og lest i heltekst. Totalt innfridde 6 av det totale antallet artikler inklusjonskriteriene.

I Figur 1 presenteres en oversikt over søkeprosessen.

Figur 1: PRISMA flytdiagram: litteratursøk og utvalg av artikler



Av de 41 artiklene som ble lest i fulltekst ble seks ekskludert fordi de fokuserte på kartleggingsprosessen eller testing av kartleggingsverktøy, som ikke var aktuelt for denne studien, da de er for omfattende til å innfri kravene denne studien har til brukervennlighet. En studie så på sosial integrering og tilknytning hos pasienter med depresjon i sykehjem, tre studier hadde fokus på pasienter med demens, en på skillene mellom demens, delirium og depresjon, og fem studier var litteraturstudier. Tre studier hadde fokus på verktøy for bruk i legetjenesten, og en annen så på hvordan leger skulle unngå over- og underdiagnostisering av pasienter. Tre studier brukte et annet verktøy enn MMSE for gradering av kognitiv svikt før pasientene ble screenet for depresjon, mens to studier ikke graderte kognitiv svikt i det hele tatt. En studie brukte verken DSM-IV eller MMSE. Seks studier hadde fokus på sykepleier- og pleiepersonells evner til å gjenkjenne symptomer på depresjon hos pasienter, som var avhengig av langtidspleie. En studie grupperte pasientene i åtte grupper etter grad av kognitiv svikt, noe som gjorde det vanskelig å sammenligne funn med de fra andre studier. En studie hadde fokus på yngre pasienter. En siste studie, testet GDS-30. Denne første versjonen av GDS har imidlertid blitt erstattet av GDS-15, for å være mer tidsvennlig mot målgruppen som er eldre mennesker.

3.3 Analyse

I denne studien vurderes egnethet for verktøyene presentert i de kvalitative studiene, ut fra hvor godt de scorer på parameterne SS, SP, PPV, NPV, LR og alpha. Da er det nødvendig med utdypende forklaringer på hvordan de ulike parameterne skal tolkes og ses i sammenheng.

En sensitiv test har få falske negative, og en spesifikk test har få falske positive. Sensitivitet og spesifisitet er omvendt proporsjonal; hvis sensitivitet øker, synker spesifisiteten og motsatt (Parikh et al., 2008). Det antas at 59% av pasienter som tester positivt på en screeningtest for depresjon, har et falskt positivt resultat. Psykometriske egenskaper hos et screeningverktøy, har vist seg å variere i henhold til pasientgruppe, kjønn, alder og type depresjon. Det er viktig at SS og SP hos screeningverktøyet blir eksaminert, for den bestemte målgruppen, for å kunne finne det optimale cut-off pointet. Med mindre SS og SP er 100%, vil cut-off pointet over- eller underestimere antallet deprimerte. En lav cut-off score vil øke SS, mens en høyere cut-off score vil øke SP (Sheehan & McGee, 2013)

Både SS og SP blir definert på grunnlag av mennesker med eller uten en sykdom. Hvis en test har høy SS, er det lite sannsynlig at en person har en sykdom, hvis vedkommende tester nega-

tivt. En svært sensitiv test er derfor mest nyttig hvis resultatet er negativt, og kan i større grad utelukke sykdom. En test med høy SP, er omvendt mest nyttig hvis resultatet er positivt, og kan dermed i større grad bekrefte sykdom. Hvis SS er lav er det vanskelig å vite om en negativ test er faktisk negativ eller falsk negativ, altså positiv. Omvendt, hvis SP er lav er det vanskelig å vite om en test er faktisk positiv eller falsk positiv, altså negativ (Akobeng, 2007). En SS og SP over 80% har vist seg tilstrekkelig i screeningverktøy (Engedal et al., 2012). Sensitivitet og spesifisitet har imidlertid noen tilkorkommenheter for klinisk bruk. Dette handler hovedsakelig om at de to summerer karakteristikker av testen over en populasjon. Resultat kan ikke tolkes for en individuell pasient, da det ikke er mulig å vite om en test kan være sann positiv eller falsk positiv, eller om den er sann negativ eller falsk negativ (Attia, 2003). Nærmere forklart kan ikke disse parameterne besvare spørsmålet *hva er sannsynligheten for at et individ har en sykdom, hvis en test er positiv eller negativ* (Akobeng, 2007). Mål som kombinerer det sanne og falske resultatet til en, er positiv prediktiv verdi (PPV) og negativ prediktiv verdi (NPV). Den positive predikative verdien (PPV) uttrykker proporsjonen av dem med positivt resultat som faktisk har en sykdomstilstand. Den negative predikative verdien uttrykker proporsjonen av dem med negativt resultat, som faktisk ikke har sykdomstilstanden. De prediktive verdiene er slik sett mer nyttig i praksis. Målet er imidlertid kritisk avhengig av den valgte populasjonen og forekomsten av sykdom. Testen presterer dårligere jo lavere forekomsten er. Dette betyr at de prediktive verdiene ikke er overførbare fra en pasient til en annen, eller en setting til en annen (Attia, 2003). For disse verdiene er det slik at jo høyere sykdomsforekomsten i populasjon er, jo høyere er PPV, altså jo mer sannsynlig er det at et positivt resultat kan predikere forekomsten av sykdom. Hvis sykdomsforekomsten er lav, er PPV lav, selv om SS og SP er høy. Er sykdomsforekomsten lav er NPV høy, og omvendt er den lav ved høy sykdomsforekomst (Akobeng, 2007).

I motsetning til diagnostisering, er det ved screening viktigere med høy SS og NPV enn høy SP og PPV. SS er svært viktig i screening av depresjon, for å unngå at tilfeller av pasienter med depresjon ikke oppdages (Ren, Yang, Browning, Thomas, & Liu, 2015).

Sannsynlighetsraten (LR) er i motsetning til de prediktive verdiene, uavhengig av sykdomsforekomsten. Den er basert på ratio av sensitivitet og spesifisitet, og derfor varierer den ikke i ulike populasjoner eller settinger. Den kan brukes direkte på hver individuelle pasient, og det tillater legen å kvantifisere sannsynligheten for enhver individuell pasient. Jo større den positive sannsynlighetsraten (LR+) er jo større er sannsynligheten for sykdom når en test er positiv. Jo mindre sannsynlighetsraten (LR-) er, jo mindre er sannsynligheten for sykdom når en test er negativ. Sannsynlighetsrate viser at positive og negative resultater bare øker eller

minsker sannsynligheten for sykdom. Det blir mer og mer vanlig å benytte sannsynlighetsrate i praksis (Attia, 2003). $LR > 1$ indikerer at testresultatet er assosiert med forekomst av sykdom. $LR < 0.1$ indikerer at testresultatet er assosiert med fravær av sykdom (Ruf & Morgan, 2008c). $LR > 10$ indikerer stor og ofte konkluderende sannsynlighet for sykdom, $LR 1$ viser ingen forandring i sannsynligheten for sykdom, mens < 0.1 er stor og ofte konkluderende sannsynligheten for fravær av sykdom (Ebell, 2008). En test vurderes å være presis med $LR+ > 5$ og $LR- < 0.3$ (Dennis et al., 2012).

Cronbach's alpha måler den interne konsistensen, og blir uttrykket som et nummer mellom 0 og 1. Intern konsistens beskriver i hvilken grad elementene i en test måler det samme konseptet eller konstruksjonen. Hvis elementene i en test korrelerer med hverandre, vil verdien til alpha øke. Hvis et element ikke korrelerer med de andre elementene i testen, bidrar den ikke til indre konsistens, og dermed ikke til den totale scoren. En høy alpha er likevel ikke ensbetydende med høy grad av indre konsistens, fordi alpha også blir påvirket av lengden på testen. Er testen for kort reduseres verdien av alpha (Tavakol, 2011). Er testen lang, kan antallet elementer/spørsmål i testen være årsaken til en høyere alpha (Panayides, 2013). Det anbefales maksimum alpha på 0.90. En alpha score over dette kan referere til overflødighet (Tavakol, 2011). Nærmere forklart kan overflødighet oppstå hvis flere elementer i testen er svakt relatert til konstruksjonen. Men en høy alpha kan også indikere at det er høy forekomst av korrelasjon mellom emnene, noe som demonstrerer en smal dekning av konstruksjonen som vurderes. En smal dekning av konstruksjonen, fører til at en større andel av populasjonen estimeres utenfor elementenes variasjonsområde, og bidrar til estimeringsfeil, og lav personreliabilitet (Panayides, 2013). Hva som er den aksepterte verdien for alpha, avhenger av hva som testes, men oppgis å ligge mellom 0.70 og 0.80 (Field, 2005).

Egnethet relatert til brukervennlighet vurderes ut fra hvilke hensyn verktøyene tar ved gjennomføring av testen. På tross av omfattende søk, har det ikke vært mulig å finne litteratur med kriterier knyttet til brukervennlighet ved utførelse av psykometrisk screening av pasienter. Det som har vært tilgjengelig har omhandlet brukervennlighet i tilknytning til WEB design. Derfor vil kriteriene som verktøyene vurderes ut fra, være basert på karakteristika rapportert i omtalelsen av de ulike verktøyene, eller karakteristika rapportert i omtalelse av andre verktøy. I denne studien vil brukervennlighet handle om hva som er praktisk for sykepleiere, samt forhold som tilrettelegger for at pasienten skal kunne besvare spørsmålene så korrekt som mulig. Kriteriene er tidsbruk, spørsmålsform, svarform, hvem som utfører testingen, og hvilke forutsetninger relatert til kunnskaper om screeningverktøyet som eventuelt ligger til grunn for å kunne gjennomføre testingen.

4.0 RESULTAT

I de seks artiklene studeres fire forskjellige verktøy. To artikler omhandler Geriatric Depression Scale (GDS), en omhandler WHO-5, to omhandler Montgomery-Aasberg depression rating scale (MADRS) og den siste Nursing Home - Short Depression Inventory (NH-SDI). GDS og MADRS er godt etablert i praksis i Norge, mens WHO-5 og NH-SDI er utviklet senere. De har ikke oppnådd samme status.

I Tabell 1 presenteres en sammenfatning av de studiene som tester screeningverktøy. Studiene som tester samme verktøy leses i kronologisk rekkefølge.

Tabell 1: *Sammenfatning av hovedtrekkene i studiene*

<u>Tittel, forfattere, utgivelsesår og nasjonalitet</u>	<u>Sammendrag</u>
<i>Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV</i> Almeida, O. P. og Almeida, S. A (1999) Brazil	Validiteten til GDS- 15, -10, -4 og -1 ble testet, med hensyn til avdekking av alvorlig depressiv episode, ved en poliklinisk avdeling for mental helse i São Paulo, Brazil. Uvisst hvem som utførte intervjuet med pasientene. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv svikt, og ICD-10, DSM-IV og MADRS ble brukt som gullstandarder.
<i>Construction and validation of a patient- and user- friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale</i> K. Jongenelis, D. L. Gerritsen, A. M. Pot, A. T. F. Beekman, A. M. H. Eisses, K. Kluiters og M. W. Ribbe (2007) Nederland	Fordi kortversjonene av GDS, også inneholder emner og formuleringer som er lite tilpasset pasienter i sykehjem, var hensikten med studien var å lage en mer brukervennlig versjon av GDS, med utgangspunkt i GDS-15. intervjuene ble gjennomført av en sykehjemslege, en psykolog og en registrert sykepleier. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv svikt, og DSM-IV ble brukt som gullstandard.

Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes

A-K. Allgaier, D. Kramer, B. Saravo, R. Mergl, S. Fejtkova og U. Hegerl (2013)
Tyskland

A comparison of the validity of the Cornell Scale and the MADRS in detecting depression among memory clinic patients

A-B. Knapkog, M. L. Barca og K. Engedal (2011)
Norge

The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life

K. Engedal, K. Kvaal, M. Korsnes, M. L. Barca, T. Borza, G. Selbaek og E. Askhus (2012)
Norge

Development and validation of an instru-

Validitetskriteriene til WHO-5, GDS-15 og GDS-4 ble sammenlignet, etter screening av sykehjemsbeboere. Uklart hvem som gjennomførte intervjuet med pasientene. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv svikt, og DSM-IV ble brukt som gullstandard.

Validiteten til MADRS og Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ble sammenlignet ved bruk på pasienter i hukommelsesklinikk er. Trenede leger intervjuet pasientene med de to instrumentene. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv status. Både IDC -10 og DSM –IV ble brukt som gullstandard, fordi det var forventet at forekomsten diagnostisert med depresjon med ICD-10 ville være langt høyere enn med DSM-IV.

Validiteten til MADRS ble testet som screeningverktøy, for å avdekke depressiv lidelse hos eldre pasienter uten demens, i medisinsk geriatrisk avdeling, inneliggende pasienter i avdeling for geriatrisk psykiatri, polikliniske pasienter innen geriatrisk psykiatri, eller sykehjem tilknyttet psykiatrisk, geriatrisk avdeling. Trenede psykiatriske sykepleiere intervjuet pasientene med MADRS. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv status, og DSM-IV ble brukt for som gullstandard.

Hensikten med studien var å konstruere og

<p><i>ment to detect depression in nursing homes. Nursing homes short depression inventory (NH-SDI)</i></p> <p>Prado- Jean, P. Couratier, L. A. Benissan- Tevi, P. Nubukpo, M. Druet-Cabanac og J. P. Clement (2010)</p> <p>Frankrike</p>	<p>verifisere et instrument for avdekking av depresjon hos sykehjemspasienter. Det nye verktøyet var basert på elementer fra fem allerede etablerte instrumenter. Målet var at screeningverktøyet enkelt skulle kunne brukes av sykehjemspersonalet, som også var intervjuerne i studien. MMSE ble brukt for å kartlegge kognitiv status, og DSM-IV ble brukt som gullstandard.</p>
---	---

4.1 Studiene

De seks artiklene som denne studien bygger på, er empiriske studier hvor verktøyene testes. Fordi det er mange sosiodemografiske variabler, og reliabilitets- og validitetsparametere å holde styr på, presenteres hver studie for seg, for forhåpentligvis å gi en bedre oversikt. Etter en introduksjon av studiene vil de videre refereres til med et angitt nummer mellom 1 og 6.

4.1.1 “Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depression episode according to ICD-10 and DSM-IV”

Studie 1 er utført i Brasil i 1999. Den tester om kortversjoner av GDS, deriblant GDS-15, er valide instrumenter for å indikere alvorlig depresjon (MDD). De ble testet opp mot både ICD-10 og DSM-IV; her presenteres bare reliabilitets- og validitetsparametere fra diagnostisering med DSM-IV. Utvalget bestod av eldre over 60 år. Forventet levealder i Brasil i 1999 var 73 år, mot 81 i Norge . Disse var eldre pasienter ved en poliklinisk avdeling for mental helse, som tilbyr medisinske diagnoser og behandling til sosialt belastede segmenter av den eldre populasjonen i Sao Paulo. Subjekter, som oppfylte ICD-10 kriteriene for å få diagnostisert depressiv lidelse, deltok. Pasienter med alvorlig svekkelse av syn og/eller hørsel, afasi eller MMSE score < 10 ble ekskludert. Alle deltakerne ble informert om hensikten med studien, og gav samtykke til deltakelse. Spørsmålene fra GDS-15 ble lest høyt for alle deltakerne, slik at også pasienter som var analfabet kunne bli evaluert. Det er uklart hvilken faggruppe som utførte utspørringen av pasientene. MADRS ble brukt som et supplementært mål for validitet Det totale antallet deltakere var 64. 54 deltakere var kvinner (84.4%), gjennomsnittsalderen

var 67.5, gjennomsnittlig månedslønn var 256 US\$, 25 (39.1%) var gift, og 8 (12.5%) kunne verken lese eller skrive. Gjennomsnitts MMSE score var 25.3. 33 (51.6%) oppfylte kriteriet for MDD diagnostisert med DSM-IV (Almeida & Almeida, 1999).

4.1.2 “Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale”

Studie 2 er en Nederlandsk valideringsstudie fra år 2007, hvor hensikten var å skape en kortere og mer pasient- og brukervennlig versjon av GDS, hos skrøpelige sykehjemspasienter, uten at reliabiliteten og validiteten ble redusert. En kortversjon av GDS-15, GDS-8, ble konstruert og testet opp mot flere versjoner av GDS, blant dem GDS-15. Utvalget var pasienter fra forskjellige sykehjem i Nederland. Data til studien ble hentet inn i en periode mellom 1999 og 2001, og ble brukt i en todelt studie. I første del av studien ble GDS-15 omkonstruert, og deretter testet ut på et utvalg pasienter spredt over 14 sykehjem. Pasienter med MMSE < 15 ble ekskludert, fordi GDS mister validitet under denne terskelen. Instrumentene ble administrert ansikt til ansikt av trenede representanter for tre yrkesgrupper, henholdsvis sykehjemslege, psykolog og sykepleier. Det ble gitt informert samtykke av alle deltakerne i forkant av inklusjon til studien. Studien ble også godkjent av medisinsk etisk komite. DSM-IV ble brukt for å diagnostisere depresjon. 333 pasienter deltok. Gjennomsnittsalderen var 79.4, 229 (69%) var kvinner, gjennomsnittsscoren på GDS-15 var 4.3. Forekomsten av depressive tilbakemeldinger målt med GDS-15, ved å benytte en cut-off på 4/5, lå på 48% (n = 159), mens med en cut-off på 5/6 var den 36% (n = 119). Gjennomsnittsscoren på MMSE var 22.0. En klinisk relevant depresjon ble funnet hos 22% (n = 74) (Jongenelis et al., 2007).

4.1.3 “Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO- Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes”

Studie 3 er en tysk, komparativ studie fra 2013, hvor det utføres en validering av WHO-5 i sykehjem, og videre utføres det en sammenligning av validitetskriterier for MDD og Mind, mellom WHO-5, GDS-15 og GDS-4 (her oppgis statistiske parametere for WHO-5 og GDS-15, da det er disse to som er aktuelle for denne studien). Pasienter fra somatiske sykehjemsavdelinger i Munchen, Tyskland, deltok i studien. Disse var alle over 65 år, hadde adekvate språkkunnskaper, tilstrekkelige kognitive evner og tilstrekkelig helse til å kunne svare på spørsmål. Grensen for inklusjon ved MMSE var satt til <15. Sykepleiepersonalet hadde ansvar for å

Vurdere om pasientene fylte inklusjonskriteriene, og det ble gitt skriftlig informert samtykke av pasienter eller deres verge. Det er uklart hvem som hadde ansvar for å administrere verktøyet. Studien ble godkjent av etisk komite. En uke etter å ha fullført screeningen, utførte to kliniske psykologer som var opplært i bruken av intervjuet, og ikke hadde kjennskap til resultatene fra screeningen, strukturerte kliniske intervju for DSM-IV. I denne studien bestod populasjonen av 92 pasienter. Resultatene fra utvalget viser en gjennomsnittsalder på 84.4 år, hvor 68 (73.9%) var kvinner. Gjennomsnittsalderen hos kvinnene var 86.3 år, mens den var 79.3 år hos mennene. 26 beboere (28.3%) ble klassifisert som deprimerte ved diagnostisering, hvorav 13 pasienter (14.1%) oppfylte kriteriet for MDD og 13 pasienter (14.1%) oppfylte kriteriet for mild til moderat depresjon (Mind) (Allgaier et al., 2013).

4.1.4 “A comparison of the validity of the Cornell Scale and MADRS in detecting depression among memory clinic patient”

Studie 4 er en norsk studie fra 2011, utført ved to hukommelsesklinikker, hvorav den ene er ved Ullevål Universitetssykehus (OUS) og den andre ved Innlandet Sykehus Trust. Hensikten med studien var å sammenligne validiteten til Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) og MADRS, på en heterogen poliklinisk pasientgruppe ved de to hukommelsesklinikkene. Det eneste eksklusjonskriteriet var at pasientene ikke kunne kommunisere på norsk. Pasientene ble eksaminert av en erfaren lege og i henhold til en protokoll brukt i forskning ved de to hukommelsesklinikkene. Både pasienter og pleiepersonell ble intervjuet om symptomer ved demens, og pasientene ble testet med MMSE og klokke testen. Det ble videre utført flere tester for demens, som ikke blir beskrevet her. Designet til studien er basert på kriterier til Sackett et al, for kritisk vurdering av diagnostiske tester. Tre geriatrike psykiatere som ikke deltok i kartleggingen av demens, stod for diagnostiseringen av depresjon. Disse var ukjent med resultatene fra screeningen med MADRS og CSDD. De brukte en mal med en liste over alle symptomene for depresjon i henhold til ICD-10 (mild, moderat og alvorlig depresjon), og kriteriene for alvorlig depresjon ved DSM-IV. Studien ble godkjent av regional etisk komite for medisinsk forskning, og pasientene gav informert samtykke. 98 pasienter ble testet med MADRS som screeningverktøy. Av pasientene i utvalget uten demens var 38 (54.3%) kvinner og 62 (45.7%) menn. Gjennomsnittsalderen var 64.2 år, og 59 (84.3%) var gift. Gjennomsnittlig antall år med utdanning var 13.8 år, og gjennomsnittlig score for *activity and daily living* var 9.4. Antallet somatiske lidelser var i snitt 2.4. Gjennomsnittlig score for MMSE var 28.2. 32 (45.7%) av de 70 pasientene uten demens, hadde en historie med depresjon, og 16 (22.9%) brukte antidepressiva på tidspunktet da screeningen fant sted. Pasientene

ble gruppert etter om de hadde demens eller ikke. I tillegg oppgav studien resultater for det samlede utvalget (Knapkog, Barca, & Engedal, 2011).

