



ÄLDRES UPPLEVELSE AV BEMÖTANDET VID PSYKISK OHÄLSA
En litteraturöversikt

ELDERLY PATIENTS EXPERIENCE WITH TREATMENT OF
MENTAL HEALTH ISSUES
A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Författare: Frida Forsman
Författare: Lucas Jansson

Handledare: Catharina Ahlin
Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Psykisk ohälsa hos äldre patienter är ett stort växande samhällsproblem. Äldre patienter har en större benägenhet att drabbas av psykisk ohälsa på grund av förändringar i livssituationen. Detta växande problem kräver kunskap och adekvat utbildning hos vårdpersonalen för att bemöta dessa patienter på ett personcentrerat och värdigt sätt.

Syfte

Syftet är att beskriva hur äldre personer med psykisk ohälsa upplever sig bemötta i hälso- och sjukvården.

Metod

Denna icke-systematiska litteraturoversikt baseras på 14 vetenskapliga artiklar. Dessa artiklar är hämtade från PubMed, CINAHL och PsycInfo. Alla artiklar har bedömts utifrån Sophiahemmets bedömningsunderlag för att kvalitetssäkra informationen. Resultatet bearbetades och analyserades med hjälp av en integrerad dataanalys.

Resultat

Tre huvudkategorier identifierades vid sammanställning av resultatet, dessa tre huvudkategorier är: *Att bli lyssnad på, kommunikation och delaktighet i egen vård*. Resultatet visade på vad äldre värdesätter i mötet med vårdpersonal och vilka faktorer som kan leda till att äldre inte väljer att söka vård för psykisk ohälsa. Respekt, engagemang och att bli tagen på allvar är centrala delar i mötet mellan patienter och vårdpersonal.

Slutsats

Äldre patienter väljer i stort utsträckning att prioritera bort behovet av att söka hjälp för psykisk ohälsa. Detta på grund av att psykisk ohälsa ses som en naturlig del av åldrandet både hos patient och vårdpersonal, samt rädsla för att bli illa bemött.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, äldre patienter, bemötande, patienters upplevelseupplevelse.

ABSTRACT

Background

Mental illness in elderly patients is a major growing societal problem. Elderly patients have a greater tendency to suffer from mental illness due to lifestyle changes. This growing problem requires knowledge and adequate training on the part of healthcare professionals to respond to these patients in a person-centered and dignified manner.

Aim

The aim of this study was to describe elderly patients' experience of treatment of mental health issues in healthcare services.

Method

This non-systematic literature review is based on 14 scientific articles with a qualitative, mixed-method and quantitative approach. The articles were retrieved from the databases PubMed, CINAHL and PsycInfo. Using Sophiahemmet University assessment basis, the articles have undergone a quality review to ensure scientific classification and quality. The results were processed and analyzed with an integrated data analysis.

Results

Three main categories were identified when compiling the results, these three main categories are: *Being listened to, communication and participation in self-care*. The results showed what the elderly value in the meeting with healthcare personnel and which factors can lead to the elderly not choosing to seek care for mental illness. Respect, commitment and being taken seriously are central parts of the meeting between patients and healthcare staff.

Conclusions

Older patients tend to deprioritize the importance of seeking help for mental illness. This is because mental illness is seen as a natural part of aging in both patients and healthcare staff, as well as fear of being treated badly.

Keywords: Mental health issues, elderly patients, treatment, patient experience.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykisk ohälsa	1
Psykisk ohälsa hos äldre	2
Bidragande faktorer till psykisk ohälsa hos äldre	2
Bemötande av äldre med psykisk ohälsa	3
Omvårdnad vid depression och ångest	3
Teoretisk utgångspunkt - Katie Eriksson lidande	4
Problemformulering	4
SYFTE	5
METOD	5
Design	5
Urval	5
Avgränsningar	5
Inklusionskriterier	6
Exklusionskriterier	6
Datainsamling	6
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska övervägande	9
RESULTAT	11
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	17
Slutsats	19
Fortsatta studier	19
Klinisk tillämpbarhet	19
Författarnas bidrag	20
REFERENSER	21

BILAGA A-B

INLEDNING

I takt med den ökande befolkningen i Sverige samt ökad livslängd ställs sjukvården inför ett flertal utmaningar, ett av dessa är psykisk ohälsa hos den äldre patientgruppen (Folkhälsomyndigheten [FHM], 2022). Enligt FHM (2020) definieras personer över 65 års ålder som äldre personer. Däremot kan det finnas kulturella skillnader där äldre definieras utifrån livserfarenheter, åldersrelaterade sjukdomar samt utseendemässiga förändringar.

Sjuksköterskan kommer stöta på äldre med psykisk ohälsa i all form av vård för vuxna. Psykisk ohälsa bland den äldre populationen är ett växande problem i dagens samhälle, däremot finns fortfarande bristande kompetens bland sjuksköterskor och annan vårdpersonal för att bemöta och uppmärksamma dessa patienter (FHM, 2022).

Intresset för detta område har formats från arbete inom den geriatriska vården samt från den verksamhetsförlagda utbildningen inom sjuksköterskeutbildningen. Där har vi träffat på dessa patienter och fått en inblick hur arbetet bedrivs kring detta ämne och sett att en stor kunskapslucka i det kliniska arbetet gällande bemötande av psykisk ohälsa. Avsikten med denna litteraturstudie var att beskriva hur äldre personer med psykisk ohälsa upplever sig bemötta i hälso- och sjukvården.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa

I takt med åldrandet löper äldre större risk att drabbas av depressiva symtom på grund av ett förlorat socialt nätverk och samhörighet, försämrad ekonomi och förlust av roll och sammanhang (Dehlin & Rundgren, 2014). Hos personer över 77 års ålder lider var femte man och var tredje kvinna av ångestbesvär i Sverige, dock får många av dessa patienter inte hjälp då ångest och depression ofta ses som en naturlig del av åldrandet (FHM, 2021). Symtom som uppkommer vid depression så som trötthet, sömnsvårigheter samt nedsatt aptit är även några symtom som ses vid åldrande. Detta försvårar diagnostiken hos äldre och kan ge sämre hälsa då depressiva besvär försvårar rehabilitering av fysiska åkommor och sämre livskvalitet (Skoog, 2011).

Psykisk ohälsa karaktäriseras av klinisk nedsättning av en persons kognition, beteende och reglering av känslor. Det förknippas ofta med nedsättning som påverkar funktionen i det dagliga livet (World Health Organization [WHO], 2022). Psykisk ohälsa kommer i flera olika former och det vi valt att fokusera på i detta arbete är ångestsyndrom, depression och oro. WHO (2022) beräknar att 1 av 8 personer i världen lider av funktionsnedsättning på grund av psykisk ohälsa.

Enligt WHO (2022) levde år 2019 cirka 301 miljoner personer i världen med en ångestproblematik. Detta innebär att leva med en överdriven rädsla som skapar beteendestörningar, vilket i sin tur kan ge en nedsättning i funktionen i det dagliga livet. Ångestsyndrom kan ge upphov till flera olika fysiska symtom exempelvis känslor av oro, förväntansångest, prestationsångest, triggade panikattacker eller oförutsedda panikattacker, undvikande beteenden, andnöd, hjärtklappning samt yrsel (Shuzany & Simon, 2022). Olika

typer av ångestsyndrom som finns är generaliserat ångestsyndrom GAD, Social ångest samt separationsångest (WHO, 2022).

Enligt WHO (2022) lider cirka 280 miljoner människor i världen av depression. Under en depressiv period känner sig en deprimerad person lätt irriterad, ledsen och tom inuti samt tappar intresset för tidigare aktivitet som gett glädje. Dessa symtom förekommer i minst två veckor. Andra symtom inkluderar koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, trötthet, aptitlöshet, extrem skam, dålig självkänsla, känslor av hopplöshet inför framtiden, tankar på att ta sitt eget liv eller tankar om döden (WHO, 2022).

Psykisk ohälsa hos äldre

Symtomen för äldre med depression skiljer sig yngre och manifesterar sig som fysiska tecken såsom extrem trötthet, viktnedgång, försämrat minne, nedsatt kognitiv förmåga och svårigheter att koncentrera sig (Corcoran et al., 2013). Depression i senare del av livet klassas som svårare att behandla och har ofta en annan prognos än depression i ung ålder. Det finns även skillnader i dödlighet där depression hos äldre har större dödlighet än i yngre åldrar (Ismail et al., 2013).

Enligt Folkhälsomyndigheten (2019) beräknas depression som ett växande folkhälsoproblem i Sverige. Självupplevda rapporter om depression, oro och ångest visar sig vara störts hos yngre personer, och inte alls lika tydlig hos den äldre populationen. Däremot visar statistik på att suicid är främst vanligt hos äldre män (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Folkhälsomyndigheten (2019) visar samt att äldre personer med psykisk ohälsa behandlas i större utsträckning med läkemedel, istället för en kombinerad behandling med psykoterapi.

