



**MALMÖ
UNIVERSITET**

**VÅRDPERSONALENS UPPLEVELSER
AV ATT MÖTA ÄLDRE MED
DEPRESSION**
EN LITTERATURSTUDIE

EMILIA ANDREJIC BENGTSSON
JESSICA PERSSON THOLIN

VÅRDPERSONALENS UPPLEVELSER AV ATT MÖTA ÄLDRE MED DEPRESSION

EN LITTERATURSTUDIE

EMILIA ANDREJIC BENGTSSON
JESSICA PERSSON THOLIN

Andrejic Bengtsson, E & Persson Tholin, J. Vårdpersonalens upplevelser av att möta äldre med depression - En litteraturstudie. Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2020.

Bakgrund: Psykisk ohälsa är vanligt bland äldre och depression är den vanligaste psykiska sjukdomen. Depression är så pass vanligt förekommande bland äldre att det räknas som ett folkhälsoproblem. En känsla av nedstämdhet och ett minskat intresse och glädje vid aktivitet är några symtom på depression. Trots att det finns kännedom om att depression hos äldre är vanligt förekommande är det ett tillstånd som både är underdiagnostiserat och underbehandlat. Den grundutbildade sjuksköterskan möter dessa patienter inom primärvården och inom äldreomsorgen och har i uppgift att identifiera depressiva symtom och ge en god omvårdnad till äldre med depression.

Syfte: Syftet med litteraturstudien är att beskriva vårdpersonalens upplevelse av att möta och vårda äldre personer med depression inom äldreomsorgen och primärvården.

Metod: Litteraturstudien grundar sig på 10 vetenskapliga kvalitativa artiklar som har valts ut från databaserna Cinahl, Pubmed och PsycINFO. Analysen skedde med kvalitativ innehållsanalys på manifest nivå.

Resultat: Analysen mynnade ut i två kategorier; Den första var organisatoriska faktorer med subkategorierna organisationsstrukturens påverkan, riktlinjer och resurser samt samverkan. Den andra kategorin är mänskliga faktorer som beskrev upplevelser om stigma och felaktiga föreställningar, kontinuitet och holistiska synsätt är underkategorier.

Konklusion: Sammanfattningsvis visar denna litteraturstudie att vårdpersonalen upplever vården vid psykisk ohälsa hos äldre som bristfällig. Frustration över resursbrist och nedprioriteringar av psykisk ohälsa samt att samverkan, kontinuitet och ett holistiskt synsätt var essentiellt. Dessa faktorer upplevdes påverka deras förutsättningar för att identifiera depression och möjliggöra en god vård.

Nyckelord: Depression, depressiva symtom, vårdpersonal, upplevelser, äldre

THE NURSING STAFF'S EXPERIENCES OF MEETING ELDERLY WITH DEPRESSION

A LITERATURE REVIEW

EMILIA ANDREJIC BENGTTSSON

JESSICA PERSSON THOLIN

Andrejic Bengtsson, E & Persson Tholin, J. The nursing staff's experiences of meeting elderly with depression - A literature review. Degree project in nursing 15 credits. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of care science, 2020.

Background: Mental illness is common among the elderly and depression is the most common mental illness. Depression is so common that it is considered a public health issue. A feeling of low mood and a loss of interest in activities are some of the symptoms of depression. Although there is cognizance about geriatric depression being a common condition it is a condition that is both underdiagnosed and undertreated. The registered nurse meets these patients in primary care and in elderly care and has the task to identify depressive symptoms and to provide care to the elderly with depression.

Aim: To describe the nurse's experiences of meeting and caring for the elderly with depression in elderly care and primary care.

Method: The literature study is based on ten scientific articles with a qualitative approach. The literature search was performed in the databases Cinahl, PubMed and PsycINFO.

A qualitative content analysis at a manifest level was used.

Results: The analysis resulted in two categories; The first one was organizational factors with the subcategories the organizational structure's impact, guidelines and resources as well as collaboration. The second category is human factors that describe experiences of stigma and misconceptions, continuity and holistic approaches are subcategories.

Conclusion: In summary, this literature study shows that care staff perceive the care for mental illness for elders as deficient. Frustration over lack of resources and down prioritizing of mental illnesses was experienced. Collaboration, continuity and a holistic approach were seen as essential. In their view, these factors affected their conditions to identify depression and provide good healthcare.

Keywords: Depression, depressive symptoms, elderly, experience, health care personnel

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Äldre.....	2
Depression.....	2
Depressiva symptom hos äldre.....	2
Primärvård och äldreomsorg.....	
Omvårdnad.....	3
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE.....	4
METOD.....	5
Studiedesign.....	5
Litteratursökning.....	5
Inklusion/Exklusionskriterier.....	5
Strukturerad frågeställning.....	6
Databassökning.....	6
Urvalsprocess.....	7
Kvalitetsgranskning.....	8
Analys.....	8
RESULTAT.....	8
Organisationens förutsättningar.....	9
Vårdens prioriteringar.....	10
Samverkan.....	10
Riktlinjer och rutiner.....	11
Resurser.....	12
Mänskliga faktorer.....	13
Stigma och felaktiga föreställningar kring depression.....	13
Kontinuitet.....	14
Holistiskt synsätt.....	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion.....	15
Metodval.....	15
Inklusionskriterier/Exklusionskriterier.....	16
Litteratursökning och urvalsprocess.....	16
Kvalitetsgranskning.....	17
Analys.....	17
Överförbarhet.....	17
Jämställdhet.....	18
Resultatdiskussion.....	18
Organisations förutsättningar.....	18
Mänskliga faktorer.....	19
KONKLUSION/SLUTSATS.....	21
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE.....	21
REFERENSER.....	2
2	
BILAGOR.....	25

BILAGA 1. Sökschema i databaser.....	25
BILAGA 2. Artikelmatris.....	33
BILAGA 3. Resultatöversikt.....	

INLEDNING

Psykisk ohälsa är vanligt bland äldre och enligt folkhälsomyndigheten räknas depression hos den äldre personen som ett folkhälsoproblem. Antalet äldre i samhället ökar i takt med vår ökade medellivslängd, detta innebär att de som arbetar inom vård och omsorg kommer att möta dessa äldre patienter som har behov av vård för psykisk ohälsa i större utsträckning. Studier har visat att depression hos äldre ofta är något som inte uppmärksammas i samma utsträckning som hos yngre, detta kan bero på att symtom vid depression är diffusa hos äldre eller att de depressiva symtomen tolkas som något som tillhör det normala åldrandet, som till exempel nedsatt aptit och trötthet. Den grundutbildade sjuksköterskan möter dessa patienter oavsett val av arbetsplats. Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret och arbetar i team med undersköterskor och vårdbiträden och delegerar arbetsuppgifter till dessa. Därför kommer litteraturstudien att belysa vilka erfarenheter sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden har av att vårda äldre med depression. Med rätt kunskap och kompetens kan en personcentrerad vård ges och på så vis möjliggöra en bättre hälsa, livskvalitet och ökad självständighet hos den äldre.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa är vanligt hos äldre och depression är den vanligaste psykiska sjukdomen (Socialstyrelsen, 2018). Risken för suicid är högst hos män som är 80 år eller äldre. Enligt Folkhälsomyndigheten räknas depression hos den äldre som ett folkhälsoproblem då det är vanligt förekommande (a.a.).

Smärta, fysisk funktionsnedsättning, intag av lugnande läkemedel och ensamhet är några av riskfaktorerna för äldre att drabbas av depression (Hope, 2003). Till hjälp för vårdpersonal att upptäcka depression finns standardiserade bedömningsmetoder. Det finns studier som menar att en bedömning som påvisar risk för depression hos den äldre skall följas upp med en fullständig psykiatrisk bedömning, utförd av personal inom psykiatri (Azulai & Walsh, 2019).

I Sverige är antalet äldre med psykisk ohälsa större bland dem som behöver vårdinsatser från kommunal hälso- och sjukvård än hos dem som inte behöver någon vårdinsats (Socialstyrelsen, 2018). De äldre som lider av psykisk ohälsa får oftast sina läkemedel utskrivna av primärvården och får sällan någon hjälp av specialistvården. Trots kännedomen om att depression hos äldre är ett allvarligt och vanligt tillstånd är depression hos äldre ett underdiagnostiserat och underbehandlat tillstånd. Obehandlad depression leder till onödigt och ytterligare försämrat hälsotillstånd hos den äldre (a.a.). Oupptäckt samt otillräckligt behandlad depression innebär att de äldre inte alltid får den hjälp som de enligt lagstiftningen skulle haft rätt till. I Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (HSL) framgår det att vården skall ges på lika villkor och att företräde till vården ges till den som har störst behov, vilket innebär att äldre personer inte ska få sämre möjlighet till specialistvård inom psykiatri jämfört med yngre personer om behov finns.

Geriatrisk depression är en av de mindre krävande kroniska psykiska sjukdomar för vården att behandla (Azulai & Hall, 2020). Genom farmakologi, psykologi, fysisk aktivitet samt att uppmuntra till sociala aktiviteter eller till exempel förbättra aptit och sömn går detta problem att åtgärda för den äldre (a.a.). Men äldre får sällan ta del av annan psykologisk behandling utöver läkemedelsbehandling, till exempel kognitiv beteende

terapi, som är en rekommenderad behandling vid depression enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2018).

I litteraturstudien kommer det att användas frekventa begrepp som kan vara mångtydiga som äldre och depression. I arbetet benämns sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som begreppet vårdpersonal. Nedan finns beskrivningar av de definitioner som kommer att användas i arbetet.

Äldre

‘Äldre’ begränsas till människor över 65 år och uppåt, och detta mått används internationellt (Gullman 2003). Därefter finns det en indelning av äldre, *yngre äldre*, som beskriver de mellan 65 till 79 år och *äldre äldre*, de som är 80 år och övre. I vårt arbete planerar vi att hålla oss till denna internationella definition av äldre, dvs alla över 65 år.

Depression

Ordet depression används inte sällan felaktigt i vardagligt tal som beskrivning av ett dåligt mående i en situation, och betraktas inte av gemene man som en medicinsk diagnos (Gullman, 2003).

Depression delas in i två kategorier: egentlig depression och dystymi (Larsson & Rundgren, 2010).

För att diagnos ska ställas krävs det för egentlig depression minst fem symtom under en period på två veckor (Azulai & Walsh, 2019). Symtomen är bland annat förändrat sömnmönster, betydande viktförändring, känsla av värdelöshet samt nedstämdhet och minskat intresse och glädje vid aktivitet, varav något av de två sistnämnda måste vara ett av symtomen för att en diagnos skall kunna ställas. Symtomen ska orsaka försämring eller signifikant lidande och kan inte vara orsakad av en annan fysiologisk orsak. Vidare delas depression in i lindrig, måttlig och svår grad beroende på symtom (a.a.).

Depressiva symtom hos äldre

Depression hos äldre kan vara svårupptäckt då multisjuklighet är vanligt förekommande och symtomen kan vara diffusa. Symtom som till exempel nedsatt aptit och trötthet kan missuppfattas som något som tillhör det normala åldrandet istället för att reflektera om det kan röra sig om depression (Socialstyrelsen, 2018). När äldre söker vård är det oftast relaterat till fysiska åkommor som till exempel oförklarlig smärta och magproblem, det är ovanligt att de söker vård för sitt nedsatta psykiska mående (Hope, 2003). Depression leder till en ökad risk av att dö i förtid, och risken för att få depression stiger med ökad ålder. Trots ökad risk är inte depression en del av normalt åldrande (Folkhälsomyndigheten, 2019). 2015 gjordes en systematisk litteraturöversikt av Sveriges beredskap för medicinsk utvärdering vid namn ‘Behandling av depression hos äldre’ (SBU, 2015). Där uppskattades det att den största orsaken till funktionsnedsättning bland äldre efter år 2020 förväntas vara depression, vilket innebär att depressionssjukdom kommer före hjärt- och kärlsjukdomar.

