



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA ÄLDRE MED PSYKISK OHÄLSA INOM PRIMÄRVÅRDEN

En litteraturöversikt

Författare: Victoria Karlström & Mattias Johansson

Uppsats:	Kandidatuppsats, 15 hp
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vårtermin 2022
Handledare:	Ida Björkman
Examinator:	Lena Johansson
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vårtermin 2022
Författare:	Victoria Karlström & Mattias Johansson
Handledare:	Ida Björkman
Examinator:	Lena Johansson

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa bland äldre är idag en utmaning för vården då det är ett komplext fenomen och som blir allt vanligare i samhället. Sjuksköterskor inom primärvården är den grupp som oftast får första kontakten med äldre som lider av psykisk ohälsa. De har därmed en central roll i identifiering och etablerandet av en god vårdkontakt. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att vårda äldre patienter med psykisk ohälsa inom primärvården. **Metod:** En litteraturöversikt med induktiv ansats. Resultatet är baserat på 10 artiklar av både kvalitativ och kvantitativ karaktär.

Resultat: Resultaten framkom som flera subteman och 3 teman: (1) betydelsen av att skapa en terapeutisk allians; (2) behovet av resurser och tid; och (3) betydelsen av kunskap och kompetens. Etablerandet av en terapeutisk allians var avgörande för en givande vårdrelation. Tiden ansågs som en avgörande faktor i mötet med patienten. Sjuksköterskorna såg kunskapsbrist i sin profession och ansåg det som en begränsning i sitt arbete vilket medförde ovilja att ställa djupare frågor i mötet med patienterna. De ansåg även potential i att utveckla samarbetet i team mellan läkare, psykologer och kuratorer. Det identifierades att äldre tycktes söka för fysiska åkommor då de led av psykiska ohälsa och sjuksköterskan menade att många äldre förknippar psykisk ohälsa med skuld och skam i högre utsträckning än fysiska besvär.

Slutsats: Sjuksköterskorna beskrev olika faktorer som kunde påverka vården kring äldre med psykisk ohälsa negativt. Deras erfarenheter belyser även aspekter som är av betydelse för att säkerställa en optimal vård. Huvudfynden av denna litteraturöversikt visade att sjuksköterskor inom primärvården besitter en viktig roll vad gäller vårdandet kring äldre patienter med psykisk ohälsa, vilken även kan tyda på vikten av förbättringsarbete kring vården av denna patientgrupp.

Nyckelord: Sjuksköterska, erfarenheter, perspektiv, psykisk ohälsa, depression, primärvården, äldre, vårdande

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Psykisk hälsa och ohälsa.....	1
2.2 Depression.....	3
2.3 Behandling av depression.....	4
2.4 Primärvården	5
2.5 Definition – äldre.....	6
2.6 Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar.....	6
2.7 Omvårdnadsbegreppet - lidande.....	7
2.8 Omvårdnad till personer med psykisk ohälsa.....	8
2.9 Problemformulering.....	8
3. Syfte.....	9
4. Metod.....	9
4.1 Design.....	9
4.2 Litteratursökning.....	10
4.3 Urval.....	10
4.4 Analys.....	11
5. Resultat.....	11
5.1 Betydelsen av att skapa en terapeutisk allians.....	12
5.1.1 Bygga förtroende	13
5.1.2 Den äldre patientens diffusa symtombild	14

5.2 Behovet av resurser och tid	15
5.2.1 Vård till patienter med psykisk ohälsa kräver tid	16
5.2.1 Brist på resurser och samarbete	17
5.3 Betydelsen av kunskap och kompetens.....	18
5.3.1 Begränsad kunskap skapade rädsla i mötet	18
5.3.2 Sjuksköterskor efterlyste mer utbildning och stöd.....	19
6 Diskussion	20
6.1 Metoddiskussion.....	20
6.2 Resultatdiskussion.....	22
7. Implikationer för omvårdnad.....	25
8. Slutsats.....	25
9. Vidare forskning.....	25
10. Referenslista.....	27

Bilagor

Bilaga 1. Artikelmatris

Bilaga 2. Söktabeller

1. Inledning	5
2. Bakgrund.....	5
2.1 Psykisk hälsa och ohälsa	5
10. Referenslista.....	30
Bilagor.....	37

1. Inledning

Förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre är så vanligt att var femte man och var tredje kvinna över 77 år har ångestsymtom (Folkhälsomyndigheten, 2021). Depressiva besvär hos äldre kan definieras som ett folkhälsoproblem enligt Folkhälsomyndigheten (2021). Psykisk ohälsa är följaktligen ett samhällsproblem men även ett problem för den enskilde individen. Flera rapporter visar att psykisk ohälsa är vanligare bland individer som är över 65 år jämfört med personer mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen, 2018). Att psykisk ohälsa till större del drabbar den äldre befolkningen kan bero på flera samverkande faktorer, såsom, ålder, fysiska hälsobesvär, försämrade funktionsförmåga och brist på sociala kontakter. Psykisk ohälsa hos äldre yttrar sig ofta i fysiska åkommor och därmed föreligger en komplexitet i upptäckandet, både hos individen själv och bland vårdpersonal (Folkhälsomyndigheten, 2021). Med den äldres komplexa symtombild i åtanke står hälso- och sjukvården inför ett flertal utmaningar. Dessa inkluderar bland annat att upptäcka den äldre personens psykiska ohälsa vilket är avgörande för att kunna inleda rätt sorts vård och behandling. En huvudaktör, vad gäller identifiering och behandling av dessa personer är primärvården. Sjuksköterskor är ofta de som etablerar första kontakt med dessa personer. Det är därmed av betydelse att, utifrån en primärvårdsmiljö, utforska vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att vårda äldre med psykisk ohälsa.

2. Bakgrund

2.1 Psykisk hälsa och ohälsa

Psykisk hälsa definieras som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande. Då har individen möjlighet att vara produktiv, hantera normala påfrestningar, förverkliga sina möjligheter och att medverka i samhället (World Health Organization [WHO], 2018). Folkhälsomyndigheten (2021) menar att psykisk hälsa kan förklaras som ett paraplybegrepp där både psykiskt välbefinnande, psykiska tillstånd och psykiska besvär innefattas. Skärsäter och Ali (2019) beskriver psykisk hälsa som frånvaro av psykiska sjukdomar. Psykiska sjukdomar eller störningar innefattar ett brett spektrum av tillstånd såsom utmattningssyndrom, ångestsyndrom, skadligt bruk av alkohol och droger, depression och psykossjukdomar.

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp enligt Folkhälsomyndigheten (2021) som innefattar ett flertal tillstånd av olika karaktär. Symtomen på psykisk ohälsa kan skilja sig i allvarlighetsgrad, tidslängd och spänna från mildare övergående oro till mer utdraget tillstånd som påverkar individens funktion (Folkhälsomyndigheten, 2021). Psykiska besvär beskrivs som symtom som inte är så pass omfattande att en fullständig diagnos kan ställas, i de flesta är det en reaktion på en ansträngande livssituation som är fullt normal. Exempel på psykiska besvär kan vara oro, nedstämdhet och sömnbesvär. Besvären hos äldre tenderar att oftare uppträda som kroppsliga symtom som magont, huvudvärk och yrsel än hos de yngre (Folkhälsomyndigheten, 2021). De mer allvarliga tillstånden definieras som psykiatriska tillstånd. Psykiatriska tillstånd grupperas in i neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt psykiska sjukdomar och syndrom. Exempel på psykiska sjukdomar är depression, ätstörningar, ångestsyndrom och alkoholism (Folkhälsomyndigheten, 2021). Svårare psykiatriska tillstånd som bipolaritet eller schizofreni där det finns en förvrängd verklighetsuppfattning går under gruppen psykossjukdomar. I föreliggande uppsats innefattar begreppet psykisk ohälsa generaliserat ångestsyndrom, depression, substanssyndrom alkohol och opioider, utmattningssyndrom och somatoforma syndrom.

Yngre personer uppskattar sin egen psykiska ohälsa som sämre jämfört med äldre, men trots det är suicid vanligare bland personer över 80 år. Enligt Socialstyrelsen (2018) är antidepressiva läkemedel den vanligaste behandlingen för äldre vid psykisk ohälsa. Det förekommer dock att behandlingarna består av flertalet olika psykofarmaka, trots att studier visar på att enbart antidepressiva läkemedel kan vara tillräckligt.

Den psykofarmaka som skrivs ut till äldre föreskrivs primärt från primärvården och inte från specialistvården vilket skiljer sig från situationen för de yngre åldersgrupperna. Äldre har även mer sällan kontakt med specialistvården än den yngre gruppen (Socialstyrelsen, 2018). Bensodiazepiner som är ett sövande, lugnande och kramplösande preparat används i större utsträckning till äldre personer än till yngre grupperna, och vanligast är det bland äldre kvinnor (FASS, 2020).

2.2 Depression

Depression är enligt Folkhälsomyndigheten (2020) den vanligaste psykiska sjukdomen bland vuxna. Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2020) visade att nästan en femtedel

av alla personer någon gång har diagnostiserats med depression. Depression är även betydligt vanligare bland kvinnor där nästan dubbelt så många drabbas. Äldre personer över 65 år, är den grupp som har störst risk att drabbas av depression (Suvanto, 2019). Depression kan yttra sig på flera sätt, så som; sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, ångest, sorgsenhet och överdriven självkritik (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2004). Dessa tecken kan vara naturliga och bero på något som hänt i ens liv men det kan även vara tidiga tecken på en depression.

Patofysiologin vid depression har beskrivits som neurobiologiska förändringar som kan härledas utifrån olika händelser. En teori menar att depression har sitt ursprung i bristfällig monoaminerg signalöverföring i centrala nervsystemet där det föreligger ett underskott på noradrenalin och serotonin. Denna teori har uppkommit från observationer av att antidepressiva läkemedel ökar den monoaminerga signalöverföringen. Dock så har monoaminteorin, utifrån studier, varken bekräftats eller avvisats (Simonsen & Hasselström, 2016).