Frost et al. (2020) beskriver att ångest kan vara ett stort hinder i det dagliga livet. Äldre upplever nedstämdhet och generell sorg som resulterar i isolering i hemmet. Andra personer i den äldre populationen beskriver också ångest och rädsla för att lämna hemmet på grund av potentiell risk för fall eller andra besvär såsom svimningar. Enligt Frost et al. (2020) söker inte äldre vård för ångest och depression då många upplever att det är en naturlig del av det fysiska åldrandet, samt att känslan av att känna nedstämdhet och oro är normaliserat och kopplat till det naturliga åldrandet.

Bidragande faktorer till psykisk ohälsa hos äldre

Enligt Cross-Barnet et al. (2019) finns en utbredd stigmatisering av psykisk ohälsa hos äldre vilket leder till svårigheter att diskutera och screena för det. Detta grundar sig i den äldre generationens sociala normer där en tystnadskultur kring psykisk ohälsa föreligger samt inte anses som en legitim sjukdom. På grund av de kvarlevande normerna skapar detta svårigheter att etablera en relation mellan vårdtagare och vårdpersonal (Cross-Barnet et al., 2019). Utöver detta är tidsaspekten under vårdmötet en bidragande faktor där äldre upplever att tiden som tillhandahålls från vården inte räcker till för att lyfta problem kring den mentala hälsan utan endast fokuseras på somatiska problem (Cross-Barnet et al., 2019; Eun Park et al., 2014).

Rodda et al. (2011) beskriver både fysiska- och psykosociala riskfaktorer för äldre att utveckla depressiva episoder. Dessa faktorer är exempelvis kroniska sjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt kroniska smärta. Psykosociala riskfaktorer utgörs av social isolering, förändrad ekonomisk situation, förändrad social status samt tidigare historik av depression i livet. Svårigheter finns däremot för att diagnostisera symtomen hos äldre då kriterier kan vara svåra att uppfylla och ofta resulterar i att symtom förknippas med somatiska tillstånd. Rodda et al. (2011) beskriver även att bedömningskriterierna inte är tillräckligt anpassade för den äldre befolkningen och har därför lägre behandlingsnivå hos äldre än för yngre patienter.

Bemötande av äldre med psykisk ohälsa

Jämfört med den yngre befolkningen har äldre större risk att inte känna igen symtom på depressiva symtom då det lätt förklaras bort med ett normalt åldrande samt fysiska sjukdomar. Enligt Rodda et al. (2011) finns tendenser hos både patienter och deras läkare att se på depressiva symtom som något som kan förklaras bort med andra förklaringar, exempelvis somatiska tillstånd. På grund av vårdens bemötande menar Rodda et al. (2011) att svårigheter ökar att identifiera psykisk ohälsa och därmed svårigheter för äldre att söka hjälp för depressiva symtom. Personer som söker hjälp för psykisk ohälsa berättar om upplevelser av att känna sig nedvärderade, avvisade samt avhumaniserad av sjukvårdspersonal som de möter. De känner sig även exkluderade i beslut gällande sin vård och under informerades om sitt tillstånd och tillgänglig behandling. Utöver detta saknas kunskap om olika psykiatriska tillstånd, där det även kan förekomma pessimistiska inställningar till behandlingar för psykisk ohälsa hos vårdpersonal (Knaak et al., 2017). I kombination med självstigma hos äldre personer med psykisk ohälsa och den bristande kunskap som finns inom vården, kan detta leda till uppfattningen att det är försent att behandla psykisk ohälsa hos äldre (Augusto & Ivbijaro, 2013).

Omvårdnad vid depression och ångest

Omvårdnad av depression och ångest kräver kompetens hos sjuksköterskan, främst vid omvårdnad av äldre då dessa symtom skiljer sig från yngre människor. Det ligger stor vikt vid dokumentering av symtom och tecken som kan vara relaterade till depression, exempelvis kan depression manifesteras som ett somatiskt sjukdomstillstånd eller avsaknad av intresse för vardagliga aktiviteter (Melrose, 2018). Det kan med fördel vara aktuellt att ta hjälp av närstående för att identifiera avvikande mönster i patientens psykiska hälsa, samt använda aktuella screeningformulär att låta patienten själv fylla i. I dokumentationen ska även en suicidbedömning inkluderas för att ligga till grund för patientens psykiska hälsa, vilket gör det enklare att identifiera en försämring hos patienten (Melrose, 2018).

I kombination med farmakologisk- och psykologisk behandling behöver sjuksköterskan etablera en öppen dialog med patienten för att uppnå effekt med behandlingen. Detta grundar sig i att äldre personer över 75 års ålder ofta väljer att inte prata om sina besvär och inte är öppna för vare sig farmakologisk eller psykologisk behandling. Kompetens kring området samt verktyg för att öppna för samtal och uppmuntra till förändring är av yttersta vikt (Melrose, 2018).

Teoretisk utgångspunkt - Katie Eriksson lidande

Den allmänna uppfattningen av lidande är att det är något ont, men Eriksson (2015, s. 82–83) menar att lidandets motsats är lust. Därav finns det en kamp mellan lidandet och lusten, det goda och det onda. Kampen i lidandet ger en känsla av att ge upp eller kämpa vidare. Lidandet kommer i flera former såsom kroppsliga lidandet och själsliga lidandet. Psykisk ohälsa kan innefatta både kroppsligt och själsligt lidande. Utgångspunkten för Eriksson (2015, s. 82–83) är att beskriva människan som en helhet bestående av kropp, ande och själ. Ohälsa, sjukdom och situation påverkar hela människans upplevelse av livssituationen, vilket kan påverka hela livet samt vad det innebär att vara människa (Eriksson, 2015, 82–83).

Vårdandet har en uppkomst i att lindra en människas lidande. Eriksson (2015, s. 93) myntade begreppet vårdandes kärna, vilket innebär att existentiella, fysiska, social och psykologiska perspektiv tillämpas i det vårdande arbetet för att möta vårdtagarens grundläggande behov och på så sätt lindra lidande. I mötet med människor i vården möts vi av tre olika lidande - sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande. Inom vården blir lidandet ofta förminskat till sjukdomstermer eller till det fysiska lidandet. Då psykisk ohälsa hos äldre ofta manifesteras som fysiska symtom blir detta problematiskt i vården då svårigheter att identifiera och behandla psykisk ohälsa uppstår. Bristande förmåga att se vad patienten behöver kan ge upphov till utebliven vård och ett vårdlidande (Eriksson, 2015, s. 95–97). Vilket innebär att människan fråntas möjligheten att lindra sitt lidande. I mötet med en människas lidande utspelas ett mångskiftande drama och den som lider behöver få ett svar. Eriksson (2015, s. 82–83) menar att allt lidande inte är socialt eller vetenskapligt accepterat. Lidandets drama har tre faser: Att bekräfta lidande, lidande samt försoningen (Eriksson, 2015, s. 82–83).

Att se en människa och bekräfta en annan människas lidande gör att en person känner sig sedd. Genom etablering av en god vårdande relation mellan vårdpersonalen och patienten kräver det att de finns respekt, empati och medkänsla som anpassas för varje individ. Erikssons teori grundar sig också i etik och moral som skall ses som en vital byggsten inom vårdandet. Detta innebär att patientens autonomi och integritet bör sättas i största fokus där patientens välbefinnande alltid ska eftersträvas (Eriksson, 2015, s.95–97).

Problemformulering

Förekomsten av psykisk ohälsa hos äldre personer klassas i dag som ett folkhälsoproblem, men trots detta finns fortfarande inte någon större forskning inom området. Äldres psykiska hälsa blir i stor utsträckning åsidosatt och stort fokus ligger ofta på de somatiska sjukdomstillstånden då nedstämdhet, ensamhet och oro anses vara en del av det naturliga åldrandet. Då psykisk ohälsa i denna patientgrupp ofta manifesteras som symtom på somatiska sjukdomar krävs ett stort förbättringsarbete inom vården för att bemöta dessa patienter på ett adekvat sätt. Dels för att lindra lidandet, dels att anpassa behandlingen och personcentrera vården för dessa patienter. Därför krävs vidare forskning för att belysa ämnet samt skapa förståelse hos sjukvårdspersonal.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur äldre personer med psykisk ohälsa upplever sig bemötta i hälso- och sjukvården.

METOD

Design

För att sammanfatta och analysera befintlig forskning genomfördes en icke systematisk litteraturstudie för att besvara syftet. En blandning av kvalitativ och kvantitativ metodansats används för att belysa forskningsgruppens upplevelser, känslor och erfarenheter för att utöka kunskap och evidens och för att få en bredare förståelse av ämnet (Polit och Beck, 2021, s. 7–8). Detta för att besvara syftet som innefattar en ökad förståelse för patienters upplevelser av bemötande i vården med en evidensbaserad utgångspunkt.

En icke systematisk litteraturöversikt är uppbyggd på vetenskapliga artiklar som valts ut av författarna (Friberg, 2022, s 187). Vid en systematisk litteraturöversikt används en striktare arbetsmetod och all forskning studeras inom det valda området, vilket ger mer tillförlitlig evidens (Kristensson, 2014, s. 151). Även om en icke systematisk litteraturöversikt benämns icke systematisk tillämpas ett systematiskt arbetssätt, då litteraturöversikten ska uppnå god kvalitet. Detta utförs genom att arbetsprocessen alla steg dokumenteras och presenteras, samt grundas i tydliga avgränsningar i databassökningen av artiklar (Kristensson, 2014, s. 151–152).