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara över 65 år och de äldre patienter med depression kommer till största del bli bedömda och behandlade av primärvården (SBU, 2015). En del av sjuksköterskors och läkares arbete i primärvården utgörs av bedömningar för depressionsrisk av äldre (Larsson & Rundgren, 2010). Personalen som arbetar inom primärvården är medvetna om att depression är ett betydande problem och ett tillstånd som kan behandlas är förutsättningar för att depression hos äldre uppmärksammas inom primärvården (Hope, 2003).

Primärvård och äldreomsorg

Primärvården är en del av hälso- och sjukvården i Sverige och arbetar på uppdrag av landstinget (Socialstyrelsen, 2016). Det är regionen som styr vilka tjänster som skall ingå i primärvården. Primärvård ska enligt hälso-och sjukvårdslagen erbjuda grundläggande medicinsk behandling, förebyggande vård och omvårdnad. Oavsett ålder, funktionsnedsättning eller utformning av vård och omsorg så skall möjligheten att få ta del av läkarinsatser vara densamma. Vårdtagare inom äldreomsorgen skall kunna ta del av omfattande och kompetenta läkarinsatser utan att behöva vara inneliggande på sjukhus (så länge vårdtagaren inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens) (a.a).

En del vårdansvar har förts över från region till kommun i Sverige (Socialstyrelsen, (2017). När Kommunerna ansvarar för en del av hälso-och sjukvården arbetar sjuksköterskor som medicinskt ansvariga (MAS). MAS ansvarar för att patienten bland annat får en säker och ändamålsenlig vård, att patienten får den vård som en läkare beslutat om och delegerar vårduppgifter på ett patientsäkert sätt (a.a).

Regionen avsätter de läkarresurser som kommuner behöver för att kunna erbjuda vård i de kommunala verksamheterna, vilket innebär att regionen alltid är ansvarig för den vård som läkaren ger (Socialstyrelsen, 2020). Dessa läkarresurser återfinns i primärvården i kommuner, men läkarna är på uppdrag av regionerna (a.a).

Primärvården är ansvarig för den medicinska bedömningen inom den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2020). Primärvård finns på vårdcentraler i kommuner och det är där läkare ger medicinska bedömningar och vård. Sjuksköterskor ansvarar för utförandet av den medicinska vården som ges på kommunal nivå, och ansvarar därmed för hemsjukvården (a.a).

Begreppet äldreomsorg innefattar hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden för äldre samt seniorboenden (1177, 2019). Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård som ges i den enskildes bostad eller motsvarande. Sjuksköterskor är ansvariga för hemsjukvården vilket innebär att de har ansvar för delegering (ansvar för överlåtelse av arbetsuppgift). Sjuksköterskor ska enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:10:14) inte delegera utan att försäkra sig om uppgiftsmottagaren har kunskap, förmåga, utbildning och erfarenhet. Den legitimerade sjuksköterskan kan delegera arbetsuppgifter till annan vårdpersonal som saknar formell kompetens men som har reell kompetens. Överlåtandet av arbetsuppgift får enbart ske om det är förenligt med en god och säker vård.

Omvårdnad

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad (Ehrenberg, 2015) och utgörs av sex kärnkompetenser för att kunna ge en god vård, där förbättringskunskap för kvalitetsutveckling och personcentrerad vård är två utav dessa (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Förbättringsarbete för kvalitetsutveckling består av bland annat att kunna samla in kvalitativ såväl som kvantitativ data i syfte att förbättra vård och hälsoorganisationer. I utbildningen ingår det även att medvetandegöra sjuksköterskans förståelse av vård. Personcentrerad vård innebär att se patienten som en värdefull och unik person där personen sätts i centrum framför sjukdomen och ses som värdefull och jämbördig vid planeringen kring vården. För att en personcentrerad vård skall kunna ges kräver det ett partnerskap mellan vårdpersonalen och personen som är i behov av vård (a.a).

Att studera vårdpersonalens upplevelse kan ge en ökad förståelse för vikten av personcentrerad vård och vara till grund för förbättringsarbetet av omvårdnad. Det ingår i den grundutbildade sjuksköterskors etiska uppdrag att uppmärksamma utsatta personer och på så vis kunna förebygga ohälsa samt ge vård för att patienten skall kunna bibehålla sin hälsa (Ehrenberg, 2015).

Sjukhusinläggning bland äldre personer med depression ökar och därmed anses kostnaderna för äldres vård öka markant i framtiden (Ni m.fl, 2020). Därför är det viktigt att screening och diagnostisering sker så tidigt så möjligt (a.a.). Sjuksköterskor är ansvariga för att leda omvårdnadsarbetet och där inkluderas screening och förebyggande interventioner för kroniska tillstånd som depression (Wang m.fl, 2018). Kontinuerlig utvärdering av vårdens bemötande av äldre med psykisk ohälsa krävs för att främja äldres möjlighet till ökad livskvalité och hälsa. Depression är ett funktionshinder i den äldres dagliga liv och den äldre populationen kommer att öka i antal (SBU, 2015).

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser för att kunna ge en god och säker vård (Swenurse, 2019). Personcentrerad vård kräver samverkan mellan team och olika vårdinsatser och framförallt med personen som är i behov av vården (a.a.).

Personcentrerad vård innebär att se hela patienten, i detta fall den äldre, som en unik individ, och tillgodose patientens både fysiska och psykiska behov (Ehrenberg, 2015).

Felaktiga antaganden om vad normalt åldrande är kan tänkas inskränka på äldres rätt att få rätt och personcentrerad vård. För att den äldre med psykisk ohälsa skall få rätt vård är det nödvändigt att det sker samverkan mellan team och olika vårdinsatser (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Trots kännedom om att depression hos den äldre är ett vanligt förekommande tillstånd är det både underdiagnostiserat och underbehandlat. Detta leder till att den äldre sällan får den hjälp som de har rätt till inom den psykiatriska specialistvården. Den åldrande befolkningen medför ett ökat behov av psykiatrisk vård vilket ställer krav på att vårdpersonalen som möter denna patientgrupp har rätt kompetens. Den äldre vårdtagaren är en patientgrupp som vårdpersonalen kommer att möta inom primärvården och inom äldreomsorgen. Det är därför viktigt att vårdpersonalen har en förståelse och kunskap inom detta område för att kunna ge en god omvårdnad samt rätt behandling för att kunna möjliggöra en god hälsa och förebygga onödigt lidande. Det är därför av vikt att belysa vårdpersonalens upplevelser av att möta och vårda äldre med depression.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att möta och vårda äldre med depression inom primärvården och inom äldreomsorgen.

METOD

Examensarbetet utfördes som en litteraturstudie baserat på vetenskapliga empiriska artiklar med kvalitativ studiedesign.

Studiedesign

Kvalitativ ansats lämpar sig bäst till det ämne som undersökts eftersom syftet gäller att beskriva subjektiva upplevelser (Forsberg & Wengström, 2013). En kvalitativ ansats krävs för att få svar på litteraturstudiens syfte där förståelse av människans upplevelse, i detta fall vårdpersonalens upplevelse.

Strukturerad frågeställning

För att skapa struktur i frågeställning och underlätta i databassökningar användes POR-modellen (Willman m.fl, 2016). POR-modellens struktur står till grund för hur sökorden organiseras i sökningen. POR, som är ett akronym för *population*, *område* och *resultat*. Modellen lämpar sig bäst för frågeställningar med kvalitativ karaktär (a.a.). Det underlättar att se olika områden som frågeställningen innehåller. Populationen är sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden och området är äldre med depression eller depressiva symtom inom primärvården och äldreomsorgen. Resultatet förväntas vara beskrivningar av upplevelser. Frågeställningen fördelas in i POR-modellen, se nedan i tabell 2.

Tabell 2. Problemformulering utifrån POR-modellen.

Population	Område	Resultat
Sjuksköterskor, undersköterskor vårdbiträden	Äldre med depression och depressiva symtom i primärvård och äldreomsorg	Vårdpersonalens upplevelser av att möta äldre med depression

Inklusions/exklusionskriterier

När arbetets intresseområde definierades och frågeställning faststälts bestämdes följande inklusions- och exklusionskriterier för att kunna besvara syftet, se tabell 1.

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
- Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträde som arbetar inom äldreomsorg och primärvård.	- Sjuksköterskor och undersköterskor inom slutenvården.
- Patienter/vårdtagare som är 65 år och äldre.	- Artiklar med kvantitativ och mixed method studiedesign.
- Män och kvinnor inkluderas.	- Artiklar som inte är primära källor.
- Patienten/vårdtagaren skall ha diagnosen depression eller depressiva symtom.	- Kvantitativa studier och mixed method studier.
- Kvalitativ studiedesign.	- Artiklar med låg kvalitetsnivå.

- Artiklar på svenska och engelska	
- Ingen tidsbegränsning	

Litteratursökning

Litteratursökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Psycinfo, med anledning att dessa databaser täcker de områden som är relevanta för examensarbetets ämnesområde. Cinahl innehåller främst ämnen inom omvårdnad, Pubmed innehåller ämnen om medicin och omvårdnad, och Psycinfo har artiklar om psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013).

Databassökning

Efter att intresseområde identifierats och inklusions- och exklusionskriterier bestämts har sökning i databaser skett. Sökningarna i databaserna består av både fritextord samt ämnesord för att få en balans mellan sensitivitet och specificitet (Willman m.fl, 2016). Den Booleska termen OR användes mellan varje fritextord och ämnesord för att utvidga sökningen och sedan användes den booleska termen AND mellan varje block för att begränsa sökningen (Forsberg & Wengström, 2013). Fritextord är ett ord eller en fras som används i en sökning men som inte har blivit katalogiserat av databasen (Willman, m.fl, 2016) Sökord kan vara synonymer för ett ämne eller närliggande termer. Ett sökord som är ett fritextord kommer därför vid en sökning få resultat på artiklar som innehåller sökordet var som helst i artikeltexten (a.a.).

För att begränsa sökningen där ett fritextord genererade väldigt många sökträffar gjordes en begränsning så att fritextord endast återfanns i artikelns titel/abstrakt (Forsberg & Wengström, 2013). Ämnesorden har underrubriker som tillsammans skapar ett sökträdd (a.a.). Några ämnesord har skiljt sig åt beroende på vilken databas som använts, om inte exakt samma ämnesord har återfunnits har en annan benämning använts men ordets innebörd är densamma. Ämnesorden har hittats i de olika databasernas uppslagsverk (Willman, 2016). Cinahls uppslagsverk heter *Cinahl headings*, Pubmeds heter *Mesh-database* och Psycinfos heter *Thesaurus* (a.a.). Ämnesordet *aged* återfanns i både Cinahl och Pubmed men innebörden var inte densamma, i Cinahl innebär *aged* personer som är 65 år och äldre medan det i Pubmed innebär personer mellan 65 och 79 år, därmed utökades det med ytterligare ett ämnesord i Pubmed för att inkludera personer över 80 år. Ämnesordet *aged* återfanns inte i Psycinfo, därför valdes ämnesordet *Older adulthood*, som har samma betydelse som *aged* har i Cinahl.