För att en diagnos ska ställas behövs det finnas flera symtom som ska ha funnits en längre sammanhängande tid. Dessa ska även påverka funktionsförmågan negativt (Folkhälsomyndigheten, 2022). DSM-5 och ICD-10 är tillsammans de system som används mest för att kategorisera och diagnostisera psykiska tillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2017). För att diagnosen depression ska ställas behövs två av följande kriterier uppfyllas och ska ha varit närvarande i minst två veckor i följd; sänkt grundstämning, intresseförlust/glädjeförlust och energiförlust/ökad trötthet. Utöver dessa huvudsymtom ska även andra kriterier uppfyllas enligt ICD-kriterierna, vilka är minskat självförtroende, skuldkänslor, tankar på döden, kognitiv störning, agitation, sömnstörning och aptitstörning. Beroende på hur många huvudkriterier och underkriterier personen uppfyller kan depressionens svårighetsgrad fastställas.

American Psychiatric Association, (2013) menar att depression kännetecknas av två symtom; - dyster sinnesstämning och distinkt nedstämdhet. Dessa huvudsymtom kommer i de flesta fall med andra symtom som ångest, oro, sviktande självkänsla och hopplöshet. Tecken som visar sig tydligt för personer i individens närhet kan vara trötthet och minskad energi. Individen kan då ha svårare att utföra dagliga uppgifter som att duscha och att komma upp ur sängen, vilket kan resultera i förändrad dygnsrytm. Om patienten har tankar på döden och

existentiella frågor är detta en varningssignal att direkt hjälp bör sättas in (Skärsäter & Ali, 2019). Det är inte ovanligt att känslor av skuld, värdelöshet och tomhet infinner sig hos personer med depression. En del personer söker vård för somatiska besvär som sedan visar sig vara tecken på psykisk ohälsa, dessa innefattar aptitlöshet, störd sömn, tryck över bröstet, svaghetskänslor, förstoppning och obehagskänslor. Även den kognitiva förmågan kan påverkas av depression och kan uttrycka sig i obeslutsamhet, koncentrationssvårigheter och glömska. Det är inte heller ovanligt med minnessvårigheter (Skärsäter & Ali, 2019). Faktorer som orsakar depression är många, det kan orsakas av hårt pressade livssituationer, stress, biologiska faktorer och individuell sårbarhet. Depression vid åldrande kan ha både psykologiska och biologiska förklaringar. Att slutat arbeta och därmed tappat sin yrkesidentitet, utsättas för stora livsförändringar som förlust av sin livspartner eller flytt till annat boende kan vara utlösande faktorer. Äldre har ofta redan sjukdomar och tar dagligen medicinska preparat för det som kan ge samma symtom som depression, därmed är psykisk ohälsa svår att upptäcka bland äldre (Skärsäter & Ali, 2019)

2.3 Behandling vid depression

Depression hos äldre behandlas vanligtvis med läkemedel. Andra betydelsefulla åtgärder är psykologisk behandling, psykosociala insatser och fysisk aktivitet (Rolfner Suvanto, 2019). Fysisk aktivitet har även beskrivits som effektivt när det gäller förebyggande av depression och likaså har det effekt och kan minska upplevelsen av depressiva symtom hos äldre (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Vad gäller läkemedelsbehandlingen, så rekommenderas SSRI-läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare) i första hand vilken är den vanligaste behandlingen vid depressiva sjukdomar. Detta är dels på grund av deras låga toxicitet i jämförelse med äldre läkemedel. Denna läkemedelsgrupp har sin verkan i presynaptiska nervändar där de hämmar selektivt återupptagningen av serotonin. En antidepressiv effekt kan ses efter 2–3 veckor. Denna läkemedelsgrupp lämpar sig bra till äldre då antikolinerga och kardiovaskulära biverkningar är låga. Dock så ger dessa preparat ofta biverkningar såsom illamående, huvudvärk, insomni och anorexi. Även aggressivitet och nedsatt libido är förekommande (Simonsen & Hasselström, 2016). Läkemedelsbehandlingen hos den äldre bör dock följas upp regelbundet. Detta dels på grund av risk för över- och underbehandling. Antidepressiva

läkemedel kan ha satts in utan en säker diagnos eller som kvarstått fastän läkemedlet inte haft effekt eller behövts, vilket visar på en överbehandling. Underbehandlingen kan vara att depression inte upptäcks hos den äldre patienten och därmed utesluter eventuell läkemedelsbehandling (Rolfner Suvanto, 2019). Val av behandlingsstrategi kan dock variera beroende på depressionens svårighetsgrad och vid mildare depression kan ett professionellt omhändertagande och stöd till aktivitet vara tillräckligt (Simonsen & Hasselström, 2016).

2.4 Primärvården

Primärvård är enligt Blomqvist och Petersson (2019) när hälso- och sjukvård arbetar utan avgränsningar när det gäller exempelvis ålder eller sjukdomar. Patientens grundläggande medicinering ansvarar primärvården för. De har även hand om de områden som inte behöver sjukhusets tekniska resurser eller särskild kompetens. Det är landstinget som styr primärvården. Landstingets uppgift är att besluta om vilka tjänster primärvården ska erbjuda, villkor och krav som ska ställas, samt vilken ersättning primärvården ska få (Socialstyrelsen, 2021). Någon lagstadgad lagstiftning om hur primärvården ska bedrivas finns ännu inte. De olika landstingens bedömning om hur hälso- och sjukvård ska bedrivas och vilka resurser de har tillgång till har då en påverkan. Detta gör att landets primärvårds uppgifter kan skilja sig beroende på i vilket landsting det ligger i (Socialstyrelsen, 2021).

Primärvården är en öppen hälso- och sjukvård som personer förväntas vända sig till för en bedömning av icke akut ohälsa (Regeringen, 2020). Primärvårdens ansvar när det kommer till psykisk ohälsa är att bedöma och upptäcka psykiatriska tillstånd hos patienter som söker för denna vårdnivå, göra en bedömning av somatisk hälsa och behandla de tillstånd som är primärvårdens ansvar. Att utföra suicidriskbedömning hos patienter med psykiatriska tillstånd är väsentligt (Västra Götalandsregionen, 2019). Vilken vårdnivå som patienten ska få görs efter en medicinsk- och funktionsbedömning av patienten. Men patienten har alltid ett fritt val att välja var hen vill få sin vård (Västra Götalandsregionen, 2019). Den psykiska ohälsan som primärvården i första hand har ansvar för är generaliserad ångestsyndrom, depression, substanssyndrom alkohol och opioider, utmattningssyndrom och somatoforma syndrom. De här tillstånden faller under primärvårdens ansvar. Dock har primärvården även ansvar att kunna upptäcka andra tillstånd så som självskadeproblematik, PTSD, ätstörningar, ADHD, psykossjukdomar och substanssyndrom av narkotika. De här tillstånden är inte under

primärvårdens behandlingsansvar men primärvården ska kunna upptäcka och remittera vidare. Fokus i denna uppsats kommer att handla om de tillstånd som faller under primärvårdens behandlingsansvar.

2.5 Definition - äldre

Begreppet äldre har definierats i denna uppsats, om inte annat påstås, i enlighet med Folkhälsomyndighetens (2021) definition så som: personer över 65 år. Kan tilläggas att definitionen “äldre” innefattar ett brett åldersspann och att fokus bör läggas på åldrandet och dess så kallade “åldersfärgning”. Åldersfärgningen innebär att åldrandet i sig påverkar vissa tillstånd, symtombilden i sig eller att åldrandet, tillsammans med andra eventuella sjukdomar, kan bidra till mer komplexa behov (Rolfner Suvanto, 2019).

2.6 Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar

I den legitimerade sjuksköterskans kompetens föreligger omvårdnad som huvudområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Omvårdnad som präglas av ett evidensbaserat kunskapsområde men även i ett humanistiskt förhållningssätt. Omvårdnaden karakteriseras även utifrån de 6 kärnkompetenser som ska bidra till vård av kvalitet och säkerhet. Kärnkompetenserna är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik, samt ledarskap och pedagogiska insatser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Omvårdnad av personer med psykisk ohälsa har beskrivits som åtgärder för att stärka en persons upplevelse av hälsa trots sjukdom. Det kan innebära åtgärder som är till för att främja känslan av att ha kontroll över sitt liv, hjälpa personen att hantera negativa känslor och att utveckla strategier för att hantera ohälsa. Oavsett vilka åtgärder som avses, så är det viktigt att personen känner sig delaktig och att hens resurser tas till vara på. Åtgärderna ska även utformas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och genom en respektfull dialog och möte kan en relation skapas (Skärsäter & Gustin, 2019).

2.7 Omvårdnadsbegreppet - lidande

Att drabbas av psykisk ohälsa kan för individen innebära ett lidande. Lidandet är individuellt och är kopplat till individens upplevelse av sin situation och kan ta sig i uttryck på många

olika sätt. Lidande kan även beskrivas som ett hot eller kränkning och som en känsla av att förlora kontrollen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Individens lidande kan ha sitt ursprung från olika faktorer såsom händelser eller förluster likaså från ohälsa. Därför är det väsentligt för omvårdnaden att styras utifrån ett personcentrerat perspektiv där individen känner sig bekräftad. Det gäller därmed för sjuksköterskan att förstå individens lidande, var den kommer ifrån, för att sedan kunna lindra (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Lidandet har beskrivits utifrån olika typer - sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande kan handla om lidande till följd av sjukdom eller symtom. Livslidande är förenat till en individs liv och kan exempelvis bero på olika livshändelser, och vårdlidandet kan kopplas samman med exempelvis relationen till vårdaren och tycks förekomma i olika vårdssammanhang (Wiklund Gustin, 2019). Som sjuksköterska kan lidandet ses hos patienter som exempelvis har rädsla eller oro, svåra smärtor (kan vara både fysiska och psykiska), eller brottas med ångest till följd av att deras liv har förändrats. Sjuksköterskan har beskrivits som en medaktör i patientens lidande och där lidandet sätts i perspektiv till olika akter. Dessa akter symboliserar en process och handlar om att bekräfta lidandet, att vara i lidandet och att försonas med lidandet. Utifrån denna process kan lidandet lindras och sjuksköterskans ansvar ligger på att skapa förutsättningar för patienten att ta sig igenom denna process (Wiklund Gustin, 2019). Under denna process så är samtalet viktigt där sjuksköterskan inte ska nonchalera patientens lidande utan tvärtom. Sjuksköterskan ska visa lyhördhet för patientens upplevelse och ta del av hans eller hennes lidande (Wiklund Gustin, 2019).

