

Förord

Denna rapport ingår i en serie publikationer i ämnet evidensbaserad omvårdnad vilka produceras gemensamt av SBU och SSF. Serien anknyter till SBU:s utvärderingsrapporter inom respektive ämnesområde och syftar till att redovisa det vetenskapliga underlaget om sjuksköterskans roll i sammanhanget.

”Evidence-based nursing” är ett begrepp som länge använts internationellt. Vi har valt att översätta det till evidensbaserad omvårdnad. Evidens är ett svenskt ord som betyder bevis, eller belagd kunskap – till skillnad från tradition. Att tillämpa evidensbaserad omvårdnad innebär att som komplement till andra kunskaper även använda sig av de vetenskapliga resultat som framkommer genom studier av vad som är bästa möjliga omvårdnad. Sådana fakta kan komma från såväl kvantitativa som kvalitativa studier.

Det är självklart men ändå viktigt att framhålla att evidensbaserad omvårdnad inte ger hela svaret på vad som är god omvårdnad. Kunskap om relevanta forskningsresultat måste givetvis kombineras med kunskap om enskilda patienters behov och upplevelser samt om de förutsättningar som föreligger.

Rapporten visar bl a att det tillgängliga vetenskapliga underlaget är för litet för att dra säkra slutsatser. Det behövs därför betydligt mer svensk forskning kring sjuksköterskans roll och betydelse vid behandling av patienter med depression.

Det är dock vår förhoppning att denna rapport kan öka intresset för forskning på området och att den kommer att användas som ett kunskapsunderlag och som utbildningsmaterial.

Rapporten har inte granskats av vare sig SBU:s styrelse och råd eller SSF:s styrelse. Författarna står för innehållet.

Egon Jonsson
SBU

Anne-Marie Wohlin
SSF

Kapitel 1

Inledning

Evidensbaserad omvårdnad

Kunskap om vad som är god omvårdnad bygger på både erfarenhet och vetenskap. I klinisk verksamhet kombineras resultaten från evidensbaserad omvårdnad med den kliniska erfarenheten och vårdtagarens önskemål. Evidensbaserad omvårdnad kan beskrivas som en process av systematisk insamling, kvalitetsgranskning och användning av bästa tillgängliga forskningsresultat [67]. Denna rapport syftar till att utifrån en systematisk granskning av resultaten från olika studier redovisa det vetenskapliga underlaget för omvårdnad vid förstämningssyndrom med speciell inriktning mot depressionssjukdomar. Med hjälp av olika sökord har 499 referenser identifierats i olika databaser för vetenskaplig litteratur vilka initialt bedömdes vara relevanta för denna rapport. Ett urval av dessa studier har sedan sorterats, grupperats och graderats med avseende på studiernas vetenskapliga styrka.

Förstämmningssyndrom, främst det som i dagligt tal kallas depression eller mani, är psykiatriska sjukdomstillstånd och måste identifieras och behandlas på samma sätt som andra sjukdomar [4].

Världshälsoorganisationen (WHO) beräknar att depression, jämte rökning, är de stora hälsoproblemen inför 2000-talet och att depression förmodas bli den främsta orsaken till arbetsoförmåga och funktionsnedsättning bland vuxna personer [44]. För vidare information angående förekomst och klassificering av depressionssjukdomar se Bilaga 1 och 2.

Omvårdnad vid depressionssjukdomar

Omvårdnadsarbetet består av två integrerade delar, uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs. Omvårdnadsarbetet har således fokus på känslomässiga aspekter och praktiskt/tekniska aspekter beroende på vårdtagarens aktuella situation. Oavsett fokus i omvårdnadsarbetet finns en relation eller någon form av samspel mellan vårdgivaren och vårdtagaren. Uppgiften och relationen är alltså varandras förutsättningar och alltid närvarande samtidigt.

Relationer upprättas och vidmakthålls genom samspel och kommunikation. Omvårdnadsarbetet kan innebära att vårdgivaren helt eller delvis tar över vårdtagarens personliga omvårdnad, eller att vårdgivaren på olika sätt bistår vårdtagaren genom vägledning, stöd eller undervisning så att vårdtagaren själv kan balansera kraven i det dagliga livet.

Omvårdnaden riktas således till en person och omvårdnadens genomförande kräver att såväl vårdgivare som vårdtagare accepterar varandras närvaro och handlingar [46]. Omvårdnadsinsatserna inriktas mot problem eller förändringar som uppstår mellan det dagliga livets krav och personens funktionella hälsotillstånd [16]. Kvaliteten i omvårdnadsarbetet bedöms ofta utifrån hur samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare fungerat men också hur väl de praktisk/tekniska åtgärderna genomförts. Omvårdnadsarbetet ställer således krav på vårdgivaren att ”vara” och att ”handla” på en personorienterad såväl som på en uppgiftsorienterad nivå [63]. Det är viktigt att båda nivåerna genomförs på ett sådant sätt att de gagnar vårdtagarens behov och välbefinnande.

Psykiatrisk omvårdnad

Hallberg som på uppdrag av Socialstyrelsen genomförde en omfattande litteraturgenomgång och enkätundersökning av 363 sjuksköterskor och 334 arbetsterapeuter verksamma inom psykiatrisk vård ger följande definition av psykiatrisk omvårdnad: ”processer som igångsätts och vidmakthålls för att vårdtagaren i samspel med för denne viktiga närstående skall, psykosocialt och praktiskt, kunna bemästra den dagliga livssituationen (personlig omvårdnad, boende, fritid, arbete/sysselsättning och relationer till andra och annat). Omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process och kan till exempel ske utifrån psykopedagogiskt, kognitivt och/eller psykoterapeutiskt inspirerade metoder. Den syftar till att vårdtagaren skall kunna leva ett oberoende liv, i ett naturligt socialt sammanhang och med för vårdtagaren och dennes närstående tillfredsställande livskvalitet.” [30 s. 10].

Psykiatrisjuksköterskan har ett övergripande ansvar för att bedöma, planera, genomföra, utvärdera och dokumentera omvårdnaden kring varje enskild patient. Psykiatrisk omvårdnad kräver ett nära samarbete mellan patient, anhörig, läkare, sjuksköterska, skötare, psykolog, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut. Patientens totala vårdbehov ska struktureras individuellt av det psykiatriska vårdteamet med målsättning

att så långt som möjligt bevaka patientens integritet och oberoende. Alla i vårdteamet deltar i vården, var och en inom sin specialitet.

För personer som insjuknar i depression medför sjukdomen en förlust av hälsa och det dagliga livets skiftande krav kan vara svåra att hantera. Deprimerade personer upplever ofta starka känslor av meningslöshet och att ha förlorat kontrollen över vad som händer i livet. Upplevelsen av mening har enligt Antonovsky stor betydelse för förmågan att hantera olika situationer [3]. Han menar att förmågan att hantera olika situationer beror på känsla av sammanhang (KASAM). I begreppet ”känsla av sammanhang” ingår tre delbegrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Känslan av mening är det mest grundläggande delbegreppet. Saknas upplevelsen av mening så har det inte så stor betydelse att man kan förstå och ha en känsla av att kunna klara av olika situationer. Även känslan av hanterbarhet, eller av att ha kontroll över vad som händer med en själv och att kunna påverka sin situation, har en grundläggande betydelse för upplevelse av hälsa hos deprimerade personer. Locus of control (LOC) innebär i vad mån en person upplever att det som händer beror på egna känslor/handlingar eller är ett resultat av krafter utanför den egna kontrollen eller förståelsen [38]. När människor utsätts för påfrestningar (t ex en depression) försöker de med hjälp av tankar och handlingar hantera och bemästra situationen. Sättet att tänka och handla är mycket individuellt eftersom det formas av personens livshistoria och påverkas av den aktuella situationen. Lazarus och Folkman beskriver ”coping”, som olika förmågor att bemästra situationen [37]. Coping är således en process som kan innehålla både problemlösande och känslomässiga delar. Problemlösning kan vara att vidta olika åtgärder i syfte att påverka eller förändra situationen. Den känslomässiga reaktionen kan innebära försvarsreaktioner i syfte att hantera en svår situation eller att direkt bearbeta känslan. Allt detta har stor relevans för omvårdnadsarbetets innehåll.

Allmän omvårdnad som ingår som komponent i alla arbetsgruppers insatser inom sjukvården kan innebära insatser som syftar till att hjälpa personen att hantera känslor av meningslöshet, stärka känslan av att ha kontroll över sitt liv och att finna olika strategier att hantera sjukdomen

och dess konsekvenser. Sådana insatser kan t ex vara olika former av patient- och anhörigutbildning, att bevara och bygga upp sociala nätverk, träning av olika sociala färdigheter etc. God omvårdnad förutsätter en trygg relation mellan vårdare och patient.

Kapitel 2

Metod för litteraturgranskning

Litteratursökning

Rapporten baseras på studier genomförda med både kvalitativ och kvantitativ metod. Referenser har tagits fram med hjälp av databaserna Medline, Cinahl och Cochrane Library med en sökprofil där huvudsökorden "mood disorders", "affective disorders", "depression" och "bipolar disorders" alltid ingått i kombination med sökordet "nursing". En första sökning med denna sökprofil i databaserna Medline, Cinahl och Cochrane Library gav 2 564 träffar. För att göra det möjligt att genomföra projektet inom avsatt tid och med befintliga resurser, begränsades sökperioden till åren januari 1987–maj 1998. Dessutom togs brev, kommentarer av redaktörer och debattinlägg bort. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska, norska eller danska. Med dessa avgränsningar identifierades totalt 550 relevanta artiklar varav 209 i Medline, 321 i Cinahl och 20 i Cochrane Library. Av dessa 550 artiklar var 51 dubletter, således återstod 499 artiklar för vidare granskning.

Det finns få studier som specifikt utvärderar omvårdnad vid depressionssjukdom. Däremot finns det ett flertal studier som har relevans för omvårdnadsarbetet.

Klassificering och värdering av studier

Klassificering av studierna har genomförts enligt Goodman [26] och indelats i följande grupper:

- Randomiserad kontrollerad studie (RCT) är en prospektiv studie där man jämför undersökningsgrupper där deltagarna slumpvis har fördelats till antingen en kontrollgrupp eller till en eller flera experimentgrupper.
- Kontrollerad klinisk studie (CCT) är en studie där man jämför en experimentgrupp med en kontrollgrupp eller med en tidigare kontrollgrupp (historisk kontroll).

- Deskriptiv studie (DS) beskriver förekomst, samband eller händelseförlopp hos en definierad grupp och saknar jämförelsegrupp.

Dessutom har även studier med kvalitativ metod och design klassificerats och värderats [17], eftersom kvalitativa forskningsmetoder har en lång tradition inom omvårdnadsforskningen och det är de studier som bäst beskriver individers upplevelser och erfarenheter. För detta arbete har följande beskrivning använts:

- Kvalitativ studie (K) är en studie där insamlade data i form av intervjuer, berättelser eller observerade beteenden analyseras och presenteras med syfte att få fördjupad förståelse för livsvärden såsom upplevelser och erfarenheter hos individer [31].

De granskade studiernas vetenskapliga kvalitet har bedömts utifrån en tregradig skala som hög (I), medel (II) eller låg (III), se Tabell 1a och Tabell 1b [57].