Trunkering har använts vilket innebär att söka på en ordstam eller täcka alla ändelser av ett ord genom att lägga till ett asterix vilket ökar antalet träffar (Forsberg & Wengström, 2013) Genom att använda trunkering hittas olika varianter av ett begrepp (a.a).

Litteratursökningen påbörjades genom att varje sökord söktes var för sig, enligt exempel från Willman m.fl. (2018). Sökorden samlas sedan i sökblock och varje sökblock står för ett område i frågeställningen. Synonymer och närliggande termer hamnar under ett och samma sökblock i databas-sökningarna (a.a.). Fyra sökblock har valts ut, se nedan i tabell 3. Vid urval av artiklar följdes Forsberg och Wengström (2013) urvalsprocess. Urvalet är strategisk, dvs urvalet har bestämts utifrån studiens syfte och frågeställning (a.a). Urvalet

begränsades till artiklar på svenska och engelska, med ingen begränsning för tidsperiod. Se bilaga 1 för sökschema i databaser.

Tabell 3. Sökblock med områden.

Block	Ämne
1	Äldre personer
2	Depression och depressiva symtom
3	Äldreomsorg och primärvård
4	Sjuksköterskor, undersköterskors och vårdbiträdens upplevelser

Urvalsprocess

Vid valet av artiklar följdes processen enligt Forsberg och Wengström (2013). Urvalet av artiklar sker efter att intresseområde och inklusion/exklusionskriterier bestämts samt efter att pilotsökningar skett i databaserna. Därefter valdes artiklar ut med titlar som verkade relevanta och stämde överens med arbetets frågeställning. När alla relevanta artiklarnas sammanfattningar lästs igenom skedde ett första urval. De sammanfattningar som inte stämde med vald studiedesign, frågeställningen eller bestämda inklusion/exklusionskriterier valdes bort. Därefter lästes kvarstående artiklarna i fulltext och då gjordes ett andra urval. Ett tredje urval gjordes genom att se om artiklarna var relevanta och stämde med arbetets syfte. Sista steget var kvalitetsgranskning av samtliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2013). Av de utvalda artiklar hittades 9 av 10 i Cinahl, i Pubmed återfanns 8 av dessa artiklar och genererade inte någon ny relevant artikel. I Psycinfo återfanns 6 stycken av dessa artiklar som hittats i Cinahl och Pubmed samt en ny relevant artikel. Detta resulterade i totalt 10 utvalda artiklar. Se urvalsprocessen nedan i tabell 4.

Tabell 4. Urvalsprocess.

Urvalsprocess		urval 1	urval 2	urval 3	

Databas	Antal träffar/lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal artiklar kvalitetsgranskade	Antal artiklar inkluderade i resultat
Cinahl	503	92	11	9	9
Pubmed	574	70	9	7*	7*
Psycinfo	255	46	6	6**	6**
Totalt	1332	208	11***	10	10

*= alla artiklarna är dubletter.

**= en artikel är nytillkommen, fem är dubletter.

***= antal artiklar lästes i fulltext, med dubletter borträknade.

Kvalitetsgranskning

SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik från 2014 har använts för att ta reda på de utvalda artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Granskningsmallen används för att bedöma artiklarnas kvalitet på syfte, urvalsstrategi, datainsamling, analys och resultat. Granskningsmallen är ett stöd för de som ska granska och bestämmer inte kvalitetsnivån i sig (SBU, 2017). Nivåerna bestämdes med stöd av Willman m.fl.'s (2016) vägledning för kvalitetsgranskning. Artiklarna granskades först av författarna individuellt, sedan diskuterades granskningens resultat tillsammans och därefter gjordes en gemensam kvalitetsgranskning för att se om kvaliteten på artikeln är hög, medel eller låg. Med hög kvalitet menas att artikeln exempelvis har en väldefinierad frågeställning, klar beskriven kontext, välbeskriven urvalsprocess och dokumenterad metodisk medvetenhet, m.m. De som är av låg kvalitet bör exkluderas enligt. Artiklarnas kvalitetsnivå bedömdes utefter SBU (2017) kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet (a.a.). Artiklarnas kvalitet redovisas i artikelmatris, se bilaga 2. Efter kvalitetsgranskning gjordes innehållsanalys.

Analys

Innehållsanalys är ett tillvägagångssätt, en teknik, för att bearbeta texter och beskriva fenomen. Analyserna görs utifrån textens innehåll, d.v.s. induktivt.

Artiklarna lästes flertalet gånger och analysen av de valda artiklarna gjordes individuellt med manifest innehållsanalys enligt Danielson (2007). Meningsenheter skapades där text eller meningar i artiklarna med liknande betydelse samlades. Därefter jämfördes bägge parter meningsenheter. Sedan reducerades meningsenheterna till en kod och kodens syfte var att lättare se sammanhang mellan de olika artiklarna. Koderna som liknade varandra grupperades till subkategorier, m.a.o. olika ämnen som återkom i artiklarna. Dessa subkategorier analyserades en gång till för att se deras gemensamma nämnare, och dessa nämnare blir slutligen kategorier. Kategorierna beskriver vad texterna gemensamt innehåller.

RESULTAT

Resultatet i denna litteraturstudie baseras på tio empiriska studier med kvalitativ ansats som publicerats mellan år 2006-2019. Åtta av tio studier bedömdes ha en hög kvalitet och de resterande två en medelhög kvalitet. Tre studier utfördes i Sverige, två i Storbritannien och en vardera i Australien, Brasilien, Taiwan, USA och Nya Zeeland. Antalet deltagare varierade mellan 5- 40 stycken. Deltagarna var sjuksköterskor, distriktssköterskor, specialistsjuksköterskor inom geriatrik och psykiatri, undersköterskor och vårdbiträden inom hemtjänsten samt andra professioner som bland annat läkare och socionomer. I de fall där studierna haft med andra deltagare än sjuksköterskor/undersköterskor/vårdbitråde har vi enbart tagit med beskrivningarna av de sistnämndas upplevelser. Deltagarna arbetade inom primärvård, särskilda boenden för äldre, hemsjukvård samt hemtjänst.

Åldern på deltagarna var mellan 21 och 83 år. Alla artiklar beskrev inte könsfördelningen bland deras deltagare, men utifrån de artiklar som redovisade könsfördelningen var tre män och resterande kvinnor.

I resultatet benämns sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som vårdpersonal i de fall samtliga yrkeskategorier framfört samma upplevelse.

Analysen av data mynnade ut i två kategorier; Organisationens förutsättningar med subkategorierna vårdens prioriteringar, samverkan, riktlinjer och rutiner samt resurser. Den andra kategorin är mänskliga faktorer som beskrev upplevelser om stigma och felaktiga föreställningar, kontinuitet och holistiska synsätt är subkategorier. Kategorier och subkategorier presenteras nedan i tabell 5. I bilaga 3 redovisas resultatöversikt som beskriver subkategoriernas förekomst i de olika artiklarna.

Tabell 5. Kategorier och subkategorier översikt.

Kategorier	Subkategorier
Organisationens förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdens prioriteringar - Samverkan - Riktlinjer och rutiner - Resurser
Mänskliga faktorer	<ul style="list-style-type: none"> - Stigma och felaktiga föreställningar - Kontinuitet - Holistiskt synsätt

Organisationens förutsättningar

Hur vårdpersonalen upplever mötet med den äldre som har depression eller depressiva symtom grundade sig i stor del på vilka organisatoriska förutsättningar det fanns (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Waterworth m.fl, 2015). Faktorer som påverkade deras upplevelse var hur organisationsstrukturen såg ut, där det beskrevs att psykisk hälsa ej prioriteras lika högt som fysiska åkommor (Damasceno m.fl, 2018; Hassal & Gill, 2007; Kuo m.fl, 2019 ; Liebel m.fl, 2013). Majoriteten betonade vikten av ett gott interprofessionellt samarbete för att kunna möjliggöra en god och personcentrerad vård (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b; Hassal & Gill 2007; Kuo m.fl, 2019; Liebel & Powers, 2013; Murray m.fl, 2006; Waterworth m.fl, 2015).

En önskan av förtydligande riktlinjer och rutiner var något som uppmärksammades samt att de resurser som fanns att tillgå var otillräckliga (Borglin m.fl,2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Waterworth m.fl, 2015). Samtliga faktorer ansågs vara förutsättningar

för att kunna identifiera depressiva symtom och erbjuda en god vård, men bristen på samtliga faktorer påverkar vårdpersonalens upplevelser när de arbetade med patientgruppen (a.a.).

Vårdens prioriteringar

Sjuksköterskorna kände att resurser svindlades bort pga systemets struktur, med hänsyn till att man var tvungen att vänta på godkännande från läkare för att kunna remittera till psykolog (Borglin m.fl, 2019).

Sjuksköterskorna upplevde en frustration över att en stor del av arbetstiden gick åt till att utföra administrativa uppgifter och att de därmed kände sig mer som administratörer än vårdgivare (Borglin m.fl, 2019). Enligt sjuksköterskorna behövdes en tydlig organisationsstruktur och standardiserade riktlinjer för att möjliggöra en optimal och personcentrerad vård (a.a.). Vårdpersonal delade med sig av ett perspektiv som innebar att rådande organisationsstruktur prioriterade fysiska åkommor (Damasceno m.fl, 2018; Hassal & Gill, 2007; Kuo m.fl, 2019 ; Liebel m.fl, 2013). Fysiska åkommor prioriterades och sjuksköterskorna trodde att det berodde på att organisationen fann det mer ekonomiskt fördelaktigt, då ackreditering förekom för patienternas diagnoser (Kuo m.fl, 2019; Liebel m.fl, 2013). Samtidigt ansåg sig sjuksköterskorna inse vikten av att bemöta äldre med depression och ville gärna ge mer tid och uppmärksamhet åt psykiska problem, men att det fysiska besvär och utöva sedvanliga sjukvårdsuppgifter var huvudfokus på deras arbetspass (Damasceno m.fl, 2018; Grundberg m.fl, 2016a; Kuo m.fl, 2019). En del sjuksköterskor funderade också på om systemet i sig gjorde patienterna deprimerade, eftersom det inte fanns tid avsatt för samtal (Waterworth m.fl, 2015).

Samverkan

Interprofessionellt samarbete ansågs vara essentiellt för att kunna möjliggöra personcentrerad vård och ge rätt stöd (Borglin m.fl,2019; Grundberg m.fl,2016a; Grundberg m.fl,2016b). Sjuksköterskans roll upplevdes inte som tillräcklig men tyckte sig anse att alla professioner arbetar mot samma mål (Borglin m.fl,2019; Grundberg m.fl,2016a). Ett gott samarbete mellan olika professioner upplevdes som viktigt för att kunna få utbyte av varandras kunskaper (Grundberg m.fl, 2016a). Sjuksköterskorna upplevde samarbetet med undersköterskorna som essentiellt då undersköterskorna ofta träffar patienten mer och därmed har lättare att lägga märke till sådant som kan tyda på försämrat mående (Borglin m.fl,2019; Grundberg m.fl, 2016; Hassal & Gill, 2007). De önskade därför ännu mer korrespondens med yrkesgruppen (Grundberg m.fl, 2016a).

Samarbete ansågs vara essentiellt så var det inte avsatt tid för att ge och få information (Grundberg m.fl, 2016b).