Oavsett vilken typ av lidande patienten bär på så gäller det för sjuksköterskan att ta del av patientens berättelse för att ta reda på grundorsaken till lidandet. Att lindra lidande kan sjuksköterskan göra genom att sätta in relevanta omvårdnadsinterventioner baserat på patientens individuella omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska även bekräfta patientens lidande genom att bland annat lyssna, visa närvaro, att vara i patientens lidande och inte vara för snabb att trösta (Wiklund Gustin, 2019). Likaså är bekräftandet och bemötandet viktigt. Att lyssna aktivt och att stödja patienten till att sätta ord på sina känslor kan också eventuellt reducera lidande (Skärsäter & Ali, 2019).

2.8 Omvårdnad till personer med psykisk ohälsa

Omvårdnaden bör initialt handla om ett respektfullt bemötande, där sjuksköterskan på ett icke-fördömsfullt sätt identifierar, bedömer och ansvarar för vilka patientens aktuella behov är. I takt med att en relation skapas, utformas även individuella mål och åtgärder för patienten. Sjuksköterskan bör individualisera omvårdnaden och som hjälp till detta kan hen använda sig av omvårdnadsprocessen, vilket beskrivs som en systematisk problemlösningssmodell som avser att bidra till en individuellt anpassad vård (Florin, 2019). Processen innefattar flera faser vilka även kräver ett kritiskt tänkande. Processens första del handlar om datainsamling, vilket sker genom en helhetsbedömning av patientens hälsotillstånd. Detta följs av en värdering av hälsotillståndet och att ställa en omvårdnadsdiagnos. Nästa fas handlar om att sätta upp mål och identifiera förväntade resultat samt åtgärder. Målen ska vara realistiska och tidsbestämda. Åtgärderna genomförs som sedan utvärderas mot det förväntade resultatet. En kontinuerlig dokumentation sker i alla faser (Florin, 2019).

Oavsett vem det är som sjuksköterskan möter så är målet detsamma, att lindra eller bota befintlig ohälsa. Sjuksköterskan bör utifrån både kortsiktiga och långsiktiga mål sätta in relevanta åtgärder utifrån patientens förutsättningar. Fokus ligger på att stödja patienten och genom dialog etablera en förtroendefull relation. Bemötandet är viktigt, således upptäckandet av psykisk ohälsa hos patienter. Vilket kräver en viss kompetens hos sjuksköterskan då symtomen kan skilja sig beroende på om det är barn, vuxna eller äldre som hen möter (Skärsäter & Ali, 2019). Exempel på åtgärder har beskrivits och som främst handlar om att stödja patienten till förändringar som kan bidra till hälsa och/eller stöd till återgång av sysselsättning i vardagen. Men även att stödja till ökad livskvalitet och att minimera risker till återinsjuknande (Skärsäter & Ali, 2019).

2.9 Problemformulering

Psykisk ohälsa hos äldre personer har aktualiserats i ett flertal rapporter och den skiljer sig, både i symtombild och prevalens, gentemot den yngre befolkningen. Prevalensen av psykisk ohälsa är högre hos äldre. Trots detta så föreligger det en svårighet att diagnostisera äldre, då deras symtombild ter sig mer atypisk och då många äldre söker för somatiska besvär. Primärvården har ett ansvar att upptäcka dessa problem för att sedan kunna erbjuda adekvat behandling. Inom primärvården är det sjuksköterskan som ofta etablerar en första kontakt

med patienterna, vilket i sin tur ställer vissa krav som att upptäcka psykiska besvär. Det kan därmed vara värdefullt att undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor, inom primärvården, har av att vårda äldre patienter med psykisk ohälsa.

3. Syfte

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att vårda äldre patienter med psykisk ohälsa inom primärvården.

4. Metod

4.1 Design

Designen är en litteraturöversikt med induktiv design. En litteraturöversikt beskrivs som en kartläggning över kunskapsläget inom ett visst område, inom omvårdnad eller kring ett problem inom sjuksköterskans ansvarsområde (Friberg, 2017). Då syftet var att skapa en översikt med grund i befintlig forskning så lämpade sig denna ansats väl. En induktiv ansats innebär att utgångsläget ligger i empirin, till skillnad från en deduktiv ansats där en hypotes eller frågeställning styr datainsamlingen (Henricson, 2017).

4.2 Litteratursökning

Syftet i denna studie har formulerats med stöd utifrån SPICE-modellen. SPICE är en av flera modeller, som kan bidra till ett mer strukturerat format för forskningsfråga (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020). SPICE-modellen består av fem komponenter; Setting, Perspective, Intervention/interest, Comparison, och Evaluation. Komponenten Comparison uteslöts i denna studie då ingen jämförelse genomförts.

Setting	Perspective	Interest	Comparison	Evaluation
Primärvård	Sjuksköterskor	Psykisk ohälsa hos äldre	Ej tillämbart	Upplevelse av att vårda

4.3 Urval

De databaser som använts i denna litteraturoversikt är CINAHL, PubMed, PsycInfo och Scopus. Artikelsökningen påbörjades i databaserna CINAHL och PubMed, vilka båda innehåller omvårdnadsrelaterade artiklar som tycktes passande gentemot vårt syfte (Friberg, 2017). Primära sökord identifierades, med stöd utifrån Svensk MeSH, vilket nyttjades för att hitta lämpliga engelska termer och synonymer. Boolesk sökteknik användes vilket inkluderade operatörerna AND och OR. Detta för att koppla ihop två söktermer och söka på flera synonymer vilket även tordes ge ett bredare resultat (se bilaga 2) (Friberg, 2017). Exempel på sökblock som använts är; “(nurses experience or nursing care) AND (mental illness or depression) AND (primary care or primary health care or primary healthcare)”. Se sökförfarande (bilaga). Begränsningar i CINAHL såsom “Peer Reviewed”, “Research Article”, “Age: aged: 65+ years” och “Publication date: 2005–2021” innefattades. I PubMed har begränsningarna “Results by year: 2005–2022”, “Full text” och “Aged: 65+ years” använts.

Sökningarna begränsades genom att utesluta äldre artiklar än sådana publicerade 2005, då de äldre artiklarna eventuellt inte skulle återspegla “dagens samhälle”. Avgränsning i form av “Aged: 65+ years” har nyttjats i vissa sökningar medan i andra så har i stället sökord såsom “elderly”, “aged”, eller “older” använts, då vårt syfte innefattar äldre personer. De slutgiltiga sökningarna resulterade i 84 träffar i CINAHL samt 110 och 637 träffar i PubMed, vilket gav relevanta träffar. Relevanta titlar och abstract identifierades och lästes för att sedan gå vidare till att läsa artiklar i fulltext. Artiklarna värderades och kvalitetsgranskades utifrån Fribergs kvalitetsgranskningsmodell (Friberg, 2017) innan de till slut valdes att ingå i analysen.

Studierna fick varierad kvalitet, från medelhög till hög kvalitet, och valdes att ingå i analysen då de ansågs vara värdefulla i förhållande till syftet. Sökprocessen fortgick genom att inkludera databaserna Scopus och PsycInfo. Detta för att hitta flera relevanta artiklar. Liknande sökord och söksträngar har använts i Scopus respektive PsycInfo, även så begränsningar, vilket i slutändan resulterade i fem valda artiklar. Totalt valdes tio artiklar ut, varav en artikel hittades via en sekundärsökning, via en artikels referenslista.

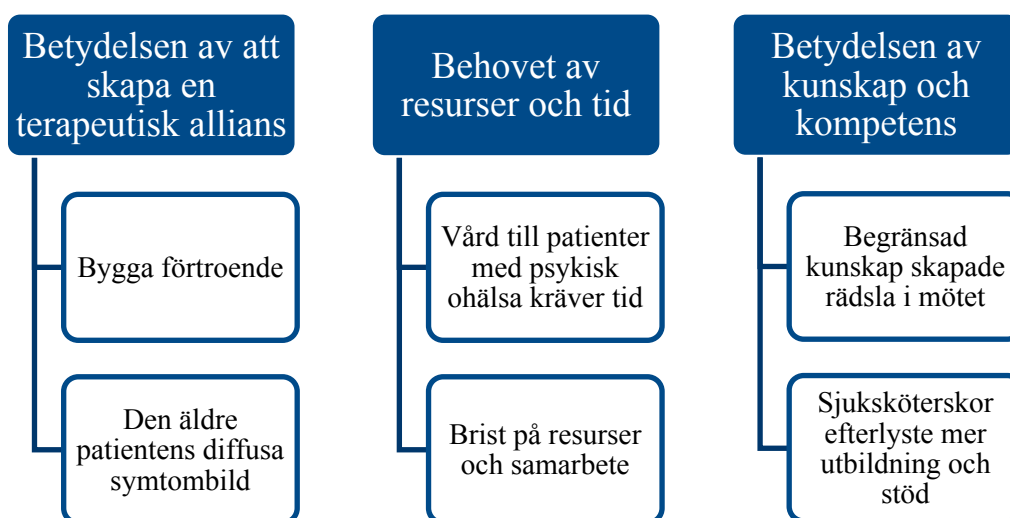
4.4 Analys

Analysförfarandet har genomförts med stöd utifrån Fribergs fyrstegsmodell för allmän översikt (Friberg, 2017). De valda studierna lästes noggrant i sin helhet, ett flertal gånger med fokus på studiernas resultat. Likheter samt skillnader jämfördes mellan studierna så även resultaten som diskuterades och nyckelfynd identifierades. Väsentliga domäner identifierades, från artiklarnas resultat, vilket sedan sammanställdes i översiktstabeller. Nya abstraktioner skapades i form av teman och subteman. Detta utifrån en beskrivande syntes och med minimal egen tolkning i åtanke (Friberg, 2017).