Bearbetning

Fas 1

En första bedömning av de 499 referenserna genomfördes av två oberoende bedömare som läste titlar och sammanfattningar i syfte att välja ut artiklar för fortsatt granskning. Denna granskning fokuserade på studier som handlade om omvårdnad vid depression med fokus på person/familj/sjuksköterskor och/eller organisation/ekonomi. Efter denna första granskning valdes 253 referenser bort eftersom det inte fanns angivet någon medicinsk diagnos eller handlade inte om omvårdnad vid depression.

Fas 2

Efter den första granskningen beställdes 246 artiklar. Genom manuell granskning av referenslistor tillkom 11 artiklar. Sålunda återstod 257 artiklar till den andra bearbetningsfasen. Dessa artiklar granskades och bedömdes av två oberoende bedömare. Om tveksamhet uppstod gjordes bedömningen även av en tredje bedömare. Krav för att inkludera studien för kvalitetsgranskning i fas 3 var att det angavs 1) en diagnos/bedömningsskala, att det var en 2) originalstudie och att det fanns

3) ett resultatmått (t ex förbättring i depressionsgrad) samt att 4) studien handlade om depressionssjukdom utan någon identifierad somatisk grundsjukdom. De 221 studier som inte uppfyllde dessa inklusionskriterier utgick.

Fas 3

Kvalitetsbedömningen genomfördes även den av två oberoende bedömare.

Bedömningen av vetenskaplig kvalitet utifrån kvalitetskraven, se Tabell 1a och Tabell 1b, dokumenterades i ett protokoll. Därefter diskuterades bedömningen och resultaten sammanvägdes. De studier som bedömdes vara av låg kvalitet (III) uteslöts pga metodologiska svagheter såsom ej valida och reliabla instrument eller svagheter i intervention och bortfallsanalys. De 28 studier som ingick i den avslutande granskning presenteras i Tabell 2a och Tabell 2b.

Kapitel 3

Resultatredovisning

Totalt granskades 28 studier. Av dessa är 20 genomförda med kvantitativ metod och 8 med kvalitativ metod (Tabell 2a och Tabell 2b). Av de granskade studierna kommer 25 från USA och tre från England. Innehållet i studierna har resulterat i följande indelning; omvårdnad vid depression hos barn- och ungdom, hos vuxna och hos äldre.

Barn- och ungdomsdepressioner

Inom området depression hos barn och ungdomar återfanns och kvalitetsbedömdes endast en studie (Tabell 3). Den studien har utförts av Jacobson, som undersökte sambandet mellan upplevelsen av socialt stöd och depression bland 85 skolungdomar mellan 15 och 19 år i USA [33]. Resultatet från denna väl genomförda deskriptiva studie visar att det finns ett samband mellan depression och litet socialt stöd. Jacobson betonar vikten av att depressioner hos ungdomar upptäckts tidigt. *En konsekvens av detta resultat bör vara att skolsköterskor är observanta på den eventuella förekomsten av detta problem.*

Depression hos vuxna

I nedan redovisade studier beskrivs effekterna av patientutbildning, copingförmåga, känsla av kontroll samt betydelsen av kulturella aspekter vid depression (Tabell 4a och Tabell 4b). Dessutom redovisas studier som beskriver kvinnors upplevelser av depression. Studier som berör kvinnor med depression i samband barnafödandet redovisas i Tabell 5a och Tabell 5b. Slutligen redovisas en studie om personer med manodepressiv sjukdom (Tabell 6).

Gordon och medarbetare har i en randomiserad studie av medelgod kvalitet utvärderat effekterna av ett utbildningsprogram med kognitiv inriktning [27]. Studien redovisas i två artiklar varav en är en treårsuppföljning [28]. I studien ingick 20 kvinnor med lätt till måttlig grad av depression som inte läkemedelsbehandlats. Tio kvinnor

randomiserades till en experimentgrupp och tio till en kontrollgrupp. Experimentgruppen fick utbildning med kognitiv inriktning två timmar per vecka i 14 veckor (sammanlagt 28 timmar) av två psykiatrisjuksköterskor.

I utbildningen användes en kognitiv manual som innehöll 11 olika områden [28]. Dessa områden berörde möjligheterna att lära sig: 1) sätta upp egna mål, 2) hantera känslor och tankar i relation till depression, 3) öka självkänslan, 4) hantera relationer, 5) kommunicera, 6) våga vara bestämd, 7) hantera konflikter, 8) ta beslut, 9) hantera stress, 10) skaffa sig goda kostvanor, och 11) lära sig att våga vara stark. Varje kvinna fick en övningsbok och hemläxa till påföljande vecka. Resultaten visade att graden av depression och hopplöshet minskade, och att självkänslan ökade i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen. Dessa effekter kvarstod efter 3 år [28].

Maynard har, i en studie av medelgod kvalitet, studerat effekterna av ett utbildningsprogram med kognitiv inriktning och jämfört dessa effekter med en stödgrupp [40]. I studien ingick 30 kvinnor med måttlig till svår grad av depression, som inte läkemedelsbehandlats, och som randomiserades till antingen en av de två experimentgrupperna eller till en kontrollgrupp. Utbildningen, som omfattade 90 minuter per vecka under 12 veckor (18 timmar), leddes av två sjuksköterskor. Innehållet i utbildningen och tillvägagångssättet var detsamma som i Gordons studie [27]. Stödgruppen träffades också 90 minuter per vecka i 12 veckor (18 timmar). Stödgruppens diskussioner, som leddes av en sjuksköterska, var till sitt innehåll ostrukturerade och inriktades på vad deltagarna själva tog upp som angeläget. Kontrollgruppen fick endast rutinvård. Resultaten visade att hos personerna i utbildningsgruppen minskades graden av depression, hopplöshet och ångest och självkänslan ökade i jämförelse med både stöd- och kontrollgruppen.

Resultaten av dessa två randomiserade studier visade att patientutbildning med en kognitiv inriktning hade effekt på depression hos vuxna genom att utbildningen minskade graden av depressionen [27, 40]. Även vissa typiska depressionssymtom såsom ångest, låg självkänsla och känsla av hopplöshet påverkades i positiv riktning. Utbildningarna hade samma innehåll i båda studierna och skedde i grupp omfattade 9–10 personer med ett utbildningstillfälle varje vecka.

Däremot varierade utbildningarna både då det gällde tiden vid varje tillfälle (varierade mellan 1,5–2 timmar) och utbildningarnas längd, från 12 till 14 veckor. *Grupputbildning med kognitiv inriktning (i denna studie ledd av sjuksköterska) förefaller ha effekt på depressiva symtom hos kvinnor och att dessa effekter kvarstår* [28].

Copingförmåga, känsla av kontroll och kulturbyte

Zauszniewski undersökte, i en kontrollerad studie med hög kvalitet, copingförmåga och anpassningsförmåga hos 24 män och 39 kvinnor som hade behandlats inom slutna psykiatrisk vård för depression av måttlig till svår grad och jämförde resultaten med 24 män och 39 kvinnor i samma åldrar som inte hade depression [71]. Resultaten visade att personer med depression hade en sämre empatisk förmåga, sämre copingförmåga, och sämre anpassningsförmåga än de som inte var deprimerade. *Även om detta kan synas självklart är det väsentligt att man i omvårdnadsarbetet tar hänsyn till patientens speciella förutsättningar i dessa avseenden.*

I en annan kontrollerad studie, av hög kvalitet, av samma författare studerades 24 män och 39 kvinnor som behandlats inom psykiatrisk öppenvård, men som tidigare behandlats inom psykiatrisk slutenvård för måttlig till svår depression [72]. Dessa jämfördes med 24 män och 39 kvinnor som behandlats inom psykiatrisk öppenvård för lätt till måttlig depression och som inte tidigare vårdats på sjukhus för sin sjukdom. Syftet var att undersöka förmågan till coping, empatisk förmåga och anpassningsförmåga i relation till depression. Resultaten från båda grupperna visade att de depressiva symtomen förhindrade dem från att använda sin copingförmåga. Personerna som inte hade sjukhusvårdats hade en bättre empatisk förmåga än de personer som hade vårdats på sjukhus.

Gulesserian och medarbetare har i en deskriptiv studie, av medelgod kvalitet, studerat copingförmågan hos 17 män och 27 kvinnor som behandlats på sjukhus för depression [29]. Resultaten visade att det fanns ett samband mellan svårighetsgraden av depression och copingförmåga. Personer med svår grad av depression hade en lägre grad av copingförmåga och större svårigheter att utnyttja sitt sociala nätverk och det sociala stödet, än personer med lägre grad av depression.

Personer med svår grad av depression hade färre förtrogna och större svårigheter att hantera problem och stress än personer med medelsvår grad av depression. Resultaten av dessa tre studier [29,71,72] visar att personer med depression förmodligen har nedsatt copingförmåga, anpassningsförmåga och empatisk förmåga samt har svårigheter att utnyttja sitt sociala stöd. *Återigen är det viktigt att detta observeras i omvårdnadsarbetets innehåll.*

Kim och Rew har i en deskriptiv studie, av medelgod kvalitet, undersökt om det finns samband mellan depression, kulturbyte och livskvalitet [36]. Studien avsåg 76 koreanska kvinnor som invandrat till USA. Resultaten visade att de kvinnor som klarade av att hantera kulturbytet hade bättre livskvalitet och bättre psykisk hälsa. Faktorer som hade betydelse för detta var kvinnornas utbildningsnivå, familjens inkomst, mannens inkomst och tiden för kvinnans vistelse i det nya hemlandet. De koreanska kvinnorna hade högre förekomst av depression jämfört med befolkningen i övrigt samt en benägenhet att uttrycka sin psykiska ohälsa i kroppsliga symtom. *I länder som Sverige där invandringen varit stor är det särskilt angeläget att i omvårdnadsarbetet beakta den påverkan som kulturella faktorer kan ha när det gäller depressionssjukdomar.*

Kvinnors upplevelser av depression

I en studie med kvalitativ metod, av hög kvalitet, djupintervjuade Steen 22 kvinnor med återkommande depressioner [60]. Kvinnorna fick berätta om sina liv, om sin depression och om tillfrisknandeprocessen. I resultatet beskrev kvinnorna känslor från barndomen såsom alienation, emotionella missförhållanden, hjälplöshet, att inte passa in och att inte vara riktigt önskad. Budskapen som de hade med sig från barndomen – t ex skuld, negativa tankar och dålig självkontroll – präglade tonårstiden och påverkade såväl självbilden som vilka val som gjordes och vilka copingstrategier som användes.

Mönster av negativa tankar, som påverkade självkänslan, återkom i alla kvinnornas berättelser. Skuldkänslor, osäkerhet, försök och misslyckande ledde till en vändpunkt som gjorde att kvinnorna sökte professionell hjälp. De började därefter ta ansvar för sitt tillfrisknande och vågade lita på sin egen kraft och förmåga att fatta beslut.

Kvinnorna började ta ansvar för sin sjukdom genom att söka information och utnyttja sitt sociala nätverk. Kvinnorna beskrev att det var viktigt att vid upprepade tillfällen få höra att de skulle bli friska igen samt att de behövde hopp för att orka kämpa sig igenom sjukdomen. *Det är givetvis väsentligt att observera detta i samband med omvårdnaden av patienterna.*

Peden har, i en kvalitativ studie av medelgod kvalitet, vilken rapporteras i tre artiklar, djupintervjuat sju kvinnor som behandlats för återkommande depressioner, men som var symtomfria vid intervjutillfällena [49,50,51]. Samtliga hade behandlats med antidepressiva läkemedel samt samtalsterapi. Tiden mellan utskrivningen från sjukhuset och första intervjun var cirka två år. I första artikeln [49] beskrivs kvinnornas tillfrisknandeprocess och i den andra [50] vilka strategier som de tyckte var effektiva för tillfrisknande. I den tredje intervjuades kvinnorna efter ytterligare ett år och beskrev då vilka strategier som hade varit betydelsefulla för deras tillfrisknande [51].