Urval

Tillämpning av tydliga avgränsningar samt inklusion- och exklusionskriterier är av yttersta vikt för att detta arbete ska hålla god kvalitet, samt för att arbetet ska kunna reproduceras (Friberg, 2022, s. 191; Östlundh, 2022, s. 102–103). I denna studie har ett urval med avgränsningar, inklusion- och exklusionskriterier tillämpats.

Avgränsningar

Denna studie baseras på vetenskapliga artiklar där avgränsningar har gjorts till originalartiklar som är peer reviewed, detta för att studien ska vara av hög kvalitet. Originalartiklar artiklar har en större tillförlitlighet då detta är en originalkälla där informationen är presenterad för första gången (Kristensson, 2014, s. 157). Artiklar som är peer reviewed har granskats av experter inom studiens område innan publicering vilket ger en större tillförlitlighet (Olsson och Sörensen, 2021, s. 75). För att basera arbetet på aktuell forskning har artiklar utgivna de senaste 10 åren valts ut mellan år 2013 till och med år 2023, artiklar utanför detta spann som tagits med i arbetet har bedömts vara fortsatt aktuella. Ytterligare avgränsas språket primärt till engelska, då ämnesområdet främst domineras av engelsk forskning.

Inklusionskriterier

Olika artikelmetoder har använts i detta arbete då detta medför olika vinklar av det valda ämnesområdet. Metoderna som använts är kvantitativ ansats, kvalitativ ansats eller mixad metod. Kvantitativ metod går inte lika djupt som kvalitativ metod, men ger en god överblick av prevalens och spridning (Polit och Beck, 2021, s. 190). Kvalitativ metod ger däremot en subjektiv överblick av upplevelser samt känslor av det valda ämnet, vilket kan bidra till en bredare överblick och fördjupade infallsvinklar till diskussionen samt till stöd för arbetets syfte. Studier som belyser äldres upplevelser av bemötandet av psykisk ohälsa bland vårdpersonal, hur detta påverkar livskvalitén hos äldre samt omvårdnadsarbete för att motverka detta kommer att inkluderas i detta arbete.

Exklusionskriterier

Artiklar som har exkluderats i studien är artiklar som handlar om äldre som endast fokuserar på neuropsykiatriska diagnoser, missbruk eller demens då dessa patientgrupper ofta lider av depression kopplat till sitt sjukdomstillstånd. Utöver detta har även artiklar som endast studerat vårdpersonalens upplevelser av bemötande av äldre med psykisk ohälsa exkluderats, då syftet var att studera patienternas upplevelser. Artiklar som saknade etiskt godkännande exkluderades.

Datansamling

Relevanta sökord identifierades inför en första sökning i databaserna Pubmed, CINAHL och PsychINFO för att efterforska befintlig forskning inom ämnet. Pubmed är den största sökbasen med medicinskt vetenskapliga artiklar samt med artiklar om omvårdnad, CINAHL publicerar artiklar inom vårdvetenskapligt område medan PsychINFO fokuserar på artiklar inom beteendevetenskap och psykologi (Kristensson, 2014, s. 159). En noggrann sökstrategi med utvalda sökord underlättar för att hitta artiklar med relevant information för att besvara syftet samt att utesluta studier med irrelevant innehåll (Rosén, 2017, s. 158).

För att söka i de ovannämnda databaserna byggdes relevanta sökblock enligt boolesk teknik. Detta innebär en sammansättning av de identifierade sökorden med sökoperatörer såsom "AND", "OR", "NOT" som är exempel på dessa. Operatören "AND" används för att söka med två ord samtidigt i samma sökning medan "OR" ger en sökträff på ett av de sökorden eller båda. "NOT" kan användas i sökblocken för att utesluta irrelevanta sökningar genom att ta bort valda ord (Friberg, 2022, s. 96).

Begrepp som identifierades inför sökningen var: äldre, psykisk ohälsa, depression, bemötande, patientens upplevelse. För att hitta artiklar i de olika databaserna enligt söktes termer matchades begreppen med relevanta MeSH - termer som användes för sökningar i Pubmed och CINAHL subject headings för CINAHL samt Thesaurus of Psychological index terms för PsychINFO (Kristensson, 2014, s. 159 - 161). Utöver detta gjordes sökningar även under funktionen fritext eller title/abstract. Därefter byggdes sökblock med "AND" och "OR" där ett ord var relaterad psykisk ohälsa som söktes ihop med en term för patient upplevelse i MeSH term eller title abstract (tabell 1).

Utöver sökningar i nämnda databaser utfördes en del sökningar manuellt efter granskning av referenser från referenslistor i valda artiklar. En artikel valdes utifrån denna metod (Karlsson, 2017, s. 87). Första sällningen gjordes genom att läsa titlar och abstrakt med syftet som utgångspunkt. Efter detta lästes artiklarna vars titlar och abstrakt var relevanta i fulltext som sedan sällades efter inklusion- samt exklusionskriterier.

Tabell 1. Redovisning av datainsamling.

Datum	Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
230905	CINAHL	(MH "Professional-Patient Relations+") AND (MH "Patient Satisfaction") AND (MH "Mental Disorders+")	10 år Engelska Peer reviewed 65+ år	65	30	14	2
230905	Pubmed	Depression[MeSH Terms] OR late life depression[Title/Abstract] AND aged[MeSH Terms] OR elderly[Title/Abstract] AND (patient experience[Title/Abstract])	10år Engelska Peer reviewed 65+ år	74	20	10	1
230905	Pubmed	Attitude of health personnel*[MeSH Terms] AND "Late life depression"[Title/Abstract]	10 Engelska Peer reviewed 65+år	6	3	3	1
230907	CINAHL	(MH "Consumer Attitudes") AND (MH "Mental Disorders+") AND (MH "Life Experiences+")	10 år Engelska Peer reviewd	24	5	2	1
230908	PsycINFO	Patients experience AND mental disorders	10 år Engelska 65+ år	33	9	6	2
230908	Pubmed	Depression [MeSH Terms] AND Patient experience [Title/Abstract]	10 år Engelska 65+ år	36	4	2	2
230914	Pubmed	"Geriatric Psychiatry"[MAJR] AND (english[Filter])) AND (late life depression[Title/Abstract])	Engelska 65+ år	22	6	2	2
230914	Pubmed	Aged [MeSH Terms] OR Elderly [Title/Abstract] AND Mental health [MeSH Terms] OR Mental disorders[Title/Abstract] Depression [MeSH Terms] OR Anxiety disorders [Title/Abstract] OR Mental illness OR Psychological well-being [MeSH Terms] AND Professional-patient relations [MAJR] OR	10 år Engelska 65+ år	583	19	5	2

		Patient experienc* [Title/Abstract]					
Manuell sökning*				4	2	2	1
Totalt				847	98	46	14

*Manuell sökning: Via funktionen 'Similar Articles' i PubMed hittades en relevanta artiklar som efter en kvalitetsgranskning tillfördes till resultatet: Lee-Tauler et al. (2016).

Kvalitetsgranskning

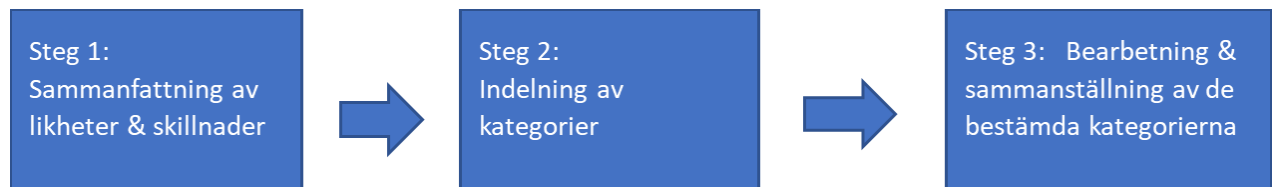
För att bedöma kvaliteten på utvalda artiklar som använts i resultatet genomfördes en kvalitetsgranskning. Enligt Kristensson (2014, s. 164) skiljer sig kvaliteten på vetenskapliga artiklar från högt till lågt. Detta resulterade i artiklar vars kvalitet ansågs vara tillräckligt hög för att inkluderas i resultatdelen. Detta utfördes på grund av att säkerställa trovärdigheten i litteraturöversiktens slutliga resultat. För en systematisk kvalitetsgranskning krävs att en granskningsmall används, för att gradvis bedöma dess tillförlitlighet och trovärdighet (Kristensson, 2014, s. 164 - 165). Kvalitetsgranskningen i denna litteraturöversikt skedde i överensstämmelse med Sophiahemmets högskolas bedömningskriterier. Denna bedömningsmall har modifierats utifrån Berg et al. (1999) samt Willman et al. (2016). Artiklarna kategoriserades sedan utifrån I (hög kvalitet), II (medel kvalitet), III (låg kvalitet). De artiklar som bedömdes ha låg kvalitet exkluderades från arbetet (Kristensson, 2014, s. 164) (bilaga A).