5. Resultat

Utfallet av analysen har genererat i resultat som har valts att presentera i teman och subteman. Totalt sammanställdes tio artiklar vilka var publicerade i följande länder; England (5), Sverige (4) och Nya Zeeland (1). Artiklarna var publicerade mellan år: 2005 - 2021. De flesta studier var av kvalitativ karaktär då bara en hade kvantitativ ansats. Majoriteten av studierna hade intervjuer som datainsamlingsmetod (8) medan de resterande två innefattade enkätfrågor (en med öppna enkätfrågor) som metod. Urvalet i samtliga artiklar inkluderade sjuksköterskor, vilket speglade vårt fokus och syfte. Etiskt godkännande har angivits i alla studier förutom en. En sammanställning av artiklarna kan ses i tabell 1. Resultaten nedan har utarbetats och formats utifrån sjuksköterskornas perspektiv.

Tabell 1. Resultatöversikt



5.1 Betydelsen av att skapa en terapeutisk allians

Temat *betydelsen av att skapa en terapeutisk allians* består av två subteman: *bygga förtroende* och *den äldre patientens diffusa symtombild*. Under det här temat beskrivs sjuksköterskornas erfarenheter av betydelsen av en terapeutisk allians, vilka faktorer de ansågs som viktiga och vilka specifika tillvägagångssätt de fann var lämpligast för att bilda en allians med patienten. Samt sjuksköterskornas upplevelser av den äldre patientens tvetydiga symtombild.

5.1.1 Bygga förtroende

Sjuksköterskornas erfarenheter visade att det är viktigt att bygga en förtroendeingivande relation och att lära känna patienten för att ha möjlighet att kunna identifiera psykisk ohälsa och eventuella beteendeförändringar (Karlsson et al., 2021; Waterworth et al., 2015; Bennett et al., 2013; Grundberg et al., 2016; Bjorkman et al., 2019). I de fallen då både patient och sjuksköterska kände att alliansen inte fungerade menar Bennett et al. (2013) att behandlingen kunde påverkas negativt. Både motivationen och villighet att delta var faktorer som påverkade alliansen mellan sjuksköterska och patient. Erfarenhet visade sig ha en avgörande roll i alliansen mellan parterna. De mer oerfarna hade en tendens att följa protokoll till större del än de sjuksköterskor som hade jobbat en längre tid vilket resulterade i vissa svårigheter för de oerfarna sjuksköterskorna att bilda en förtroendeingivande allians (Bennett et al., 2013). Waterworth et al. (2015) visar att de mer erfarna sjuksköterskorna vågade ställa känsligare frågor medan de mer oerfarna saknade detta självförtroende.

När en fungerande allians mellan patient och sjuksköterska hade skapats behövdes även kontinuitet (Grundberg et al., 2016). Sjuksköterskor menade att de ibland besökte eller ringde till patienter som behövde sällskap regelbundet, enbart för att de skulle känna sig mindre ensamma (Grundberg et al., 2016). Sjuksköterskorna ansåg att kunskap om kommunikation och vad som påverkar och gynnar ett givande samtal var viktigt för en god vård. De menade även att kontinuitet av besöken var avgörande för god vård (Lester et al., 2005). Vissa sjuksköterskor ansåg att patienterna var direkt beroende av kontinuitet för att upprätthålla en god allians (Grundberg et al., 2016).

De flesta sjuksköterskor använde inte sig av bedömningsverktyg i sitt arbete utan bedömde patienten genom generella frågor. De observerade därefter mönster och beteende hos patienten som kunde vara tecken på förändringar i humör och risk för depression. De nämnde även att det inte var möjligt för alla sjuksköterskor att göra en bedömning av psykisk ohälsa då de hade högt tryck med många patienter och för lite tid med varje patient (Waterworth et al., 2015). Omvårdnad vid psykisk ohälsa var tidskrävande och den tiden som var anpassat för ett besök räckte inte till. Detta resulterade i utmaningar och stressiga arbetssituationer (Björkman et al., 2018). Mötet med patienten krävde mycket tid och engagemang (Janlöv et al., 2017) och sjuksköterskorna nämnde ofta tidsbrist och stress i relation till allians bildandet (Janlöv et al., 2017; Björkman et al., 2018; Waterworth et al., 2015). Frustration uppstod hos sjuksköterskorna då de ville hjälpa patienten så snart som möjligt, men att de på grund av tidsbrist fick skriva upp dem på en lång väntelista. Sjuksköterskorna menade att risken för vidare försämring ökade med förlängda väntetider (Björkman et al., 2018). Sjuksköterskor upplevde att det ökade antalet patienter med psykisk ohälsa riskerade att få försämrad vårdkvalité på grund av långa väntelistor (Björkman et al., 2018). Mötet med patienten ansågs vara tidskrävande, energikrävande och ställde stora krav på sjuksköterskor (Janlöv et al., 2017). Sjuksköterskor kände att de var stressade vid patientmötet, men att det samtidigt var viktigt att ta vara på ögonblicket när en patient öppnade upp sig för att prata. Sjuksköterskor upplevde även stress med patienter som öppnade upp sig med psykisk ohälsa då de är tidskrävande (Janlöv et al., 2017).

Sjuksköterskorna ansåg att lyhördhet var en grundpelare för att bygga en terapeutisk allians (Björkman et al., 2018; Waterworth et al., 2015; Karlsson et al., 2021; Janlöv et al., 2017). Lyhördhet som innebar att inte avbryta, ge tid och förmedla en känsla av närvaro genom respektfullhet (Björkman et al., 2018). Dock var sjuksköterskorna oroliga över den tid det skulle gå åt att ta hand om dess patienter på ett respektfullt och lyhört sätt. Att däremot behålla ett holistiskt synsätt, vara lyhörd, tålmodig, timing i samtalen, respektera patienternas önskemål och att ha en kontinuerlig kontakt var åtgärder som sjuksköterskan ansåg var viktiga då de ansåg psykisk ohälsa vara en komplex sjukdom (Waterworth et al., 2015). Våga ställa frågor, lyssna aktivt och att försöka lyssna på det outtalade kroppsspråket var viktigt för att etablera en bra relation (Karlsson et al., 2021). En del sjuksköterskor menar att det är nödvändigt att kunna läsa människor (Janlöv et al., 2017). Visa engagemang för patienten, leta efter verbala och icke verbala signaler, visa empati där det är lämpligt och lita på

magkänslan för hur varje patient ska hanteras var flera viktiga omvårdnadsaspekter (Janlöv et al., 2017).

5.1.2 Den äldre patientens diffusa symtombild

Sjuksköterskornas erfarenheter av äldre var att det fanns tillfällen då de söker vård för fysiska åkommor men att det kunde visa sig bero på psykiska besvär (Björkman et al., 2018; Murray et al., 2006). Det fanns då en svårighet att upptäcka de psykiska problemen då fokuset ligger på det fysiska (Karlsson et al., 2021). Enligt sjuksköterskor var det inte enbart psykiska åkommor som var svåra att upptäcka, utan i vissa fall även fysiska besvär då en psykisk diagnos väl hade ställts (Lester et al., 2005).

Upplevelserna var att äldre förknippade psykisk ohälsa med skuld och skam, och att psykisk ohälsa var mer sammankopplat med tabu än vad fysiska sjukdomar var. De ansåg därmed att omvårdnaden var väsentlig till denna patientgrupp, dels på grund av deras tro att den skulle normalisera psykisk ohälsa och för att vägleda dem till förbättrad mental hälsa (Björkman et al., 2018). Det upplevdes även finnas en acceptans hos de äldre angående sin depression, då deras symtom ansågs som en förståelig reaktion på åldrandet (Burroughs et al., 2016). De äldre uppfattades kunna erkänna att de kände sig nedstämda men ändå inte uttrycka att de är deprimerade (Murray et al., 2006). En brist på kunskap, medvetenhet och hur behandling går till vid depression tycktes, bland sjuksköterskorna, vara en faktor till att äldre inte erkände sig i behov av vård. De äldre ansågs inte heller vilja ta upp sjuksköterskans tid eller vara till besvär för läkaren. De ansågs också ha en tendens att normalisera depression på grund av sin generation och förvänta sig en viss grad av psykisk ohälsa då de blev äldre (Murray et al., 2006).

Psykisk ohälsa sågs som en komplex sjukdom som kunde uttrycka sig i olika former och symtomgrad (Björkman et al., 2018). Sjuksköterskorna ansåg att de inte var den mest lämpade professionen för att behandla psykisk ohälsa. Dock ansåg de ansvaret att samla in anamnes och få en symtombild för att kunna remittera vidare patienten (Björkman et al., 2018). Flertalet sjuksköterskor ansåg att depression inte ska ses som en normal reaktion på åldrandet men att den samtidigt kunde vara en förståelig reaktion på "plågsamma omständigheter" som åldrandet kunde medföra (Murray et al., 2006).

5.2 Behovet av resurser och tid

Temat *behovet av resurser och tid* består av två subteman: *vård till personer med psykisk ohälsa kräver tid* och *brist på resurser och samarbete*. Otillräcklig tid var ett återkommande tema som sjuksköterskorna beskrev som problematiskt. Brist på resurser och samarbete var även något som betonades.

5.2.1 *Vård till personer med psykisk ohälsa kräver tid*

Tid aktualiserades som en bristfaktor och något som kunde försvåra sjuksköterskors arbete kring personer med psykisk ohälsa (Burroughs et al., 2005; Janlöv et al., 2017; Grundberg et al., 2016; Karlsson et al., 2021; Björkman et al., 2018; Waterworth et al., 2015).

Sjuksköterskor ansåg att det fanns svårigheter att upptäcka patienter med psykisk ohälsa av olika anledningar, av vilket tid var en. De menar att otillräcklig tid med patienten kunde generera i uteslutande diagnostisering av depression (Burroughs et al., 2005). Vidare beskriver Grundberg et al., (2016) att sjuksköterskorna ansåg att tillräckligt med tid var en viktig faktor för att upptäcka psykiska problem. Sjuksköterskorna rapporterade även att bedömning av en patients beteendemässiga och känslomässiga förändringar över tid, genom exempelvis personliga intervjuer, var nödvändigt för att korrekt bedöma patientens psykiska hälsostatus (Grundberg et al., 2016).