4.1.5 *“The validity of the Montgomery- Aasberg depression rating scale as a depression tool in later life”*

Studie 5 er også en norsk studie hvor hovedhensikten med var å teste validiteten til MADRS som screeninginstrument, for å avdekke depressiv lidelse blant eldre pasienter uten demens. I tillegg skulle studien sammenligne validiteten til CSDD med MADRS. Studien ble utført ved to sentre; et senter var innen en avdeling for geriatrisk medisin, og det andre senteret samlet data fra inneliggende pasienter i to avdelinger for geriatrisk psykiatri, polikliniske pasienter ved et daghospital innen geriatrisk psykiatri eller inneliggende pasienter i et sykehjem lokalisert i nærheten av en av avdelingene. I det første senteret eksaminerte en konsulterende lege og en trent psykiatriske sykepleier pasientene, mens i det andre senteret var det tre senior-konsulterende leger og trenede psykiatriske sykepleiere som utførte eksamineringen. Inklusjonskriterier var alder over 65 år, og sykdom annen en demens som medførte behov for helsetjenester. Eksklusjonskriterier var demens, MMSE score < 20, afasi eller en alvorlig fysisk lidelse med forventet gjestående levetid under tre måneder. Psykiaterne som utførte diagnostiseringen var ikke kjent med resultatene fra screeningen med MADRS og CSDD, og sykepleierne var ikke kjent med diagnosen. DSM-IV ble brukt hos alle pasientene, mens ICD-10 i tillegg ble brukt hos pasientene i senter 2. studien ble godkjent av regional etisk komite og data inspektoratet. Pasientene gav informert samtykke. Det var til sammen 140 pasienter fra de fire avdelingene som ble inkludert, 70 fra hvert senter. Følgende oppnevnte karakteristika er fra utvalget i begge de to sentrene: gjennomsnittsalder 81.5, 101 (72%) kvinner, og 47 (33.6%) var gift. Gjennomsnittlig MMSE er ikke målt for helse utvalget, da det er brukt to forskjellige versjoner av MMSE i de to sentrene. I senter 1 er det brukt MMSE 12, hvor gjennomsnittsscoren var 11.4, og i senter 2 hvor MMSE ble brukt, var gjennomsnittsscoren 26.2 i den alderspsykiatriske avdelingen, og 25.2 i sykehjemsavdelingen. For det samlede utvalget i de to sentrene hadde 10 (7.1%) Mind, 51 (36.4%) brukte antidepressiva, 55 (39.3%) hadde tidligere hatt depresjon, og gjennomsnittlig antall fysiske lidelser var 2.9 (Engedal et al., 2012).

4.1.6 *“Development and validation of an instrument to detect depression in nursing homes. Nursing homes short depression inventory (NH-SDI)”*

Studie 6 er en fransk studie fra 2010, og ble utført med den hensikt å lage et nytt instrument for å avdekke depresjon, som lett kan administreres av personale i sykehjem. Emner ble plukket ut fra fire depresjonsskalaer; Geriatric Depression Scale - GDS-4, The Goldberg Anxiety and Depression Scale – GADS, the Cornell Scale for Depression in Dementia - CSDD, the Dementia Mood Assessment Scale – DMAS. I tillegg ble det brukt en skala for atferdsproblemer, the Neuropsychiatric Inventory-NPI, som kartlegger 12 kategorier for vanlige nevropsykiatriske symptomene hos demente pasienter. Det ble tatt spesielt hensyn til at bruken av instrumentet skulle være så enkel som mulig. Formuleringen skulle være konsis for å tidsbegrense administreringen, spørsmålene skulle besvares med ‘ja’ eller ‘nei’, og pleiepersonell skulle kunne bruke observasjons eller retrospektiv teknikk. Instrumentet ble utviklet for å avdekke vanlige symptomer på depresjon hos eldre, og hensikten var at instrumentet skulle kunne brukes på pasienter både med og uten alvorlig kognitiv svikt. De fem skalaene ble først administrert på et utvalg med 328 pasienter, hvorpå en skala med 16 spørsmål ble laget ut fra hvilke emner som ble ansett som viktigst for å avdekke symptomer på depresjon. Deretter ble den ferdige skalaen prøvd ut på en populasjon med 99 pasienter fra tre sykehjem. Pasienter med akutt somatisk sykdom, som ikke var stabilisert, ble ekskludert fra studien. De inkluderte pasientene gav sitt samtykke til å delta, eller samtykke ble gitt av verge for de pasientene som hadde alvorlig kognitiv svikt, hvor MMSE var <15. Pleiepersonalet fikk ingen opplæring før de utførte screeningen med det nye instrumentet, NH-SDI. En psykiater, ukjent med resultatene fra NH-SDI, diagnostiserte pasientene i henhold til DSM-IV. En erfaren forsker, ukjent med resultatene fra NH-SDI og diagnostiseringen, utførte MMSE og CSDD. Det ble også innhentet detaljerte sosiodemografiske data fra alle pasientene. Studien var godkjent av den regionale medisinsketiske forskningskomiteen. I studie 6 var populasjonen på 99 individer. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 83.3 år, 67 var kvinner og 32 var menn. Gjennomsnittlig MMSE-score var 13.5, og 78 hadde alvorlig kognitiv svikt. 52 pasienter (52.5%) var depressive ifølge diagnosekriteriene i DSM-IV (Prado-Jean et al., 2010).

4.2 Sosiodemografiske faktorer

Det er flere sosiodemografiske faktorer, som i ulik grad vil kunne bidra til at eldre mennesker utvikler depresjon. Blant disse er kjønn, alder, sivil status, kognitiv status, utdanning, økonomi, tidligere depresjon og antall somatiske lidelser. Å ha kjennskap til disse risikofaktorene vil kunne bidra til større forståelse for hva som kan ha vært den utløsende årsaken til depresjonen (Barua, Ghosh, Kar, & Basilio, 2011)

I tabell 2 presenteres sosiodemografiske karakteristikk fra de seks studiene.

Tabell 2: *Oversikt over sosiodemografiske pasientkarakteristikk i studiene av de ulike verktøyene*

	GDS-15 (1999)	GDS-15 (2007)	WHO-5 Og GDS-15 (2013)*	MADRS (2011)	MADRS (2012)	NH-SDI (2010)
<u>Karakteristikk</u>						
Totalt antall pasienter	N=64	N=333	N=92	N=98	N=140	328
Gjennomsnittsalderer	67.45	79.4	84.5	64.2	81.5	83.9
Antall kvinner	54	229	86	38	101	229
Antall menn	10	104	24	32	39	99
Gift	25	80	IOV	59	47	IOV
Gjennomsnitt for antall år med utdanning	8	IOV	IOV	13.8	IOV	IOV
Gjennomsnittlig antall somatiske diagnoser	IOV	IOV	5.9	2.4	2.9	IOV
Gjennomsnittlig score på MMSE	25.30	22	24.0	28.2	Senter 1 11.4 Senter 2 26.2 25.2	13.5
Gjennomsnittlig antall faste medikamenter	IOV	IOV	6	IOV	IOV	IOV
Antall med diagnostisert depresjon	IOV	IOV	IOV	21	IOV	IOV
Antall med tidligere depresjon	IOV	IOV	IOV	32	55	IOV
Antall som bruker antidepressiva	IOV	IOV	IOV	16	51	IOV
*de sosiodemografiske personkarakteristikkene i valideringsstudien av WHO-5, fra 2013, er de samme for både WHO-5 og GDS-15, og er derfor presentert i samme kolonne.						

Det varierer hvilke sosiodemografiske karakteristikk som presenteres i de seks studiene. De karakteristikaene alle studiene har til felles å oppgi, er gjennomsnittsalder, fordeling mellom kjønn og kognitiv score.

4.3 Reliabilitets- og validitetsparameter

Påfølgende delkapittel presenterer reliabilitets- og validitetsparameterne ved optimalt cut-off point.

I Tabell 3 presenteres screeningverktøyenes optimale score på reliabilitets- og validitetsparametere, basert på cut-off point.

Tabell 3: Screeningverktøyenes beste score på parameterne <i>alpha</i> , <i>SS</i> , <i>SP</i> , <i>PPV</i> , <i>NPV</i> , <i>LR+</i> og <i>LR-</i>								
Verktøy	COP	Alpha	SS	SP	PPV	NPV	LR+	LR-
GDS-15 (1999)	5/6	0.81	90.9%	64.5%	73.2%	86.9%	IOV	IOV
GDS-15 (2007)	4/5	0.79	MDD 96.3% Mind 80.9%	MDD/ Mind 63.3%	MDD 16.4% Mind 23.9%	MDD/ Mind 94.3%	IOV	IOV
GDS-15 (2013)	≥7	0.82	MDD 85% Mind 54%	MDD/ Mind 88%	69%	88%	5.71	0.35
WHO-5 (2013)	≤12	0.93	MDD 92% Mind 92%	MDD/ Mind 79%	63%	96%	4.35	0.10
MADRS (2011)	6/7	IOV	93%	66%	IOV	IOV	2.7	0.10
MADRS* (2012)	16/17	IOV	82%	80%	IOV	IOV	4.1	0.23
NH-SDI (2010)	5/6	0.85	86%	85%	86.5%	85.1%	IOV	IOV
*Det oppgis ikke parametere for bare pasientgruppen i sykehjem. De oppgitte tallene er derfor fra hele utvalget på 140 pasienter.								

4.3.1 Reliabilitets- og validitetsparametere

Studie 1: 33 pasienter (51.6%) var deprimerte ved diagnostisering med DSM-IV. Med en optimal cut-off på 5/6, var alpha 0.81, SS 90.9 og SP var 64.5. PPV var 73.2 og NPV var 86.9.

Studie 2: 74 pasienter (22%) hadde depresjon ved diagnostisering. En indre konsistens vist ved alpha var 0.79. SS til GDS-15 var 96.3% for alvorlig depresjon (MDD), og 80.9% for mindre depresjon, (Mind), når cut off var 4/5. SP var 63.3%.

Studie 3: 26 pasienter (28.3%) var deprimerte i henhold til DSM-IV. Med optimal cut-off på ≤ 12 hadde WHO-5 SS på 92% og SP på 79%. PPV var 0.63 og NPV var 0.96. Sensitiviteten var identisk for både MDD og Mind. LR+ var 4.35 og LR- var 0.10. For GDS-15, var SS for MDD 85% og 54% for Mind. Med optimal cut-off på ≥ 7 var SS 0.69 og SP 0.88. PPV var 0.69, NPV var 0.88 og alpha var 0.93. LR+ var 4.71 og LR- var 0.35

Studie 4: Til sammen 35 pasienter i de to sentrene hadde alvorlig depresjon i henhold til DSM-IV i denne studien. Moderat og mild form for depresjon er bare referert til ved bruk av ICD-10. MADRS scoret høyest med en cut-off på 6/7 i alle grupperingene, uavhengig av hvilket diagnostisk verktøy som ble brukt. Det var liten variasjon i de statistiske målene mellom gruppene, og MADRS scoret bedre enn CSDD i samtlige grupperinger. For pasienter uten demens som ble testet med MADRS med cut-off på 6/7, var SS 95%, SP 65%, LR+ 2.3 og LR- 0.1.

Studie 5: Til sammen 34 pasienter (27.2%) hadde alvorlig depresjon i henhold til DSM-IV. Også i denne studien er moderat og mild depresjon bare referert til ved bruk av ICD-10. Det beste cut-off pointet for MADRS i de to senterne, med DSM-IV, var 16/17 med SS 82%, SP 80%, LR+ 4.1 og LR- 0.23.

Studie 6: 52 pasienter (32.6%) var deprimerte i henhold til DSM-IV kriteriene. Med en optimal cut-off på 5/6, oppnådde skalaen en SS på 86.5% og SP på 85.1. PPV var 86.5%, NPV var 85.1%, mens alpha var 0.85.