För att kvalitetsgranska och göra en adekvat och rättvis bedömning av utvalda artiklar genomförde författarna enskilda granskningar för att sedan tillsammans bearbeta och arbeta fram en gemensam kvalitetsbedömning (Kristensson, 2014, s. 164). Sedan granskades metodbeskrivning, syfte, urval, antal deltagare samt eventuella bortfall, detta för att säkerställa artiklarnas kvalitet. Kvalitetsgranskningen resulterade i att åtta artiklar bedömdes av hög kvalitet (I), sex artiklar medel kvalitet (II) samt noll artiklar låg kvalitet (III) (bilaga B).

Dataanalys

Utifrån denna litteraturöversikts resultat användes en integrerad dataanalysmetod för sammanställning och analysering. En integrerad dataanalys ger en överskådlig bild av samtliga resultat då de ställs i förhållande till varandra (Kristensson, 2014, s. 174). Först lästes rubriker och abstracts var för sig, för att enskilt välja ut relevanta artiklar. Sedan jämfördes bådas fynd och 15 artiklar kunde väljas ut för slutlig analys (tabell 1). Denna analys består av dessa tre följande steg. Steg ett innebär sammanställning av samtliga artiklar,

för att identifiera likheter och skillnader. I steg två kategoriseras artiklarna som valts utifrån likheter och ämnesområde, och färgkodades för att delas upp i kategorier. Tills sist i steg tre bearbetas varje kategoris resultat, vilket sedan blir grunden till underrubriker i presentationen av resultatet (Kristensson, 2014, s. 174) (tabell 1). Utifrån bearbetningen av de utvalda artiklarna kunde sedan tre huvudkategorier samt sex underkategorier identifieras som sedan sammanställdes i litteraturoversiktens resultat.



Figur 1. Integrerad dataanalysens tre steg (Jansson & Forsman, 2023).

Forskningsetiska övervägande

Denna litteraturoversikt bygger på artiklar som granskats och blivit etiskt godkända av forskningsetiska kommittéer, eller där artikelförfattarna tydligt presenterar forskningsetiska överväganden. Forskningsetik ligger till grunden för att främja och bevara människovärde och mänskliga rättigheter (Sandman & Kjellström, 2018, s. 380). Det bör även tas hänsyn till studiens nytta, där deltagargruppens säkerhet och välmående ska vara av främsta prioritet (Forsberg & Wengström, 2016 s. 73). Forsberg och Wengström (2016 s. 73) beskriver även vikten av godkännande från en etisk kommitté, samt att forskningsgruppen resultat ska tydligt redovisas i varje enskild studie.

En noggrann avvägning mellan studiens behov samt forskningsdeltagarnas hälsa och intresse bör alltid ligga till grund all forskning, detta i enlighet med den forskningsetiska kod som utgör kärnan i helsingforsdeklarationen (Sandman & Kjellström, 2018, s. 380; WMA, 2022). Författarna för denna studie har i resultatet redovisat samtlig aktuell forskning och inte enbart utvalda delar för att besvara syftet. Detta för att ge en bred inblick av befintlig forskning och inte presenterat ett resultat som på något sätt vinklats. Ett objektiva och kritiska förhållningssätt har tillämpats för att upprätthålla god kvalitet i samtliga analyser.

För att undvika bias har diskussioner förts mellan författarna då vissa förkunskaper samt förförståelse för psykisk ohälsa hos äldre förekommer hos författarna. För att undvika missuppfattning har artiklar som översatts från engelska till svenska noggrant bearbetats och analyserats, samt har all form av plagiat undvikits (Östlundh, 2022, s. 91). Plagiat undviks i detta arbete med tydliga källhänvisningar av primärkällor i löpande text, i referenslistan samt genom att denna studie genomgått plagiatgranskning i Ouriginal.

RESULTAT

Denna litteraturstudie baserades på 14 artiklar, var av åtta kvalitativa, fyra kvantitativa samt två av mixad metod. Tre huvudkategorier identifierades med tillhörande underkategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Huvud- och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Att bli lyssnad på	<ul style="list-style-type: none">- Empatiskt lyssnande- Människlighet i vårdmötet
Kommunikation mellan vårdpersonal och patient	<ul style="list-style-type: none">- Vikten av kommunikation- Barriärer till effektiv behandling
Delaktighet i egen vård	<ul style="list-style-type: none">- Delat beslutsfattande- Saknad av kontinuitet i vården

Att bli lyssnad på

Kategori beskriver vad patienter värderar i mötet med vårdpersonal och vad det kan finnas för eventuella hinder till att patienter upplever inte ska känna sig hörda. Kategori presenteras i två underkategorier, se tabell 2.

Empatiskt lyssnande

I studien av Sternke et al. (2016) är empati i mötet mellan patient och vårdpersonal avgörande för att öppna upp och skapa en trygg och vårdande miljö. Ett empatiskt bemötande är uppbyggt på ömsesidig respekt och förmåga att förstå varandra, men även att tillsammans ha ett gemensamt synsätt på behandling och mål. Sternke et al. (2016) beskriver att patienterna i betydligt större utsträckning vågar öppna upp sig och berätta om deras behov när vårdpersonalen bemöter patienterna med ett öppet och icke dömande förhållningssätt. Genom att skapa en miljö som var förstående och där vårdpersonalen lyssnade och validerade patienten, skapades en känsla av att vara förstörd samt en känsla att personalen var genuint intresserad av att hjälpa (Sternke et al., 2016; Eldal et al., 2019).

En viktig aspekt av att känna sig sedd och hörd menar studien av Eldal et al. (2019) är att bli sedd som en hel person. Detta kan uppnås genom att vårdpersonalen anpassar sitt bemötande för varje enskild individ, och skapar en personcentrerad vård (Eldal et al., 2019).

Patientberättelser i Eldal et al. (2019) beskriver att bli sedd som en hel person uppnåddes delvis genom att vårdpersonalen såg patienten som jämbördig och kunde samtala som två personer i stället för patient-vårdare. Fortsatt beskriver patienter kände av hur vårdpersonalen trivdes med sitt jobb (Eldal et al., 2019). I de fall vårdpersonalen inte trivdes påverkades även mötet mellan patient och vårdpersonal då patienterna upplevde att de inte brydde sig om sina

patienter. Däremot återberättar patienter om vårdpersonal som verkligen hade ett genuint intresse för sitt yrke och patienter, och att det hade förmågan att få patienterna att känna sig viktiga (Eldal et al., 2019).

Genom att bli bemött med empati beskriver Percival et al. (2017) att patienter och vårdpersonals relation kunde resultera i att patienten kunde bygga upp sitt självförtroende och åstadkomma förändring i sitt beteende. Det positiva bemötandet från vårdpersonalen hade stor påverkan på patientens moral och kunde till och med minska negativ självkänsla och stigmatisering som ofta förekommer i koppling till psykisk ohälsa (Percival et al., 2017). Patienter som möter vårdgivare som tar sig tid, lyssnar och stöttar den äldre personen i sin psykiska ohälsa har betydligt bättre förutsättningar att åstadkomma förändring. En god vårdgivare har karaktäristiska drag så som att vara vänlig, empatisk, stöttande och en god aktiv lyssnare (Percival et al., 2017).

Mänsklighet i vårdmötet

I Wilberforce et al. (2018) studie var ett genomgående tema för bra vård när patienter upplevde att vårdgivaren aktivt lyssnade och visade en förståelse för patientens upplevelser. Dessa sidor hos vårdpersonalen ger en känsla av trygghet och empati men också en känsla av att medmänsklighet. I mötet mellan patient och vårdgivare där vårdgivaren ej inger en trygg och empatisk känsla får mötet en motsatt effekt. I sjukvården ses besöken ofta som ett uppdrag att utföra vilket ofta leder till ett opersonligt och avhumaniserade bemötande gentemot patienten (Wilberforce et al, 2018). En bidragande faktor beskrivs enligt Wilberforce et al. (2018) att personalen ofta har tidsbrist och besöken inom hemsjukvården ofta blir korta. En patient berättar om upplevelser där vårdpersonalen har tittat ner i sina anteckningar istället för att lyssna och ta ögonkontakt och beskriver detta som att prata med en tegelvägg. Trots detta uppger patienter stor förståelse för de pressade arbetarna inom sjukvården men undviker att ta upp problem för att ej vara en börda. Vidare beskrivs hur många äldre har ett begränsat socialt nätverk där ett besök av hemsjukvården kan vara den enda sociala interaktionen en patient får under dagen och något så litet som ett leende eller att ta i hand gör stor skillnad (Wilberforce et al, 2018).

Percival et al. (2017) beskriver mänsklighet som en stor aspekt i mötet mellan patient och vårdpersonal. Detta innebar för patienten att den auktoritära statusen av personen framför minskade och kunde istället interagera med varandra som två personer med känslor. Exempelvis upplevde patienter ett starkare band med vårdpersonal som delade med sig relevant personlig information, då patienten kände att vårdpersonalen kunde förstå vad hen menade (Percival et al., 2017). När patienter träffade vårdgivare som inte var vänliga och uppfattades "mänskliga" påverkades den vårdande relationen negativt och patienter beskrev att relationen och kontakten förlorades med den andra personen (Percival et al., 2017).