Många upplevde frustration kring den bristande samverkan (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016b); Hassal & Gill 2007; Kuo m.fl, 2019; Waterworth m.fl, 2015). Frustration upplevdes främst när det inte rädde konsensus mellan sjuksköterskor om att depression var viktigt att upptäcka och uppmärksamma (Kuo m.fl, 2019; Waterworth m.fl, 2015). Frustration väcktes också i olika situationer i förhållandet till läkare när depression ej togs på allvar (Borglin m.fl, 2019, Burroughs m.fl, 2006; Hassal & Gill, 2007).

Det rädde oklarheter i vårdpersonalen kring vem som var ansvariga för att identifiera och hantera den äldres depression (Burroughs m.fl, 2006; Liebel & Powers, 2013). En del ansåg att det inte var deras arbetsuppgift att utreda depressiva symtom utan att deras ansvar endast var att informera läkaren om patientens tillstånd (Burroughs m.fl, 2006; Liebel & Powers, 2013; Waterworth m.fl, 2015).

Bristande kunskap, otydliga riktlinjer och obesvarade frågor kring hur de skulle hantera konstaterad diagnos var orsaker till att sjuksköterskorna upplevde en begränsad roll i hantering

av de äldre med depression (Burroughs m.fl, 2006). Trots detta upplevde sjuksköterskorna att organisationen lade ansvaret hos dem (a.a.).

Andra sjuksköterskor upplevde att de hade en viktig funktion att fylla kring hanteringen av depression hos den äldre då de fokuserade på den äldres basala behov (Borglin m.fl, 2019; Hassal & Gill, 2007). De var medvetna om att äldre har en ökad risk att utveckla depression och upplevde därför att det var en viktig och legitim arbetsuppgift att bedöma och utreda om den äldre drabbats av depression och att det var något som de prioriterade vid mötet med vårdtagaren (Waterworth m.fl, 2015). Sjuksköterskorna upplevde sig själva som *spindeln i nätet* och kunde hänvisa patienter till relevant vårdinstans (Borglin m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016). Sjuksköterskorna kände att det var lättare för dem att uppmärksamma psykisk ohälsa än för läkaren då de träffade patienten mer regelbundet och i ett mindre formellt medicinskt sammanhang (Murray m.fl, 2006). Sjuksköterskorna upplevde att undersköterskorna och vårdbiträdena hade en viktig roll när det kom till att identifiera depression hos äldre vilket var något undersköterskorna och vårdbiträdena höll med om (Grundberg m.fl, 2016b; Hassal & Gill, 2007).

Riktlinjer och rutiner

Brist på riktlinjer inom organisationen ansågs vara en begränsning för vårdpersonalen (Borglin m.fl, 2019). Bristen på riktlinjer kring vem det är som har ansvaret för patientgruppen upplevde sjuksköterskorna påverkade vilken vård patienten skulle komma att få (Burroughs m.fl, 2006).

Sjuksköterskorna upplevde att det krävs standardiserade riktlinjer för att kunna ge personcentrerad vård (Borglin m.fl, 2019). Ändå beskrev de flesta en brist eller en total avsaknad av riktlinjer och rutiner gällande hantering av äldre med depression eller depressiva symtom (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b; Hassal & Gill, 2007; Waterworth m.fl, 2015).

Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns några tydliga handlingsplaner och önskade tydligare riktlinjer för vilka behandlingsalternativ som var möjliga att erbjuda innan man satte in en medicinsk behandling (Borglin m.fl, 2019). Rutiner för hur bedömningsunderlag och screeningfrågor skulle användas upplevdes också som nödvändigt för att kunna inleda ett samtal kring depression (Liebel & Powers, 2013). Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon rutin för hur bedömningsinstrument skulle användas (Borglin m.fl, 2019). I de fall där det fanns bedömningsformulär observerades svagheter kring de specifika utvärderingsinstrumenten (Damasceno m.fl, 2018; Liebel & Powers 2013).

Undersköterskorna och vårdbiträden beskrev också önskemål om tydligare riktlinjer kring hur bemötandet och hanteringen av deprimerade patienter bör vara samt hur långt deras ansvarsområde sträcker sig och vart de skulle vända sig för råd och stöd (a.a.).

Resurser

Sjuksköterskorna beskrev en frustration då de upplevde att det inte fanns tillräckligt med resurser för att kunna ge en god vård för patientgruppen (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Waterworth m.fl, 2015). De beskrev att de kände sig otillräckliga då de enbart kunde erbjuda stöd och rådgivning (Borglin m.fl, 2019). De upplevde att övriga behandlingsmetoder än medicinska åtgärder sällan prioriteras till den äldre och att kontakt med psykolog ofta inte var en tillgänglig resurs (a.a.).

Den upplevda bristen på resurser påverkade deras villighet att utreda patienter för depression då de kände att de inte hade någon vård att erbjuda patienterna även om en depression konstaterades (Burroughs m.fl, 2006). Sjuksköterskorna upplevde ett dilemma när de rapporterat till läkaren om patienter med självskaferisk. När det inte fanns direkt tillgång till

läkarhjälp och patienter var tvungna att vänta i dagar orsakade det en oro hos sjuksköterskorna (a.a.). Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden önskade ett bättre samarbete med specialistsjuksköterskor i psykiatrivården (Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b). Sjuksköterskor i USA delade med sig av deras tankar om kraven för sjukförsäkring (Liebel & Powers, 2016). De önskade att kraven sänktes, då de flesta sjukförsäkringarna inte gav tillgång till psykiatrisk vård (a.a.).

Miljön som mötet med den äldre patienten skedde i ansågs vara en resurs för vårdpersonalen (Borglin m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b; Liebel & Powers, 2013). Sjuksköterskorna upplevde att det var lättare att identifiera depressiva symtom vid ett personligt möte jämfört med ett telefonmöte, detta då bland annat kroppsspråk och ansiktsuttryck var värdefull information för att kunna uppmärksamma tecken på depression (Borglin m.fl, 2019). Samtlig vårdpersonal upplevde att det var enklare att observera och identifiera förändringar i patientens mående vid hembesök hos patienten jämfört med ett möte på vårdcentral (Borglin m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b). Personalen kunde då observera om hemmet var stökigt, om patienten skött sin hygien, var påklädda och att mat som levererats som var orörd indikerade på försämrad aptit (a.a). Ett ytterligare perspektiv om miljön var att sjuksköterskor upplevde ett minskat inflytande i hemmiljön jämfört med att ge vård på en vårdcentral (Liebel & Powers, 2013).

Tid var en resurs som många ansåg vara otillräcklig i mötet med de äldre med depression eller depressiva symtom (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Grundberg m.fl, 2016b; Hassal & Gill, 2007; Kuo m.fl, 2018). Det fanns inte nog med tid för att göra adekvata bedömningar och det ansågs inte finnas tillräckligt med rutinfrågor avsedda för depressiva symtom (Burroughs, m.fl, 2006; Kuo m.fl, 2015). Att inte ha avsatt tid för dessa kontroller väckte en frustration hos sjuksköterskorna och det upplevdes som svårt att ha ansvar över både det fysiska och psykiska måendet (Borglin m.fl, Grundberg m.fl, 2016a). Undersköterskor och vårdbiträde upplevde också att det var svårt att hantera när det äldre väl uttryckte sina emotioner, då det ansågs att det inte fanns tid nog till att lyssna på patienter då andra uppgifter var av prioritet (Grundberg m.fl, 2016b).

Sjuksköterskor beskrev att de distanserade sig emotionellt från patienterna och även förminskar depressiva tecken hos den äldre medvetet för att kunna spara tid (Liebel & Powers 2013). Stor arbetsbörda och tidsbrist gjorde att det endast fanns tid åt akuta besvär (Kuo, m.fl, 2015). Sjuksköterskorna uppgav ville helst inte uppmärksamma depressiva symtom för de uppfattade att de inte hade någon hjälp att erbjuda patienten (Borglin m.fl, 2019).

Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden upplevde att de behövde mer tid till patient möten (Hassal & Gill, 2007; Waterworth m.fl, 2015). När de äldre får tid till att samtala upplever vårdpersonalen att de äldre känner en lättnad (Borglin, m.fl, 2019; Hassal, m.fl, 2007; Waterworth m.fl, 2015).

Sjuksköterskan upplevde att för att våga ställa frågor och inleda ett samtal kring depression krävdes rätt kunskap som ansågs vara en viktig resurs i arbetet med depression (Borglin m.fl, 2019; Liebel & Powers 2013; Waterworth m.fl, 2015). Rätt kunskap är en förutsättning för att kunna identifiera depressiva symtom (Borglin m.fl, 2019). En stor del av vårdpersonalen upplever att de hade kunskapsbrist inom området och ansåg att deras kompetenser var begränsade när det gällde att identifiera depression samt vilka åtgärder som kunde sättas in för att behandla depressionen och därmed främja psykisk hälsa hos den äldre (Burroughs m.fl, 2006; Damasceno & Pereira de Sousa, 2018; Hassal & Gill, 2007; Kuo m.fl, 2019; Liebel & Powers, 2013). De upplevde också att de hade brist på kunskap kring hur de skulle gå tillväga för att utvärdera om insatt behandling var tillräcklig (Liebel & Powers, 2013).

Sjuksköterskorna upplevde därför att de inte var bra på att observera och identifiera depressiva

symtom när de äldre sökte vård för fysiska åkommor (Borglin m.fl, 2019). I en del fall undvek sjuksköterskorna att prata om depressiva besvär på grund av deras känsla av otillräcklig kunskap (Borglin m.fl,2019; Liebel & Powers, 2013). De som var obekväma med att prata om depression använde sig av strategier som humor för att avvisa och undvika ämnet (Leibel & Powers 2013). Nästan alla sjuksköterskor kände därför att de behövde mer fördjupad kunskap om depressiva symtom, lämpliga verktyg för att identifiera depression samt relevanta behandlingar (Borglin m.fl,2019; Grundberg m.fl, 2016b; Liebel & Powers, 2013). Utöver tillräckligt med kunskap upplevde sjuksköterskorna att det var viktigt att ha erfarna kollegor inom området (Kuo m.fl, 2019).

Mänskliga faktorer

Vårdpersonalen hade i mötet med äldre som har depression eller depressiva symtom återkommande upplevelser om att stigma och felaktiga föreställningar kring depression förekom hos patienter, allmänhet och hos vårdpersonal. Andra ämnen som återkom i artiklarna var hur viktigt det ansågs vara att ha kontinuitet med patienter och ett holistiskt synsätt. Dessa mänskliga faktorer påverkar vårdpersonalens upplevelse i vårdmötet med den äldre.

Stigma och felaktiga föreställningar kring depression

Sjuksköterskorna upplevde att de äldre kände skam över sin depression och är påverkade av en traditionell tabu som finns kring depression (Borglin m.fl, 2019; Damasceno & Pereira de Sousa, 2018; Murray m.fl, 2006; Waterworth m.fl, 2015). Stigma ansågs vara det största hindret för att kunna ge vård till den äldre (Damasceno & Pereira de Sousa, 2018; Waterworth m.fl, 2015). Detta ansågs resultera till att de äldre inte brukade vara ärliga med sjuksköterskorna när de ställde frågor kring deras mående (Hassal & Gill, 2007; Liebel & Powers, 2013; Murray m.fl, 2006). Äldre patienter tycktes inte vilja att andra anhöriga eller läkare skulle få veta om deras nedsatta mående (a.a.). Sjuksköterskorna berättade att de äldre hade svårt att prata och uttrycka sina känslor, sjuksköterskorna märkte motvillighet kring detta särskilt hos äldre män (Murray m.fl, 2006). Det upplevdes därför vanligt att äldre sökte vård för annan åkomma än sina besvär som var relaterade till depression (Borglin m.fl, 2019). Om de äldre nämnde sitt psykiska mående märkte sjuksköterskorna att de ursäktade sig för detta och att dessa patienter helst inte ville vara till besvär (Waterworth m.fl, 2015).