4.4 Karakteristika relatert til administrering av verktøyenes

Selv om alle verktøyene er testet på den geriatriske pasientgruppen i sykehjem, og at sykepleiere skal kunne bruke dem, er det variasjoner med hensyn til hvordan testene utføres.

I Tabell 4 presenteres karakteristika relatert til administrering av verktøyenes.

<u>Verktøy</u>	<u>Tidsbruk</u>	<u>Svar form</u>	<u>Testutfører</u>	<u>Sensitivt for endring over tid</u>	<u>Sensitivt hos pasienter med mild til moderat kognitiv svikt</u>	<u>Avhenger av kvalifikasjoner hos testutfører</u>
GDS-15	5-7 min	Ja/nei	Pasient/personell	Ja	Ja	Nei
WHO-5	2-3 min	Gradert	Pasient/personell	Ja	Ja	Nei
MADRS	10-20 min	Observasjon og gradering	Lege eller trent sykepleier	Ja	Ja	Ja
NH-SDI	IOV	Ja/nei	Sykepleiere eller helse- og omsorgsarbeider	IOV	Ja	Nei

4.4.1 GDS-15

GDS-15 ble utviklet av Sheik og Yesavage på 1980-tallet, og finnes i flere versjoner. En av dem er GDS-15, som ble utviklet i 1986 (Greenberg, 2012). I utgangspunktet er GDS-15 et selvevalueringsskjema, men det anbefales brukt som en intervju-skala (Engedal & Bjørkløf, 2014). I og med at den som utspørres ofte kan ha kognitiv svikt, lide av fatigue eller ha konsentrasjonsvansker, gis tilbakemeldingene på spørsmålene i ja/nei form. Skalaen inneholder ikke somatiske symptomer (Wancate, Alexandrowicz, Marquart, Weiss, & Friedrich, 2006). Det tar 5-7 minutter å gjennomføre testen. Den rangeres fra 0 til 15, hvor 0 til 4 indikerer normal score, 5 til 9 indikerer mild depresjon, mens 10 eller mer indikerer moderat til alvorlig depresjon. GDS-15 kan brukes til å monitorere depresjon over tid (Greenberg, 2012). Både internasjonalt og nasjonalt er GDS et populært screeningverktøy for depresjon hos eldre. Den korteste varianten, GDS-4, har ved sammenligning av de ulike versjonene vist seg å være mest effektiv. Likevel er det foreløpig GDS-15 som anbefales brukt i sykehjem, fordi ingen av studiene for utprøvelse av GDS-4 er utført i denne typen institusjon (Mitchell, Bird, Rizzo, & Meader, 2010).

4.4.2 WHO-5

WHO-5 well being index ble utviklet av verdens helseorganisasjon i 1998, med det formål å screene pasienter med diabetes for depresjon. Det er et mye brukt screeningverktøy, som er ment brukt som et selvrapporteringsmål. Den dekker fem områder for henholdsvis trivsel, vitalitet og generell interesse, og spørsmålene er positivt formulert. Svarene rangeres på en skala fra 0-5, hvor en høyere score indikerer en høyere grad av trivsel. Totalskåren multipliseres med 4, slik at den høyeste totalskåren som kan oppnås er 100. En skår på 50 eller under indikerer redusert grad av trivsel, men ikke nødvendigvis depresjon, mens en skår på 28 eller under krever videre kartlegging. Det tar 2-3 minutter å gjennomføre testen (Snoek, 2003). Instrumentet er nyttig for bruk i monitorering av depresjon hos den enkelte pasient (Lucas-Carrasco, 2012). Instrumentet kan inkluderes i klinisk rutine i både primær- og sekundærhelsetjenesten, og er tilgjengelig på flere språk. Verktøyet har også vist gode resultat ved screening av pasienter med andre kroniske lidelser som kardiovaskulære sykdommer og Parkinson's sykdom (Allgaier et al., 2013).

4.4.3 MADRS

MADRS ble utviklet i 1979, av de to forskerne som instrumentet bærer navnet til (Wikipedia, 2015). Av 10 spørsmål baseres det første på undersøkernes observasjon av om pasienten ser synlig trist ut, mens de andre 9 spørsmålene stilles til pasienten. Hvert spørsmål har syv svaralternativer, hvor annethvert skåringstall ledsages av en forankringstekst, og pasienten selv graderer. Poengscoren for hver spørsmål går fra 0 til 6 hvor 6 er alvorlig patologisk. Maksimalscoren er 60 poeng. Skalaen fokuserer på psykiske symptom, ikke somatiske, men kan brukes på pasienter med somatisk grunnlidelse (NHI.no, 2014). For en trent utøver tar det 10 til 20 minutter å utføre testen (Jain et al., 2007). Jo høyere skår, jo mer alvorlig grad av depresjon. Den er sensibel for endring over tid, og er egnet for å følge opp behandling. Dette er det mest anvendte kartleggingsskjema i Norge, og brukes i legetjenesten (Engedal & Bjørkløf, 2014). Elementene i testen er basert på hva utførte studier har vist at er sensitive for endring, også når antidepressiv behandling er iverksatt (Williams & Kobak, 2008). Det er et standardisert kartleggingsverktøy for aktuelle symptomer ved depresjon hos pasienter uten demens, symptomenes frekvens og intensitet. Skalaen har en observasjonstid på de siste tre døgn (NHI.no, 2014). I to av studiene jeg har plukket ut som omhandler dette verktøyet, forskes det på om det også kan brukes som et screeningverktøy.

4.4.4 HD-SDI

NH-SDI ble utviklet i Frankrike av Prado-Jean et al i 2010, for bruk i sykehjem. Dette verktøyet er basert på observasjoner av personale, og det trengs ikke opplæring for å kunne bruke det. Resultatet er en skala med 16 emner, som besvares “ja” eller “nei”, hvor maksimal skår er 16 poeng. Verktøyet er utviklet av geriatrike psykiatere, som har tatt utgangspunkt i fem allerede etablerte screeningverktøy. Disse verktøyene er The short Geriatric Depression Scale (GDS-4), The Goldberg Anxiety and Depression Scale- GADS, The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), The Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) og The Neuropsychiatric Inventory-NPI (Prado-Jean et al., 2010).

5 DISKUSJON

For at screeningverktøy skal komme til nytte i sykepleierhverdagen, bør de være reliable, valide og brukervennlige. Kunnskap om sosiodemografiske karakteristikk hos pasientene, kan bidra til større forståelse for faktorer som har bidratt til å utløse depresjonen, og vil i tillegg kunne si noe om forekomsten av depresjon i utvalget. Selv om selve screeningen er unnagjort på maksimum en halvtime, er ikke jobben ferdig når testen er utført. Pasienter skal følges opp, og screenes igjen på senere tidspunkt, for å kunne følge utviklingen av symptomene på depresjon. For screeningverktøy som skal benyttes regelmessig, er det viktig at brukerne har en positiv opplevelse med bruken av dem. De bør være praktiske i henhold til tidsbruk for å ikke trette pasienten, og i forhold til at sykepleiere har travle dager. Spørsmålene skal ikke skape forvirring, og bør kunne besvares så korrekt som mulig. Hvor mye opplæring sykepleiere trenger i forkant av screeningen, kan også ha betydning for hvor mange som blir kvalifisert til å bruke dem, og dermed hvor mye sammenlagt tid som går med til screening av depresjon.

5.1 Parametere og populasjon

Svært få screeningverktøy er perfekte. Det er heller ingen generell enighet om hva som er akseptabelt nivå for sensitivitet og spesifisitet, da det avhenger av formålet med testen: populasjonen, forekomsten av tilstanden i populasjonen, alternative metoder til kartlegging/screening og kostnader/fortjenester ved testingen. Målet med SS og SP er at de kommer så nær 100% som mulig (Department of Health, 2002). Som en innledning til diskusjonen oppsummeres kriteriene til scor av parametere for reliabilitet og validitet: SS og SP bør være over 80%, LR+ bør være >5 og LR- < 0.3 . En alpha-score på 70-80 regnes som adekvat, mens den ikke bør overstige 90. For screeningverktøy vektlegges høy SS og NPV.

Det varierer hvilke parametere som presenteres i de ulike studiene. Dette gjelder om de skiller mellom MDD og Mind for SS, SP, og PPV, og om de oppgir enten prediktive verdier eller LR.

5.1.1 Alpha

Av de syv aktuelle resultatene presentert i de seks studiene, er det fem resultater for alphascore. Alle disse er over den nedre grensen for hva som er akseptabelt. Med utgangspunkt i at en score på 0.90 er det optimale, og en score over kan vise til overflødighet, blir spørsmålet om

det er studien av det nye verktøyet NH-SDI med en alpha på 0.85, eller WHO-5 som oppnår en score på 0.93 som har best indre konsistens. WHO-5 har ikke fått en høy alphascore på grunn av antallet elementer i testen, da det er begrenset hvor mange elementer den kan dekke med fem spørsmål. Det er av samme grunn lite sannsynlig at det er overflødige elementer i testen, men den høye scoren kan være basert på høy korrelasjon mellom elementene. Sagt på en annen måte indikerer en høy alpha hos en test med få spørsmål, at det er høyt samsvar mellom skalaens spørsmål, noe som indikerer høy målesikkerhet. Problemet med at en såpass kort test har en så høy alphaverdi, er at det vil stilles spørsmål ved om den måler bredden av det aktuelle fenomenet.

Alpha er ikke målt i studiene som tester MADRS. Det er mulig at instrumentet anses for å og ha gjennomgått tilstrekkelig testing av indre konsistens, da det er godt etablert i legetjenesten, men det er vanlig at valideringsstudier oppgir alpha (Tavakol & Dennick).

5.1.2 SS og SP

Alle de seks studiene scorer bra på SS. Det er imidlertid bare to av studiene som oppgir SS for både MDD og Mind. Med en cut-off på 4/5 oppnår studien fra 2007, som tester GDS-15, en SS på 96.3% for MDD og 80.8% for Mind. I studien som sammenligner WHO-5 og GDS-15 oppnår begge verktøyene en god score for MDD, med henholdsvis 92% for WHO-5 og 85% for GDS-15. Når det gjelder SS-score for Mind er det imidlertid bare WHO-5 som scorer tilfredsstillende, også her med 92%. GDS-15 oppnår bare 54%. Dette samsvarer med funn fra andre studier, hvor GDS-15 også gjør det dårlig i å avdekke Mind (Katona, 1994; Watson & Pignone, 2003). Alvorlig depresjon er den depresjonsformen som får mest oppmerksomhet. Likevel vil mildere former for depresjon, være minst like vanlig, og assosieres med redusert livskvalitet. Selv mindre alvorlige depressive lidelser er forbundet med økt forbruk av helse-tjenester, og øker risikoen for å utvikle alvorlig depresjon (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004). Derfor vil det ved å velge GDS-15 som det gjeldende screeningverktøyet i sykehjem, kunne resultere i at mange pasienter lider under depressive symptomer uten at de oppdages og behandles.

Fordi GDS-15 i de ulike studiene som presenteres her presterer så ulikt, bør det heller ikke på tross av gode resultatene trekkes en konklusjon for WHO-5. Det bør først utføres flere studier på denne populasjonen.