Tid och kontinuitet beskrevs även som viktiga i Karlsson et al. (2021) studie, där de lyfte fram sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre män i primärvården. Det var framför allt otillräcklig tid som beskrevs som ett hinder och gjorde det svårt att identifiera psykisk ohälsa. Sjuksköterskor betonade även att brist på tid kan leda till att patienten bara fokuserar på det specifika fysiska besväret och undviker att prata om psykiska besvär. Sjuksköterskorna upplevde även att äldre män hade en tendens att undvika att prata om eventuell underliggande psykisk ohälsa, och att tiden kunde vara en förutsättning för att skapa möjlighet till att öppna upp sig. De betonade även vikten av kontinuitet (Karlsson et al., 2021).

I en annan artikel beskriver sjuksköterskor att det ökade antalet patienter som söker vård på vårdcentralen, på grund av psykisk ohälsa, riskerar försämrad vårdkvalitet på grund av långa väntelistor. De beskrev det även utmanande att hinna med dessa besök, då patienter med

psykisk ohälsa var tidskrävande, vilket resulterade i en stressig arbetssituation (Björkman et al., 2018). Sjuksköterskorna menade att de ofta ville hjälpa patienten så snart som möjligt, men på grund av begränsad tid så fick patienterna sättas på långa väntelistor. Detta skapade en känsla av frustration hos sjuksköterskorna. De berättade även att ge vård till patienter med psykisk ohälsa kräver lyhördhet och förståelse hos sjuksköterskorna. Att inte avbryta, ge dem tid och förmedla en känsla av närvaro var viktigt för att forma en förtroendefull relation. Dock så skapade detta en viss oro hos sjuksköterskorna då tiden var en bristfaktor (Björkman et al., 2018).

Att ge tid och lyssna ansåg sjuksköterskor var väsentligt till patienter och när de började prata om sitt mående, vilket de även uppmärksammade som en lättnad hos patienterna när de kunde göra detta (Waterworth et al., 2015). Sjuksköterskor delgav i en annan artikel, att omvårdnad till patienter med psykisk ohälsa kräver tid och engagemang liksom lyhördhet för det outtalade. De betonade betydelsen av att lyssna och bekräfta patienterna, vilket även kunde vara tid- och energikrävande. Detta återspeglades även i utförandet av remissbedömning, vilka de ansågs som tidskrävande och inte alltid resulterade i en egentlig remiss (Janlöv, 2017).

5.2.2 Brist på resurser och samarbete

Fyndet i ett flertal studier visar att sjuksköterskor upplevde behov av resurser (Björkman et al., 2018; Waterworth et al., 2015; Janlöv et al., 2017; Karlsson et al., 2021). Brist på kuratorer, psykologer och läkare ansågs som riskfaktorer enligt Janlöv et al (2017). Sjuksköterskorna upplevde en brist på samarbete både inom och utanför vårdcentralerna. Bristen på specialister som arbetar med sjuksköterskorna betonades samt att denna brist på samarbete kunde leda till tidskrävande omvägar för patienten (Janlöv et al., 2017). Vidare beskriver sjuksköterskorna hur patienter, som ansågs ha svårare problem, remitteras till psykiatriska specialister. Patienterna remitterades dock ofta tillbaka till vårdcentralerna för fortsatt vård och behandling. Det uttrycktes även en svårighet att få patienter in i specialistvården och att det är många som faller mellan stolarna, vilket även kan riskera att patienter hänvisas fram och tillbaka (Janlöv et al., 2017; Björkman et al., 2018).

Sjuksköterskorna talade om kollegialt samarbete, både internt och externt. Detta samarbete hade sjuksköterskorna både positiva och negativa erfarenheter av och de betonade även vikten av att hänvisa patienter med psykiatriska problem till rätt vårdgivare (Björkman et al., 2018). Vidare delgav sjuksköterskorna att ingen vårdgivare hade det övergripande ansvaret för dessa patienter och att det externa samarbetet upplevdes som problematiskt och otillräckligt. Vissa regler kunde hindra patienterna att nå den mest lämpliga och sakkunniga vårdgivaren. Samarbetet med andra professioner på vårdcentralerna upplevdes av sjuksköterskorna som god. Trots det så ansåg de att bristen på rutiner kring patientuppföljningar var ett problem, där en sjuksköterska menade att det inte finns något bra system för ärendeuppföljning samt med uppbokade tider blir det problematiskt att veta vart de ska skicka patienterna (Björkman et al., 2018).

5.3 Betydelsen av kunskap och kompetens

Temat *betydelsen av kunskap och kompetens* består av två subteman: *begränsad kunskap skapade rädsla i mötet* och *sjuksköterskorna efterlyste mer utbildning och stöd*.

Sjuksköterskorna uttryckte att de hade begränsad kunskap och utbildning vad gäller bemötandet av patienter med psykisk ohälsa. Denna upplevelse, av bristande kompetens, kunde leda till osäkerhet i mötet och att de undvek att ställa djupare frågor till patienten. Sjuksköterskorna beskrev även svårigheter att bedöma patienternas behov och efterlyste mer utbildning.

5.3.1 Begränsad kunskap skapade rädsla i mötet

De flesta sjuksköterskorna tyckte att de hade otillräcklig kunskap om psykisk ohälsa (Burroughs et al., 2016; Björkman et al., 2018; Grundberg et al., 2016). En del sjuksköterskor menade att deras begränsning i kompetens leder till rädsla vid mötet vilket i sin tur kunde påverka samtalet. Sjuksköterskor upplevde då en ovillighet att ställa djupare frågor och att patienten kunde "backa" om de av okunskap sa något olämpligt. Det infann sig även en rädsla bland sjuksköterskorna för att ställa frågor där de kände att de inte var utrustade för att hantera svaret (Janlöv et al., 2017).

Flertal sjuksköterskor påstod att om de kände att en patient var deprimerad skulle de försöka hänvisa patienten vidare, till exempelvis en läkare. En del sjuksköterskor menade även att det

infann sig en osäkerhet hur de skulle agera ifall de misstänkte att en person riskerade att skada sig själv (Burroughs et al., 2016). De sjuksköterskor som ansåg sig ha erfarenhet och kunskap om psykisk ohälsa menade att kunskapen de fått hade de utvecklat själva eller genom erfarenheter i vården (Björkman et al., 2018; Janlöv et al., 2017).

Sjuksköterskorna berättade att de inte hade haft någon utbildning som förberedde dem att möta patienter med psykisk ohälsa. De menade också att deras kompetens hade utvecklats från privata och kliniska erfarenheter, vilket de kunde använda sig av när de mötte patienter. Under dessa möten erfarna sjuksköterskorna även att det var nödvändigt att ställa frågor som kunde vara av känslig karaktär, till exempel frågor om självmordstankar, för att på så sätt kunna upptäcka eventuell psykisk ohälsa eller suicidrisk. Sjuksköterskorna beskrev att de stötte på patienter med psykisk ohälsa dagligen men trots detta saknade rätt kompetens för att kunna ge adekvat vård till denna patientgrupp (Björkman et al., 2018)

5.3.2 Sjuksköterskor efterlyste mer utbildning och stöd

Eftersom sjuksköterskan i primärvården ofta har den första kontakten med patienten var det ytters viktigt för dem att skaffa sig kompetens för att kunna bedöma patientens behov (Björkman et al., 2018). De med lång erfarenhet kände att de ville ha mer kunskap om intervjuteknik och bedömningsinstrument i mental ohälsa (Grundberg et al., 2016). Andra ville få ökad kunskap inom vilka resurser som fanns, hur man kan främja hälsan på bästa sätt, och hur man ökar motivation för att patienten ska delta i sociala aktiviteter. Några ville även få ökad kunskap för att kunna identifiera risker för självmord (Grundberg et al., 2016). Sjuksköterskan beskrev svårigheter att fastställa depression av olika anledningar, otillräcklig tid med patienten ansågs som en huvudfaktor. Även om hälsokontrollen erbjöd en potentiell möjlighet för screening för depression så hände detta i verkligheten inte (Burroughs et al., 2016). Sjuksköterskorna beskrev en ovilja att bekräfta depression hos den äldre då en känsla av att de inte kunna erbjuda någonting till patienten infann sig (Burroughs et al., 2016; Murray et al., 2006). De ansågs även att deras egen bedömning var otillräcklig för att ställa någon form av psykisk ohälsa diagnos och menade då att ett samarbete med andra hälso- och sjukvårdspersonal var nödvändigt (Grundberg et al., 2016). Sjuksköterskorna ville antingen normalisera de psykiska besvären, så att patienten inte behövde mer vård eller behandla det som ett allvarligare psykiska problem för att kunna remittera det vidare (Burroughs et al.,

2016). Sjuksköterskorna ansåg dock att de var mer anpassade för att upptäcka psykisk ohälsa då de befann sig i ett mindre formellt medicinskt sammanhang, jämförelsevis med läkarna (Murray et al., 2006).

I en av studierna (Haddad et al., 2005), vilket var en tvärsnittsstudie, skattade sjuksköterskor en 16% förekomst av psykiska problem bland sina patienter, oftast depression, demens och ångestsyndrom. Sjuksköterskorna identifierade brist på utbildning för omvårdnad vid psykisk ohälsa, tre fjärdedelar av sjuksköterskorna hade inte fått någon sådan utbildning under de senaste fem åren. De uttryckte även en vilja i att utveckla sin kompetens med hjälp av utbildningsprogram (Haddad et al., 2005).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

I denna uppsats användes en induktiv design, vilket beskrivs som en metod där utgångspunkten är i empirin, till skillnad från en deduktiv design där datainsamlingen sker utifrån en förbestämmd frågeställning eller teori. Detta kan ses som en styrka då det gav möjlighet till bredare resultat till skillnad från en deduktiv ansats (Henricson, 2017).