Resultaten visade att tillfrisknandeprocessen hade tre olika faser. I den första fasen beskrevs något som kallas ”turning point”, eller vändpunkten, som utgjorde starten på tillfrisknandeprocessen och som ledde till att kvinnorna sökte professionell hjälp. Kvinnorna ansåg att det främst var den egna inre processen som styrte starten på tillfrisknandeprocessen och inte yttre påtryckningar. Den andra fasen i tillfrisknandeprocessen kännetecknades av att kvinnorna började känna en beslutsamhet om att nu skulle det gå bra och att de nu kunde ta emot socialt stöd från familj och vänner. De vågade också avsluta negativa relationer. Kvinnorna ”tog en dag i taget” vilket ökade både självkänslan och känslan av framgång i behandlingen. Tillfrisknandeprocessens tredje fas kännetecknades av att kvinnorna började bli medvetna om sin styrka och sina svagheter och upplevde en trygghet i denna vetskap. Kvinnorna fortsatte att använda dessa färdigheter och vågade också använda professionell hjälp om problemen återkom. Vid intervjuerna ett år senare identifierades liknande faser i tillfrisknandeprocessen som tidigare [51]. Processen i tillfrisknandet beskrev man på olika sätt, men en nyckelfaktor för alla sju kvinnorna var att vändpunkten kom när de kände sig mogna att göra en förändring; denna förändring kom nästan alltid efter någon form av kris (suicidförsök,

inlagd på sjukhus, ”botten är nådd”). Det svåraste problemet under hela sjukdomsperioden var att komma över de negativa tankarna. Studien visade att de strategier som kvinnorna använde kan indelas i tre kategorier: kognitiva strategier, handlingsstrategier och informationssökning. Kognitiva strategier innefattade handlingar som utvecklade deras förmåga till problemlösning. Handlingsstrategier var t ex att skriva dagbok, motionera, planera sin tid, meditera och utföra avslappningsövningar. Den sista kategorin av strategier var aktiv informationssökning om sjukdomen och dess olika behandlingsmetoder. Detta skedde mestadels genom att kvinnorna läste olika typer av populärvetenskapliga psykologiböcker och artiklar om depression och dess behandling samt gick på kurser som syftade till en bättre psykisk hälsa.

Resultaten från samtliga studier avseende upplevelse av depression visar att kvinnorna sökte professionell hjälp när ”det inte går längre”, att de vill ha information om sin sjukdom och om olika behandlingsmetoder samt att de vill höra att det finns hopp om att bli friska [49, 50, 51, 60]. *Några grundprinciper för omvårdnadsarbetets innehåll är just att informera samt att bekräfta patientens individuella upplevelse och därmed inge hopp.*

Depression i samband med barnafödande

Studier som berör kvinnor med depression i samband med barnafödande redovisas i Tabell 5a och Tabell 5b. Seeley m fl har, i en kontrollerad studie av medelhög kvalitet, utvärderat effekterna av individuell utformat stöd och rådgivning med kognitiv inriktning, på graden av postpartum-depression och på mor–barn relationen [58]. I studien användes beteckningen ”health visitor” för specialutbildade sjuksköterskor som i denna studie arbetade självständigt med bedömning, rådgivning och behandling inom öppenvården med fokus på hälsovård för mödrar–barn och familj. Någon motsvarighet till ”health visitor”-funktionen finns dock inte inom den svenska hälso- och sjukvården. I studien ingick 40 konsekutivt utvalda kvinnor med postpartum-depression (experimentgrupp) och 40 slumpmässigt utvalda kvinnor utan postpartum-depression (kontrollgrupp). Det individuellt utformade stödet och rådgivningen gavs i mammans hem och omfattade en timma i veckan under åtta veckor (8 timmar).

Stödet och rådgivningen fokuserades på att lösa praktiska problem som uppstod i samband med vård av barnet. De stödjande och rådgivande insatserna genomfördes av en "health visitor" som hade genomgått en tre dagars utbildning i kognitiv förhållningssätt, som bl a innehöll kunskap om symtom och behandling samt träning i att använda EPDS-skalan (se Bilaga 1). Resultaten visade att graden av depression minskade i experimentgruppen jämfört med situationen före utbildningen. Resultaten visade också att relationen till barnet var sämre i experimentgruppen före rådgivning. Efter rådgivningen fanns det inga skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp rörande mammans relation till barnet. Denna studie visade att åtgärder i form av råd och stöd med kognitiv inriktning – i denna studie utförd med hjälp av sjuksköterskor – förefaller ha positiv effekt på postpartum-depression och på mammans relation till barnet [58].

Tidig hemgång, nedstämdhet (maternity blues) och trygghet i mammarollen

Beck m fl undersökte, i en kontrollerad studie med hög kvalitet, om det fanns samband mellan nedstämdhet och postpartum-depression hos 49 friska förstföderskor med tidig hemgång eller normal hemgång [7]. Kvinnorna delades in i två grupper, en grupp med tidig hemgång (en till två dagar) med 13 kvinnor och en grupp med normal hemgång (tre dagar) med 36 kvinnor. Sambandet mellan förekomsten av nedstämdhet en vecka efter förlossningen och postpartum-depression undersöktes 6 och 12 veckor efter förlossningen. Resultaten visade att det inte förelåg något samband mellan tidig hemgång och postpartum-depression. Däremot fanns samband mellan upplevd svår nedstämdhet och postpartum-depression, vilket betyder att det fanns en ökad risk för att förstföderskor, som upplever svår nedstämdhet en vecka efter förlossningen, senare drabbas av postpartum-depression. Fowles undersökte, i en deskriptiv studie av medelhög kvalitet, om det fanns något samband mellan upplevd trygghet i modersrollen och postpartum-depression hos 136 nyförlösta kvinnor [25]. Kvinnorna besvarade ett frågeformulär någon gång mellan 9 till 14 veckor efter förlossningen. Resultaten visade att det fanns ett samband mellan upplevd otrygghet i modersrollen och postpartum-depression.

Dessa två studier visar att det förefaller finnas samband mellan förekomst av svår nedstämdhet och otrygghet i modersrollen samt postpartum-depression [7,25]. *Således bör man i omvårdnadsarbetet inom förlossningsvården ta hänsyn till detta.*

Kvinnors upplevelser av depression i samband med barnafödande

Beck har i fyra studier med kvalitativ metod, som bedömts ha hög kvalitet, beskrivit olika aspekter av kvinnors upplevelser av postpartum-depression [8,9,11,12]. I en studie baserad på intervjuer med sju kvinnor, beskrivs själva upplevelsen av att ha haft postpartum-depression [8]. Kvinnorna upplevde depressionen som en mardröm där skuld-känslor, ångestattacker, tvångstankar och förlust av intresse var ständigt närvarande och de var rädda att skada både sig själv och barnet. I en annan studie intervjuades 12 kvinnor i syfte att belysa psykosociala problem under postpartum-depressionen [9]. Resultaten från denna studie visade att kvinnorna upplevde att de hade förlorat kontrollen över sina liv. Att återta kontrollen kunde indelas i en process bestående av fyra faser 1) att möta fruktan, 2) utplåna jaget, 3) att kämpa för att överleva och 4) att återta kontrollen. I den tredje studien beskrev 12 kvinnor hur postpartum-depressionen påverkade deras relation till barnet [12]. Kvinnorna upplevde att de agerade som robotar, var känslomässigt avskärmade från barnet och inte orkade svara på barnets signaler och behov. Den fjärde studien belyste tio kvinnors berättelser om sina upplevelser av sjuksköterskornas insatser [11]. Resultaten visade att mammorna upplevde ett stöd från sjuksköterskorna som framför allt bestod i att dessa 1) hade kunskap om sjukdomen, 2) snabbt observerade och förklarade symtomen, 3) visade förståelse, 4) kunde ingjuta hopp om att tillståndet går över, 5) delade med sig av sin tid, samt 6) att det var de som stod för kontinuiteten.

Mano-depressiva sjukdomstillstånd

Pollack beskrev i en studie, med kvalitativ metod av medelgod kvalitet, innehållet i gruppsykoterapi [53] (Tabell 6). Tjugofyra män och 41 kvinnor som vårdades på sjukhus för mano-depressivt sjukdomstillstånd

och som behandlades med läkemedel ingick i studien. Gruppsykoterapi gavs två gånger i veckan under 20 veckor och påbörjades 31 dagar (genomsnitt) efter sjukhusinläggningen och leddes av en sjuksköterska (med psykoterapiutbildning). Varje session bandades och innehållet analyserades. Fem olika tema framkom:

- Att förstå sjukdomen; t ex att personerna jämförde sina personliga erfarenheter av sjukdomen, läkemedlens effekt och biverkning av frivillig/icke frivillig vård och av att bli hospitaliserad eller att återinsjukna i sjukdomen.
- Relationer till andra; t ex störda familjerelationer, familjemedlemmars reaktion och sjukdomens effekt på äktenskap och nära relationer, risken av att förlora vänner pga sjukdomen samt vikten av att ha ett stödjande nätverk kring sig.
- Klara av dagligt liv; t ex hantera stress, strukturera sitt dagliga liv, försöka förebygga nya episoder, ha förmåga till coping och av att ta en dag i taget.
- Relationen till sig själv; t ex hur uttala negativa känslor, upplevelsen av självdestruktivitet, självkänsla och att tala om att vara sjuk.
- Leva i samhället; t ex hantera arbetsförhållanden, behålla sitt jobb och att medverka i stödgrupper.

Efter varje session fick deltagarna besvara två frågor i syfte att ge information om viktiga processer under gruppterapin. De processer som ansågs viktigast var: att kontinuerligt få råd och stöd, att upptäcka att många andra lider av samma sjukdom och att få förståelse om sig själv. *Detta är i stort sett detsamma som brukar framhållas som viktigt i omvårdnadsarbetet nämligen att stödja patienten genom bekräftelse av individuell upplevelse samt att ge kontinuerlig information och därmed ingjuta hopp.*

Depression hos äldre

Inom området depression hos äldre personer redovisas här totalt elva studier, se Tabell 7a och Tabell 7b. Studiernas innehåll fördelar sig på följande områden: depression hos äldre personer i eget boende/servicehus och på sjukhem, äldre kvinnors upplevelser av depression samt kroppslig beröring och vitalitet.

Depression hos äldre personer i eget boende/servicehus

I USA undersökte Campell, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekten av individuell kognitiv terapi och jämförde effekterna på graden av depression med en slöjdgrupp och en kontrollgrupp [15]. I studien ingick 23 män och 80 kvinnor med måttlig till svår grad av depression och ingen behandlades med antidepressiva läkemedel. De personer, som bodde på servicehus, randomiserades till en av de tre grupperna, och man tog hänsyn till att männen skulle fördelas lika i de tre grupperna. Personerna i experimentgruppen fick individuell kognitiv terapi av en sjuksköterska två gånger i veckan i åtta veckor (sammanlagt 16 timmar), och slöjdgruppen möttes lika ofta och länge, medan kontrollgruppen inte fick någon extra uppmärksamhet. Resultaten visade att graden av depression minskade mest i experimentgruppen, men också i slöjdgruppen, men inte i kontrollgruppen. Personerna i experimentgruppen hade efter behandlingen ingen eller mild grad av depression och slöjdgruppen hade mild till svår.