5.1.3 SS og NPV

WHO-5 er det verktøyet som scorer best på NPV, med 96%. GDS-15 fra studie 1, 2 og 3, og NH-SDI scorer imidlertid også bra. Når pasienter screenes for depresjon, vil man unngå at tilfeller ikke oppdages. Derfor er det ved screening viktig å bruke verktøy som har høy SS, altså et høyt antall screenede positive. I tillegg vil det være viktig med høy NPV, slik at sannsynligheten for at de som screenes negativt faktisk er negativ. Det er imidlertid viktig at det er likhet mellom de personene som screenes i praksis og den populasjonen verktøyet er ment brukt på. Dette er fordi at hvis forekomsten av depresjon varierer for mye mellom de to, vil ikke NPV kunne predikere korrekt. Når SS er høy vil cut-off scoren være relativt lav. Når også NPV er høy er det mer sannsynlig at de som scorer negativt, faktisk er negative. Hvis praksis hadde vært at leger stolte på resultatene fra en screeningstest hadde hovedproblemet vært at mange pasienter som scoret positivt på screeningstesten hadde fått behandling for en depresjon som ikke egentlig var aktuell. Det ville også kunne gi et bilde av et unaturlig høyt antall deprimerede, som kanskje igjen kunne påvirket rutinene relatert til screening og oppfølging av depresjon. Foruten at resultatene av screeningen, kunne vært skadelig for pasientene ved at de ble feilbehandlet, ville det også vært lite resurseffektivt.

Selv om det ikke har vært testet på screeningstester for depresjon, har konsekvenser av å teste falskt positivt på andre typer screeningstester vist seg å kunne medføre psykisk stress og å gi negativ effekt på annen sykdom (Sheehan & McGee, 2013). Derfor er det viktig at det alltid foreligger en diagnostisering i etterkant av screeningen. Diagnoseverktøy har i motsetning til ved screening, høy SP og PPV. Med instrumenter som har en høyere cut-off score, vil SP bli høyere. Når også PPV er høy er det større sannsynlighet for at disse pasientene faktisk har depresjon. Forekomsten av depresjon vil være høyere ved diagnostisering enn ved screening, ettersom screeningen i stor grad skiller tilfeller fra ikke-tilfeller.

5.1.4 NPV og forekomst i utvalget

Forekomst i studiepopulasjonene kan være relatert til hovedsakelig to ting, og disse er kognitivt funksjonsnivå og sosiodemografiske faktorer. En annen benevnelse for disse to er variabler. De prediktive verdiene avhenger av forekomst i utvalget. Forekomsten av depresjon i de ulike utvalgene varierer, og kan være relatert til at studiene operer med forskjellige og ulike mengder variabler. Det har vært utfordrende å finne studier som stiller like forutsetninger for populasjonene til denne studien. Blant annet gjelder dette pasientenes bosituasjon. Tre av studiene tar utgangspunkt i sykehjemspasienter, mens en inkluderer pasienter fra fire ulike avdelinger spredt over flere medisinske fagfelt og institusjoner, hvorav en av dem er sykehjem. En

studie tar utgangspunkt i pasienter ved en geriatrisk poliklinisk avdeling for mental helse, mens den siste studerer pasienter ved to hukommelsesklinikker.

Videre er det stor spredning mellom de seks studiene når det gjelder hvilke inklusjonskriterier de setter for kognitiv funksjon. Det finnes to hovedteorier om hvorfor pasienter med demens har depresjon. Den ene er en biologisk årsaksforklaring, hvor tap av serotonin og noradrenalin i hjernen gir økt risiko for å utvikle depresjon, mens den andre er psykologisk, og sier at pasienter fordi de er klar over tapet av kognitive evner, er mer utsatt for depresjon (Barca, 2009). At pasientene ikke har demens, men at kognitiv svikt er aktuelt i utvalgene har vært viktig ved seleksjon av studier. De seks studiene bruker imidlertid MMSE-score ulikt i henhold til hvilke pasienter som ekskluderes fra studiene. Studien på GDS-15 fra 1999, har satt eksklusjonskriterier til MMSE <10, mens studien på samme instrument fra 2007 har satt den til < 15. I studien av verktøyet MADRS fra 2010 ekskluderes ikke pasienter på bakgrunn av kognitiv svikt, mens studien fra 2012 bare inkluderer pasienter med MMSE-score >20. Både studien av WHO-5 og NH-SDI ekskluderer pasienter med MMSE-score < 15. Å blande pasienter som har svært ulike utgangspunkt for å uttrykke opplevde symptomer, og hvor personalet må observere symptomene for dem, vil muligens kunne påvirke resultatene av testingen, i form av over- eller underrapportering. Av samme grunn er det vanskelig å si hvor stor betydning ulik representasjon av kognitiv svik har for å kunne sammenligne resultater på tvers av studiene.

De seks studiene forsker på pasientgrupper hvor det varierer hvor mange og hvilke sosiodemografiske variabler som oppgis. Alder, sivilstatus, utdanning, det å være kvinne, og sosioøkonomisk status har alle vist seg å være viktige faktorer for å forklare forekomst av depresjon. Spesielt bidrar de to siste til at personer blir sårbare (Akhtar- Danesh & Landeen, 2007). Eystein Stordal, overlege og psykiater ved NTNU, forteller at ved korrigerende av andre faktorer, som for eksempel somatisk sykdom, viser det seg at alder alene medfører en risiko for å utvikle depresjon. I tillegg til alder er mangel på utdanning en av de viktigste risikofaktorene (Mangrud, 2005). I studien fra Brazil, er populasjonen et sosialt belastet segment av befolkningen, og en andel på over 13% er analfabet. Dette kan påvirke forekomsten av depresjon i utvalget.

Resultater fra andre studier indikerer imidlertid at sosiodemografiske karakteristikk som anses som høyrisikofaktorer i en studie, ikke nødvendigvis er det i en annen. I en stor norsk helseundersøkelse fra Nord – Trøndelag (1995-1997), har mannlig kjønn vist seg som en av høyrisikofaktorene for å utvikle depresjon, sammen med det å anse generell helse som dårlig, å ha redusert evne til å fungere i dagliglivet, tidligere konsultasjon eller behandling for emo-

sjonelle problemer, eller angst. Depresjonsforekomsten kan variere mye både innenfor og mellom landegrenser. Noe av denne variasjonen kan forklares av ulikheter i studiers metode, utvalgsriterier og/eller kulturelle ulikheter (Helvik, Engedal, Krokstad, Stordal, & Selbaek, 2012).

I studien av Engedal et al (2012), hvor deler av populasjonen befinner seg i psykiatriske avdelinger, er det sannsynlig at det er høyere forekomst av depresjon i utvalget. Dette påvirker forekomsten av depresjon. Det er imidlertid regnet ut sannsynlighetsraten framfor å se på de prediktive verdiene, og slik sett skal ikke forekomsten av depresjon ha påvirket parameterne.

5.1.5 Sannsynlighetsrate

Med utgangspunkt i at $LR+ >5$ og $LR- <0.3$ viser til hvor presist sannsynligheten måler om en sykdom eller tilstand er tilstede eller ikke, gitt at testen er positiv, er det bare studien av GDS-15 fra 2013, som oppnår en tilstrekkelig score på $LR+ 5.71$. WHO-5 når bare nesten den øvre grensen for $LR-$, mens studie 4 av verktøyet MADRS og studien av WHO-5 viser at verktøyene nærmest kan konkludere med fravær av sykdom hvis en test er negativ. LR avhenger imidlertid helt og holdent av relevansen og kvaliteten på studiene som har generert SS og SP som LR er basert på (the NNT group).

5.1.6 Populasjon

Størrelsen på utvalgene i studiene varierer. Mens funn fra studien på GDS-15 fra 2007 har 333 deltakere, har studien av samme verktøy fra 1999 bare 64. Sykdom og lidelser av både kognitiv og somatisk karakter hos populasjonen i sykehjem, bidrar til et lavt antall rekrutterte og at det er frafall underveis i de ulike leddene av studien. Selv om det ikke finnes en formel som avgjør hvor stort et utvalg skal være, kan for små utvalg i kvantitative studier medføre at data ikke kan støtte opp under hypotesen. Hvis populasjonen er homogen nok, kan det likevel være tilstrekkelig med et lite utvalg (Polit & Beck, 2012).

5.2 Diagnostiseringsinstrumenter

Tre av studiene bruker bare det diagnostiske verktøyet DSM-IV for å diagnostisere pasientene i utvalgene for depresjon, mens tre bruker både DSM-IV og ICD-10. Studiene som bruker begge de diagnostiske verktøyene oppgir resultatene for hver enkelt av dem, slik at det har vært mulig å referere bare til resultatene fra diagnostiseringen med DSM-IV. I de to norske studiene av MADRS brukes DSM-IV bare for diagnostisering av alvorlig depresjon, mens ICD-10 brukes for å diagnostisere mild til moderat depresjon. Selv om ICD-10 og DSM-IV begge brukes for diagnostisering av depresjon er det noen forskjeller. National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) vektlegger DSM-IV, som brukes i nesten all forskning, og gir definisjoner for atypiske symptomer og sesongavhengig depresjon. Dens definisjon av alvorlighetsgrad gjør at depresjonsdiagnosen, i motsetning til ICD-10, ikke ene og alene baseres på antallet symptomer, men også biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. DSM-IV har en høyere terskel enn ICD-10 for å diagnostisere mild depresjon, og den gjør det enklere å velge en adekvat intervensjon fra retningslinjene (NICE, 2009). Selv om DSM-IV har noen helt klare fordeler, kan det være uheldig for mange pasienter som lider av mildere former for depresjon, da de ikke får stilt en diagnose og dermed ikke får en tilpasset intervensjon. NICE rapporterer at også ICD-10, på tross av lavere kriterier, ikke fanger opp pasienter som lider under symptomer som influerer livskvaliteten deres, da de fremdeles ikke er tilstrekkelig for diagnose (NICE, 2009). I en slik situasjon vil sykepleiers rolle bli svært viktig, da pasienter som ikke får hjelp til å håndtere depressive symptomer, kan utvikle mer alvorlige former for depresjon.

5.3 Brukervennlighet

At screeningverktøyene er tilpasset både sykepleier og pasient, vil være en viktig faktor for å skape rutiner for screening, og for at resultatene skal bli korrekte. Hvilke administrative kvaliteter bør screeningverktøyene ha?

5.3.1 Tidsbruk ved screening

Lengden på screeningen ved bruk av de ulike verktøyene varierer fra 2-3 minutter for en lite erfaren bruker når WHO-5 benyttes, og 10-20 for en erfaren bruker når MADRS benyttes. 10-20 minutter er ikke nødvendigvis så mye tid i praksis, men spørsmålet er hvor mange pasien-

ter som faktisk blir screenet hvis instrumentet oppleves tilstrekkelig komplisert til at anvendt tid blir forlenget mye utover dette. Samtidig skal ikke screeningverktøy bli for korte. Ultra-korte screeningverktøy for depresjon har blitt utviklet av hensyn til tidsrammen, som ofte begrenser oppgavene helsepersonell kan prioritere. Det stilles imidlertid spørsmål ved hvor nøyaktige disse kortversjonene er. En litteraturstudie viste at screeningverktøy med bare ett spørsmål, i gjennomsnitt bare identifiserte tre av ti pasienter med depresjon i primærhelsetjenesten, mens to- til tre-spørsmåls tester identifiserte åtte av ti (Mitchell & Coyne, 2007).