Sökorden som användes identifierades med stöd utifrån SPICE-modellen och Svensk MeSH. Detta för att hitta de mest relevanta artiklar relaterat till syftet och med korrekt översättning till engelska. Utifrån SPICE-modellen identifierades centrala sökord/termer samt gav en tydlig översikt. Fokus låg på att innefatta flera synonymer och sökblock, detta med hjälp av booleska operatorerna AND och OR. Vilket gav möjlighet till en mer precis kombination av sökord och specificerad sökning (Östlundh, 2017). Sökförfarandet genomfördes i flera databaser, två med fokus på omvårdnad, vilket stärker denna uppsats sensitivitet således trovärdig. Sökningen utfördes i flera databaser med ändamål att vidga sökningen och att finna relevanta artiklar (Henricson, 2017). En möjlig begränsning avseende sökord, var att databasernas ämnesordlistor/tesaurusar uteslöts, vilket skulle kunna vara till hjälp för att precisera sökningarna. Författarna till denna uppsats valde dock att utesluta dessa eftersom relevanta artiklar erhöles ändå. Svensk MeSH, vilket är PubMeds ämnesordslista, användes initialt till vissa sökord, dock inte alla.

Inklusions- och exklusionskriterier, i form av bland annat "peer reviewed" användes, vilket kan styrka denna uppsats trovärdighet då artiklarna är bedömda som vetenskapliga och granskade av experter (Henricson, 2017). Andra avgränsningar som användes var årtal och ålder, som underlättade urvalet och sorterade bort irrelevanta artiklar. Artiklar äldre än år 2005 exkluderades, med anledning av att de eventuellt inte skulle kunna överföras till dagens samhälle. 9 av 10 artiklar var kvalitativa studier och 8 innefattade intervjuer som datainsamlingsmetod, vilket passade denna uppsatssyfte. Att välja studier med samma design kan bidra till trovärdighet (Henricson, 2017). Vissa studier erhöll dock enkäter som datainsamlingsmetod, samt en studie där en tvärsnittsdesign använts. Detta kan däremot ha bidragit till en bredare synvinkel på resultaten då metoderna kan ha kompletterat varandra. En annan begränsning var att alla artiklar inte betonade psykisk ohälsa hos äldre, utan psykisk ohälsa generellt hos patienter men som ändå valdes att ingå i analysen då de ansågs vara värdefulla utifrån sjuksköterskans erfarenheter av att vårda dessa patienter, där äldre inkluderas. Fem av tio artiklar hade fokus utifrån den äldre. Trots detta så kan resultaten, i viss utsträckning, överföras till alla åldersgrupper sjuksköterskan vårdar, med undantag från resultaten som var kopplade till sjuksköterskans erfarenheter av just den äldre patienten. Sex artiklar erhöll endast sjuksköterskor som informanter medan de andra artiklarna hade även exempelvis läkare och patienter med i urvalet, inklusive sjuksköterskor. Resultaten har dock utarbetats och formats endast utifrån sjuksköterskornas perspektiv. Det bör även påpekas att begreppet psykisk ohälsa har definierats olika i artiklarna därmed saknas en viss konsensus kring begreppet. Dock så har resultaten beskrivits utifrån sin kontext och uttryckts i denna uppsats med samma begrepp som författarna till artiklarna använde sig av.

Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Fribergs (2017) kvalitetsgranskningsprotokoll.

Artiklarna lästes noggrant, ett flertal gånger för att säkerställa att de svarade till syftet och erhöll viss kvalitet. Å andra sidan skedde kvalitetsgranskningen av artiklarna individuellt mellan granskarna, vilket kan ses som en svaghet. Dock så kan tillförlitligheten ha stärkts då artiklarna lästes flera gånger och diskuterades sedan gemensamt (Henricson, 2017).

Inkluderande artiklar erhöll allt ifrån medel till hög kvalitet, vilket kan ses som en styrka.

Sökningen av artiklar pågick tills granskarna upplevde att syftet var besvarat och att data till analys var tillräcklig.

Dataanalys av resultat har utförts med försiktighet av egen tolkning och förförståelse. Detta genom noggrann analys “nära data” och som diskuterades gemensamt och tillsammans med utsedd handledare. Förförståelse diskuterades men kan dock inte uteslutas helt i resultatet (Henricson, 2017).

Artiklarna erhöll en viss geografisk variation. Varav fyra artiklar var genomförda i Sverige, fyra i England och en i Nya Zeeland. Därmed bör generalisering utifrån studiernas resultat göras med viss försiktighet då det kan föreligga skillnader i de olika länders sjukvårdssystem. Dock så är alla artiklar från västvärlden och flera genomförda i Sverige vilket kan öka resultaten från denna studies tillämpbarhet, vilket även kan ses som en styrka (Henricson, 2017).

Etiska aspekter har angivits i alla artiklar förutom en. Men då artikeln kom från en legitim vetenskaplig tidskrift (Social Science & Medicine, u.a.) och upplevdes trovärdig, samt att den tillförde värdefulla data så valdes den att ingå i resultatet. Kan tilläggas att studien även är “peer reviewed” vilket innebär att den är granskad av experter innan publikation, vilket genererar att den erhåller hög standard. Att få utföra studier med människor involverade måste etikprövas och få ett godkännande innan den får startas (Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 2003).

6.2 Resultatdiskussion

Litteraturöversikten har inriktats på sjuksköterskors erfarenheter av att vårda äldre personer i en primärvårdsmiljö. Resultaten har genererat i flera samstämmade fynd vilket kommer att redovisas nedan, som även kommer att diskuteras utifrån dess betydelse. Diskussionen nedan är utifrån de tre huvudtemana: *betydelsen av att skapa en terapeutisk allians; behovet av resurser och tid; och betydelsen av kunskap och kompetens.*

Sjuksköterskans förutfattade meningar om de äldre med psykisk ohälsa blev beskrivet. Det identifierades att sjuksköterskor upplevde att många äldre med psykiska problem söker för fysiska åkommor. De upplevde även att äldre förknippar skuld och skam mer till psykisk ohälsa än fysisk och att de äldre inte ville ta upp tid eller vara till besvär för läkarna eller sjuksköterskorna. Vad detta resultat tyder på är att psykisk ohälsa är förknippat med

stigmatisering, vilket även samstämmer med en publikation från Folkhälsomyndigheten (2020), där de menar att det föreligger negativa stereotyper till personer med olika psykiatriska tillstånd. Konsekvenserna av detta kan bli att dessa personer får sämre självkänsla, men undersökningar visar även att personerna upplever att de får en sämre vård (Folkhälsomyndigheten, 2020). Detta kan återspeglas till sjuksköterskornas upplevelser av betydelsen av att bilda en terapeutisk allians, vilket också kan vara av stor betydelse för att motverka stigmatisering.

Vidare visade resultatet att tidsbrist är en betydelsefull faktor som kan hindra sjuksköterskor i deras arbete med patienter som har psykisk ohälsa. Tid har visat sig ha en avgörande roll i identifiering och vårdandet av äldre då processen var tidskrävande. Sjuksköterskorna menade att de upplevde stress i mötet med patienten då de kände av den begränsade tiden. De visste även om vilket behov patienten var av tid och kontinuitet, och de växande väntelistor som drabbade patienterna. Detta påverkade sjuksköterskorna och patientmötet negativt.

Bemötandet till personer av psykisk ohälsa har beskrivits som viktigt och att lyssna aktivt och visa närvaro är viktiga aspekter i ett gott bemötande (Skärsäter & Ali, 2019). Stressen i mötet utgick dock ifrån sjuksköterskornas egna upplevelser och vad denna upplevelse av tidspress orsakas av kan ha att göra med sjuksköterskornas osäkerhet men även med tidspressade scheman.

Behovet av multiprofessionellt arbete var en brist som sjuksköterskorna hade identifierat. De uttryckte behovet av tätare samarbete med läkare, psykologer och kuratorer. Bristen på specialister som samarbetade med sjuksköterskorna kunde leda till tidskrävande omvägar som i sin tur kunde leda till en längre vårdprocess för patienterna. Svensk sjuksköterskeförening (2017) förklarar att "samverkan i team" är en av kärnkompetenserna för sjuksköterskor. Vidare menar de att samverkan i team har som mål att uppnå en god och säker vård genom att komplettera varandras kunskap och kompetenser. Tanken med ett samarbete är att två eller fler kunskapsområden ska kunna slås samman och bilda en högre kunskapsnivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). De brister i samarbete som sjuksköterskorna hade identifierat tycks stämma överens med de riktlinjer och kunskapskrav som hälso- och sjukvården ställer. Det är verksamhetschefens uppgift att kontrollera kärnkompetensernas efterföljsamhet på arbetsplatsen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt denna studie tycks det finnas en

svårighet i att säkerhetsställa följsamheten i kärnkompetensen "samverkan i team" då sjuksköterskorna efterlyste mer samarbete.

En annan begränsning som sjuksköterskan betonade var okunskap. Sjuksköterskorna menade att okunskapen inom psykisk ohälsa påverkade mötet med patienten. Resultaten visade att identifiering var en utmaning och att många ansåg sin egen kunskap vara otillräcklig för att upptäcka psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna visade även en viss ovilja att bekräfta psykiska problem då de inte visste hur de skulle gå vidare med patienten. Primärvårdens uppgift att vårda äldre personer med depression är av betydelse då forskning visar att det påverkar livskvalitén, sjukligheten och dödligheten (Wagenaar, 2002). Eftersom primärvården ofta är den första instans de äldre söker till är det sjuksköterskans ansvar att ha tillräcklig kunskap om hur vård till patienter med psykisk ohälsa ska ges.