Waterreus m fl undersökte, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, äldre personer i eget boende i ett distrikt i London, England [62]. Personer med depression, demens och funktionshinder identifierades genom dörrknackning och intervju med ett semistrukturerat frågeformulär specialgjort för äldre. De personer som identifierades som möjligen deprimerade bedömdes därefter av en psykiater. Nittiosex personer (85 procent kvinnor) med lätt till måttlig grad av depression ingick i studien, varav 56 personer randomiserades till en experimentgrupp och 49 till en kontrollgrupp. Personerna i experimentgruppen erbjöds besök i hemmet varje vecka av sjuksköterska under en tre-månadersperiod. Efter varje besök registrerade sjuksköterskan vilka problem patienten fått hjälp med. Personerna i kontrollgruppen fick

enbart rutinvård. Lika många personer i båda grupperna hade ordinerats antidepressiva läkemedel. Studien visade att, i genomsnitt, fick personerna i experimentgruppen besök av sjuksköterskan i sju timmar. De vanligaste problemen var allmänna livsproblem (87 procent), relationsproblem (85 procent), beteendeproblem (70 procent) och behov av läkemedelsinformation (64 procent). Sjuksköterskan agerade som en "case-manager". Studien visade också att fler personer i experimentgruppen än i kontrollgruppen blev fria från sina depressionssymtom. Även antalet symtom minskade i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen.

McCurren m fl analyserade, i en deskriptiv studie av medelgod kvalitet, graden av depression och upplevt välbefinnande hos 22 kvinnor och 18 män som bodde hemma [41]. Studien visade att 25 procent (två kvinnor och åtta män) hade svår grad av depression vilket korrelerade med låg grad av välbefinnande. Personer med svår grad av depression hade sämre fysisk hälsa, större behov av hjälp med det dagliga livet, sämre livstillfredsställelse, lägre grad av vitalitet och sämre livskvalitet än personer utan eller med lättare grad av depression.

Sammanfattningsvis kan sägas att av två randomiserade studier med sammanlagt 180 äldre personer i eget boende/servicehus visar att individuella samtal med sjuksköterska förefaller kunna påverka graden av depression, både som komplement till antidepressiv läkemedelsbehandling och ensamt [15,62]. I den ena studien [62] fanns ingen i förväg uppgjord struktur på vad samtalen skulle innehålla utan samtalen baserades på personens aktuella problem, medan i den andra studien [15] fanns en struktur för samtalens innehåll.

Äldre kvinnors upplevelser av depression

Wilkinson och Pierce beskrev, i en kvalitativ studie av hög kvalitet, åtta kvinnors upplevelser av sin depression [66]. Kvinnorna, som var mellan 55–75 år och bodde hemma, djupintervjuades under tillfrisknandefasen. Studien visade att både under depressionen och i tillfrisknandefasen kände de sig ensamma och utlämnade. Under depressionens svåraste fas kände de sig sårbara, rädda, hjälplösa samt att de förlorade självkontrollen och identiteten. De upplevde osäkerhet om

hur de skulle klara sin vardag och beskrev hur inaktiva de blev, bara att sköta sin personliga hygien upplevdes som en ständig plåga. Under tillfriskningsfasen upplevde de hopp och tillit, blev mer aktiva, tog beslut och kunde börja reflektera.

Depression hos äldre personer boende på sjukhem

Youssef studerade, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekterna på depressionsgraden av reminiscenceterapi i grupp hos äldre personer med lätt till måttlig grad av depression [70].

Reminiscenceterapin, som i denna studie leddes av en sjuksköterska, innebar att deltagarna berättade om sitt liv, bl a om vad som varit de lyckligaste stunderna/minnena i livet. Man diskuterade också uppväxtmiljön, filmer man sett, resor man gjort och mat man gillade.

Fotografier och klippböcker användes. I början undvek man hotfulla ämnen, men så småningom diskuterades också relationer till familj och vänner. Experimentgruppen bestod av 39 kvinnor som indelades i två åldersgrupper, en med 21 kvinnor mellan 65 till 74 år, och en med 18 kvinnor över 74 år, samt en kontrollgrupp om 21 kvinnor.

Personerna fördelades slumpmässigt till antingen experimentgrupp eller till kontrollgrupp. Experimentgrupperna fick reminiscenceterapi 45 minuter två gånger i veckan första veckan, därefter en gång per vecka (sammanlagt 4,5 timmar). Studien visade att depressionsgraden minskade endast hos den ena experimentgruppen, nämligen den i ålderna 65 till 74 år.

Zerhausen m fl analyserade, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekten på graden av depression av dels kognitiv terapi i grupp, dels musikterapi i grupp för äldre personer med måttlig till svår grad av depression [73]. Sextio personer deltog i studien och randomiserades till någon av de två experimentgrupperna eller till en kontrollgrupp som fick rutinvård. Den kognitiva gruppen delades därefter i tre mindre grupper med sex till sju personer i varje grupp. Alla grupperna, inklusive musikgruppen, omfattade en timme två gånger per vecka i 10 veckor (sammanlagt 20 timmar) och leddes av samma person, oftast en sjuksköterska. Studien visade att hos personerna i de grupper som fått kognitiv terapi minskade graden av depression. Graden av depression efter musikterapi var den samma som i kontrollgruppen.

Abraham m fl [1], jämförde, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekterna av kognitiv beteendeterapi i grupp [6], visuell föreställningsterapi (tänka i bilder) i grupp och utbildning i grupp, på graden av depression hos äldre personer med mild till svår grad av depression. Sjuttiosju personer, som bodde på sju olika sjukhem, randomiserades till de olika behandlingarna. Trettio personer ingick i den kognitiva terapigruppen, 29 personer i den visuella föreställningsgruppen och 17 personer ingick i utbildningsgruppen. Personerna i den kognitiva gruppen delades in i tre grupper om vardera tio personer. Detsamma gjordes med den visuella föreställningsgruppen. Personerna i utbildningsgruppen delades in i två grupper. Grupperna möttes 45 minuter två gånger per vecka i 24 veckor (sammanlagt 18 timmar). Graden av depression mättes fyra veckor före terapin, på åttonde och 20:e veckan under terapin och fyra veckor efter avslutad terapi. Ingen person som ingick i studien hade pågående antidepressiv läkemedelsbehandling. Visuell föreställningsterapi bestod av sex faser samt användande av kassettband för avslappning mellan sessionerna. De sex faserna var: avslappningsteknik, lära sig hantera olika strategier för att minska oro och stress, lära sig strategier för att öka självkänslan, lära sig att ta kontroll över händelser, lära sig öka sin energi och lära sig att hantera förluster. Utbildningsgruppen diskuterade olika dagliga händelser, litteratur, att åldras och att bli sjuk – men man undvek att diskutera personernas egna problem. Studien visade ingen skillnad i effekt på graden av depression mellan de olika terapiformerna. *Även om det här rör sig om en randomiserad kontrollerad studie torde materialet vara för litet för att kunna dra några säkra slutsatser om omvårdnadsarbetets inriktning.*

Dhooper m fl analyserade, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekterna på depressionsgraden av copingterapi i grupp hos äldre personer med mild till måttlig grad av depression [21]. Fyra män och 12 kvinnor randomiserades till antingen experimentgrupp eller kontrollgrupp. Gruppen möttes en timme per vecka i nio veckor (sammanlagt nio timmar). Syftet med copinggruppen var att skapa relationer mellan gruppdeltagarna. Första gångerna diskuterades minnen kring barn-, ungdoms- och vuxentiden. Därefter diskuterades upplevelserna kring sjukhemsboendet, dess positiva och negativa sidor

och mot slutet diskuterades känslor och copingstrategier. Studien visade att graden av depression minskade i experimentgruppen men inte i kontrollgruppen.

Rosen m fl analyserade, i en randomiserad studie av medelgod kvalitet, effekterna av psykosociala aktiviteter hos en grupp personer med mild till måttlig grad av depression [56]. Elva män och 22 kvinnor ingick i studien och dessa fördelades slumpvis antingen till en experimentgrupp eller till en kontrollgrupp. Alla utom en person hade antidepressiv läkemedelsbehandling. Varje person i experimentgruppen fick, tillsammans med en socioterapeut, planera psykosociala aktiviteter för en till två timmar per dag fem dagar i veckan i åtta veckor (sammanlagt 80 timmar). Graden av depression mättes före studiens början, sista veckan av programmet och två månader efter det att programmet hade avslutats. Studien visade att de mest efterfrågade aktiviteterna var olika typer av utflykter, kortspel, diskussionsgrupp och att titta på film. Närstående och frivilliga personer hjälpte till att genomföra vissa av aktiviteterna. I experimentgruppen minskade graden av depression i jämförelse med kontrollgruppen, men vid uppföljningen två månader efter avslutat program fanns det ingen skillnad i graden av depression mellan experimentgrupp och kontrollgrupp.

De ovan återgivna fem randomiserade studierna inkluderade totalt 246 äldre personer boende på sjukhem, och de har alla analyserat vissa effekter av olika typer av terapi i grupp. Den enda tydliga effekten av gruppterapi kunde påvisas i åldersgruppen 75 år och yngre. *I övrigt måste resultaten, i synnerhet ur omvårdnadssynpunkt, sägas vara motsägelsefulla.*

Kroppslig beröring och vitalitet

Buschmann och Hollinger analyserade, i en deskriptiv studie av medelgod kvalitet, upplevelser av känsla av kontroll, kroppslig beröring, självkänsla, behov av ensamhet och tillfredsställelse med livet i relation till graden av depression [13]. Tjugo män och 30 kvinnor deltog i studien. Studien visade att tillbakadragna personer med negativ inställning till kroppslig beröring hade högre grad av depression än de personer som hade positiv inställning till kroppslig beröring.

Cataldo undersökte, i en deskriptiv studie av medelgod kvalitet, upplevelsen av vitalitet och attityd till döden i relation till graden av depression [18]. Fyrtiofyra män och 46 kvinnor, som inte hade ordinerats antidepressiva läkemedel deltog i studien. Studien visade att personer som upplevde sig vitala hade en lägre grad av depression, än de personer som hade låg grad av vitalitet. *Det är svårt att dra specifika slutsatser om resultatens betydelse för omvårdnadsarbetets inriktning.*

Kapitel 4

Sammanfattning och förslag till fortsatt forskning

Denna kunskapssammanställning visar att det tillgängliga vetenskapliga underlaget för omvårdnad av personer med förstämningssyndrom med speciell inriktning mot depressionssjukdomar är ytterst begränsat. De flesta studier handlar inte direkt om omvårdnad men de har relevans för omvårdnadsarbetets inriktning.

Resultatredovisningen omfattar ett urval studier publicerade under tidsperioden 1987–1998. Den valda sökstrategin med inklusionskriteriet ”nursing” i kombination med ”mood disorders”, ”affective disorders”, ”depression” och ”bipolar disorders” har troligen begränsat urvalet. I rapporten har endast studier som bedömts ha hög eller medelgod kvalitet medtagits.