WHO-5 er den korteste av de inkluderte testene, og antallet spørsmål er tilstrekkelig til å kunne fange opp 8 av 10 pasienter eller mer. Sykepleier må vurdere hvor mye anvendt tid som er praktisk for egen praksis og for pasienten, samtidig med at screeninginstrumentet så korrekt som mulig identifiserer pasienter med depresjon.

5.3.2 Spørsmålenes formulering og svarform

Spørsmålsformulering kan være avgjørende for å oppnå en korrekt score på en screeningtest. Dette gjelder både vanskelighetsgrad og om spørsmålene oppleves positive eller negative. Faren ved å stille spørsmål som oppleves avanserte kan føre til vilkårlig eller ukorrekt gradering. Pasienten kan oppleve at spørsmålet er forvirrende eller trivielt, føle seg misforstått eller bli fornærmet, og derfor gi ukorrekte svar eller nekte videre samarbeid. Å måtte stille spørsmål som virker negativt ladet, kan oppleves ubehagelig for både den som stiller spørsmålet og den som må svare. Når det er ønskelig å lage rutiner for bruk av et screeningverktøy, er det viktig at det skapes entusiasme blant brukerne (Jongenelis et al., 2007).

Av de fire testene er det sannsynligvis MADRS som krever mest både av pasientenes konsentrasjons – og vurderingsevne. Å skulle huske de fire svaralternativene og med mulighet til å gradere svaret mellom to formulerte alternativ, kan det bli en utfordring for enkelte pasienter, spesielt med tanke på kognitiv svikt.

GDS-15 har en blanding av positivt og negativt ladede spørsmål, mens MADRS graderer spørsmålene. Spørsmålene vil da presentere spekteret fra ingen symptom på depresjon til konstant opplevelse av å besitte symptomet. WHO-5 har positivt ladede spørsmål, mens NH-SDI, på tross av å ikke være konstruert spesielt med tanke på pasienter med alvorlig kognitiv svikt, er en observasjonsskala. Det skal likevel nevnes at utvalget i denne studien hadde en langt lavere kognitiv score enn i de andre. En stor andel av pasientene har dermed hatt alvorlig kognitiv svikt, som igjen kan si noe om forekomst av depresjon i utvalget. På den ene siden kan spørsmålet stilles om testen ville vært like godt egnet på utvalg med høyere kognitiv sco-

re, mens på den andre siden kan det hende at gjennomsnittsscoren for kognitiv funksjonsevne i denne studien er representativ for den i et gjennomsnittlig sykehjem. Hvis poenget med å kartlegge pasientens kognitive funksjonsnivå er å vite om pasienten er i stand til å fullføre intervjuetester, eller om det skal brukes observasjonstester, vil kanskje hele prosessen med å screene pasientene for depresjon kunne kortes ned ved at behovet for å kartlegge kognitiv funksjon bortfaller. Av praktiske hensyn kan det argumenteres at det er en fordel at sykepleiere i sykehjem bare trenger å forholde seg til et depresjonsverktøy.

5.3.3 Testspørsmålenes baseres på somatiske og affektive symptomer

Spørsmålene i et screeningverktøy er basert på somatisk/biologiske og/eller kognitive/affektive symptomer. Symptombildet til eldre mennesker er komplisert. Det er vanskelig å vite om symptomer av somatisk eller psykologisk karakter er forårsaket av fysisk eller psykisk sykdom. Instrumenter med en sterk kognitiv affektiv forutinntatthet, som GDS, unngår dilemmaet ved en dobbel årsaksforklaring med somatiske symptomer hos den fysisk syke. Dette kan imidlertid bety at en annen kategori for depresjon har større sjanse for å bli identifisert, enn med instrumenter som beholder en balanse mellom symptomer på depresjon, altså som inkluderer både somatiske og psykiske (Dennis et al, 2012).

5.3.4 Testutfører

Alle de fire verktøyene enten kan eller er tiltenkt håndtert av helsepersonell. I sykehjem ville nok noen pasienter kunne mestret utføring av verktøyet selv, men et stort antall pasienter ville også hatt problemer med både å se teksten i testen og å med skriveferdighetene. Det kan også oppstå forvirring relatert til spørsmålene, og med mindre en ansatt er tilstede og kan forklare, kan det medført at pasienten besvarer spørsmålene ukorrekt. Redusert hørsel er imidlertid et problem i situasjoner der sykepleier stiller pasienten spørsmålene. Pasienten kan bli oppgitt over at det er vanskelig å tyde talen, slik at besvarelsen ikke her heller blir korrekt. I disse tilfellene kan det være gunstig å se an pasientens resurser, og velge hvordan testen utføres deretter. NH-SDI baseres på observasjoner av pasienten, og gir ikke mulighet for at pasienten selv utfører testen. Det er også viktig å være obs på over- og underrapportering av symptomer.

5.3.5 Sensitiv for endring over tid, og hos pasienter med mild til moderat kognitiv svikt

Alle de fire verktøyene kan brukes til å monitorere depresjon over tid, og de er også alle sensitive for mild til moderat kognitiv svikt. Når det gjelder kognitiv svikt, varierer det imidlertid hvor sensitive de faktisk er. Både GDS-15, WHO-5 og MADRS er ment brukt hos pasienter uten demens, mens NH-SDI også kan brukes på denne pasientgruppen.

5.3.6 Opptrening

MADRS er det eneste av de fire verktøyene som krever opptrening. Svaralternativer baseres på undersøkers observasjon og vurdering av svarene som blir gitt av pasienten. Å trene opp sykepleiere i å bruke et instrument krever tid og ressurser. Skal alle sykepleiere i en avdeling trenes opp i bruken av verktøyet eller skal det satses på en eller noen få. Skal man gjøre seg avhengig av å kunne kartlegge pasienter bare når denne/disse er på jobb? Hvis sykehjemslege er ansvarlig for opplæringen, hvordan skal det sikres at denne opplæringen blir gitt og forstått på en slik måte at sykepleier føler seg komfortabel nok til å bruke det. Målet med screeningen må være at flere faktiske tilfeller av depressive sykdom blir avdekket, at behandling som har ført til symptomfrihet blir avsluttet, og at iverksatt behandling som ikke har tilsiktet effekt blir reevaluert. Samtidig er MADRS er verktøy som er godt etablert i legetjenesten, og som anbefales for bruk. Ut fra resultatene på reliabilitet og validitet i de sammenlignede studiene, er det likevel vanskelig å konkludere med at MADRS bør foretrekkes framfor de andre.

5.4 Sykepleierens rolle

Loven stiller krav til at sykepleier handler faglig forsvarlig og bruker faglig skjønn. Det ligger også forventninger i dette kravet om at helsepersonell handler ut over en minstestandard (Molven, 2003). Dette kravet kan tolkes på ulike måter når det gjelder hvilke kunnskaper, ferdigheter og praksis som må ligge til grunn for at pasienter med depressive symptomer blir oppdaget, og får den behandlingen og oppfølgingen de trenger.

5.4.1 Depresjon – et sensitivt tema

Sykepleiere som skal utføre depresjonsscreeningen av pasienter må huske på at pasienten er i en sårbar og avhengig situasjon. Mange eldre som har en depresjon, opplever at de blir stigmatisert av omgivelsene. De opplever at depresjonen blir et stempel, som hindrer dem fra å bli tatt på alvor, at de ikke er til å stole på, og gjør at de blir sett på som annerledes. Dette medfører at mange eldre ikke søker den hjelpen de trenger. Når deprimerte eldre også lider av fysiske helseproblemer, som anses som en del av depresjonen, hender det ofte at helsepersonell ikke tror at disse symptomene er reelle. Å oppleve å ikke bli tatt på alvor, kan bidra til mer lidelse for det eldre mennesket. Skamfølelse oppstår ofte i forbindelse med stigmatisering, men blir ikke alltid uttrykt ekspressivt. Konsekvensene av stigmatisering kan for en person være like skadelig som den direkte effekten av sykdommen, og virker som et hinder for bedring. Situasjonen kan også virke avkrefte, slik at den eldre ikke makter å kjempe for å få den nødvendige behandlingen og respekten som kan bidra til bedring. Sykepleiernes rolle blir å skaffe informasjon på en sensitiv måte, og alltid undersøke om fysiske helseproblemer er forbundet med depresjonen eller om det er annen type sykdom som er årsaken. Bruk av screeningverktøy vil kunne være et ledd i denne prosessen. Om sykepleieren skal kunne ha en forventning om at pasienten gir korrekte svar på en depresjonstest, vil det være et viktig utgangspunkt at pasienten ikke opplever det som skamfullt å informere om hvordan hun eller han har det (Holm, Lyberg, & Severinsson, 2014).

5.4.2 Rutiner eller observasjon

Av flere grunner er det komplisert å gjenkjenne symptomer på depresjon hos den eldre delen av befolkningen. Men skal sykepleiere da basere denne viktige oppgaven på observasjoner av pasientene eller på rutiner i avdelingen? Sykepleieres kunnskapsnivå kan med fordel forbedres. En treårig studie ble utført i Storbritannia, hvor det ble vurdert om hensiktsmessig opp trening av sykepleiere og langvarig oppfølging av pasienter, kunne forbedre helsehjelpen til personer med depresjon. Dette ble målt i reduserte depressive symptomer hos pasientene, og om de opplevde en positiv effekt på livskvaliteten. Resultatet av studien var at sykepleierne hadde bedre selvtillit og ferdigheter til å håndtere pasienter med depresjon, pasientene erfarte markant bedring i sosial funksjon etter proaktive sesjoner med sykepleier, og de fikk bedre selvtillit. Denne typen oppfølging av pasientene viste seg også kostnadseffektiv ved forbedring i alvorlighetsgraden av depresjon. Studien resulterte i retningslinjer for sykepleiere, for hvordan å bedre gjenkjenne og håndtere pasienter med depresjon (Buszewicz & Nazareth, 2011). På tross av at slike studier støtter opp om behovet for mer kunnskap og den positive

effekten kunnskap har, må slike retningslinjer lages, gjøres tilgjengelig, bli lest og praktisert. Dette kan være utfordrende å gjennomføre.

Hvis hovedfokus legges på forbedring av rutiner for screening av depresjon, hvor ofte skal slike rutiner praktiseres? Med hensyn til praksis av tidsintervaller, hvis de forekommer hyppig, kan det bli belastende for pasientene, med opplevelse av at det er for mye fokus på depresjon. For sykepleiere kan det bli belastende med hensyn til anvendt tid på denne oppgaven. Hvis de ikke er hyppige nok, vil pasienter kunne gå over tid uten at symptomer på depresjon fanges opp. American Geriatric Society anbefaler at pasienter i sykehjem blir screenet for depresjon to til fire uker etter at de har flyttet til sykehjemmet, og deretter minst hver sjette måned (Brown, Raue, Halpert, Adams, & Titler, 2009). Ut fra formuleringen av denne anbefalingen, kan det se ut til at hver sjette måned fremdeles ikke er optimalt. Selv om ikke sykepleier har inngående kunnskaper om depresjon, vil kjennskap til risikofaktorene for depresjon kunne være en god indikator for når det kan være nødvendig å screene pasientene. Da vil pasientkontakt være nødvendig for å kunne følge pasientens utvikling. Annet pleiepersonell kan også videreformidle utvikling av depressive symptomer til sykepleier, men sykepleier står i en spesiell ansvarsposisjon fordi hun i avdelingen har et mer overordnet ansvar for pasientbehandlingen. Som regel er det hun som har mulighet til å videreformidle pasientsituasjoner til behandlende lege, og som følger opp den iverksatte behandlingen.