Kommunikation mellan vårdpersonal och patient

Kategori beskriver hur kommunikation påverkar mötet mellan patient och vårdpersonal och barriärer som kan uppstå mellan dessa parter, dessa presenteras i två underkategorier.

Vikten av kommunikation

Enligt Nelson och Purtle (2019) är kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter en viktig del utav behandlingen av psykisk ohälsa. I studien framgår det hur god kommunikation resulterar i högre kvalitet och ökad person-centrerad vård. Det är exempelvis viktigt att kommunikationen sker mellan vårdpersonal och patient istället för vårdpersonal och assistent. Jämfört med personer utan psykisk ohälsa skattar äldre personer med depressiva symtom att kommunikationen med vårdpersonalen är av betydligt lägre kvalitet (Nelson & Purtle, 2019). Utöver detta visar studien på att äldre med psykisk ohälsa i lägre utsträckning tycker att vårdpersonal lyssnar ordentligt, samt lägger nog med tid i vårdmötet jämfört med äldre personer utan psykisk ohälsa (Nelson & Purtle, 2019).

Att inte lägga ner tid eller engagemang i mötet beskrivs som ett hinder för att patienter ska fortsätta hålla kontakten med vården (Percival et al., 2017). Exempelvis om sjuksköterskan inte är uppmärksam och frågar patienten om upplevda symtom och inte har ett intresserat och empatiskt förhållningsätt kan detta uppfattas som okänsligt. Detta kan resultera i att patienten inte vill fortsätta vårdkontakten (Percival et al., 2017). Vidare ger Percival et al. (2017) exempel på hinder så som exempelvis att kolla på klockan eller leka med pennan, detta kan signalera ett stressat, oengagerat och icke empatiskt bemötande.

Lee-Tauler et al. (2016) belyser området kommunikation genom språkbarriärer, där patienter inte vet hur de ska gå till väga för att söka vård och få hjälp av flerspråkig vårdpersonal. Enligt Lee- Tauler et al. (2016) fanns underliggande oro hos patienter att inte bli förstörd på grund av sitt modersmål, samt oro för att sjukvårdspersonalen inte hade rätt kunskap inom området psykisk ohälsa.

Barriärer till effektiv behandling

Patienter beskriver ur ett patientperspektiv att barriärer för en effektiv behandling av psykisk ohälsa inkluderar höga vårdkostnader, korta möten med läkare som saknade adekvat utbildning om behandling av depression samt stigma om psykisk ohälsa speciellt för män (Keeley et al., 2014; Lee-Tauler et al., 2016). I studien av Lee-Tauler et al. (2016) som utfördes i USA fanns det stor rädsla hos patienterna att kostnaden för att söka vård var för omfattande, och på så sätt en barriär för att söka vård. Äldres ekonomiska situation är en barriär för viljan att söka hjälp för psykiska besvär. En deltagare beskriver en vilja att fortsätta med terapin utanför studien, men som enligt patienten inte är möjligt på grund av ekonomiska skäl och höga kostnader för terapi (Barg et al., 2010).

I studien av Reynolds et al. (2020) beskriver patienter barriärer för att söka vård. Dessa barriärer beskrivs som svårigheter att själv navigera i sökandet av vård, och avsaknad av en tydlig "karta" för att underlätta processen. Vidare förklarar även patienter att de saknades adekvat guidning och oförmåga för olika vårdpersonal att kommunicera med varandra för att upprätta en god vård för patienten (Reynolds et al., 2020). Stigma kan också utgöra en stor barriär för att söka hjälp för psykisk ohälsa, stigma kan innebära både själv-stigma och socialt stigma (Reynolds et al., 2020; Lee-Tauler et al., 2016). Rädslan som beskrivs av patienter var att bli misstrodd av vårdpersonal, så väl som av familj och vänner. Detta resulterade i att personer undvek att lyfta sin problematik med psykisk ohälsa till ytan (Reynolds et al., 2020).

En stor faktor för att få en bra behandling för psykisk ohälsa är att få patienter att förstå sin depression beskriver Keeley et al. (2014). Då många symtom för psykisk ohälsa hos äldre manifesterar sig som fysiska symtom, vilket försvårar diagnostiken (Keeley et al, 2014). I Kvalbein et al. (2023) studie framkom det att endast en tredjedel av patienterna som besöker sin allmänläkare berättar om sina depressiva symtom. Trots detta var dessa patienter frekventa besökare på vårdcentralen men fokus låg på andra somatiska hälsoproblem.

I Burrughs et al. (2006) studie berättar patienter om en ovilja att ta upp sina depressiva symptom för läkare för att inte vara till besvär. Patienter beskriver ett tankesätt där orsakerna är många till att vara sorgsna, men ser detta inte som en depression. Att saker som att få en god medicinering för somatiska besvär ett bättre boende eller nya grannar skulle ändra känslor av upplevd nedstämdhet (Burrughs et al, 2006).

Enligt Keeley et al. (2018) framgår det hur patienter och läkare ser olika på behandling av depression. Läkare nämner sjukvårdsköer som ett problem där brist på specialister gör remittering svår men även en rädsla för att öppna Pandoras box vid screening för depressiva besvär, något som patienterna även höll med om. Patienter upplevde behandling för depression endast som ett erbjudande av antidepressiva som ska lösa allt och avsaknad av alternativ behandling. Patienter sökte själva efter terapeutiskt utrymme för depression utöver den traditionella behandlingen som läkare erbjuder för att hantera symtomen. Detta inkluderade en blandning av familjeband, religiös tro, kost, träning och psykoterapi (Keeley et al, 2014). Patienters egen inställning till behandling visade sig ha en stor roll i behandlingsresultatet enligt Bargs et al. (2010)

Delaktighet i egen vård

Kategorin redogör för patienters delaktighet i sin vård och vad som är viktigt för att delaktighet i sin egen vård ska öka. Kategori presenteras i två underrubriker.

Delat beslutsfattande

I studien av Percival et al. (2017) beskriver patienter att de uppskattade när vårdpersonalen berättar och tydligt informerade om depression och psykisk ohälsa. Detta resulterade i att patienterna fick en större förståelse för sitt tillstånd och kunde ta informerade beslut och vara delaktig i beslutsfattanden. Vårdpersonalen hade även ett viktigt arbete att hjälpa patienterna reflektera och tänka över sitt tillstånd för att hitta strategier och prioritera mål. Vidare förklarar patienter att delat beslutsfattande hade en koppling till att vårdpersonalen var engagerade i sitt arbete och hade en samarbetsvillig förmåga (Percival et al., 2017).

Delat beslutsfattande var lägre bland äldre patienter inom psykiatrisk vård jämfört med yngre patienter, patienter över 65 års ålder rapporterade bara hälften så mycket delat beslutsfattande som yngre patienter mellan 18–34 år (Solberg et al., 2014). Detta menar Solberg et al. (2014) hör samman med att äldre patienter söker vård och behandling för depression i mindre utsträckning, och att äldre patienter prioriterar somatiska besvär över psykiska. På grund av detta menade vårdpersonal att det tog tid att informera och övertala dessa patienter att besvären inte var relaterade med somatiska problem, och att delat beslutsfattande inte kunde tillämpas i dessa möten (Solberg et al., 2014).

Skillnaden på den yngre och äldre patientgruppen kan också vara enligt Solberg et al. (2014) att äldre patienter vill och förväntar sig att vårdpersonalen ska ta beslut då dem anser att det

är personalens arbete och de kan bäst. Däremot presenterar Fortuna et al. (2017) att äldre med psykisk ohälsa var mer benägna än personer utan psykisk ohälsa att rapportera att vårdpersonal inte gav rum för delat beslutsfattande. I Solberg et al. (2014) studie framkom det även att den genomsnittliga tiden för ett samtal om psykisk ohälsa, samt patientens alternativ och behandling var 2 minuter per patient. Detta innebär att tiden för att patienter ska få vara delaktig i delat beslutsfattande ansågs som kort.

Saknad av kontinuitet i vården

Enligt Wilberforce et al. (2018) beskriver många patienter ett problem med avsaknad av kontinuitet i personal. Flera patienter beskriver ett obehag av att inte veta vem de ska möta samt att vara i en position att behöva bli avklädd och tvättad av en främling. Enligt Reynolds et al. (2020) beskriver patienter att hoppa mellan flera vårdgivare utan en tydlig plan som både fysiskt och emotionellt dränerande. Vidare beskriver Wilberforce et al. (2018) att en kontinuitet av personal skulle ge en möjlighet att bygga en personlig relation och slippa behöva upprepa sig till olika nya personer. Detta skulle innebära att vårdare som känner till patienten väl vet saker som gör dem att bli upprörda eller ser när saker inte strå rätt till.