Eftersom samtliga studier genomförts i länder med annan social och ekonomisk kultur, kan bevisvärdet omsatt till svenska förhållanden, vara svårtolkat. De flesta studier behandlar vuxna personer med depression, det återfanns endast en studie angående barn – ungdomar och en studie med personer med bipolära syndrom.

Inga studier återfanns om tvångsvård i samband med psykotiska tillstånd vid depression eller mani, eller studier som berörde etiska frågeställningar. Ej heller identifierades några studier om närståendes upplevelser av att leva med en person med depression eller vårdarnas upplevelser och attityder till omvårdnad vid depression. Vidare saknades studier rörande kostnadseffektivitet och vårdorganisation i samband med omvårdnad av personer med depression.

Det återfanns endast ett fåtal randomiserade studier (RCT). Eftersom dessa studier anses ha det högsta vetenskapliga bevisvärdet, när det gäller att undersöka en given interventions effekt, framstår det som angeläget att fler sådana genomförs. Framför allt bör effekten av olika utbildningsprogram, olika former för stöd, som enskilda samtal och

samtal i grupp samt sociala träningsprogram utvärderas för både kvinnor och män. Detta i synnerhet som en del av sådana program indikerat ha särskild stor och positiv betydelse även för omvårdnadsarbetet. Ett annat område där det ur omvårdnadssynpunkt synes vara särskilt angeläget med god forskning avser studier om hur deprimerade personers närstående upplever sin situation och hur barn till deprimerade närstående upplever sin situation och vilket behov av omvårdnadsinsatser som behövs.

Referenser

1. Abraham IL, Neese JB, Westerman PS. Depression. Nursing implications of a clinical and social problem. *Nursing Clinics of North America* 1991;26:3:527-44.
2. Angst J. Clinical course of affective disorders. In: Helgasen RJD. (Ed.). *Depressive Illness: Prediction of Course and Outcome*. Berlin: Springer, 1988. pp.1- 45.
3. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
4. APA, Association. *AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. (4th ed.) Washington, DC: APA, 1994.
5. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-71.
6. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
7. Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum-depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1992;21:4: 287-93,(a).
8. Beck CT. The lived experience of postpartum-depression: a phenomenological study. *Nursing Research* 1992;41:3:166-70,(b).
9. Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum-depression. *Nursing Research* 1993;42:1:42-48.
10. Beck CT. Screening methods for postpartum-depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1995;24:4:308-12,(a).
11. Beck CT. Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum-depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1995;24:9:819-25,(b).
12. Beck CT. Postpartum depressed mother's experiences interacting with their children. *Nursing Research* 1996;45:2: 98-104.
13. Buschmann MT, Hollinger LM. Influence of social support and control on depression in the elderly. *Clinical Gerontologist* 1994;14:4:13-28.
14. Bågedahl-Strindlund M, Monsen Börjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:272-75.
15. Campbell JM. Treating depression in well older adults: use of diaries in cognitive therapy. *Issues in Mental Health Nursing* 1992;13:1:19-29.
16. Carnevali DL, Durand Thomas M. *Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1993.

17. CASP—www.phru.org/casp/. Critical Appraisal Skills Programme – making sense of evidence about health care. In: Institute of Health Sciences, Oxford;1998.
18. Cataldo JK. Hardiness and death attitudes: predictors of depression in the institutionalized elderly. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994;8:5:326-32.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:782-86.
20. Cullinan R. Health visitor intervention in postnatal depression. *Health Visitor* 1991;64:12:412-14.
21. Dhooper SS, Green SM, Huff MB, Austin-Murphy J. Efficacy of a group approach to reducing depression in nursing home elderly residents. *Journal of Gerontological Social Work* 1993;20: 87-100.
22. Endicott J, Cohen J, Fleiss J, Sarantakos S. Hamilton depression rating scale: extracted from regular and change versions of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1981;38:98-103.
23. Folkhälsorapport 1997:18. Stockholm: Socialstyrelsen.
24. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90:145-56.
25. Fowles ER. The relationship between maternal role attainment and depression. *Health Care for Women International* 1997;19:1:83-94.
26. Goodman C. Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices. Stockholm: SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1993.
27. Gordon VC, Gordon EM. Short-term group treatment of depressed women: a replication study in Great Britain. *Archives of Psychiatric Nursing* 1987;1:2:111-24.
28. Gordon VC, Matwychuk AK, Sachs EG, Canedy BH. A 3-year follow-up of a cognitive-behavioral therapy intervention to reduce depression in women. *Archives of Psychiatric Nursing* 1988;2:4:218-26.
29. Gulesserian B, Warren CJ. Coping resources of depressed patients. *Archives of Psychiatric Nursing* 1987;1:6:392-98.
30. Hallberg IR. Omvårdnad och arbetsterapi i den psykiatriska vården. Stockholm: Socialstyrelsen, Psykiatriuppföljningen; 1997.
31. Hartman J. Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori. Lund: Studentlitteratur, 1998.
32. Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME. Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:530-36.
33. Jacobson JM. The relationship between social support and depression in

- adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric & Mental Health Nursing* 1991;4:1:20-24.
34. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the national comorbidity survey In: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 1993;29:85-96.
35. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H, Kendler K. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8-19.
36. Kim S, Rew L. Ethnic identity, role integration, quality of life, and depression in Korean-American women. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994;8:6:348-56.
37. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
38. Lefcourt HM. Research with the locus of control construct. *Assessment methods*. New York: Academic Press, 1981.
39. Lewinsohn PM, Rodhe P, Seely JR, Fisher SA. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1993;102:110-20.
40. Maynard C. Comparison of effectiveness of group interventions for depression in women. *Archives of Psychiatric Nursing* 1993;7:277-83.
41. McCurren CD, Hall LA, Rowles GD. Community elders: prevalence and correlates of depressive symptoms. *Clinical Nursing Research* 1993;2:2:128-44.
42. Monroe SM, Simons AD. Diathesis/stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin* 1991;110:406-25.
43. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979;134:382-89.
44. Murray CJ, Lopez AD. Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;17:349(9063):1436-42.
45. Newmann JP. Aging and depression. *Psychology and Aging* 1989;4:150-65.
46. Norberg A, Axelsson K, Hallberg IR, Lundman B. *Omvårdnadens mosaik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1992.
47. Olsson G, von Knorring A-L. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:277-82.
48. Painter A. Health visitor identification of postnatal depression. *Health Visitor* 1995;68:4:138-40.
49. Peden AR. Recovering in depressed women: research with Peplau's theory. *Nursing Science Quarterly* 1993;6:3:140-46.

50. Peden AR. Up from depression: strategies used by women recovering from depression. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1994;1: 2:77-83.
51. Peden AR. Recovering from depression: a one-year follow-up. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1996;3:5:289-95.
52. Pitt B. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry* 1973;122:431-33.
53. Pollack LE. Content analysis of groups for inpatients with bipolar disorder. *Applied Nursing Research* 1993;6: 1:19-27.
54. Post RM. Transduction of psychosocial Stress Into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:999-1010.
55. Rorsman B, Gräsbäck A, Hagnell O, Lanke J, Öhman R, Öjesjö L, Otterbeck L. A prospective study of first incidence depression. The Lundby study 1957-72. *British Journal of Psychiatry* 1990;156: 336-42.
56. Rosen J, Rogers J, Marin R, Mulsant B, Shahar A, Reynolds C. Control-relevant intervention in the treatment of minor and major depression in a long-term care facility. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1997;5:247-57.
57. SBU. Strålbehandling vid cancer. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, rapport nr 129/1-2, 1996.
58. Seeley S, Murray L, Cooper PJ. Postnatal depression: the outcome for mothers and babies of health visitor intervention. *Health Visitor* 1996;69:4: 135-8.
59. Spri. SPFo. Förstämmningssjukdomar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: SPRI, 1997.
60. Steen M. Essential structure and meaning of recovery from clinical depression for middle-adult women: a phenomenological study. *Issues in Mental Health Nursing* 1996;17: 2:73-92.
61. Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states, based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89: 21-28.
62. Waterreus A, Blanchard M, Mann A. Community psychiatric nurses for the elderly: well tolerated, few side-effects and effective in the treatment of depression. *Journal of Clinical Nursing* 1994;3:5:299-306.
63. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.
64. WHO, World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993.
65. Wickberg B, Hwang C. Screening for postnatal depression in a populationbased

- Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:62-66.
66. Wilkinson L, Pierce L. The lived experience of aloneness for older women currently being treated for depression. *Issues in Mental Health Nursing* 1997; 18:2:99-111.
67. Willman A. Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. *Vård i fokus* 1998; 3:4-8.
68. von Knorring AL. Depressioner hos barn och ungdomar. *Nordisk Medicin* 1996;111:271-74.
69. Yesavage JA, Brink TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983;17:37-49.
70. Youssef F. The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *Nurse Practitioner*. 1990;15:32:35-38.
71. Zauszniewski JA. Health-seeking resources and adaptive functioning in depressed and nondepressed adults. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994;8:3:159-68.
72. Zauszniewski JA. Health-seeking resources in depressed outpatients. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995;9:4:179-87.
73. Zerhausen JD, Boyle K, Wilson W. Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elderly. Reprinted with permission from the *Journal of Psychosocial Nursing*, copyright 1991. *Journal of Military Nursing Research* 1995;1:4:28-32.
74. Zung W. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965;12:63-70.

Tabeller

Tabell 1a. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvantitativ metod.

	I= Hög kvalitet	II= Medel	III= Låg kvalitet
RCT	Större välmonitorerad multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.	–	Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
CCT	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter och adekvata statistiska metoder.	–	Litet antal patienter, tveksamma statistiska metoder.
DS	Stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t ex multivariatanalys, fall-kontrollmetodik, etc). Lång uppföljning.	–	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Kvalitetskriterier för RCT, CCT och DS enligt SBU [57].

Tabell 1b. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvalitativ metod.

	I= Hög kvalitet	II= Medel	III= Låg kvalitet
K	Väldefinierad frågeställning. Relevant och tydligt beskrivet urval. Tydligt beskriven datainsamling och analysmetod. Logiskt och begripligt beskrivna tolkningar och slutsatser. God kommunikerbarhet och replikerbarhet.	–	Vagt definierad frågeställning. Otydligt beskrivet urval. Otillräcklig beskriven datainsamling och analysmetod. Vagt beskrivna tolkningar och slutsatser. Oklar kommunikerbarhet och replikerbarhet.

Kvalitetskriterier för K har formulerats av författarna.

Tabell 2a. Redovisning av studier med kvantitativ metod.

Typ av studie	Författare	Antal pers.	Område	Kvalitet
RCT	Campbell, 1992	103	Äldre	II
RCT	Watterreus m fl, 1994	96	Äldre	II
RCT	Abraham m fl, 1992	76	Äldre	II
RCT	Zerhausen m fl, 1991	60	Äldre	II
RCT	Youssef, 1990	60	Äldre	II
RCT	Maynard, 1993	30	Vuxna	II
RCT	Rosen m fl, 1997	22	Äldre	II
RCT	Gordon m fl, 1987	20	Vuxna	II
RCT	Gordon m fl, 1988		Vuxna	II
RCT	Dhooper m fl, 1993	16	Äldre	II
CCT	Zauszniewski, 1994	126	Vuxna	I
CCT	Zauszniewski, 1995	126	Vuxna	I
CCT	Seeley m fl, 1996	80	Postpartum	I
CCT	Beck, 1992a	49	Postpartum	I
DS	Fowles, 1997	169	Postpartum	I
DS	Jacobson, 1990	85	Barn- och ungdom	I
DS	Cataldo, 1994	90	Äldre	II
DS	Kim, 1994	76	Vuxna	II
DS	Buschmann m fl, 1994	50	Äldre	II
DS	Gulesserian m fl, 1987	44	Vuxna	II
DS	McCurren m fl, 1993	40	Äldre	II

Tabell 2b. Redovisning av studier med kvalitativ metod.