I studie 4 av MADRS er opplærte sykepleiere delaktig i screeningen av pasientene. Om trent en tredjedel av pasientene befant seg imidlertid i psykiatriske avdelinger. Sykepleierne i disse avdelingene kan ved screeningen av pasientene ha vært mer observant på symptomer, enn de trenede sykepleierne i de andre avdelingene i studien. I og med at man her har kommet til en screeningsituasjon, og det er pasientene som besvarer testen, burde ikke det ha betydning for resultatet, med mindre den ulike erfaringen i ulik grad motiverer pasientene til å fortelle om hvordan han eller hun har det. Ellers er det årsaken til at screeningverktøyet blir tatt i bruk, som kan ha betydning for pasienten.

5.4.3 Farmakologisk og ikke-medikamentell behandling

Mange pasienter i sykehjem vil kunne få avdekket en depresjon for første gang, gjennom at sykepleier utfører en screeningstest. Andre har allerede en diagnostisert depresjon hvor sykepleier har et ansvar for å følge utviklingen. Et screeningverktøy brukes ikke bare ved et engangstilfelle på hver pasient. For å kunne følge utviklingen, og forhåpentligvis se forbedring av symptomer, vil det være nødvendig å screene pasienten flere ganger. Farmakologisk behand-

ling vil være et viktig tiltak i å oppnå en forbedring, og skal både administreres og observeres mellom hver screening. Eldre mennesker har god effekt av denne typen behandling, men for å kunne evaluere responsen på et antidepressiva må sykepleiere i tillegg til å ha kjennskap til selve legemiddelet, og når det kan ventes effekt, ha kjennskap til fysiologiske endringer hos eldre mennesker som vil kunne påvirke absorpsjon av virkestoffet, distribusjon, metabolisme og utskillelse.

I en engelsk studie rapporteres det at aldersbetinget diskriminering har bidratt til sen utvikling av både teoretisk og operasjonell psykoterapi rettet mot eldre. Det mangler ekspertise på feltet fordi psykoterapi fremdeles blir ansett som unødvendig eller ineffektiv behandling for eldre mennesker. Både forskning og praksis støtter imidlertid opp under at kognitiv atferdspsykologi, relasjonell, kognitiv analytisk og psykodynamisk terapi, samt systemisk tilnærming kan hjelpe ved et spekter av psykiatriske problemer hos eldre. Dette inkluderer affektiv og personlighetsforstyrrelse samt demens (Hepple, 2004). At mer spesialisert samtaleterapi, som kognitiv terapi og inter personlig terapi har vist seg effektive ved mild og moderat form for depresjon, bekreftes av seksjonsoverlege og psykiater Moksnes (2007). For pasienter i primærhelsetjenesten som får oppdaget depresjon, er det vanlig med samtaler med fastlege om mulige årsaker til depresjonen, og eventuelle tiltak som for eksempel dagsenter ved opplevd isolasjon. Kristina R. Iden ved allmennt medisinsk forskningsenhet, Uni Helse Bergen, sier imidlertid at manglende legeressurser i sykehjemmene er årsak til at mange pasienter ikke får diagnostisert depresjon, og derfor heller ikke tilbud om verken medikamentell behandling eller samtaleterapi (Bordvik, 2013). Legen er ikke den som observerer pasienten til daglig, og er avhengig av sykepleier kan gi beskjed hvis det er mistanke om at en pasient er deprimert. Hvis legen iverksetter ikke-medikamentelle tiltak, som for eksempel at pasienten trener på å ha mer sosial kontakt og kanskje deltar på aktiviteter i avdelingen, må sykepleieren være med og tilrettelegge for at pasienten skal kunne gjennomføre tiltakene. Legen må holdes oppdatert om utviklingen av de depressive symptomene.

5.4.4 Oppfølging av pasienter med diagnostisert depresjon

Sykepleiere bør kunne vurdere pasienter som allerede har en diagnostisert depresjon. Disse skal følges opp med behandling, og evalueres for eventuell forbedring eller forverring. Det ligger en utfordring i å kunne vurdere i hvilken grad depresjon virker negativt på livene til de eldre, fordi depresjon ofte oppstår i kombinasjon med andre psykiatriske lidelser, somatiske symptomer og kronisk sykdom. I en studie med 1801 pasienter som hadde alvorlig depresjon, ble det sett på assosiasjonen mellom alvorlighetsgraden av depresjon og kronisitet sammen

med psykiatrisk og medisinsk komorbiditet, livskvalitet, fysisk funksjon, mental funksjon og funksjonshemming. Alvorlighetsgraden hadde signifikant sammenheng med alle fire indikatorene for generell helsestatus, men påvirket i større grad mental funksjon, funksjonshemming og livskvalitet enn medisinsk komorbiditet (Noel et al., 2004).

5.4.5 Kostnader

Bruk av screeningverktøy for å avdekke depresjon, kan bidra til sparte resurser. En mindre studie viste at yrkesaktive pasienter som av sin fastlege ble behandlet med antidepressiva etter retningslinjer i en studieprotokoll, hadde signifikant reduksjon av symptomer, bedret livskvalitet, og økt arbeidsytelse. I tillegg var det et lite økonomisk overskudd etter at behandlingsutgiftene var trukket fra (Goldman, Nielsen, & Champion, 1999). Sykehjemspasienter er ikke yrkesaktive, og kan ikke inkluderes i et regnestykke hvor kostnadseffektivitet knyttes til yrkesproduktivitet. Likevel er det rimelig å anta at adekvat og tidlig igangsatt behandling, samt oppfølging av pasienter med depresjon, i større grad vil være vellykket og mer kostnadseffektivt, ved sparte utgifter relatert til et forlenget sykdomsforløp, og de ringvirkninger det kan medføre av både somatisk og psykisk karakter. Sparte resurser relatert til avdekking av depresjon, er et argument som bør brukes overfor driftsledere i sykehjem, da kostnadseffektivitet er en avgjørende faktor i sykehjemsdriften.

5.5 Screening er et ledd i en kartleggingsprosess

Selv om screening er et viktig ledd i å oppdage depresjon, er den bare ment å være en del av en større kartleggingsprosess. I og med sykepleierens nære relasjon til pasienten er det viktig at hun eller han har kjennskap til denne prosessen og kan følge den opp. De andre leddene i kartleggingsprosessen er å få kjennskap til alvorlighetsgraden av den aktuelle depresjonsepisoden, hvor lenge den har vart, hvordan den utvikles og opprettholdende faktorer. Tidligere tilfeller av stemningslidelser og respons på behandling, tilfeller av stemningslidelser i familien, aktuell symptomprofil, risikokartlegging, pasientens syn på hva som er hovedproblemet, sosialt nettverk, eventuelle nåværende og tidligere tilfeller av fysiske lidelser og nåværende medisiner og compliance, er alt faktorer sykepleiere, som del av det tverrfaglige teamet, bør ha kjennskap til (Redfern, 2005).

6 KONKLUSJON

Depresjon er en svært alvorlig lidelse da den kan ha negativ effekt på fysisk helse, og reduserer livskvaliteten til den som rammes. Screening er bare effektiv når den fører til adekvat behandling og omsorg, og da må det stilles kvalitetskrav til de valgte screeningverktøyene. Reliabilitet, validitet og brukervennlighet må ses i sammenheng. Ved utvelgelse av screeningverktøy for praksis hjelper det lite at et instrument scorer høyt på SS, NPV og alpha, hvis sykepleiere opplever at instrumentet er vanskelig å håndtere i praksis. Omvendt hjelper det ikke at verktøyet er praktisk og håndterbart, hvis ikke testen er pålitelig eller tester det den er ment å teste. Hvis pasienten får problemer med å besvare spørsmålene fordi de er for komplisert formulert, er det sannsynlig at resultatene av screeningen ikke blir korrekt. De ulike verktøyene som er utgangspunkt for denne studien har fordeler og ulemper.

WHO-5 er et instrument som scorer høyt på reliabilitets- og validitetsmål. Det er likevel mulig at testen er for snever, slik at testen utelater mange elementer som kunne bidratt til å avdekke depresjon. Det er heller ikke utført mange utprøvinger av dette instrumentet på populasjonen i sykehjem. Positive administrative karakteristika ved instrumentet er at det tar kort tid å utføre testen, at det ikke krever opplæring for å kunne bruke det, og at spørsmålene er positivt formulert. Flere studier med anbefalinger om at dette verktøyet er egnet for bruk i sykehjem, bør utføres før det benyttes i praksis.

MADRS er også et utprøvd verktøy, men for legetjenesten. Det er mer komplisert i bruk og krever opplæring av testutfører. Også pasienten, spesielt dem med kognitiv svikt, får en større utfordring med dette verktøyet, da det både kreves at svaralternativene huskes og at svarene graderes. Det er også det av de fire testverktøyet som er mest tidkrevende å utføre. Verktøyet er av disse grunner lite egnet for at sykepleiere skal kunne administrere det i sykehjem.

NH-SDI er et helt nytt og derfor lite utprøvd verktøy. Resultatene fra studien inkludert her, er imidlertid lovende. For det første er reliabilitets- og validitetsmålene gode og innenfor de grensene som ønskes for parameterne. For det andre vil det være en stor fordel hvis sykepleiere bare trenger å forholde seg til et instrument for å screene pasienter både med og uten alvorlig kognitiv svikt. Tid beregnet for å gjennomføre testen er ikke oppgitt, men antakelig er testen relativt tidseffektiv da de 16 spørsmålene besvares med ja eller nei. Spesielt viktig for dette verktøyet er det at det utføres flere studier før det benyttes i praksis. I en og samme studie bør det også ses på hvordan NH-SDI gjør det i forhold til andre screeningverktøy. Fordelen med å gjøre en slik sammenligning er at de aktuelle verktøyene stiller med de samme forutsetningene.

GDS-15 er det instrumentet som er testet flest ganger på populasjonen i sykehjem, og har vist seg som en pålitelig test. Den stiller lite krav til testutfører og er enkel å besvare. Det stilles imidlertid tvil ved hvor godt instrumentet avdekker mild til moderat depresjon, noe mange eldre lider av. Det er også usikkert om et screeningverktøy for depresjon hos denne pasientgruppen bør utelukke somatiske symptom, slik GDS-15 gjør. På tross av at verktøyet har noen svakheter, har det lang fartstid både i screening av depresjon hos geriatrike pasienter generelt, men også hos sykehjemspasienter. Svakheter ved de andre verktøyene kan også oppdages på et senere tidspunkt.