Sjuksköterskorna uppfattade att det var viktigt att närma sig detta ämne med försiktighet när man samtalade med äldre och inte fråga rakt ut om patienten kände sig deprimerad (Borglin m.fl, 2019; Waterworth m.fl, 2015).

Sjuksköterskorna upplevde även att de äldre inte sökte hjälp för depression p.g.a. felaktiga föreställningar om depression (Borglin m.fl, 2019; Murray m.fl, 2006). Föreställningar de möttes av var bl.a. att depression var en normal konsekvens av åldrandet eller att behandling mot depression inte fanns (a.a.). De var oroliga över dessa tendenser till normalisering av depression som de såg hos äldre men även hos allmänheten (Murray m.fl, 2006).

I vissa fall ansåg sjuksköterskor att depression aldrig hörde till ett normalt åldrande (Murray m.fl, 2006), men även bland vårdpersonal fanns dessa föreställningar om depression; att det inte är behandlingsbart och en naturlig del av åldrandet (Liebel & Powers, 2013; Damasceno & Pereira de Sousa, 2018). Att läkarna ignorerade, avfärdade och lämnade depressiva symtom obehandlade upplevdes som en stor frustration hos vårdpersonalen (Hassal & Gill, 2007).

Kontinuitet

En förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient med mycket tillit och förståelse ansågs vara det bästa sättet för att upptäcka och behandla äldre patient med depression (Borglin m.fl, 2019; Liebel & Powers, 2013; Waterworth m.fl, 2015). Utan patientens förtroende kommer de inte att lyssna på instruktioner eller berätta om sitt mående (Borglin

m.fl, 2019; Liebel & Powers, 2013). Enligt sjuksköterskorna kunde tillit endast skapas om det fanns tillgång till bl.a. kontinuitet med patienterna (a.a). En terapeutisk relation till de äldre var viktigt för sjuksköterskorna, vilket de definierade som en balans mellan närhet och professionalitet och på detta sätt ansåg de att de kunde lära de äldre att hantera depressionen bättre (Liebel & Powers, 2013). Med kontinuitet i mötet med den äldre upplevdes det som lättare för vårdpersonalen att upptäcka symtom och agera proaktivt (Waterworth m.fl, 2015; Grundberg m.fl, 2016b). Många upplevde att det var sorgligt för de äldre som inte fick kontinuitet (Borglin m.fl, 2019).

Kontinuitet var förutsättning för upptäckt av depressiva symtom, då de äldre, enligt sjuksköterskornas erfarenhet inte berättade om sitt mående förrän de hade lärt känna sjuksköterskan (Borglin, m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016a).

Holistiskt synsätt

Omvårdnadsåtgärder och social support ansågs vara lika viktigt som medicinska åtgärder och sjuksköterskorna upplevde att de hade en viktig funktion att fylla vid bemötandet av depression hos äldre (Borglin m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016a). Det var ibland utmanande att få en helhetsbild över patientens mående och livssituation men det ansågs vara nödvändigt för att kunna veta om patienten led av depression eller fysisk åkomma (a.a). Därmed betonades vikten av ett holistiskt synsätt, de upplevde att det var viktigt att se helheten kring patientens livsstil som hur sömn, motion och sociala kontakter påverkade patientens mående (Waterworth m.fl, 2015).

Vårdpersonalen upplevde att ökad medicinering i sig utgjorde en ökad risk för depression, detta då medicinernas biverkningar orsakade besvär hos den äldre som förstoppning och minskad aptit vilket hade en negativ påverkan på deras vardag och livskvalitet (Grundberg, m.fl, 2016b). Alternativa behandlingsmetoder önskade sjuksköterskorna och en tydligare handlingsplan med riktlinjer innan medicinsk behandling sätts in (Borglin m.fl, 2019).

Personalen såg tydliga positiva effekter som terapiprogram och sociala aktiviteter medfört för vårdtagare med depression och betonar därför vikten av att erbjuda detta (Hassal & Gill, 2007).

Att skapa en tillitsfull relation till den äldre upplevdes som viktigt och vårdpersonalen upplevde att deras hembesök hos vårdtagarna hade en positiv inverkan på den äldres mående då det minskade känslan av ensamhet hos den äldre.

Vårdpersonalen konstaterade att många äldre var isolerade och ensamma och i behov av socialt stöd (Grundberg m.fl, 2016a; Murray m.fl, 2006). Det fanns inte alltid tid avsatt för socialt stöd och vårdpersonal upplevde att anhöriga hade en stor påverkan på den äldres mående (Kuo m.fl, 2019).

DISKUSSION

Diskussionen presenteras under *metoddiskussion* och *resultatdiskussion*.

Metoddiskussion

I metoddiskussionen diskuteras den valda metodens styrkor och svagheter samt vad som skulle kunna ha gjorts annorlunda.

Metodval

Studien har utförts som en litteraturstudie med kvalitativ ansats utifrån

vårdpersonalens perspektiv. Kvalitativ ansats valdes då kvalitativ forskning undersöker personers upplevelser och erfarenheter i relation till ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Denna ansats var relevant då studiens syfte var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att möta äldre med depression.

Styrkan med den valda studiedesignen är att kunna redovisa för vårdpersonalens erfarenheter. Svagheter med denna ansats är att det inte finns någon absolut sanning eller fel i hur en erfarenhet är upplevd, man har beskrivit få personers verklighet (Henricson & Billhult, 2007). Detta kan anses vara en svaghet för resultatets generaliserbarhet.

Resultatet kan inte ses som oberoende eftersom författarna ses som en medskapare av texten (a.a). Författarna till detta examensarbete utgår från sitt paradigm och sin kontext när innehålls analys har utförts, och förståelse för att författarna är subjekt som påverkar resultatet bör därför noteras (Forsberg & Wengström, 2013).

Om en kvantitativ ansats valts istället skulle ett mätbart resultat kunnat redovisa samband som vilken påverkan en intervention hade kunnat göra på vårdpersonalens arbete (Forsberg & Wengström, 2013). Men denna ansats hade inte kunnat svara på litteraturstudiens syfte eller frågeställning.

Inklusionskriterier/Exklusionskriterier

En litteraturstudie skall innehålla inklusions- och exklusionskriterier som står till grund för urvalet av studierna (Forsberg & Wengström, 2013).

Det första inklusionskriteriet för denna litteraturstudie var kvalitativa studier, vars svagheter och styrkor har nämnts i föregående stycke. Kvalitativ studiedesign passade bäst eftersom vårdpersonalens upplevelser som skulle belysas. Det andra inklusionskriteriet var sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Samtliga yrkesgrupper valdes att inkluderas då sjuksköterskan är ansvarig och ledare för omvårdnadsarbetet men en del arbetsuppgifter delegeras sjuksköterskan till undersköterskor och vårdbiträden. Yrkes professionerna arbetar i ett nära team och därav fanns intresse att ta del av samtligas upplevelser. En styrka med detta val av kriterium är att det åstadkommit en stor variation bland deltagare, med olika yrken med verksamhet i olika kontexter. Det är en styrka eftersom i kvalitativa ansatser är det en stor variation som efterfrågas, med så många olika perspektiv som möjligt från deltagarna (Henricson & Billhult, 2017). En svaghet med denna variation kan tänkas vara att med olika yrkesroller och uppgifter är det större risk för att det är så pass olika upplevelser bland deltagarna i de artiklarna att det kan vara svårt att få ett sammanhängande resultat.

Inget exklusionskriterie gjordes angående publiceringsår då pilot-sökningarna visade att det var ett ämne där det gjorts begränsad forskning. För att få ökat antal artiklar krävs mindre begränsning i litteratursökningen, och därmed ställdes ingen tidsbegränsning på publiceringsår för artiklarna.

Det tredje inklusionskriteriet, 65 år och äldre grundade sig i den valda definitionen av äldre, en nackdel med denna definition var att en del artikelförfattare valt att definiera äldre som 60 år och äldre.

Artiklarna var på svenska och engelska då detta är språk som författarna behärskar. Att behärska engelska är till fördel då det finns tillgång till mycket fler artiklar än vad det gör på svenska. Svaghet med att endast inkludera studier på två språk kan vara att relevanta artiklar på andra språk missas.

En av inklusionskriterierna var att vårdtagarna skulle vara 65 år och äldre. I två artiklar var vårdtagarna 60 år och äldre. Trots detta inkluderades dessa två artiklar då deras innehåll överensstämde med litteraturstudiens syfte trots att definitionen av äldre avviker något. Resultatet kan tänkas ha påverkats något på grund av detta.

Det var svårt att finna artiklar som svarade på syftet och frågeställningen. En anledning kan vara att det inte finns tillräckligt med studier inom området. Det finns studier som menar att de är först med att studera området (Borglin m.fl, 2019; Kuo, 2015).

Litteratursökning och Urvalsprocess

Litteratursökningen gjordes i tre olika databaser Cinahl, PubMed och PsycINFO, som har olika inriktningar. Styrkan med att använda sig av flertalet databaser är att det ökar arbetets trovärdighet då chanserna att finna relevanta artiklar ökar (Henricsson, 2017).

Databassökningar bestod av både fritextord samt ämnesord vilket är en styrka då detta ökar chanserna för ett relevant sökresultat, en balans mellan sensitivitet och specificitet (Willman, 2016). De Booleska termerna AND användes mellan varje block för att begränsa sökningar och i varje block användes den booleska termen OR mellan varje fritextord och ämnesord, då detta vidgar sökningen (a.a).

I efterhand har funderingar väckts om det skulle påverkat sökresultatet om kombinationen av de booleska termerna och sökblock gjorts annorlunda.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen gjordes enligt SBU:s mall (2014) vilket ökar arbetets tillförlitlighet (Henricsson, 2017). För bedömning av artiklarnas kvalitetsnivå användes Willman m.fl. (2016) för att bedöma om artiklarna uppnådde kriterier för om en artikel har hög, medel eller låg kvalitet som exempelvis en väldefinierad frågeställning (a.a.). Enligt SBU är kvalitetsgranskningsmall enbart hjälp och stöd för att bedöma kvalitetsnivå (SBU, 2017), och bedömningen av artiklarnas kvalitetsnivå anses därmed vara subjektiv. Att artiklarnas kvalitet är en subjektiv bedömning kan anses vara en svaghet då artiklarnas kvalitet kan bedömas till olika nivåer av olika granskare, vilket påverkar trovärdigheten.

För att öka arbetets kvalitet och pålitlighet gjordes kvalitetsgranskning av samtliga artiklar enskilt av författarna och därefter gjordes jämförelser (Forsberg & Wengström, 2013; Henricsson, 2017). Två artiklar med medelnivå i kvalitet inkluderades i resultatet. Deras svagheter var otydlighet i layout och metodbeskrivning. De inkluderades trots detta p.g.a. innehållsmässigt var artiklarna informativa och svarade på litteraturstudiens syfte.

Analys

Innan analysen påbörjades så diskuterade författarna sin förförståelse i relation till fenomenet för att öka medvetenheten om risken att förförståelsen skulle kunna påverka analysen (Danielson, 2017). Författarna läste igenom artiklarna enskilt och tog ut meningsenheter samt koder. Sedan jämfördes det med vad den andra författaren kommit fram till och gemensamma kategorier och subkategorier framställdes. Styrka med detta är att risken för att missa någon viktig kod minskas vilket ökar arbetets pålitlighet (a.a.). Styrka med innehållsanalys är att det underlättar för författarna att identifiera mönster som beskriver det valda fenomenet (Forsberg & Wengström, 2013). Arbetets trovärdighet ökar då det valda fenomenet är det som har studerats (Henricsson, 2017).