Det finns flera anledningar till att äldre med psykisk ohälsa i primärvårdens miljö får otillräcklig vård. Enligt Wagenaar (2002) är en av de mest betydande faktorerna hur symtom och tecken från patienterna framträder, vilket samstämmer med denna studies resultat. Den äldre patientens diffusa symtombild gav sjuksköterskorna en tvetydig anamnes och därmed kunde en viss osäkerhet infinna sig i vilka patientens behov var. I den legitimerade sjuksköterskans ansvar föreligger det att kunna göra en bedömning av patientens hälsotillstånd, i partnerskap, för att sedan kunna ställa omvårdnadsdiagnoser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I resultatet blev det beskrivet att de äldre tycktes uppleva psykisk ohälsa som något tabubelagt. De äldres attityder kring psykisk ohälsa upplevdes som negativa och som kunde ta sig i uttryck att de inte ville vara till besvär eller ta upp onödig tid, vilket kunde generera i ett lidande. Ett lidande som möjligen är kopplat till självstigmatisering. Å andra sidan kan det finnas risk för att skapa vårdlidande, då sjuksköterskorna upplevde bristande kunskap och tid som kunde påverka den terapeutiska alliansen negativt. Att de äldre upplevde att deras problem inte skulle ödslas tid på kan skapa vårdlidande men även livslidande. Sjuksköterskorna belyste den terapeutiska alliansen som betydelsefull för att bland annat kunna identifiera psykisk ohälsa. Det kan vara möjligt att en väl fungerande allians, där patienten känner förtroende och får möjlighet till att komma till tals och uttrycka sina känslor, även kan lindra eventuellt lidande.

Betydelsen av att bygga en förtroende givande relation var en åsikt som flera sjuksköterskor delade. De menade att en god allians var direkt avgörande ifall vården till patienten skulle vara givande eller ej. När ett partnerskap hade etablerats ansåg sjuksköterskorna att kontinuitet var väsentligt för att bibehålla en fortsatt god vård. Erfarenhet och kunskap var två egenskaper som de ansåg vara till god nytta vid bildandet av en allians. De mer erfarna vågade ställa mer känsligare frågor medan de mer oerfarna följde protokoll till större del. Skärsäter och Ali (2019) menar att en bra relation mellan patient och sjuksköterska kännetecknas av att kunna dela med sig av tankar och upplevelser. Dock är sjuksköterskan i en professionell situation och ska ge ett professionellt stöd vilket innebär att hjälpa patienten att kommunicera och stödja patienten där de befinner sig. För att kunna etablera en förtroendefull relation och minska oro och ångest bör sjuksköterskan vara skyddande och stödjande i samtalet med patienten. De ska vara medvetna om att patienten är expert på sin egen kropp och att därmed lyssna aktivt på vad hen har att säga. Sjuksköterskan ska även vara medveten om både sitt kroppsspråk och sin verbala kommunikation då det är tydliga signaler för patienten (Skärsäter & Ali, 2019). Detta stämmer överens med sjuksköterskans erfarenheter då det visar att kommunikation och relation är betydelsefullt för en god vård. Dock visar det även att etablerandet av en relation är en komplicerad process som skiljer sig från person till person vilket kräver erfarenhet och kunskap.

7. Implikationer för omvårdnad

Vad resultaten tyder på i denna litteraturöversikt är att sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda äldre patienter med psykisk ohälsa är att det kan innebära svårigheter såsom att upptäcka psykiska besvär. Sjuksköterskan uppmärksammar flera betydelsefulla faktorer som kan vara avgörande för en god vårdkvalitet såsom att skapa en terapeutisk allians, samarbete, kunskap och kompetens. Genom att uppmärksamma dessa faktorer kan förståelse skapas och också medvetandegöra var fokus bör läggas. Viktiga inslag för klinisk praxis kan därmed vara stöd till sjuksköterskorna, såsom utbildning eller tydliga riktlinjer vid hanteringen av psykisk ohälsa. Prioritet bör även läggas på samarbete, både inom och utanför primärvården. Tätare samarbete och att ha ett öppet klimat och våga prata om psykisk ohälsa kan också vara viktiga aspekter för att motverka stigmatisering och skam hos den äldre patienten.

8. Slutsats

Sjuksköterskornas upplevelser ger ett tydligt erkännande att vårda patienter med psykisk ohälsa kräver resurser, både utifrån sjuksköterskan och utifrån övergripande vårdorganisation. Huvudfynden indikerar vikten av lyhördhet samt att försöka skapa en förtroendefull relation, vilket kan vara avgörande för att identifiera psykisk ohälsa. Tid har aktualiserats som en avgörande faktor i mötet således betydelsefull för att främja samtal. Sjuksköterskornas erfarenheter belyser även den äldres komplexa symtombild där stigmatisering och skam upplevdes påverka de äldre patienterna. Bristen på utbildning och kompetens gjorde sjuksköterskorna osäkra i mötet med patienterna. Dock så upplevde sjuksköterskor med mer erfarenhet detta hanterbart, vilket kan tyda på vikten av både formell och informell kompetens.

9. Vidare forskning

Ytterligare forskning kan rekommenderas. Sjuksköterskorna i vår litteraturstudie anmärkte tydligt på tidsbristen de hade med patienterna. Skulle tid kunna vara en faktor som påverkar vården eller är det okunskap som är den största riskfaktorn? Om kunskapen hade varit högre kanske tiden hade räckt. En studie kring tid och kunskap hade varit av intresse då flertalet sjuksköterskor i vår studie pekar på båda faktorerna som bristande. Det krävs vidare studier för att förstå sambandets betydelse och utsträckning. Dock ser vi att bristerna i vården går ut över de äldres lidande. Det här arbetet skulle kunna ligga till grund för vidare forskning som undersöker djupare in i huvudfyndens betydelse för de äldres lidande således utifrån den äldre patientens perspektiv, för att kunna dra säkrare slutsatser.

10. Referenslista

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5 uppl.) <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20-%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>

Bennett, M., Walters, K., Drennan, V., & Buszewicz, M. (2013). Structured pro-active care for chronic depression by practice nurses in primary care: A qualitative evaluation. *PloS One*, 8(9), E75810. doi: [10.1371/journal.pone.0075810](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075810)

Bjorkman, A., Andersson, K., Bergström, J., & Salzman-Erikson, M. (2018). Increased Mental Illness and the Challenges This Brings for District Nurses in Primary Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(12), 1023-1030. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/01612840.2018.1522399>

Blomqvist, K., Petersson, P. (2019). Vårdkedjans aktörer och organisering. Ehrenberg, A & Wallin, L (Red), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. (3 uppl., s. 132-151). Studentlitteratur.

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369-377. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi115>

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Psykisk ohälsa vanligt bland personer 65 år eller äldre – men det går att förebygga*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d19b3cbf5a2441e5bc01d4f657f5ff40/psykisk-ohalsa-vanligt-personer-65-ar-aldre.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *DSM – 5*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/projektwebbar/spelprevention/mata-spelproblem/matinstrument-dsm-5.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Det är viktigt att förebygga psykisk ohälsa bland äldre*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/632eb2aa7efc488e99160fe01ecce254/det-ar-viktigt-att-forebygga-psykisk-ohalsa-bland-aldre.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (3 mars 2022). *Vad är psykisk hälsa?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (3 mars 2022). *Minska stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*. Stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa (folkhalsomyndigheten.se)

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Hur många har ett gott psykiskt välbefinnande?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/vad-ar-psykisk-halsa/psykisk-halsa--hur-mar-vi-i-sverige/>

Friberg, F. (2017). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 83-96). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 37-48). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 141-151). Studentlitteratur.

Grundberg, Å., Hansson, A., Hillerås, P., & Religa, D. (2016). District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling

seniors with multimorbidity. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2590-2599. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jocn.13302>

Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F., & Knight, D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: A three-area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 976-985. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2702.2005.01196.x>

Henricson, M. (2017). Kvalitativ metod. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (111-132). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (143-154). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (265-273). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (421-438). Studentlitteratur.

Janlöv, A., Johansson, L., & Clausson, E. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: District nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 987-996. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12540>

Karlsson, J., Hammar, L., & Kerstis, B. (2021). Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care-A Qualitative Study of Narratives. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 11(1), 152-163. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010015>

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Svensk författningssamling 2003:2003:460 t.o.m. SFS 2022:49 - Riksdagen

Lester, H., Tritter, J., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. *BMJ*, 330(7500), 1122-1126. <https://ezproxy.ub.gu.se/login?url=https://www.jstor.org/stable/25459667>

Lilja, L., & Hellzén, O. (2019). Vårdarens attityder och stigmatisering. I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (3 uppl., s. 603-616). Studentlitteratur.

Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: A qualitative study. *Social Science & Medicine* (1982), 63(5), 1363-1373. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.037>

Regeringen. (16 april 2020). *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform*. <https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/inriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-varld--en-primarvardsreform.pdf>

Rolfner Suvanto, S. (2019). Äldres psykiska ohälsa. I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (3 uppl., s. 231-248). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 49-58). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Att hantera språket. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 97-102). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 107-108). Studentlitteratur.

Simonsen, T., & Hasselström, J. (2016). *Illustrerad farmakologi 2 Sjukdomar och behandling* (4. [uppdaterade] utg. ed.). Natur & Kultur.

Skärsäter, I., & Wiklund Gustin, L. (2019). Varför är denna bok viktig? I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (3 uppl., s. 24-27). Studentlitteratur.

Skärsäter, I., & Lias, A., (2019). *Psykisk ohälsa*. Edberg, A, K., & Wijk, H (Red). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (3 uppl., s 641-666). Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (mars 2021). *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7284.pdf>

Socialstyrelsen. (oktober 2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajokamforelser/2018-9-12.pdf>

Socialstyrelsen. (17 februari 2022) *information till patienter om de nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. [Information till patienter om de nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Socialstyrelsen](#)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (1 januari 2004). *Behandling av depression - Frågor och svar*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/behandling-av-depression/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (15 oktober 2020). *SBU:s metodbok*. [SBU:s metodbok](#)

Stesolid - FASS Vårdpersonal. (2020) <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19670228000021&docType=6>

Svensk sjuksköterskeförening (2017)

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska 2017.pdf* (swenurse.se)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad. värdegrund för omvårdnad reviderad 2016.pdf* (swenurse.se)

Västra Götalandsregionen. (2019?). *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/8368/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20och%20konsultationer%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20specialistpsykiatri.pdf?a=false&guest=true>

Wagenaar, D., Mickus, M., Gaumer, K., & Colenda, C. (2002). Late-Life Depression and Mental Health Services in Primary Care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15(3), 134-140. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/089198870201500304>

Waterworth, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2562-2570. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jocn.12863>

Wiklund Gustin, L. (2019). Lidande. Friberg, F & Öhlén, J (Red), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (3 uppl., s. 409-437). Studentlitteratur.