Typ av studie	Författare	Antal pers.	Område	Kvalitet
K	Steen, 1996	22	Vuxna	I
K	Beck, 1993	12	Postpartum	I
K	Beck, 1996	12	Postpartum	I
K	Beck, 1995c	10	Postpartum	I
K	Wilkinson m fl, 1997	8	Äldre	I
K	Beck, 1992b	7	Postpartum	I
K	Pollack, 1993	65	Vuxna	II
K	Peden, 1993	7	Vuxna	II
K	Peden, 1994		Vuxna	II
K	Peden, 1996		Vuxna	II

Tabell 3. Studie med kvantitativ metodik vid depression hos barn och ungdomar.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Jacobson 1990 USA	Studera sambandet mellan socialt stöd och depression hos ungdomar	Deskriptiv, icke experimentell studie	Flickor och pojkar i åldern 15–19 år, n=85	Symtomskattning Socialt stöd Deskriptiv statistik Korrelationsanalys Reliabilitet Validitetsref Frekvenser t-, r-, p-värde	Ungdomar som har socialt stöd rapporterar mindre grad av depressiva känslor.	DS-I

Studiedesign

RCT= Randomiserad kontrollerad studie
CCT= Kontrollerad studie
DS= Deskriptiv studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Tabell 4a. Studier med kvantitativ metod vid depression hos vuxna personer.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Maynard 1993 USA	Studera effekten av kognitivt inriktat utbildningsprogram	2 experimentgrupper (kognitiv grupp; supportgrupp;) 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 90 min/vecka i 12 veckor utförd av sjuksköterskor	Kvinnor med mild/svår depressionsgrad n=30 Inget bortfall	Symtomskattning Intervjuer om självkänsla, hopplöshet, personlighetsdrag Reliabilitetstestad Validitetstestad ANOVA, ANCOVA	Interventionen i den kognitiva gruppen minskade depres- sionsgraden, känsla av hopp- löshet samt ökade själv- känslan.	RCT-II
Gordon m fl 1987 England	Studera effekten av kognitivt inriktat utbildningsprogram Uppföljning efter 14 veckor	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 14 veckors	Kvinnor med mild/måttlig depressionsgrad n=20	Symtomskattning Intervjuer om ensamhet, hopplöshet, ångest, självkänsla	Lägre depressionsgrad, lägre känsla av hopplöshet samt högre självkänsla i experi- mentgruppen.	RCT-II
Gordon m fl 1988 England	Uppföljning efter 3 år	Utbildningsprogram	Bortfall 2 personer i kontrollgruppen vid uppföljningen efter 3 år	Reliabilitetstestad linjär regression p-värde	Resultatet höll i sig efter 3 år.	CCT-I
Zauszniewski 1994 USA	Studera samband social förmåga, copingresurser, anpassningsförmåga och depressiva symtom	Ikke randomiserad med samtidig kontroll. Intervjuer och självskattnings- instrument.	Kvinnor och män som vårdas på psykiatrisk klinik för depression (n=63) och en icke-deprimerad kontrollgrupp (n=63) Inget bortfall	Symtomskattning Sociala intressen Copingförmåga Självkontroll Reliabilitetstestad Validitetstestad Chi-square T-test, p-värde	Depimerade personer har bristfällig social förmåga och copingresurser, samt svårare att anpassa sig och hantera svårigheter.	CCT-I

Tabell 4a. Forts.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Zauszniewski 1995 USA	Studera samband social förmåga, copingresurser, anpassningsförmåga och depressiva symtom	Ikke randomiserad med samtidig kontroll. Intervjuer och självskattnings- instrument.	Kvinnor och män som tidigare vårdats på psykia- trisk klinik för depression (n=63) och kvinnor och män med depres- sion som enbart behandlats i psykia- trisk öppenvård (n=63) Inget bortfall	Symtomskattning Sociala intressen Copingförmåga Självkontroll Använda service Reliabilitetstestad Validitetstestad Chi-square T-test, p-värde	Personer som behandlats i psykiatrisk öppenvård har bättre social förmåga, copingresurser och anpass- ningsförmåga och färre depressiva symtom än per- soner som har vårdats på sjukhus.	CCT-I
Kim m fl 1994 USA	Studera sambandet mellan kulturbryte, livskvalitet och depression	Deskriptiva intervjuer	Korea- amerikanska kvinnor med mild/svår depressionsgrad 25-65 år n=76 Bortfall beskrivet	Symtomskattning Etnisk identitet Rollintegration Livskvalite Reliabilitetstestad Stepwise multiple regression, p-värde	De kvinnor som var nöjda med kulturbrytet hade bättre livskvalitet och bättre psykisk hälsa. Avgörande faktorer var bl a utbildning och inkomst.	DS-II
Gulesserian m fl 1987 USA	Relationen mellan copingresurser och depressionsgrad	Explorativ Självskattnings- instrument	Män och kvinnor som vårdas på psykiatrisk klinik för depression n=44 Inget bortfall	Symtomskattning Copingförmåga Reliabilitetstestad Validitetstestad Korrelationsanalys	Det finns samband mellan depressionsgrad och copingresurser, där speciellt socialt stöd, problemlösning och stresshantering var svårt att hantera.	DS-II

Studiedesign

RCT= Randomiserad kontrollerad studie
CCT= Kontrollerad studie
DS= Deskriptiv studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Tabell 4b. Studier med kvalitativ metodik vid depression hos vuxna personer.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Steen 1996 USA	Beskriva processen i tillfrisknande från depression	Djupintervju Varje kvinna intervjuades vid tre tillfällen.	Kvinnor 40–55 år. n=22	Fenomenologisk analysmetod Validerad av kvinnorna Symtomsattning	Tillfrisknandet beskrivs i fem faser 1) barndomen 2) tonåren 3) vändpunkten 4) vad som får kvinnan att söka hjälp 5) egenvård.	K-I
Peden 1993 USA	Beskriva processen i tillfrisknande från depression	Djupintervjuer som är bandade.	Kvinnor 29–53 år n=7	Innehållsanalys Reliabilitetstestad (Code-recode 0.90) Validitetstestad (5 av kvinnorna bekräftade tolkningarna)	Kvinnor beskriver sitt tillfrisk- nande från depression genom att i det akuta skedet använda sig av professionellt stöd, och på längre sikt använder de sig av sitt sociala nätverk, samt återvinner självkänsla och balans.	K-II
Peden 1994 USA	Beskriva behandlings- strategier som använts för till- frisknande	Djupintervjuer	Kvinnor 29–53 år n=7	Innehållsanalys	Kognitiva strategier och professionellt stöd värderades högst.	K-II
Peden 1996 USA	Beskriva processen i tillfrisknande, samt vad som varit verk- samt	Djupintervjuer Uppföljning efter ett år	Kvinnor 29–53 år n=7	Innehållsanalys Reliabilitetstestad (Code-recode)	Kvinnorna i studien ville ha professionell hjälp som kunde erbjuda tekniker/färdigheter som befrämjar hälsa.	K-II

Studiedesign

K= Kvalitativ studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet

II= Medelgod kvalitet

Tabell 5a. Studier med kvantitativ metod vid depression i samband med förlossning.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Seeley m fl 1996 England	Finns det skillnad i upplevelse av att sköta sitt barn. Identifieras post partum depressioner av health visitors? Får deprimerade mammor mer hjälp? Träningsprogramms betydelse för mam-mors upplevelser av att vårda sitt barn.	1 experimentgrupp 1 randomiserad kontrollgrupp Health visitors utbildades i att identifiera och behandla post partum depressioner 1 tim/vecka upp till 8 veckor	Nyblivna mammor n=80 (40 deprimerade och 40 icke deprimerade)	Symtomskattning Chi-square, p-värde	Deprimerade mammor har betydligt större svårigheter i mor-barn relationen. Health visitors som tränats i att upptäcka och behandla post partum deprimerade mammor kan ge effektiv hjälp.	CCT-I
Beck 1992a USA	Finns det samband mellan tidig hemgång efter förlossning och post partum depression? Förekomst av nedstämdhet under 1:a veckan efter förlossning och post partum depression hos förstföderskor.	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Tidig hemgång från sjukhus efter förlossning	Nyblivna mammor n=49 13 tidig hemgång 36 i normal tid	Symtomskattning Attitydskala Reliabilitetstestad Validitetstestad Chi-square, t-test. korrelation analys, p-värde	Inget samband mellan tidig hemgång och post partum depression. Förstföderskor som har svår nedstämdhet har ökad risk för depression under 1:a veckan efter förlossningen.	CCT-I
Fowles 1997 USA	Finns det något samband mellan post partum depression och upplevd trygghet i modersrollen?	Deskriptiv design	n=136	Symtomskattning Attitydskala Reliabilitetstestad Validitetstestad p-värde	Det finns ett negativt samband mellan post partum depression och att känna trygghet i modersrollen.	DS-I

Studiedesign

RCT= Randomiserad kontrollerad studie
CCT= Kontrollerad studie
DS= Deskriptiv studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Tabell 5b. Studier med kvalitativ metodik vid depression i samband med förlossning.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Beck 1993 USA	Vad är kännetecknande för de sociala och psykologiska problem som finns under post partum depressionen och vad kännetecknar problemlösningsprocessen	Grounded theory metod och design. Stödgrupp under 18 mån	n=12	Deltagande observation i stödgrupp 2 g/mån under 18 månader och djupintervjuer. Grounded theory metod. Validerade (av mammor)	Det mest grundläggande problemet var känslan av att förlora kontrollen. Problemlösningsprocessen innehöll fyra steg.	K-I
Beck 1996 USA	Innebörden i post partum deprimerade mammors interaktion med sitt barn	Fenomenologisk design	n=12	Intervjuer Fenomenologisk analysmetod	Mammorna upplevde ett förkrossande ansvar gentemot sina barn. Skuldånsor, ilska etc var ständigt närvarande i deras dagliga kontakt med barnet.	K-I
Beck 1995b USA	Deprimerade mammors upplevelser av innebörden av sjuksköterskors omvårdnad	Fenomenologisk design och analys.	n=10	Ostrukturerade djupintervjuer Fenomenologisk analysmetod	Sju tema framträdde som kännetecknade viktiga egenskaper och förmågor som sjuksköterskor bör omfatta i omvårdnaden av post partum deprimerade.	K-I
Beck 1992b USA	Levd erfarenhet av att ha lidit av post partum depression	Fenomenologisk design	n=7	Djupintervjuer Fenomenologisk analysmetod	postpartum-depression beskrevs som en ständigt mardröm fylld av okontrollerbara ångestattacker, skuld-känslor, tvångstankar.	K-I