Överförbarhet

Resultatet har framställts av artiklar från Sverige, Storbritannien, Australien, Brasilien,

Taiwan, USA och Nya Zeeland. I artiklarna har det framgått om deltagarna jobbat inom äldreomsorg eller primärvård, i bilaga 2 står det listat vart deltagarna arbetar. Detta ökar överförbarheten av resultatet då det har lyckats få fram gemensamma faktorer bland deltagarnas upplevelser (Henricson, 2017) trots organisatoriska skillnader i de olika länders vårdssystem samt kulturella och geografiska skillnader.

Jämställdhet

I de fall där deltagarnas kön redovisats var majoriteten kvinnor och endast tre var män vilket kan innebära att resultatet ej har ett jämställdhetsperspektiv. Det kan antas problematiskt om man skulle kunna tänka sig att kvinnor och mäns upplevelser skulle kunna skilja sig åt, men i artikeln där tre män deltagit redovisades inte upplevelsena för män och kvinnor separat. Att de flesta deltagarna var kvinnor är egentligen inte något som är så anmärkningsvärt då det representerar den rådande könsfördelningen inom vården, enligt Socialstyrelsen (2018) var 88% av sjuksköterskorna kvinnor år 2018. Trenden finns världen över och sjuksköterskeprofessionen är ett kvinnodominerat yrke i alla kontinenter (WHO, 2019).

Resultatdiskussion

I resultatdiskussion diskuteras litteraturstudiens mest intressanta drag under respektive kategorier.

Organisatoriska faktorer

Resultatet visade att vårdpersonalens upplevelser av att möta äldre med depression påverkas av organisationsstrukturen. Samtliga artiklar som nämnde tankar om riktlinjer och rutiner talade om en brist vilket skapade en frustration hos vårdpersonalen (Borglin m.fl, 2019; Burroughs m.fl, 2006; Grundberg m.fl, 2016a; Waterworth m.fl, 2015). Det fanns även en frustration gällande vilka resurser som det fanns tillgång till, som läkartider och tillgång till specialistvård, vilket påverkade sjukvårdspersonalens förmåga att identifiera och ge en god behandling (Borglin m.fl, 2019).

Deras känsla av otillräckliga resurser gjorde att vårdpersonalen i en del fall undvek att tala om depression då de beskrev att de inte hade några resurser att erbjuda trots konstaterad diagnos. Litteraturstudiens resultat om den upplevda bristen på resurser bekräftar den information som går att hämta från Socialstyrelsen (2018) gällande att äldre personer sällan får ta del av specialistvård, vilket var något som vårdpersonalen i litteraturstudien upplever som frustrerande (a.a.). Detta kan anses vara mycket problematiskt då detta innebär ett onödigt lidande hos den äldre på grund av resursbrist och en bristande organisationsstruktur.

Sjuksköterskorna var inte nöjda med organisationsstrukturen och upplevde en frustration över att en stor del av arbetstiden gick åt till att utföra administrativa uppgifter. De kände sig därmed mer som administratörer än vårdgivare, vilket de upplevde resultera i mindre möjlighet att erbjuda en optimal och personcentrerad vård (Borglin m.fl, 2019).

Vårdpersonal delade med sig av ett perspektiv att rådande organisationsstruktur prioriterade fysiska åkommor, vilket ansågs leda till att den psykiska hälsan förbisågs och därmed nedprioriteras depression (Damasceno m.fl, 2018; Hassal m.fl, 2007; Kuo m.fl, 2019; Liebel m.fl, 2013). Vilka åkommor som prioriterades tros bero på vad som är ekonomiskt fördelaktigt (Kuo m.fl, 2019). Ackreditering påverkar vilka åkommor och diagnoser som ska prioriteras innebar att det inte var en ekonomisk fördel att lägga prioritet och resurser på psykisk ohälsa (Liebel & Powers, 2013).

Trots att litteraturstudiens artiklar är publicerades från fyra olika kontinenter med olika

organisationsstrukturer visade sig en gemensam uppfattning att psykiska sjukdomar nedprioriteras. Detta anser författarna indikera på att den psykiska ohälsan hos äldre är en global problematik oberoende av rådande vårdssystem.

I de artiklar från de länder där sjukvårdssystemet finansieras av privata sjukvårdsförsäkringar upplevdes det en stor frustration från sjuksköterskorna att försäkringarna inte täckte de resurser som de psykiska behoven krävde (Liebel & Powers, 2013; Azulai & Hall, 2020). Detta anser författarna även vara ett relevant perspektiv för länder med välfärdssystem såsom Sverige, då tecknandet av privata sjukvårdsförsäkringar ökar här (Dagens medicin, 2019). Ökandet av privata sjukvårdsförsäkringar kan antas bero på en minskad nöjdhet av den vård och resurser som erbjuds inom den statliga sjukvården.

Samverkan ansågs vara essentiellt och viktigt för vårdpersonalen för att ge en god omvårdnad, samtidigt som det väcker frustration hos vårdpersonalen, i förhållande till deras läkare (Borglin m.fl, 2019; Hassal & Gill, 2007). Frustrationen var främst kring att inte kunna remittera till psykolog utan läkares godkännande samt att läkares åtgärder inte anses vara effektiva eller tillräckliga.

En tidigare studie visade att sjuksköterskor kunde i lika hög grad som läkare göra korrekta bedömningar av depressiva symtom (Mitchell & Kakkadasam, 2011). Studiens resultat bekräftar vikten av god samverkan och att både läkare och sjuksköterskor har en viktig och betydande roll när det kommer till att identifiera depression. Samtidigt nämnde många sjuksköterskor en upplevd kunskapsbrist för att just göra dessa bedömningar (Burroughs m.fl, 2006; Damasceno & Pereira de Sousa, 2018; Hassal & Gill, 2007; Kuo m.fl, 2019; Liebel & Powers, 2013). Dessa motsättningar kan tyda på en brist på samverkan och kommunikation mellan vårdprofessionerna samt ett bristande självförtroende på vårdpersonalens egna förmåga att göra dessa bedömningar.

Mänskliga faktorer

Resultatet visade att stigma och felaktiga föreställningar utgjorde ett stort hinder för vårdpersonalen när det kom till att identifiera och vårda äldre med depression.

Fördomar från patienterna, anhöriga och samhället gjorde att arbetet upplevdes ta mer tid och vara mindre effektivt. Att få familjemedlemmar att komma in med patienten och få anhöriga medvetna om depression ansågs vara ett annat hinder för att kunna sätta in åtgärder (Damasceno & Pereira de Sousa, 2018).

Sjuksköterskorna upplevde motvillighet speciellt hos män när det kom till att prata om psykosociala problem och att de ej ville visa behov av hjälp eller söka hjälp för psykisk ohälsa (Murray m.fl, 2006). Då risken för självmord är högre hos äldre män beskrev sjuksköterskorna en oro över att missa depressiva symtom hos männen (a.a). Sjuksköterskornas upplevelser bekräftar socialstyrelsens (2018) utlåtande om äldre mäns ökade risk för suicid.

Den observerade skammen och upplevda pinsamheten hos de äldre gällande att prata om sitt psykiska mående trodde en del deltagare relateras till den tiden då de äldre växte upp, en tid när psykisk ohälsa var ännu mer stigmatiserat än idag (Borglin m.fl, 2019). Förr ansågs psykisk ohälsa som ett tecken på svaghet och detta kan vara något som fortfarande anses hos de äldre (Murray m.fl, 2006). Vårdpersonalen kunde observera en rädsla hos äldre personer över att få en diagnos samt att de äldre ansåg att en diagnos var bekräftelse på deras svaghet (a.a). I en annan studie som gjorts framkom det ett liknande resultat, att äldre personer sällan söker hjälp för psykiska besvär vilket försvårar att fastställa en diagnos (Hope, 2003), Hope's

(2003) resultat bekräftar litteraturstudiens resultat gällande vilka svårigheter vårdpersonalen upplever vid identifikation och diagnostisering.

Önskan om ökad kunskap om depression nämnde många artiklar i litteraturstudien (Borglin m.fl, 2019; Grundberg m.fl, 2016b; Liebel & Powers, 2013).

En ny studie från Taiwan visade att om utbildning implementeras på arbetsplatser kring depression och depressiva symtom hos äldre, ändras sjuksköterskornas attityder till att arbeta med patientgruppen från neutralt till positivt (Ni m.fl, 2020). Intresset ökade även för att göra bedömningar (a.a.). Vårdpersonalens önskan om mer kunskap och utbildning i ämnet kan anses vara legitim anseende på den sistnämnda studiens resultat. Studien visar att attityder kan ändras genom kunskap och kan anses påverka omvårdnaden positivt.

Vårdpersonalen som kände sig obekväma med att prata om depression använde sig av strategier som humor för att avvisa och undvika ämnet depression (Leibel & Powers, 2013). Okunskap tros vara en faktor som leder till denna obekvämhets, vilket kan anses vara problematiskt då det leder till att depression negligeras och undviks av vårdpersonalen. Utöver brist på kunskap var en annan orsak till att sjuksköterskorna upplevde en rädsla över att behöva ställa frågor kring dessa ämnen att patienterna potentiellt kan börja gråta (Waterworth m.fl, 2015). För att vårdpersonalen skall känna sig bekväma med att prata om dessa ämnen anses det krävas mod och erfarenhet. Att bygga upp modet kring att ställa frågor om suicidalitet och depression är något man tror tar tid (a.a).

Vårdpersonalen som upplevde att de kände sig bekväma med att ställa frågor upplevde ändå att de äldre patienterna ofta inte talade sanning (Hassal & Gill, 2007; Liebel & Powers, 2013; Murray m.fl, 2006). Detta kan tros vara en icke motiverande faktor i arbetet, och kan tänkas resultera i att vårdpersonalen slutar ställa frågor kring depression.

Enligt vårdpersonal kom de äldre ofta till läkare glada och optimistiska och dolde deras depressiva symtom (Hassal & Gill, 2007). Därför kan god kollegial samverkan antas vara ännu viktigare mellan vårdpersonal och läkare, så att läkare får tillräcklig information från vårdpersonal och ser dem som en resurs, eftersom de har mer kontinuitet med de äldre (Borglin, m.fl, 2019).

En del av vårdpersonalen påpekade att läkarna inte var effektiva i sina åtgärder mot äldres depression eller depressiva symtom (Borglin m.fl, 2019). Fenomen att de äldre inte delar med sig av sin psykiska ohälsa till läkare kan göra att läkares arbete blir oeffektivt. Att vårdpersonal möter äldre i mer informella miljöer och med mer kontinuitet (Hassal & Gill, 2007; Liebel & Powers, 2013; Murray m.fl, 2006) kan vara orsaker till att de äldre vågar berätta för vårdpersonalen om sitt mående.

KONKLUSION/SLUTSATS

Resultatet i denna litteraturstudie visade att vårdpersonalen upplever vården vid psykisk ohälsa hos äldre som bristfällig. Vårdpersonal ansåg att organisationen påverkade förutsättningarna för deras möte med äldre patienter. Brist på resurser i form av tid, behandlingsalternativ, kollegialt stöd och konsensus bland medarbetare om vikten av att uppmärksamma psykisk ohälsa väcker frustration. Bristerna visades bero på otillräcklig

kunskap, för lite tid och en organisationsstruktur där psykisk ohälsa inte var en prioritet. Ökad kunskap om depression skulle leda till att stigmatisering och felaktiga föreställningar kring depression minskar hos den äldre, vårdpersonalen och i samhället, vilket i sin tur skulle leda till att depressiva symtom lättare kan identifieras.