Både rutinemessig screening og observasjoner vil være viktige bidrag til avdekke flere pasienter med depressive symptomer. Av faggrupper med mest pasientkontakt er sykepleiere den høyest utdannede, og kanskje den som har mest omfattende kontakt og innflytelse på det tverrfaglige teamet. Likevel viser det seg at når det gjelder å kjenne igjen symptomer på depresjon, har ikke sykepleiere tilstrekkelig med kunnskaper. Spørsmålet blir da om sykepleiere skal forholde seg til screening basert bare på screening som styres av tidsintervaller, eller om det skal stilles høyere forventninger til at sykepleier screener pasienter når de basert på observasjoner mistenker depresjon. Den klare fordelene med det siste alternativet er at pasienter slipper å vente på at tilstanden deres skal oppdages, og en eventuell intervensjon kan iverksettes tidligere. Kjennskap til risikofaktorer kan bidra til at depresjoner oppdages tidligere, slik at pasienten unngår å oppleve redusert livskvalitet, og å utsettes for skadevirkningene av en ubehandlet depresjon. Fordi depresjon er en lidelse som mange eldre opplever at de får liten aksept for, er det viktig at sykepleier utviser varhet i møte med pasienten. Det er et viktig fundament for at pasienten skal kunne dele tilstrekkelig til at tilstanden blir avdekket.

Jobben er imidlertid ikke gjort når screeningen er utført. Screening er bare første ledd i sykepleieprosessen hvor problemet har blitt avdekket. Målet er å få pasienten fri for depresjonssymptomer, og intervensjoner må følges opp. Sykepleier skal så evaluere om intervensjonen har hatt effekt, og vil i den forbindelse igjen screene pasienten. Ved bruk av screeningverktøy som er sensitiv for endring, vil sykepleier se om behandlingen har hatt tilsiktet effekt og kan avsluttes, eller om det er nødvendig å prøve ut andre tiltak.

Å ta depresjon på alvor hos denne pasientgruppen som er spesielt utsatt for lidelsen, vil kunne utgjøre en betydelig forskjell for livskvaliteten deres.

7 REFERANSER

- Achterberg, W., Pot, A. M., Kerkstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*(12), 1156-1162. doi: 10.1002/gps.1623
- Akhtar- Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst, 4*(1). doi: doi: 10.1186/1752-4458-1-4.
- Akobeng, A. K. (2007). Understanding diagnostic tests 1: sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Paediatr, 96*(3), 338-341. doi: 10.1111/j.1651-2227.2006.00180.x
- Allgaier, A. K., Kramer, D., Saravo, B., Mergl, R., Fejtkova, S., & Hegerl, U. (2013). Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry, 28*(11), 1197-1204. doi: 10.1002/gps.3944
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry, 14* (10), 858-865. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8/pdf
- Alz.org. (2015). Test for Alzheimer's disease and dementia. from http://www.alz.org/alzheimers_disease_steps_to_diagnosis.asp
- Andermann, A., Blancquaert, I., Beauchamp, S., & Dery, V. (2008). Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ, 86*(4), 317-319.
- Attia, J. (2003). Moving beyond sensitivity and specificity: using likelihood ratio to help interpret diagnostic tests. *Australian Prescriber, 26*(5).
- Barca, M. L. (2009). Depresjon ved demens- en faglig utfordring. *13*(3).
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., & Basilio, M. A. (2011). Prevalence of depressive disorder in the elderly. *Ann Saudi Med, 31*(6). doi: 10.4103/0256-4947.87100
- Bordvik, M. (2013). Overser depresjon hos eldre. *Dagens Medisin*. Retrieved from www.dagensmedisin.no/nyheter/sykehjemsleger-overser-depresjon-hos-eldre/
- Brown, E. L., Raue, P., Halpert, K. D., Adams, S., & Titler, M. G. (2009). Evidence- based guidelines detection of depression in older adults with dementia. *J Gerontol Nurs, 35*(2).
- Buszewicz, M., & Nazareth, I. (2011). ProCEED. from <http://www.mind.org.uk/media/944491/Mind-ProCEED-Report-140911.pdf?ctaId=/about-us/policies-issues/proceed/slices/text/>
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *Am J Nurs, 112*(11), 22-30; quiz 31. doi: 10.1097/01.NAJ.0000422251.65212.4b
- Carlat, D. J. (1998). The psychiatric review of symptoms: a screening tool for family physicians. *Am Fam Physician, 58*(7), 1617-1624.

- Crum, R. M., Anthony, J. C., Basset, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *The Journal of the American Medical Association*, *12*.
- Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord*, *79*(1-3), 71-79. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00348-8
- Dennis, M., Kadri, A., & Coffey, J. (2012). Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing*, *41*(2), 148-154. doi: 10.1093/ageing/afr169
- DepartmentofHealth. (2002). Appendix A - Methodology Tables. from https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/disorders/appendix_a.htm
- Doerflinger, D. M. C. (2007). How to try this: the mini cog. *American Journal of Nursing*, *107*(12), 67-71.
- Ebell, M., Barry, H. (2008). likelihood ratio part 1: introduction. from omerad.msu.edu/ebm/Diagnosis/Diagnosis6.html
- Eisinga, R., Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *Int J Public Health*, *58*(4), 637-642. doi: 10.1007/s00038-012-0416-3
- Engedal, K., & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre* (1 ed.): Hertervig Forlager.
- Engedal, K., Kvaal, K., Korsnes, M., Barca, M. L., Borza, T., Selbaek, G., & Aakhus, E. (2012). The validity of the Montgomery-Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 227-232. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.042
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*, *5*, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Goldman, L. S., Nielsen, N. H., & Champion, H. C. (1999). Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med*, *14*(9), 569-580.
- Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale. *Try This*. Retrieved 4, from http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4.pdf
- Helvik, A. S., Engedal, K., Krokstad, S., Stordal, E., & Selbaek, G. (2012). A comparison of depressive symptoms in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based health study (the Nord-Trøndelag Health Study 3). *Nord J Psychiatry*, *66*(3), 189-197. doi: 10.3109/08039488.2011.614958
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*(5). doi: 10.1192/apt.10.5.371
- Holm, A. L., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2014). Living with stigma: depressed elderly persons' experiences of physical health problems. *Nurs Res Pract*, *2014*, 527920. doi: 10.1155/2014/527920

- ICN. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved 2.1, from https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Jain, S., Carmody, T. J., Trivedi, M. H., Hughes, C., Bernstein, I. H., Morris, D. W., . . . Rush, A. J. (2007). A psychometric evaluation of the CDRS and MADRS in assessing depressive symptoms in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46*(9), 1204-1212. doi: 10.1097/chi.0b013e3180cc2575
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiter, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry, 22*(9), 837-842. doi: 10.1002/gps.1748
- Katona, C. L. E. (1994). the measurement of depression in old age *depression in old age* (pp. 17): John Wiley & Sons Ltd.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2 ed.): Gyldendal Akademisk.
- Knapskog, A. B., Barca, M. L., & Engedal, K. (2011). A comparison of the validity of the Cornell Scale and the MADRS in detecting depression among memory clinic patients. *Dement Geriatr Cogn Disord, 32*(4), 287-294. doi: 10.1159/000334983
- Lucas-Carrasco, R. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly. *Psychiatry Clin Neurosci, 66*(6), 508-513. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x
- Mangrud, R. (2005). Eldre er mest deprimerte. from forskning.no/psykiske-lidelser-depresjon/2008/02/eldre-er-mest-deprimerte
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of the GDS-30 and GDS-15. *Journal of Affective Disorders, 126*(1-3). doi: 10.1016/j.jad.2009.08.019
- Mitchell, A. J., & Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract, 57*(535), 144-151.
- Mitchell, A. J., & Kakkadasam, V. (2011). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes--a meta-analysis of routine clinical accuracy. *Int J Nurs Stud, 48*(3), 359-368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012
- Moksnes, K. M. (2007). Depresjon hos eldre. *Demens og Alderspsykiatri, 11*(2).
- Molven, O. (2003). *Sykepleie og Jus*: Gyldendal Juridisk.
- NHI.no. (2014). MADRS (Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale). from <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs-3271.html>
- NICE. (2009). Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/introduction>

- Noel, P. H., Williams, J. W., Jr., Unutzer, J., Worchel, J., Lee, S., Cornell, J., . . . Hunkeler, E. (2004). Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med*, 2(6), 555-562. doi: 10.1370/afm.143
- Nordqvist, C. (2012). What are the symptoms of depression. from <http://www.medicalnewstoday.com/articles/241862.php>
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., & Gaynes, B. N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*, 151(11), 793-803. doi: 10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007
- Panayides, P. (2013). Coefficient alpha-interpret with caution. *Europe's Journal of Psychology*, 9(4). doi: 10.5964/ejop.v9i4.653
- Parikh, R., Mathai, A., Parikh, S., Sekhar, G. C., & Thomas, R. (2008). Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian j Ophthalmol*, 56(1).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9 ed.): Wolters Kluwer Health.
- Prado-Jean, A., Couratier, P., Benissan-Tevi, L. A., Nubukpo, P., Druet-Cabanac, M., & Clement, J. P. (2010). Development and validation of an instrument to detect depression in nursing homes. Nursing homes short depression inventory (NH-SDI). *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8). doi: 10.1002/gps.2613/pdf
- Redfern, S. J., Ross, F. M. (2005). Depression in older people *Nursing older people* (4th ed.): Churchill livingstone.
- Ren, Y., Yang, H., Browning, C., Thomas, S., & Liu, M. (2015). Performance of screening tools in detecting major depressive disorder among patients with coronary hearth disease: a systematic review. *Medical Science Monitor*, 21, 646-653. doi: 10.12659/MSM.892537
- Research, L. (2012). What are the main differences between screening and assessment: Lucid Research Ltd.
- Ruf, M., & Morgan, O. (2008a). Differences between screening and- diagnostic tests, case finding. from <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/screening-diagnostic-case-finding>
- Ruf, M., & Morgan, O. (2008c). Likelihood ratio; Pre and post test probability. from <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/ratios>
- Sheehan, A. M., & McGee, H. (2013). Screening for depression in medical research: ethical challenges and recommendations. *BMC Med Ethics*, 14, 4. doi: 10.1186/1472-6939-14-4
- Snoek, M. (2003). WHO (five) Well- Being Index. from <http://www.dawnstudy.com/content/dam/Dawnstudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/TOOLSANDRESOURCES/Documents/WHO-5.pdf>
- Tavakol, M., Dennic, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.bdfd

- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(12), 613-620.
- Wancate, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M., & Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr. Scand*, 114(6).
- Watson, L. C., & Pignone, M. P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract*, 52(12), 956-964.
- Wikipedia. (2015). Montgomery- Åsberg depression rating scale. from http://en.wikipedia.org/wiki/Montgomery%20%93%C3%85sberg_Depression_Rating_Scale
- Williams, J. B., & Kobak, K. A. (2008). Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (SIGMA). *Br J Psychiatry*, 192(1), 52-58. doi: 10.1192/bjp.bp.106.032532

8.VEDLEGG: Tilgang til verktøy

NH-SDI

Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Aug;26(8):853-9. doi: 10.1002/gps.2613. Epub 2010 Oct 28.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2613/pdf>

WHO-5

Diabetes Attitudes Wishes and Needs

<http://www.dawnstudy.com/content/dam/Dawnstudy/AFFILIATE/www-dawnstudy-com/Home/TOOLSANDRESOURCES/Documents/WHO-5.pdf>

GDS-15

Try this

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4.pdf

MADRS

Legevakthåndboken

http://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/psykiatrisk_undersokelse/strukturer_te_diagnostiske_skjemaer