World Health Organization. (mars 2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 59-82). Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1 - Artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet * Enligt Friberg
Murray et al. 2006 England	Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study	Att utforska primärvårdspersonals uppfattningar om depression hos äldre.	Kvalitativ. Individuella djupintervjuer.	Målmedvetet urval. 18 primärvårdscentraler. 18 allmänläkare, 7 sjuksköterskor och 5 kuratorer.	De teman som framträdde: - Komplicerat att diagnostisera äldre med depression med samexisterande fysiska sjukdomar - Ovilja att prata om "icke-medicinska problem" - Äldre såg depression som normal följd av åldrande - Depression som "tecken på svaghet" och rädsla för stigma - Kulturella variationer - Familj – huvudsaklig källa till stöd	Medelhög
Karlsson et al. 2021 Sverige	Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care—A Qualitative Study of Narratives	Att belysa primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av att identifiera psykisk ohälsa hos äldre män i Sverige.	En kvalitativ deskriptiv design användes (online-undersökning med 5 öppna frågor), där skriva berättelser från sjuksköterskor i primärvården utsattes för kvalitativ innehållsanalys.	En enkät med fem öppna frågor besvarades av 39 sjuksköterskor från 10 primärvårdscentraler.	Resultaten avslöjade ett huvudtema – att fånga det osagda – och två kategorier: (1) känna sig trygg i rollen, med tre underkategorier (bygga förtroende, att våga fråga och tolka tecken); och (2) behovet av resurser, med två underkategorier (tid och kontinuitet, och att hitta stöd i samverkan).	Hög

Janlöv et al. 2017 Sverige	Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences	Syftet: att utforska distriktet sjuksköterskors erfarenhet av att möta och hantera psykisk ohälsa bland vuxna patienter inom vårdcentraler	Kvalitativ. Individuella intervjuer.	Målmedvetet urval. 10 distriktsjuksköterskor från 6 vårdcentraler.	Resultatet uppstod som flera underkategorier fångas av tre kategorier: (i) ha kompetens – en förutsättning för att känna självförtroende; (ii) omvårdnad av psykisk ohälsa kräver tid och engagemang; och (iii) arbete i en organisation utan beredskap, omfattas av syntetiseringstemat; omvårdnad psykisk ohälsa kräver specifik kompetens och organisatoriskt stöd.	Hög
Burroughs et al. 2005 England	'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study	Att utforska hur primärvårdspersonal och patienter ser orsakerna till och hanteringen av depression i sena livet.	Design: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.	15 läkare 3 praktiserande sjuksköterskor 2 distriktsjuksköterskor 1 "community nurse" 20 patienter som var över 60 år.	Primärvårdsläkare såg depression som ett problem i vardagliga arbetet - Dem ansåg även depression som "förståeligt", likaså gjorde patienterna - Alla deltagare upplevde känslan av att ingenting kunde göras för denna patientgrupp - Patienterna hade begränsade förväntningar och ansåg inte depression som en legitim sjukdom - Primärvårdspersonal ansåg att depression i sena livet låg inom sitt ansvar men upplevde begränsningar i sina färdigheter samt brist på resurser att remittera patienter till	Medelhög

Lester et al. 2005 England	Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study	Att utforska upplevelsen av att ge och ta emot primärvård ur primärvårdens perspektiv respektive patienter med psykisk ohälsa	Kvalitativ studie. Bestående av 6 patientgrupper, 6 vårdprofessionella grupper och 6 kombinerade fokusgrupper.	45 patienter med allvarlig psykisk sjukdom 39 läkare 8 sjuksköterskor	- Vårdpersonal ansåg att personer med allvarlig psykisk ohälsa var för specialiserad för primärvården - Patienter såg primärvården som en hörnsten i sin vård - Snabb tillgång viktigt för patienterna - De flesta deltagare ansåg att strukturerade genomgångar av vården hade värde - Vårdpersonal ansåg psykisk sjukdom som ett livslångt tillstånd medan patienterna betonade vikten av hopp och återhämtning	Medelhög
Waterworth et al. 2015 Nya Zeeland	"A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions"	Att utforska hur sjuksköterskor känner igen depression hos äldre patienter med flera långvariga tillstånd och de strategier de använder för att stödja patienten.	En kvalitativ studie med djupgående telefonintervjuer.	40 sjuksköterskor i geografiskt skilda områden i Nya Zeeland.	- Att ha en konversation med äldre patienter om depression var inte något som alla sjuksköterskor kände att de kunde ha. Medan vissa sjuksköterskor kände att de kunde ge vissa specifika råd, andra trodde att det inte var deras ansvar eller inom ramen för deras arbetes roll.	Hög

Bennett et al. 2013 England	“Structured Pro-Active Care for Chronic Depression by Practice Nurses in Primary Care: A Qualitative Evaluation”	Att utforska både patienter och “practice nurses” perspektiv på deras upplevelse att ta emot och ge proaktiv vård.	Kvalitativ studie med djupintervjuer.	15 sjuksköterskor och 26 patienter.	De flesta sjuksköterskor kände sig självsäker i en fallhanteringsroll. Utvecklingen av en terapeutisk allians mellan patienten och sjuksköterskan var centralt för den här modellen . Patient och sjuksköterska faktorer som påverkade den terapeutisk alliansen identifierades.	Hög
Grundberg et al. 2016 Sverige	“District nurses’ perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity”	Att beskriva distriktsjuksköterskors perspektiv på att upptäcka psykiska hälsoproblem och främja psykisk hälsa hos äldre hembundna äldre människor med multisjuklighet.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna var individuella eller i fokusgrupper. De använde sig av kvalitativ innehållsanalys.	25 distriktsjuksköterskor.	De flesta distriktsjuksköterskor uppgav att upptäcka och att främja mental hälsa var viktiga uppgifter men att de vanligtvis fokuserade på mer praktiska hemhälsovårdsuppgifter. Resultaten avslöjade att distriktsjuksköterskor fokuserad på bedömning, samarbete och socialt stöd för att upptäcka psykisk ohälsa.	Hög
Bjorkman et al. 2019 Sverige	“Increased Mental Illness and the Challenges This Brings for District Nurses in Primary Care Settings”	Att kvalitativt utforska primärvårds sjuksköterskors reflektioner om mötet med vårdsökande med psykisk ohälsa i primärvården miljöer	En kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. Induktiv dataanalys.	8 sjuksköterskor från 5 olika vårdcentraler.	Resultaten bestod av tre teman: -Ständigt upplever patienter som faller mellan stolarna -Begränsas av bristande kunskap och resurser -Etablera en förtroendefull relation för att övervinna tabu, skam och skuld.	Hög

Haddad et al. 2005 England	“District nurses’ involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study”	Huvudsyftet med denna studie var att få information om omfattningen av personalkontakt och insatser med psykiska problem och för att fastställa deras erfarenhet, utbildning och attityder mot psykisk ohälsa.	En kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie	331 frågeformulär skickades till allmännsjuksköterskor och distriktsjuksköterskor där de fick 217 svar tillbaka.	Sjuksköterskorna noterade att 16% av deras patienter hade någon form av psykisk ohälsa. De identifierade brist i utbildningen angående kunskap om psykisk ohälsa. De rapporterade en vilja att utveckla sin förståelse och färdigheter genom utbildning.	Hög
----------------------------------	--	--	--	--	--	-----

Bilaga 2 – Söktabeller

CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
1/3	(nurses experience or nursing care) AND (mental illness or depression) AND (primary care or primary health care or primary healthcare)	Peer Reviewed Research Article Age: aged: 65+ years Publication date: 2005 - 2021	63	4	1	0
1/3	(nurses experience or perspective or view or attitude) AND (mental illness or mental disorder or psychiatric illness) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior) AND (primary care or primary health care or primary healthcare)	Peer Reviewed Research Article Publication date: 2005 - 2021	84	7	6	3

PsycInfo

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
3/3	noft(nurses experience or nursing care) AND noft(mental illness or depression) AND noft(primary care or primary health care or primary healthcare)	Peer reviewed Aged (65 yrs & older) Publication date: 2005 - 2022	743			
3/3	noft(nurses experience or perspective or view or attitude AND mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior AND primary care or primary health care or primary healthcare)	Peer reviewed Aged (65 yrs & older) Publication date: 2005 - 2022	250, 899			
3/3	(nurses experience or perspective) AND (primary care) AND (depression)	Peer reviewed Aged (65 yrs & older) Publication date: 2005 - 2022	173	9	4	2

Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
1/3	((primary care) AND (depression OR mental illness OR mental disorder)) AND (nurses experience or perspective or care) AND elderly OR old	Results by year: 2005 – 2022 Full text Aged: 65+ years	130,6 10			
1/3	((primary care) AND (depression OR mental illness)) AND (nurses experience or perspective)	Results by year: 2005 – 2022 Full text Aged: 65+ years	705			
1/3	(((((nurses or nursing staff or nurse) AND (experiences or perceptions or attitudes or views)) AND (primary care or primary health care or primary healthcare)) AND (mental illness or mental disorder)) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric)	Results by year: 2005 – 2022 Full text	637	7	2	2
1/3	(nurses experiences or nurses role) AND (mental illness) AND (primary care)	Results by year: 2005 – 2022 Full text Aged: 65+ years	216	3	1	0
1/3	(nurses experiences or nurses role) AND (depression) AND (primary care)	Results by year: 2005 – 2022 Full text Aged: 65+ years	110	2	1	1

Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2/3	health AND professionals AND nurses AND primary AND care AND experience OR perspective OR view OR attitude AND depression OR mental AND illness OR mental AND disorder OR psychiatric AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric OR elderly OR old OR senior	2005 – 2022 Article	70	9	3	2