FORTSATT KUNSKAPsutveckling och FÖRBÄTTRINGSARBETE

Litteraturstudien visar att vårdpersonalen upplever att det finns brister inom vården gällande struktur och oklara riktlinjer, som utgör hinder för sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som vårdar äldre med depression eller depressiva symtom. Stigma och felaktiga föreställningar råder i allmänheten och märks bland både vårdpersonal och patienter, vilket försvårar för vårdpersonal att ge vård och för den äldre att ta emot vård. Kunskapsbrist, tidsbrist och en saknad av konsensus gällande den depressiva sjukdomens allvarlighet och inverkan på den äldre patientens hälsa kan leda till att den personcentrerade vården i sin tur brister.

Ökad kunskap och kompetens önskas inom ämnet för att minska stigmatisering och felaktiga föreställningar som råder kring depression hos vårdpersonalen. För att ge vårdpersonalen bättre förutsättningar att identifiera depression och ge en god vård önskas förbättringsarbete där man arbetar fram standardiserade riktlinjer och vårdplaner för patientgruppen. Även empiriska studier kring hur den äldre med depression upplever vården och mötet med vårdpersonal skulle kunna vara av forskningsintresse. Den grundutbildade sjuksköterskan kan genom empiriska studier ur ett patientperspektiv öka sin förståelse för den äldre med depression eller depressiva symtom, och som ledare av omvårdnadsarbetet arbeta och utveckla riktlinjer för att förbättra omvårdnaden av denna patientgrupp samt utveckla professionen.

REFERENSER

- Azulai A, Hall B (2020) Barriers to the Recognition of Geriatric Depression in Residential Care Facilities in Alberta. *Issues in Mental Health Nursing*, 41:10, 887-898.
- Azulai A, Walsh C, (2019) How Do Regulated Nurse Professionals in Alberta Assess Geriatric Depression in Residential Care Facilities. *Canadian Journal on Aging*, 39, 468-484.
- Borglin G, Rathel K, Paulsson H, & Sjögren Forss K, (2019). Registered nurses' experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*. 18:1, 1-12
- 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, 369-377
- Dagens medicin, (2019) *Fler betalar sig förbi vårdköen.*
><https://www.dagensmedicin.se><HTML (2020-12-20).
- Damasceno VC, Sousa FSP de, (2018) Mental health care for the elderly: The nurses perception. *Journal of nursing*, 12, 2710-2716
- Danielson E, Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson M, (Red). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (upplaga 2) Lund: Studentlitteratur.
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård, SOSFS 1997:14:10.
- Ehrenberg A, (red.) (2015). Äldre personers rätt till omvårdnad: behov, kompetenser, myter och evidens. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Forsberg C, Wengström Y, (2013) Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm, Natur & Kultur
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Psykisk ohälsa vanligt bland äldre personer.* >
<https://www.folkhalsomyndigheten.se><HTML (2020-12-17)
- Grundberg Å, Hansson A, Hillerås P, Religa D, (2016a) District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2590–2599.
- Grundberg Å, Hansson A, Hillerås P, Religa D, (2016b) Home care assistants' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2016:9, 83-95
- Gulmann, N C, Depressionssjukdomar och andra förstämningssyndrom. I: Gulmann, N C (red.) (2003). Gerontopsykiatri. Lund: Studentlitteratur
- Hassall S, Gill T, (2007), Providing care to the elderly with depression: the views of aged care

staff. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15, 17-23

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

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

Kjellström S, (2017) Forskningsetik. I: Henricson M, (Red). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (upplaga 2) Lund: Studentlitteratur.

Kommunförbundet Skåne, (2016) *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso-och sjukvården i Skåne.* ><https://vardgivare.skane.se><PDF (2020-12-22)

Kuo C-L, Tsai C-H, Chuang Y-H, Wang S-Y, Pan Y-F, (2019) Nurses' perceptions regarding providing psychological care for older residents in long-term care facilities: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*, 14, 1-10

Larsson M, Rundgren Å, (2010). Geriatriska sjukdomar. (upplaga 3) Lund: Studentlitteratur

Liebel D A, Powers, B A, (2013). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *The Gerontologist*, 55, 448-461.

Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5. (2014). Stockholm: Pilgrim Press.

Mitchell AJ, Kakkadasam V. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes - a meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal Nursing Studies*. 2011;48 (3) :359–68.

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*, 63, 1363-1373.

Ni C, Gui S, Chao C, Wang C, Susanty S, & Chuang Y (2020). Nurses' Late-Life Depression Knowledge and Attitudes Toward Depression: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Health Care Organization*, 57: 1–6.

Socialstyrelsen (2017), *Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.* ><https://www.socialstyrelsen.se><PDF (2020-12-22)

Socialstyrelsen, (2016) *Primärvårdens uppdrag En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.* ><https://www.socialstyrelsen.se><PDF (2020-12-22)

Socialstyrelsen, (2018) Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre: uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre: En systematisk litteraturöversikt.

Socialstyrelsen, (2020) *Regioner och kommuner ansvarar för att erbjuda en god vård.* ><https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se><HTML (2021-01-12)

Statens beredning för medicinsk utvärdering, (2015) Behandling av depression hos äldre

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Granskningsmallar.* ><https://www.sbu.se><PDF(2020-12-22)

Statens beredning för medicinsk utvärdering, (2017) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten.* ><https://www.sbu.se><PDF (2020-01-12)

Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor. (2010). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening, (2019) *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård.* ><https://www.swenurse.se><PDF (2020-12-22)

Wang J, Simmons S, Maxwell C, Schlundt D & Mion L (2018). Home Health Nurses' Perspectives and Care Processes Related to Older Persons with Frailty and Depression: A Mixed Method Pilot Study, *Journal of Community Health Nursing*, 35:3, 118-136.

Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M, (2015) A qualitative study of nurses' clinical experience in recognizing low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2562-2570.

WHO, (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries.* ><https://apps.who.int><PDF (2020-12-22)

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Fjärde upplagan Lund: Studentlitteratur

1177, (2019). *Så fungerar vården.* ><https://www.1177.se><HTML (2021-01-12)

BILAGOR

Bilaga 1. Sökschema i databaser

	Sökning i Cinahl 2020-11-22		
Sök-nummer	Söktermer	Sökblock	Antal träffar
#36	"older people" OR "older persons" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR AB elderly (MH "Aged+") OR (MH "Aged, 80 and Over+") AND "depressive symptoms" OR AB depression OR AB "mental disorders" OR AB mental health OR (MH "Depression+") AND "long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "nursing care" OR "care to the elderly" OR "municipal home help" OR (MM "Primary Health Care") AND district nurs* OR nursing aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR TI "aged care staff"	ÄLDRE OCH DEPRESSION OCH PRIMÄRVÅRDEN, ÄLDREOMSORGEN OCH SJKSKÖTERSKAN, UNDERSKÖTERSKAN	503
#35	district nurs* OR nursing aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR TI "aged care staff"	Block 4 SJKSKÖTERSKAN OCH UNDERSKÖTERSKAN UPPLEVELSE	418,802
#34	(MM "Nurse Attitudes")		18,416
#33	TI "aged care staff"		26
#32	"attitude of health personnel"		44,535
#31	"nurses"		365,294
#30	"nursing assistants"		9,028
#29	"nurse attitudes"		31,867
#28	nursing aides		4,488
#27	district nurs*		3,502

#26	"long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "nursing care" OR "care to the elderly" OR "municipal home help" OR (MM "Primary Health Care")	Block 3 PRIMÄRVÅRDEN OCH ÄLDREOMSORGEN	208,104
#25	(MM "Primary Health Care")		39,454
#24	"municipal home help"		4
#23	"care to the elderly"		2,989
#22	"nursing care"		57,704
#21	"care centres"		1,534
#20	"healthcare centres"		326
#19	"community health nursing"		28,188
#18	"primary health care"		69,393
#17	"home health care"		24,645
#16	"long term care"		34,362
#15	"depressive symptoms" OR AB depression OR AB "mental disorders" OR AB mental health OR (MH "Depression+")	block 2 DEPRESSION OCH DEPRESSIVA SYMTOM	243,287
#14	(MH "Depression+")		114,316
#13	AB mental health		91,989
#12	AB "mental disorders"		10,728
#11	AB depression		105,625
#10	"depressive symptoms"		25,335
#9	"older people" OR "older persons" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR AB elderly (MH "Aged+") OR (MH "Aged, 80 and Over+")	Block 1 ÄLDRE PERSONER	922,728
#8	(MH "Aged, 80 and Over+")		299,212
#7	(MH "Aged+")		843,801

#6	AB elderly		64,390
#5	"aged 65+ years"		6,977
#4	"older adults"		57,704
#3	ageing		93,918
#2	"older persons"		7,866
#1	"older people"		26,736

Sökning i PsycINFO 2020-11-22			
Sök-nummer	Söktermer	Sökblock	Antal träffar
#33	("older people" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR (AB elderly) OR (MAIN SUBJECT Explode "Older adulthood") OR ("Aged, 80 and Over")) AND ("depressive symptoms" OR AB depression OR AB "mental disorders" OR AB mental health OR (MAINSUBJECT "Late Life depression")) AND ("long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "nursing care" OR (MAIN SUBJECT Explode "Primary Health Care")) AND (district nurs* OR nursing aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR TI "aged care staff" OR (MAIN SUBJECT Explode "Attitude of health personnel"))	ÄLDRE OCH DEPRESSION OCH PRIMÄRVÅRDEN, ÄLDREOMSOREN OCH SJUKSKÖTERSKAN, UNDERSKÖTERSKAN	255
#32	district nurs* OR nursing aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR TI "aged care staff" OR (MAIN SUBJECT Explode "Attitude of health personnel")	Block 4 SJUKSKÖTERSKAN OCH UNDERSKÖTERSKAN UPPLEVELSE	92,750
#31	MAIN SUBJECT Explode "Attitude of health personnel"		23,860

#30	TI "aged care staff"		20
#29	"attitude of health personnel"		21,724
#28	"nurses"		61,839
#27	"nursing assistants"		613
#26	"nurse attitudes"		313
#25	nursing aides		918
#24	district nurs*		2497
#23	"long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "nursing care" OR (MAIN SUBJECT Explode "Primary Health Care")	Block 3 PRIMÄRVÅRDEN OCH ÄLDREOMSORGEN	48,030
#22	MAIN SUBJECT Explode "Primary Health Care"		2497
#21	"nursing care"		18,597
#20	"care centres"		674
#19	"healthcare centres"		110
#18	"community health nursing"		2021
#17	"primary health care"		27,037
#16	"home health care"		1737
#15	"long term care"		11,721
#14	"depressive symptoms" OR AB depression OR AB "mental disorders" OR AB mental health OR (MAINSUBJECT "Late Life depression")	block 2 DEPRESSION OCH DEPRESSIVA SYMTOM	444,071
#13	MAINSUBJECT "Late life depression"		721
#12	AB mental health		196,402
#11	AB "mental disorders"		42,372
#10	AB depression		239,541