Studiedesign
K= Kvalitativ studie

Bedömning av kvalitet
I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Tabell 6. Studie med kvalitativ metodik vid mano-depressiva sjukdomstillstånd hos vuxna personer.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Pollack 1993 USA	Beskriva vad korttids-psykoterapi innebär för personer med mano-depressiv sjukdom samt perspektiv på sjukdomsprocessen	Djupintervjuer Deltagarnas synpunk- ter på grupprocesser Gruppterapi 2g/v i 20 veckor	Personer som vårdas (medeltid 31 dagar) på psykiatrisk klinik, 19–59 år. n=65 37% män Inget bortfall	Innehållsanalys	Fem tema framträder: att förstå sjukdomen, relationer med andra, klara dagligt liv, relationen till sig själv, leva i samhället. Viktiga terapeutiska processer i gruppen var råd och stöd, upptäcka att många andra lider av samma sjukdom samt förståelse för sig själv.	K-II

Studiedesign

K= Kvalitativ studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet

II= Medelgod kvalitet

Tabell 7a. Studier med kvantitativ metodik vid depression hos äldre personer.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Campbell 1992 USA	Två olika typer av intervention 1)handarbetsgrupp; 2)individuellt kognitiv terapi påverkan på depression	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 1 timma 2 ggr/vecka i 8 veckor, utförd av sjuksköterskor	Boende på servicehus med måttlig/svår grad av depression > 64 år n=103 82% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad T-test, Mann Whitney-test	Personerna i kognitiva gruppterapi minskade depressionsgraden.	RCT-II
Waterreus m fl 1994 England	Case management´s betydelse för depressionsgraden	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 1 genomsnitt 7 timmars besök av sjuksköterska under 3 månader i hemmet	Boende hemma, lätt/måttlig depressionsgrad > 65 år n=96 85% kvinnor	Symtomskattning p-värde	Fler patienter i experimentgruppen blev fria från depression, hade färre depressionssymtom och en positivare syn på vården.	RCT-II
Abraham m fl 1993 USA	Effekter av 3 typer av gruppterapi 1)kognitiv-beteende terapi; 2)fokuserad visuell föreställning; 3)utbildning/diskussionsgrupp; påverkan på depressionsgrad och kognitiv funktion	Terapi grupperna var randomiserade till sjukhemmen (7 st) Pre-post/test (4 veckor efter intervention) Respektive terapi 45 min/2 ggr i veckan i 24 veckor, utförd av sjuksköterskor	Sjukhemsboende med mild/svår depressionsgrad > 65 år n=76	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad T-test	Ingen skillnad i depressionsgrad eller kognitiv funktion mellan grupperna, eller över tid.	RCT-II
Youssef 1990 USA	Effekter av reminiscence-gruppterapi på depressionsgraden	2 experimentgrupper 1) 65-74 år, 2) >75 år 1 kontrollgrupp medelålder 71,8 år Randomiserad Pre-post/test 45 min/vecka i 5 veckor utförd av sjuk-sköterskor	Sjukhemsboende mild/måttlig depressionsgrad > 65 år n=60	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad ANOVA	För patienter i åldersgruppen 65-74 år minskade depressionsgraden.	RCT-II

Tabell 7a. Forts.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Zerhausen m fl 1991 USA	Påverkan på depressionsgraden efter 2 olika typer av intervention 1) kognitiv terapi 2) musikterapi	2 experimentgrupper 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 1 tim 2 ggr/vecka i 10 veckor utförd av sjuksköterskor	Sjukhemsboende, måttligt/svår depressionsgrad > 70 år n=60	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad Duncan Multiple Range Test	Depressionsgraden minskade i den kognitiva terapigruppen.	RCT-II
Rosen m fl 1997 USA	Gruppaktiviteters reduktion på depressionsgrad	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test (2 mån efter interventionen) 1-2 timmar 1-2 ggr dagligen 5 dagar/vecka i 8 veckor med leg. socioterapeut	Sjukhemsboende mild/måttlig depressionsgrad >50 år n=22 62% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad ANOVA	Depressionsgraden i interventionsgruppen minskade, men efter 2 mån kvarstod inte effekten.	RCT-II
Dhooper m fl 1993 USA	Kognitivt inriktad patientutbildnings- påverkan på depressionsgrad	1 experimentgrupp 1 kontrollgrupp Randomiserad Pre-post/test 1 timma/vecka i 9 veckor utförd av sjuksköterskor	Sjukhemsboende mild/måttlig depressionsgrad > 65 år n=16 75% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad T-test	Experimentgruppen minskade depressionsgraden.	RCT-II
Cataldo 1994 USA	Studerat upplevelse av vitalitet och attityd till döden i relation till graden av depression	Strukturerad intervju	Sjukhemsboende, > 65 år n=90 51% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad Pearsons correlations coefficient	Personer som upplevde vitalitet hade lägre grad av depression.	DS-II
Buschmann m fl 1994 USA	Upplevelse av depression, fysisk kontakt, privatliv, självkänsla och livstillfredsställelse	Deskriptiv tvärsnittstudie, intervju med självskattningsskalor	Sjukhemsboende, > 60 år n=50 60% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad Pearsons correlations coefficient	Personer med hög depressionsgrad var mer tillbakadragna och hade negativ upplevelse av fysisk beröring. Än de med lägre depressionsgrad.	DS-II

Tabell 7a. Forts.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
McCurrent m fl 1993 USA	Utröna förekomsten av depression, samt korrelera depressions- grad med livstillfreds- ställelse, livskvalitet, fysisk hälsa, funk- tionsstatus, behov av praktisk hjälp och in- ställning till åldrandet.	Deskriptiv intervju jämförelse mellan de med hög grad av depression och de med lägre grad av depression	Hemmaboende > 75 år n=40 52% kvinnor	Symtomskattning Reliabilitetstestad Validitetstestad T-test	25% hade hög depressions- grad. Depression var korrelerad till låg grad av upplevd hälsa, större behov av hjälp, lägre grad av livstillfredsställelse. livskvalitet och vitalitet.	DS-II

Studiedesign

RCT= Randomiserad kontrollerad studie
CCT= Kontrollerad studie
DS= Deskriptiv studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Tabell 7b. Studie med kvalitativ metodik vid depression hos äldre personer.

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design/Intervention	Deltagare	Analysmetod	Resultat	Studie design och kvalitet
Wilkinson m fl 1997 USA	Vad har kvinnor som behandlats för depres- sion för upplevelser av ensamhet.	Djupintervju	Hemmaboende kvinnor 55-75 år n=8	Fenomenologisk ansats Validierad av deltagarna	Kvinnorna upplevde ensam- het i sin depression och ensamhet i sitt tillfrisknande.	K-I

Studiedesign

K= Kvalitativ studie

Bedömning av kvalitet

I= Hög kvalitet
II= Medelgod kvalitet

Bilaga 1

Förekomst och klassificering av depressionssjukdomar

Depressionssjukdomar anses vara en av de största sjukdomsgrupperna inom både psykiatrisk och allmänmedicinsk vård. En stor studie visade att vid en viss tidpunkt lider 3 procent av alla män och 7 procent av alla kvinnor av egentlig depression [35]. Den svenska Lundbystudien har visat att varannan kvinna och var fjärde man någon gång i livet riskerar att drabbas av egentlig depression [55]. Det finns således en könsskillnad i förekomsten av depression. Orsaken till att depression drabbar kvinnorna dubbelt så ofta som männen, från ungdomsåren och upp till 55–60 årsåldern, är okänd. Överrepresentationen av kvinnor försvinner i de högre åldrarna [34].

Förekomsten av egentlig depression hos barn och ungdom har ökat [24,39]. I förskoleåldern och under de första skolåren förekom depressiva symtom hos 0,5–2 procent av barnen i dessa åldersgrupper, och var lika vanligt hos pojkar som flickor. Förekomsten av egentlig depression hos tonåringar har tidigare angivits till 3 till 4 procent [68]. En aktuell undersökning visade emellertid att 5 procent av tonåringarna visade symtom för egentlig depression och att flickorna drabbades tre gånger så ofta som pojkarna [47]. För äldre personer beräknades förekomsten av egentlig depression till cirka 15 procent [45]. I samband med förlossning, är det vanligt att nyförlösta mammor känner sig nedstämda, så kallad maternity blues. Denna nedstämdhet kan drabba upp till 50 procent av alla nyförlösta kvinnor och är i de flesta fall övergående [52]. Olika undersökningar visar att många nyförlösta kvinnor hade depressiva symtom och undersökningar från Sverige såväl som i England och USA visar att mellan 10 till 15 procent drabbades av depression i samband med förlossning, postpartum-depression [7,14, 20,25,48,65]. Endast en liten del av kvinnorna med postpartum-depression identifierades av hälso- och sjukvårdspersonalen [10].

I dagens psykiatri uppfattas orsaken till depression som mångfaldig. Genetisk och biologisk sårbarhet samspelar med psykologiska och psykosociala stressfaktorer [24,34,35,39,42,45,47,55,68] och enligt t ex stress-sårbarhetsmodellen [42] är depression orsakad av en kombination av individens sårbarhet, känslighet för stress och förekomst av skyddande faktorer som t ex socialt stöd. För att integrera olika åtgärder och uppnå en helhetssyn i behandlingen är det viktigt att ta hänsyn till varje individs behov. Omvårdnad, läkemedelsbehandling, psykologiska och sociala insatser, åtgärder för sysselsättning, samt stöd till anhöriga och övrigt nätverk är viktiga komponenter i vården. För att ge bästa möjliga behandling är det viktigt att fastställa vilken typ av depressionstillstånd det rör sig om, samt bedöma depressionens svårighetsgrad. I Sverige används två klassificeringssystem, dels ICD-10 (International Classification of Diseases) [64] dels, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [4]. Enligt DSM-IV ingår depressiva syndrom (inklusive egentlig depression och dystymi), bipolära syndrom (bipolära episoder och cyklotymi) och andra förstämningssyndrom i gruppen förstämningssyndrom. DSM-IV-kriterier för de tre mest förekommande depressionssjukdomarna finns i en förkortad version i Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för förstämningssjukdomar [59], och redovisas i Bilaga 2.

Graden av depression kan bedömas med hjälp av olika bedömningsskalor. Den vanligaste indelningen av depressionsgraden är lätt, måttlig och svår grad. De vanligaste bedömningsskalorna är Beck's Depression Inventory (BDI) [5], Comprehensive Psychopathological Rating Scale–Self Rating Scale (CPRS-SA) [61], The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [19], Geriatric Depression Scale (GDS) [69], Hamilton Depression Scale (HAM-D) [22], Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) [43] och Zung Self-Rating Depression Scale [74].

De senaste femtio åren har insjuknandeåldern för depression sjunkit. För en del personer startar insjuknandet redan i tonåren [39]. Med adekvata behandlingsinsatser blir cirka 80 procent av alla insjuknade personer symtomfria. Risken för återfall och långdragna sjukdoms-episoder är dock betydande och det har uppskattats att en deprimerad

person kan tillbringa cirka 20 procent av sitt återstående liv i olika sjukdomsskov. Insatser vid behandling ska därför vara akuta såväl som långsiktiga. Av alla personer som drabbas av depression för första gången riskerar varannan att återinsjukna inom ett till två år. Efter den andra depressionsepisoden ökar risken för återinsjuknande med 50–80 procent. En del av dessa personer får allt tätare återfall och 20 procent av alla som insjuknar i egentlig depression riskerar att få leva i ett ständigt depressivt tillstånd [2]. Återfallen har benägenhet att återkomma allt tätare med åren och varje nytt återfall tenderar inte bara att bli längre jämfört med det föregående utan dessutom mer motståndskraftigt mot behandling [54]. För personens fortsatta psykiska/fysiska hälsotillstånd och livskvalitet är det av största betydelse att förhindra återinsjuknande. Den allvarligaste konsekvensen av en depressions-episod är självmord. Cirka 15 procent av alla vuxna personer som lider av egentlig depression tar sitt liv [32].