Fortuna et al. (2017) konstaterar att äldre personer som upplever psykisk ohälsa upplever större svårigheter att söka och få kontakt med vården, jämfört med patienter utan psykisk ohälsa. Saknad av en kontinuerlig vårdkontakt leder till minskad tillit från patienternas perspektiv, vilket leder till att patienterna undviker att söka vård för sin psykiska ohälsa till en början (Stark et al., 2018).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Denna litteraturoversikts syfte var att belysa hur äldre personer med psykisk ohälsa upplever sig bemötta i hälso- och sjukvården. Resultatet består av 14 vetenskapliga artiklar som analyserades genom en integrerad dataanalys där likheter identifierades och sammanställdes i tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier. Huvudkategorierna var att bli lyssnad på, kommunikation samt delaktighet i egen vård. Resultat kommer att diskuteras och kopplas till den teoretiska utgångspunkten lidande av Katie Eriksson.

Resultat i studien påvisade att både äldre patienter samt vårdpersonal upplever samtalen kring psykisk ohälsa som komplex. Centralt i äldre patienter upplevelse var att bli lyssnad på och sedd som en människa. Eriksson (2015, s. 93) beskriver att ohälsa och sjukdom påverkar hela människans upplevelse av livet och att vara människa. Eriksson (2015, s. 93) beskriver människan som en helhet, där kropp, själ och ande ingår, där ohälsa och situation kan påverka människans livssituation. Vidare förklarar Eriksson (2015, s. 83) att förväntningar uppstår hos patienter i kontakt med vården, patienten hamnar i ett mellanmänniskt läge där förväntningar kan resultera i lidande. Rydberg Sterner et al. (2020) fann att patienter önskade djupare dialoger med sin omgivning och vårdpersonal, vilket kan motverka att lindande för patienter uppstår. Känslor som rädsla och frustration påverkar patienten och skapar ett

kroppsligt lidande. Detta menar Eriksson (2015, s. 95–97) kan motverkas genom att sträva efter en välkomnande vårdmiljö, där patienter möts av respekt och personcentrerad vård.

Resultatet påvisade att patienter lade stor vikt vid mötet med sjukvårdspersonal, samt att mötet var präglad av respekt, öppenhet, delaktighet och känslan att bli bemött som en person. Detta även i enlighet med Eriksson (2015, s. 95–96) som menar på att sjuksköterskan ska bemöta patienten som medmänniska och unik individ. Rydberg Sterner et al. (2020) visar att detta saknas och att patienter upplever att det fanns ett behov av dialog både före, under och efter behandling som inte uppfylldes enligt patienternas förväntningar. Patienter menade på att de var oroliga att sjukvårdspersonalen saknade kunskap om hur depression manifesterades och hur det påverkar kropp och hjärna. Det patienter förväntar sig i mötet med vårdpersonal tas upp av Liu och Gellatly (2020) och beskrivs som en lagom blandning mellan erfarenhet och professionalism. Vårdpersonalen måste vinna patientens förtroende, vilket enligt patienter innebar att vara väl utbildad inom området samt att ha en glad och öppen inställning. Vårdpersonal som var för professionella och inte personcentrerade sitt arbete fick inte den relationen med patienten som behövdes för en vårdande relation (Liu & Gellatly, 2020). Vidare förklarar Rydberg Sterner et al. (2020) att det uppstod rädsla hos patienter för att inte bli remitterade till rätt sjukvårdsinstans, att det inte skulle finnas kapacitet för sjukvården att ta hand om dem samt att priser för privat sjukvård för psykiatrisk hjälp var för dyr. För att bli erbjuden hjälp och tagen på allvar beskriver patienter att hen måste vara väldigt sjuk (Rydberg Sterner et al., 2020).

Vidare ligger andra rädslor som barriärer för att patienter ska uppleva en god vård där lidande och smärta lindras. Stigmatisering förekommer som resultatet påvisar i delar av sjukvården. Knaak et al. (2017) menar på att motverka stigmatisering av patienter med exempelvis depression och psykisk ohälsa kan sjukvårdspersonalen behöva utbildning i hur stigmatisering undviks. Detta hade skapat en miljö där patienterna kan känna tillit till sjukvårdspersonalen och en ömsesidig respekt kan växa fram. Detta hade även gynnat kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patienter, vilket hade resulterat i bättre återhämtning för patienterna. Rydberg Sterner et al. (2020) belyser att patienter som inte hade god kommunikation med vården upplevde sig oförberedda på hur behandlingen skulle gå till, samt vad patienten kunde förvänta sig av behandlingen. Detta ledde till att behandlingen inte får samma effekt som den skulle få om patienten var välinformerad, kände en koppling och mening med vårdpersonalen samt fick stöd i det vardagliga livet. Detta resulterar i ett lidande för patienten vilket kan jämföras med Eriksson (2015) begrepp om vårdandets kärna. Detta innebär i detta fall att patientens grundläggande behov inte uppfylls av vårdpersonalen, vilket skapar ett lidande hos patientens alla dimensioner.

I studien av Nair et al. (2020) används begreppet ålderism för att förklara hur både patienten själv och vårdpersonal ser på depression som en naturlig del av åldrandet, samt inte vara en anledning för att söka vård. Som beskrivet i resultatet är detta en barriär för behandling av psykisk ohälsa hos äldre. Det befintliga självstigmat som föreligger hos patienten blir bekräftat av vårdpersonal som delar samma stigmatisering. Att psykisk ohälsa var en del av det naturliga åldrandet ansågs främst vid symtom som ensamhet, förändrade sociala roller samt funktionell försämring. Detta gav patienten uppfattningen att det inte fanns någon hjälp att få, vilket också ansågs hos vårdpersonal som ansåg att det var bortkastad tid (Nair et al., 2020).

Äldre patienter beskriver tid som en viktig byggsten i mötet med vårdpersonal, där det bör finnas tillräckligt med tid avsatt till mötet för att det ska vara möjligt för patienten att uttrycka sina besvär. Detta tas även upp i Nair et al. (2020) som styrker att äldre patienter prioriterade bort att lyfta besvär med psykisk ohälsa, och i stället prioritera fysiska besvär. Detta kan leda till att patienten hamnar i en ond cirkel av psykisk ohälsa och fysisk smärta, som kanske just beror på exempelvis depression men som inte behandlas då det inte finns tid för en grundlig genomgång. Detta kan resultera i försämrad livskvalitet samt högre tryck på vården. Genom att bli bemött och erbjuden adekvat vård kan äldre patienters livskvalitet öka. Enligt Liu och Gellatly (2020) beskriver patienter att en bra vård där patienten kände sig hörd och upplevde god vård kunde depression behandlas samt öka livskvaliteten. En patient i Liu och Gellatly (2020) återberättar att hen i takt med förbättrad livskvalitet orkade återuppta fritidsaktiviteter och på så sätt bryta en del av den sociala isolering som är vanligt bland äldre med psykisk ohälsa. Detta kan i enlighet med Eriksson (2015 s. 82–83) vara en del av lindrande av livslidandet, där alla aspekter av en persons lidande ingår, även kallat livslidande. Dels kan sjukdomslidandet lindras, men även det sociala och existentiella lidandet (Eriksson, 2015, s. 82–83).

Metoddiskussion

I denna studie valdes en icke systematisk litteraturöversikt för att besvara studiens syfte, vilket var att belysa äldres upplevelse av bemötandet av psykisk ohälsa inom sjukvården. Enligt Friberg (2022, s. 186-187) är detta ett bra val av studiedesign vid en tidsbegränsning för projektet. I en icke systematisk litteraturöversikt väljer författarna själva ut artiklarna som ska vara med i resultatet vilket kan resultera i bias. Där författarna valt ut artiklarna för att eftersträva ett visst resultat (Friberg, 2022, s. 186-188). Något som beaktas i hela forskningsprocessen av författarna. En fördel med en icke systematisk studiedesign är enligt Kristensson (2014, s.150) att det ger en överblick över den tillgängliga forskningen inom området. Därav valde författarna denna metod till studien.

För att stärka tillförlitligheten i litteraturöversikten är resultat uppbyggt på endast vetenskapliga originalartiklar, vilket enligt Kristensson (2014, s. 157) är en mer trovärdig källa än sekundärkällor som till exempelvis litteraturöversikter.

Artiklar som inkluderades i studien var från databaserna CINAHL, Pubmed samt PsychINFO. Enligt Henricson (2017, s. 414) ökar trovärdigheten vid användning av flera databaser i litteratursökningen. Vid sökningar i dessa databaser användes en avgränsning till artiklar som publicerats mellan åren 2013 – 2023, detta för att få fram aktuell och relevant forskning. Därav gjordes en utökning av tidsspännet till åren 2006 – 2023 vilket genererade något fler träffar som kunde inkluderas i resultatet. Initialt exkluderades artiklar innehållandes sjukvårdspersonals perspektiv då syftet var att belysa patienters upplevelser, utifrån sökresultaten inkluderades artiklar som presenterade bådas perspektiv med i resultatet. Utöver detta avgränsade sökningar till ålder kategorien 65 år+ i databaserna.