#9	"depressive symptoms"		45,991
#8	"older people" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR (AB elderly) OR (MAIN SUBJECT Explode "Older adulthood") OR ("Aged, 80 and Over")	Block 1 ÄLDRE PERSONER	173,617
#7	"Aged, 80 and Over"		75,045
#6	MAIN SUBJECT Explode "Older Adulthood"		5905
#5	AB elderly		51 830
#4	"aged 65+ years"		2627
#3	"older adults"		50,180
#2	ageing		17,268
#1	"older people"		15,341

	Sökning i PubMed 2020-11-22		
Sök-nummer	Söktermer	Sökblock	Antal träffar
#34	"older people" OR "older persons" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR [Title/abstract] elderly OR [MeSh] "Aged+") OR [MeSh] "Aged, 80 and Over+") AND "depressive symptoms" OR [Title/abstract] depression OR [Title/abstract] "mental disorders" OR [Title/abstract] mental health OR [MeSh] "Depression+") AND "long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "home help" OR [MeSh] "Primary Health Care") AND district nurs* OR nursing	ÄLDRE OCH DEPRESSION OCH PRIMÄRVÅRDEN, ÄLDREOMSÖREN OCH SJUKSKÖTERSKAN, UNDERSKÖTERSKAN	574

	aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR [MeSh] attitude of health personnel] OR TI "aged care staff"		
#33	district nurs* OR nursing aides OR "nurse attitudes" OR "nursing assistants" OR "nurses" OR "attitude of health personnel" OR TI "aged care staff" OR "Attitude of health personnel" [MeSh]	Block 4 SJUKSKÖTERSKAN OCH UNDERSKÖTERSKAN UPPLEVELSE	356,808
#32	[MeSh] "Attitude of health personnel")		159,898
#31	TI "aged care staff"		19
#30	"attitude of health personnel"		123,440
#29	"nurses"		222,190
#28	"nursing assistants"		5,026
#27	"nurse attitudes"		121
#26	nursing aides		1,747
#25	district nurs*		13,715
#24	"long term care" OR "home health care" OR "primary health care" OR "community health nursing" OR "healthcare centres" OR "care centres" OR "home help" OR [MeSh] "Primary Health Care")	Block 3 PRIMÄRVÅRDEN OCH ÄLDREOMSORGEN	248,034
#23	[MeSh]"Primary Health Care")		162,792
#22	"home help"		440
#21	"care centres"		3,732
#20	"healthcare centres"		763
#19	"community health nursing"		21,093
#18	"primary health care"		101,955
#17	"home health care"		3,692
#16	"long term care"		40,469

#15	"depressive symptoms" OR AB depression OR AB "mental disorders" OR AB mental health OR (MH "Depression+")	block 2 DEPRESSION OCH DEPRESSIVA SYMTOM	543,765
#14	[MeSh] "Depression")		121,869
#13	AB mental health		159,127
#12	AB "mental disorders"		42,528
#11	AB depression		348,230
#10	"depressive symptoms"		49,971
#9	"older people" OR "older persons" OR ageing OR "older adults" OR "aged 65+ years" OR AB elderly (MH "Aged+") OR (MH "Aged, 80 and Over+")	Block 1 ÄLDRE PERSONER	3,576,020
#8	[MeSh] "Aged, 80 and Over")		931,709
#7	[MeSh] "Aged")		3,167,344
#6	elderly Title/Abstract		253,987
#5	"aged 65+ years"		14,779
#4	"older adults"		80,986
#3	ageing		496,377
#2	"older persons"		10,492
#1	"older people"		34,592

Bilaga 2. Artikelmatris

Author Year Country Title	Aim	Method of design, selection, data collection, analysis	Participants Settings	Results
<p>Borglin G, Räthel K, Paulsson H, Sjögren Forss K, 2019, Sweden</p> <p>“Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: a qualitative descriptive study.”</p>	<p>“To illuminate RNs, working at care centres for older people, experience of identifying and intervening in cases of depressive symptoms.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Qualitative descriptive design -Convenience sampling -Interviews - Inductive content analysis 	<p>1 general nurse, 9 specialist nurses of care to older people. All female.</p> <p>10 different age care centres</p>	<p>Four themes were and considered to participants’ exper Challenging to ide described interven prerequisites for identification and Contextual inf</p>

<p>Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C, 2006, Great Britain</p> <p>“Justifiable depression’: how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study</p>	<p>“To explore the ways that primary care professionals and patients view the causes and management of late-life depression.”</p>	<p>-Qualitative study using</p> <ul style="list-style-type: none"> -Purposive sampling -semistructured interviews - Constant Comparison analysis 	<p>9 general practitioners, 3 practice nurses, 2 district nurses, 1 community nurse and twenty patients.</p> <p>1 primary care trust</p>	<p>Three major t were identifie data: the aetio depression, ne the diagnosis management o patient with d in primary car</p>
<p>Damasceno V. C, Pereira de Sousa F. S, 2018, Brazil.</p> <p>“Mental health care for the elderly: The nurse’s perception.”</p>	<p>“To understand the perceptions of nurses working in primary health care on mental health care for the elderly.”</p>	<p>- Qualitative, descriptive and reflective study</p> <ul style="list-style-type: none"> - semistructured interview and systematic observation -Content analysis 	<p>6 nurses with at least two years of experience, gender of the nurses is not described.</p> <p>2 health units of primary health care in the municipality Floriano.</p>	<p>Two thematic were found: T life of care dir the elderly in health care an and barriers to practice of ps care.</p>

<p>Grundberg Å, Hansson A, Hillerås P, Religa D, 2016, Sweden,</p> <p>“District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity.”</p>	<p>“To describe district nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among homebound older people with multimorbidity”</p>	<p>-Qualitative ,descriptive design -Snowball sampling -individual and focus group interviews - inductive, manifest and latent content analysis.</p>	<p>25 district nurses, two were also specialised registered nurses in mental health care. Four had a bachelor's degree, and six had a master's degree in nursing. All female, aged between 31 and 83 years old. Work experience ranged between four months and 34 years.</p> <p>Primary health care centres.</p>	<p>The district nurses stated that detecting mental health problems and promoting mental health were important tasks but they focused on more practical home care tasks. The categories were Assessment, Collaboration and Social Support</p>
<p>Grundberg Å, Hansson A, Religa D, Hillerås P, 2016, Sweden.</p> <p>“Home care assistants' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity”</p>	<p>“To describe home care assistants' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among homebound seniors with multimorbidity”.</p>	<p>-Descriptive qualitative study design -convenience sampling -Semi-structured interviews in focus groups -Content analysis.</p>	<p>26 home care assistants , 23 females and 3 men aged between 21 and 65 years of age. All were unlicensed assistive personnel,21 had an upper secondary education as assistant nurses,three were nursing aides who had completed shorter education programs, and two lacked education in either health care or social services. Work experience ranged between 6 months and 32 years.</p> <p>Four municipalities.</p>	<p>Three categories presented: observation, collaboration, support</p>
<p>Hassal S, Gill T, 2007, Australia</p> <p>“Providing care to the elderly with depression: the views of aged care staff”</p>	<p>“To scope the views of care staff working in an aged care setting in an effort to understand the issues these staff face in the delivery of care to the elderly with depression”</p>	<p>-Qualitative study -convenient sampling -Semi-structured Interviews -Content analysis</p>	<p>17 care staff with varying job roles including directors of Nursing, Clinical nurse consultants, registered nurses, respite Coordinators and Social Workers. All were female.</p> <p>12 community health and residential aged care services.</p>	<p>Five themes were revealed: the extent to which depression was an issue for clients; staff understanding of depression and the ability to recognize when a client was depressed; discussing depression with general practitioner's healthcare</p>

				professionals; and procedure treating and a depression; an education and on depression
Kuo C L, Tsai C H, Chuang Y H, Wang S Y and Pan Y F. 2019. Taiwan. “Nurses’ perceptions regarding providing psychological care for older residents in long term care facilities: A qualitative study”.	“To explore nurses’ perceptions regarding providing psychological health care for older residents living in long-term care facilities”.	-Qualitative study. -Purposive sampling & Snowball sampling. -One on one semi structured Interview. -Content analysis.	22 nurses, 1 fall-off. All female. Average age 38 years. 15 of 21 nurses had bachelor degrees or higher education. Long term care facilities.	Four themes v revealed: Insu psychological healthcare competencies; Having a will but not adequ support; Fami essential in de residents’ moo Physical orient model.
Liebel D, Powers A. 2013. USA. “Home health care nurse perceptions of geriatric depression and disability care management”.	“To provide a deeper understanding about how home health care nurses perceive and experience depression detection and evaluation within the context of caring for geriatric patients with disabilities”.	-Qualitative descriptive study. -Purposeful criterion based sampling. -focus groups and semi-structured one on one interviews and observations in home visits. - Conventional qualitative content analysis.	16 nurses. None fall-off. Gender not available. Six of the nurses had baccalaureate degrees and ten of them had associate degree level. Work experience in geriatric nursing ranged from 1 to 20 years. Home health care setting.	Four themes v revealed: Bala system and pa Knowing how manage depre Encouraging c maintenance /improvement Meeting patie they are.

<p>Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. 2006. United Kingdom.</p> <p>“Primary care professionals’ perceptions of depression in older people: a qualitative study.”</p>	<p>“an exploration of the attitudes of primary care doctors, nurses and counsellors that are likely to influence the recognition and treatment of depression in older people”.</p>	<p>-Qualitative study design. -Purposeful sampling. -Individual in-depth interviews. -Grounded theory analysis.</p>	<p>Thirty primary care professionals completed an interview: 18 GPs, seven practice nurses (PNs) and five practice counsellors (PCs). Gender of the nurses were all female. The Ages ranged from 33 to 62 years. Work experience ranged from 8 to 40 years in primary care.</p> <p>18 primary care centres in south London.</p>	<p>five themes emerged: Presenting co Depression as old age; Avoidance of psychosocial Stigma and sh Gender differ Ethnic and cu differences; The family as hindrance.</p>
<p>Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J and Gott M. 2015. New Zealand.</p> <p>“A qualitative study of nurses’ clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions”.</p>	<p>“To explore how nurses’ recognise depression in older patients with multiple long-term conditions and the strategies they use to support the patient”.</p>	<p>-Qualitative design. -Snowball sampling. -In depth telephone interviews. - Constructive grounded theory approach to analysis.</p>	<p>40 nurses. Fall-off not available. Gender not available. Age range 28 to 70 years. All nurses had over five years experience and 30 had over 21 years of experience.</p> <p>Primary health care nursing, district nursing and heart specialist nursing.</p>	<p>Four categories emerged: Being alert; Knowing the over a period asking questio offering optio providing tim</p>

Bilaga 3. Resultatöversikt. Studier med hög kvalitet har markerats med * och studier med medelhög kvalitet har markerats med #.

Sub kategorier →	Organisationsstrukturens påverkan	Samverka n	Riktlinjer och rutiner	Resurse r	Stigma och felaktiga föreställningar	Kontinuite t
Borglin m.fl, 2019.*	X	X	X	X	X	X
Burroughs m.fl, 2006.*		X	X	X		
Damasceno & Pereira de Sousa, 2018. #	X		X	X	X	
Grundberg m.fl, 2016a. *	X	X	X	X		X
Grundberg m.fl, 2016b. *		X	X	X		X
Hassal & Gill, 2007. *	X	X	X	X	X	
Kuo m.fl, 2019. *	X	X		X		
Liebel & Powers, 2013. *	X	X	X	X	X	X
Murray m.fl, 2006. #		X			X	
Waterworth m.fl, 2015.*	X	X	X	X	X	X