Sammanfattningsvis är depressionssjukdomar ett stort folkhälsoproblem som medför lidande och omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser både för individen och för samhället. I folkhälso-rapporten från 1997 beräknas kostnaden för depressionssjukdomar till 45 miljarder kronor per år [23]. I denna beräkning ingår kostnader för sjukvård, läkemedel, sjukskrivningar, förtidspension, socialbidrag, hemtjänst, serviceboende m m. Omfattningen av detta folkhälsoproblem innebär en utmaning för hälso- och sjukvården. Senare års forskningsresultat visar på betydelsen av att finna nya vägar att diagnostisera, gradera och behandla depressioner.

Psykologiska och medicinska behandlingsmetoder kompletterar varandra vid depressionsbehandling. Patient- och anhörigutbildning och familjestödjande insatser bör tas i beaktande vid varje behandling.

Bilaga 2

DSM-IV-kriterier för förstämningsepisoder (förkortade)

(Hämtade ur Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för förstämningssjukdomar) [59].

Egentlig depressionsepisod

A. Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av de två första symtomen måste föreligga.

Obs: Inkludera ej symtom som uppenbarligen beror på somatisk sjukdom/skada eller på stämningsinkongruenta vanföreställningar eller hallucinationer.

- Nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (t ex känner sig ledsen och tom) eller andra (t ex ser ut att vilja gråta). Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
- Klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla, eller nästan alla, aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas av personen själv eller andra).
- Betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (t ex mer än 5-procentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
- Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).

- Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
- Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
- Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld-känslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självförebråelser eller skuldkänslor över att vara sjuk).
- Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas av personen själv eller andra).
- Återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.

C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller somatisk sjukdom/skada (t ex hypotyroidism).

E. Symtomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karakteriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

Manisk episod

A. Ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnestämning under en avgränsad period av minst en vecka (eller kortare om sjukhusvård är nödvändig).

B. Under sjukdomsperioden har minst tre av följande symtom (fyra om sinnesstämningen bara är irriterad) påtagligt och ihållande funnits med i bilden.

- Förhöjd självkänsla eller grandiositet.
- Minskat behov av sömn (t ex känner sig utvilad efter bara tre timmars sömn).
- Mer pratsam än vanligt eller svårighet att hålla tyst.
- Tankeflykt eller en upplevelse av att tankarna rusar genom huvudet.
- Lättdistraherad (dvs uppmärksamheten dras alltför lätt till oviktiga eller irrelevanta yttre stimuli).
- Ökad målinriktad aktivitet (på arbetet, i skolan, socialt eller sexuellt) eller psykomotorisk agitation.
- Hänger sig åt lustbetonade aktiviteter (t ex köpgalenskap, sexuella felsteg, omdömeslösa investeringsprojekt).

C. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.

D. Störningen är så allvarlig att den orsakar påtaglig funktionsförsämring i yrkeslivet eller i vanliga sociala aktiviteter eller mellanmännsliga relationer, eller att sjukhusvård är motiverad för att förhindra att en person själv eller andra kommer till skada, eller att det finns psykotiska drag med i bilden.

E. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering eller annan behandling) eller av somatisk sjukdom/skada (t ex hypertyroidism).

Förstämmningssyndrom och specifikationer

I DSM-IV finns dessutom kriterier för blandepisod mani/depression och hypoman episod samt kriterier för depressiva (egentlig depression, dystymi, depression UNS), bipolära (bipolärt syndrom I och II, cyklotymi, bipolärt syndrom UNS) och andra förstämmningssyndrom.

Dessutom finns specifikationer som beskriver den senaste episoden samt förloppet av återkommande episoder.

De specifikationer som beskriver den senaste eller aktuella episoden omfattar:

- Svårighetsgrad/psykotiska symtom/remissionsspecifikationer för egentlig depressionsepisod, manisk episod samt blandad episod
- Specifikationer av kronicitet
- Specifikationer av katatoni
- Specifikationer av melankoli
- Specifikationer av atypiska symtom
- Specifikationer av post partumdebut.

Specifikation av melankoli

Med melankoli (kan anges för aktuell eller senaste egentlig depressions-episod vid egentlig depression samt för egentlig depressionsepisod vid bipolär I- eller II-syndrom under förutsättning att den utgör den senaste förstämmningsepisoden).

Specificera om:

A. Något av följande symtom uppträder under den svåraste perioden i den aktuella episoden.

- Förmågan att känna lust eller glädje i aktiviteter har helt, eller i stort sett helt, försvunnit.

- reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli (känner sig inte ens tillfälligt särskilt mycket bättre när något roligt inträffar).

B. Minst tre av följande.

- Nedstämdheten har distinkt kvalitet (dvs nedstämdheten upplevs helt annorlunda än den känsla som följer efter att ha mist någon nära anhörig).
- Nedstämdheten är värst på morgonen.
- Tidigt uppvaknade (minst två timmar före vanlig tid).
- Stark psykomotorisk hämning eller agitation.
- Betydande aptitlöshet eller viktninskning.
- Överdrivna eller obefogade skuldkänslor.

Specifikationer av postpartum debut

Med postpartum debut (kan anges för aktuell eller senaste egentlig depressionsepisod, manisk episod eller blandad episod vid egentlig depression, bipolär I- eller II-syndrom; eller vid kortvarig psykos).

Specificera om:

A. Episoden debuterar inom fyra veckor efter en förlossning.

Adresslista

Agneta Berg

leg sjuksköterska, doktorand,
universitetsadjunkt, Centrum för
Vårdvetenskap, Lunds universitet

Karina Dencker

leg sjuksköterska, dr med vet,
lektor, Vårdhögskolan Göteborg

Christel Glans

leg sjuksköterska, Infektions-
kliniken, Universitetssjukhuset
MAS, Malmö, vik. universitets-
adjunkt, Avd. för omvårdnad,
Hälsa och samhälle, Malmö
högskola

Björn Pontén

leg sjuksköterska, utbildningschef,
Psykiatriska kliniken, S:t Görans
sjukhus, Stockholm

Ingalill Rahm Hallberg

leg sjuksköterska, dr med vet,
professor, Centrum för Vård-
vetenskap, Lunds universitet

Mats Samuelsson

leg sjuksköterska, dr med vet,
Inst. för vårdvetenskap och socialt
arbete, Högskolan Kalmar

Ingela Skärsäter

leg sjuksköterska, magister i vård-
vetenskap, vårdplanerare, Psykiat-
riska kliniken, Länssjukhuset
Halmstad.

Ania Willman

leg sjuksköterska, fil dr, universi-
tetslektor, Avd. för omvårdnad,
Hälsa och samhälle, Malmö
högskola



SVENSK
SJUKSKÖTERSKE-
FÖRENING (SSF)

Östermalmsgatan 19
114 26 Stockholm
Telefon: 08-412 24 00
Fax: 08-412 24 24
Internet: www.swenurse.se
E-mail: ssf@swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening (SSF)

Svensk sjuksköterskeförening (SSF), som bildades 1910, är en professionell sammanslutning av landets sjuksköterskor. Som inspiratör och påverkare inom omvårdnadsområdet vill SSF medverka till att sjuksköterskor bedriver omvårdnad av högsta kvalitet.

SSF arbetar med projekt inom vissa prioriterade områden. Områdena väljs med utgångspunkt från den utveckling hälso- och sjukvården genomgår och är av strategisk karaktär. Exempel på prioriterade områden är:

- kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring
- smärta och smärtbehandling
- vårdinformatik
- ledarskapsutveckling
- patientundervisning.

SSF genomför också konsensuskonferenser, hearings och arbetande konferenser inom olika områden. Härigenom sprids forskningsresultat och samarbetet förstärks mellan forskare och kliniskt verksamma sjuksköterskor. SSF arbetar för tvärprofessionellt samarbete.

För att utveckla en långsiktig strategi för utvecklings-, forsknings- och kvalitetsfrågor har SSF följande organ:

- Sjuksköterskornas vetenskapliga råd
- Sjuksköterskornas etiska kommitté
- Kvalitetsrådet för omvårdnad.

SSF:s Utbildningsinstitut AB är sjuksköterskornas eget utbildningsinstitut för yrkesutveckling. Här erbjuds sjuksköterskor fortbildning för sin professionella utveckling. Institutet medverkar till att omvårdnadsarbetet bedrivs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

SSF delar också ut bidrag och stipendier till sjuksköterskor för studier med mera. Resultaten av SSF:s mer omfattande projekt presenteras i rapportserien Omvårdnad, som ges ut i samarbete med Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spru). Bland skrifterna kan nämnas:

- DySSSy – en metod för kvalitetssäkring i vården
- Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad
- Omvårdnadsforskningens möjligheter och gränser
- Neonatal omvårdnad – riktlinjer för kvalitetsutveckling.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, etablerades 1987 och var till en början knutet till Regeringskansliet. Idag är SBU en fristående myndighet. På SBU:s kansli på Tyrgatan 7 i centrala Stockholm arbetar ett tjugotal personer, men runt om i landet finns drygt 400 framstående experter som arbetar i olika SBU-projekt. Även internationellt har SBU ett brett kontaktnät.

SBU ger ut tre serier av rapporter

En SBU-rapport är ett opartiskt arbete som bygger på en kritisk genomgång av hela den vetenskapliga litteraturen inom området. Arbetet genomförs noggrant och systematiskt och tar i regel flera år.

De gula rapporterna innehåller utvärderingar av medicinska metoder med slutsatser och rekommendationer. I den vita serien presenteras aktuella kunskaper inom något område. Den tredje serien med blå omslag är SBU:s engelskspråkiga publikationer.

SBU ger också ut tidningen Vetenskap & Praxis som går som bilaga i Läkartidningen, Landstingsvärlden samt delar av Vårdfacket och som utkommer med fyra nummer per år. Tidningen har en upplaga på cirka 80 000 exemplar och presenterar aktuella utvärderingsfrågor.

SBU:s styrelse och råd

SBU:s styrelse företräder centrala organisationer inom sjukvårdssverige, exempelvis Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund, Medicinska forskningsrådet, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Vårdförbundet och Landstingsförbundet. SBU:s råd representerar olika kunskapsområden inom hälso- och sjukvården. Styrelsen och rådet väljer ämnen för SBU:s rapporter och deltar aktivt i projektarbetet. De står dessutom alltid bakom SBU:s slutsatser och rekommendationer.

Vill du veta mer?

För ytterligare information, kontakta SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Box 5650, 114 86 Stockholm, Telefon 08-412 32 00, Fax 08-411 32 60, E-mail: info@sbu.se. Du kan också besöka vår hemsida, www.sbu.se



SBU – STATENS
BEREDNING
FÖR MEDICINSK
UTVÄRDERING

Tyrgatan 7, Box 5650
114 86 Stockholm
Telefon: 08-412 32 00
Fax: 08-411 32 60
Internet: www.sbu.se
E-mail: info@sbu.se