Artiklar valdes ut i två steg där abstraktet lästes först sedan hela artikeln för att avgöra om den besvarade syftet i studien. Artiklarna läste av båda författarna var för sig. Därefter valdes

en integrerad dataanalys som metod för analysen vilket enligt Kristensson (2014, s 174) ställer samtliga resultat i förhållande till varandra och ger en överskådlig bild. Där efter och identifierade likheter och skillnader i artiklarna. I steg två kategoriserades artiklarna med liknande resultat och delades in i grupper. Detta genererade tre huvudrubriker: Att bli lyssnad på, Kommunikation och Delaktighet i egen vård.

Initialt valdes 15 vetenskapliga artiklar till studiens resultat, en artikel valdes bort efter noga bearbetning och studien som ej besvarade syftet. Därav består studiens resultat av 14 vetenskapliga artiklar varav åtta kvantitativa, fem kvalitativa samt två med mixad metod. Initialt övervägde författarna att endast inkludera kvalitativa studier i resultatet, då detta enligt Polit och Beck (2021, s. 7–8) beskriver ett specifikt fenomen exempelvis personers upplevelse, vilket var syftet med studien. Beslutet togs därför att inkludera en majoritet av kvalitativa artiklar och kvantitativa artiklar och artiklar med mixad metod. Enligt Polit och Beck (2021, s. 190) är kunskapsvärdet större då det inte görs avgränsningar till enbart kvantitativa eller kvalitativa vetenskapliga artiklar.

Artiklarna har ursprung från flera olika länder så som USA, Kanada, Norge, Portugal, England och Tyskland. Att inkludera artiklar från flera olika länder kan ge ett brett resultat med både likheter och olikheter inom patienters upplevelser. Olikheter kan vara kulturella skillnader med olika människosyner, på både psykisk ohälsa samt äldre människor. Likheter och positiva fördelar kan vara att resultatet blir brett och höjer trovärdigheten på litteraturöversikten. Initialt inkluderas endast artiklar från länder med västerländsk kultur och med lika syn på psykisk ohälsa. Henricson (2017, s. 496) menar dock att detta gör att resultat blir icke generaliserbart. Därav söktes artiklar med ursprung från hela världen men majoriteten av resultaten som besvarade syftet var från europeiska länder samt Nord Amerika.

En artikel av Keeley et al (2014) som valts till föreliggande studies resultat har ett åldersspann på deltagare mellan 20-80 år. Denna artikel inkluderades trots att den är utanför inklusionskriterierna, detta på grund av att det framgår tydligt i artikeln vilken patient som säger vad. Artikeln använder sig av ett diagram som gör det möjligt att läsa av vilken ålder patienterna har som delar med sig av informationen. Detta har gjort det möjligt att enbart ta med den information som tillhör patienterna från 65 år och äldre.

De 14 artiklar som valdes ut till resultatet genom gick en kvalitetsgranskning vilket ökar kvaliteten av artiklarna enligt Kristensson (2014, s. 164–165). Detta genomfördes enligt Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag utarbetat och modifierat efter Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016) (Bilaga A). Efter granskning framkom att sju artiklar var av hög kvalitet, sju artiklar av medelhög kvalitet.

Författarna till detta arbete har arbetat enligt god forskningssed. Enligt Polit och Beck (2021, s 153) innebär detta att producera sanningsenliga resultat. Forskning som grundats på bias eller är icke representativt för den forskningsgruppens upplevelser kan ej bidra till evidens. Författarna har under processens gång reflekterat över egna åsikter och erfarenheter och därför exkluderat egna värderingar i resultatet av studien. Utöver detta har valda artiklar till kontrollerats att en etisk prövning har genomgått innan publicering

Referenshanteringen har i denna studie skett i enlighet med Sophiahemmets Högskolas modifierade version av APA. Detta har skett i löpande text samt i en referenslista för att

påvisa var informationen är inhämtad och utesluta plagiat (Friberg, 2022, s. 120; Kristensson, 2014, s. 25)

Slutsats

I denna litteraturoversikt var syftet att beskriva hur äldre personer med psykisk ohälsa upplever sig bemötta i hälso- och sjukvården. Det framkom i resultatet att äldre upplever att bemötandet är en viktig grund för att etablera ett partnerskap. Flera faktorer påverkar mötet mellan patient och vårdpersonal. Däribland flera underliggande barriärer exempelvis den äldre generationens stigmatisering av psykisk ohälsa och fördomar vilket leder till att äldre har svårt att prata om psykiska ohälsa eller svårt att tro att de lider av det. Det framkom även att det finns uppfattningar från vårdpersonal att nedstämdhet är en del av det naturliga åldrandet, samt att det förekommer vissa förutfattade meningar om psykisk ohälsa kring äldre.

Resultatet visar att äldre patienter upplever ett behov att kunna bygga en relation till vårdpersonalen för att känna sig bekväma att kommunicera sina känslor. Föreliggande studie påvisade att bli lyssnad på, kommunikation och att få vara delaktig i sin egen vård som centrala aspekter. Resultatet visar även på ett behov av ökad kunskap hos vårdpersonal att bemöta äldre patienter och deras psykiska besvär. Kunskapen om hur äldre upplever bemötandet av hälso- och sjukvården kan bidra till ett minskat lidande och öka äldre patienters autonomi och delaktighet.

Fortsatta studier

I föreliggande litteraturstudie framkom det att äldre har ett behov att bli sedda och hörda. Författarna anser att det finns ett behov av mer forskning som belyser patienters perspektiv av bemötandet och omvårdanden. Vid sökning av artiklar inom området påträffades ett stort antal artiklar om sjuksköterskor och annan vårdpersonals perspektiv och upplevelser av behandling av äldre med psykiska besvär. Mer forskning inriktat på patientens perspektiv behövs för att belysa och förbättra detta område.

Självstigmatisering hos den äldre generationen ligger som en barriär för hjälpsökande och påbörjan av behandling. Det framkom att det finns ett behov av vidare studier i kommunikation med äldre, samt identifiering av psykisk ohälsa hos denna patientgrupp.

Klinisk tillämpbarhet

I takt med den växande befolkningen samt en ökning av den äldre populationen finns det ett stort behov att öka evidensen kring psykisk ohälsa hos äldre. Detta för att identifiera symptom av psykisk ohälsa och minska lidandet. Vårdpersonal kommer att möta denna patientgrupp i stort sett överallt inom hälso- och sjukvården därav föreligger det ett behov att

öka kunskap hos vårdpersonal för att på ett evidensbaserat och personcentrerat sätt bemöta och hjälpa dessa patienter. Vården kan då se till hela patientens behov och arbeta ur ett holistiskt förhållningsätt. Vårdpersonal har i tidigare studier beskrivit en kunskapslucka inom området med äldre och psykisk ohälsa, vilket indikerar att resultatet i denna studie har en klinisk relevans och tillämpbarhet. Denna studies resultat är baserad på vetenskapliga artiklar från Europa samt USA, med både män och kvinnor inkluderade som var över 60 års ålder. Detta gör att föreliggande studie bör vara tillämpbar inom den svenska hälso- och sjukvården.

I resultatet framgår det att patienter önskar att vårdpersonal har mer kunskap inom området psykisk ohälsa hos äldre, vilket innebär att ett förbättringsarbete bör drivas inom sjukvården. I enlighet med International Council of Nurses (ICN) (2021) ska legitimerade sjuksköterskor tillhandahålla evidensbaserad omvårdnad och förebygga sjukdom och ohälsa genom alla olika faser av människans liv. Även att värna om alla människors autonomi och integritet, vilket är av stor vikt i mötet med äldre med psykisk ohälsa. Det är även sjuksköterskans ansvar att dela med sig av evidens för att utbilda, handleda och stötta annan vårdpersonal i förbättringsarbete inom vården (ICN, 2021). Med denna studie har författarna därför förhoppning att informationen kan ligga till grund för ny kunskap och fylla kunskapsluckor inom sjukvården.

Författarnas bidrag

Författarna Frida Forsman och Lucas Jansson har bidragit till alla delar i arbetet i lika stor omfattning.

REFERENSER

- Augusto, C., & Ivbijaro, G. (2013) Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges. 10(3): 125–127. PMID: 24427178; PMCID: PMC3822658.
- *Barg, F. K., Mavandadi, S., Givens, J. L., Knott, K., Zubritsky, C., & Oslin, D. W. (2010). When late-life depression improves: what do older patients say about their treatment?. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(7), 596–605. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181b7f0f9>
- Berg, A., Dencker, K. &, Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). SBU, SFF.
- *Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family practice*, 23(3), 369–377. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi115>
- Colligan, E-M., Cross-Barnet, C., Lloyd, J., & McNeely, J. (2020) Barriers and facilitators to depression screening in older adults: a qualitative study, *Aging & Mental Health*, 24:2, 341-348, <https://doi: 10.1080/13607863.2018.1531376>
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Kadolph, J., & Bell, H. (2013). Depression in older Adults: A meta-Synthesis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56 (6). 509–534. <https://doi: 10.1080/01634372.2013.811144>.
- *Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in mental health nursing*, 40(2), 88–96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (1 uppl.). Liber.
- Eun park, J., Cho, S., Lee, J., Hoon Sohn, J., Jeong Seong, S., Won Suk, H., & Je Cho, M. (2014). Impact of stigma on use of mental health services by elderly Koreans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 757-766. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0991-0>
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Psykisk ohälsa vanligt bland personer 65 år eller äldre – men det går att förebygga*. Hämtad 29 april 2023 från, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d19b3cbf5a2441e5bc01d4f657f5ff40/psykisk-ohalsa-vanligt-personer-65-ar-aldre.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Psykisk ohälsa hos äldre - ett folkhälsoproblem som ofta går att förebygga*. Hämtad 3 september, 2023 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter->

[och-press/nyhetsarkiv/2021/september/psykisk-ohalsa-hos-aldre---ett-folkhalsoproblem-som-ofta-gar-att-forebygga/](https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyhetsarkiv/2021/september/psykisk-ohalsa-hos-aldre---ett-folkhalsoproblem-som-ofta-gar-att-forebygga/)

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Faktorer som påverkan den psykiska hälsan hos äldre personer*. Hämtad 3 september, 2023 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-paverkar-var-psykiska-halsa/faktorer-som-paverkar-den-psykiska-halsan-hos-aldre-personer/>

*Fortuna, K. L., Lohman, M. C., Batsis, J. A., DiNapoli, E. A., DiMilia, P. R., Bruce, M. L., & Bartels, S. J. (2017). Patient experience with healthcare services among older adults with serious mental illness compared to the general older population. *International journal of psychiatry in medicine*, 52(4-6), 381–398. <https://doi.org/10.1177/0091217417738936>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss. 141–152). Lund: Studentlitteratur.

Frost, R., Nair, P., Aw, S., Gould, R. L., Kharicha, K., Buszewicz, M., & Walters, K. (2020). Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging & mental health*, 24(12), 1977–1984. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1647132>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss.411–420). Studentlitteratur.

Ismail, Z., Fischer, C., & Vaughn McCall, W. (2013). What Characterizes Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 483-496. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.010>

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses: Revised 2021*. Hämtad 30 september, 2023, från <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 81–98). Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss. 57–77). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in

healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

*Kvalbein-Olsen, L. C., Aakhus, E., Haavet, O. R., & Werner, E. L. (2023). Unrecognised depression among older people: a cross-sectional study from Norwegian general practice. *BJGP open*, 7(1), BJGPO.2022.0135. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0135>

*Keeley, R. D., West, D. R., Tutt, B., & Nutting, P. A. (2014). A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC family practice*, 15, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-13>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur

*Lee-Tauler, S. Y., Lee-Kwan, S. H., Han, H., Lee, H. B., Gallo, J. J., & Joo, J. H. (2016). What Does Depression Mean for Korean American Elderly?: A Qualitative Follow-Up Study. *Psychiatry investigation*, 13(5), 558–565. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.5.558>

Melrose, S. (2018). Late life depression: nursing actions that can help. *Perspectives in psychiatric care*, 55(3), 453–458. <https://doi.org/10.1111/ppc.12341>

*Nelson, K. L., & Purtle, J. (2019). Perceptions of patient-provider communication and receipt of mental health treatment among older adults with depressive symptoms. *Aging & mental health*, 23(4), 485–490. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1426719>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (4.uppl.). Liber

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. Uppl.). Wolters Kluwer.

*Percival, J., Donovan, J., Kessler, D., & Turner, K. (2017). 'She believed in me'. What patients with depression value in their relationship with practitioners. A secondary analysis of multiple qualitative data sets. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(1), 85–97. <https://doi.org/10.1111/hex.12436>

Reynolds, K., Medved, M., Mackenzie, C., Funk, L., & Koven, L. (2020). Older Adults' Narratives of Seeking Mental Health Treatment: Making Sense of Mental Health Challenges and "Muddling Through" to Care. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1517–1528. <https://doi.org/10.1177/1049732320919094>

Rosèn, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss. 375–387). Lund: Studentlitteratur

Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>

Socialstyrelsen (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*. Hämtad 29 augustil, 2023 från, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajokforelser/2018-9-12.pdf>

*Solberg, L. I., Crain, A. L., Rubenstein, L., Unützer, J., Whitebird, R. R., & Beck, A. (2014). How much shared decision making occurs in usual primary care of depression? *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(2), 199–208. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.02.130164>

*Stark, A., Kaduszkiewicz, H., Stein, J., Maier, W., Hesel, K., Weyerer, S., Werle, J., Wiese, B., Mamone, S., König, H. H., Bock, J. O., Riedel-Heller, S. G., & Scherer, M. (2018). A qualitative study on older primary care patients' perspectives on depression and its treatments - potential barriers to and opportunities for managing depression. *BMC family practice*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0684-3>

*Sternke, E. A., Abrahamson, K., & Bair, M. J. (2016). Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 17(6), 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.07.003>

Szuhany, K, Simon, N. (2022). Anxiety Disorders: A Review. 27;328(24):2431-2445. <https://doi:10.1001/jama.2022.22744>

UNCHR. (2020) *Older person* <https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons?fbclid=IwAR2iYQho09xr1jBqK1aYccRfF5DxfiD83Qo6ioBNR6rOQfLQIssn3MCTAsE>

World Health Organization. (2022). *Mental Disorders*. Hämtad 30 augusti, 2023 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik (4:e uppl.). Studentlitteratur.

*Wilberforce, M., Batten, E., Challis, D., Davies, L., Kelly, M., & Roberts, C. (2018). The patient experience in community mental health services for older people: a concept mapping approach to support the development of a new quality measure. *BMC Health Service Research*, 18:461. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3231-6>

World Health Organization. (2022). *Mental Disorders*. Hämtad 30 augusti, 2023 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss. 79-109). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ kvalitet
Stark, A., Kaduszkiewicz, H., Stein, J., Maier, W., Hesel, K., Weyerer, S., Werle, J., Wiese, B., Mamone, S., König, H. H., Bock, J. O., Riedel-Heller, S. G., & Scherer, M. 2018 Tyskland	A qualitative study on older primary care patients' perspectives on depression and its treatments - potential barriers to and opportunities for managing depression.	Studiens syfte var att utforska patienters kunskap, tro på, attityd och erfarenheter av depression för att undersöka barriärer och möjligheter att handskas med depression i äldre ålder.	<u>Design:</u> Kvalitativ forskningsmetod <u>Urval:</u> Patienter mellan 77 och 91 år som visade symtom på depression eller redan hade en diagnos. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	12	Studien visade på att det fanns olika vinklar hur depression återspeglades av patienter. En del patienter var välinformerade om sitt tillstånd och nyttan av behandling medan en del inte alls hade samma insyn och därav inte samma tillit till sin omgivning samt erbjuden hjälp. Även rädsla för reaktioner samt att utomstående hade förutfattade meningar om personer med psykisk ohälsa.	K I
Sternke, E., Abrahamson, K., & Bair, M. 2016 USA	Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy	Studiens syfte var att belysa patienters syn på empati och empatiska interaktioner.	<u>Design:</u> Kvalitativ forskningsmetod <u>Urval:</u> Patienter mellan 18–84 års ålder med kronisk smärta och/eller sjukdomstillstånd kopplat till depression. <u>Datainsamling:</u> Sekundär fokusgrupp <u>Analys:</u> Grundad teori.	101 tillfrågade patienter. I fokusgruppen deltog 18 personer. 39% män samt 61% kvinnor.	När patienter möts av ett empatiskt arbetssätt från vårdpersonal stärks patientrelationen och skapar gynnsamma förutsättningar för patienter att känna sig hörda och förstådda.	K I

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

<p>Nelson, K., & Purtle, J. 2019 USA</p>	<p>Perceptions of patient-provider communication and receipt of mental health treatment among older adults with depressive symptoms</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka skillnaden hur äldre patienter med och utan psykisk ohälsa upplever kommunikationen med vårdgivare.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ forskningsmetod <u>Urval:</u> 6936 personer över 65+ år som under 2013 och 2014 svarade på PHQ-2. <u>Datainsamling:</u> Standardiserad självskattningsenkät. <u>Analys:</u> Enkätanalys</p>	<p>6936 deltagare</p>	<p>Äldre med clinically significant depressive symptoms (CSDS) upplever i större utsträckning än patienter utan CSDS att vårdgivare inte lyssnar tillräckligt. Patienter med CSDS upplever även att vårdgivare inte förmedlar information på ett personcentrerat sätt, jämfört med samma åldergrupp utan CSDS.</p>	<p>R II</p>
<p>Wilberforce, M., Batten, E., Challis, D., Davies, L., Kelly, M., & Roberts, C. 2018 England</p>	<p>The patient experience in community mental health services for older people: a concept mapping approach to support the development of a new quality measure</p>	<p>Syftet med studien var att utveckla ett regelverk för att mäta äldres upplevelser i kommunal vård samt socialtjänst.</p>	<p><u>Design:</u> Mixad metod <u>Urval:</u> Första delen deltog fyra patienter och deras vårdare som rådgivare innan resterande deltagare deltog. <u>Datainsamling:</u> Konceptkartläggning i 5 olika delar med blandning av kvantitativ och kvalitativ datainsamling. Steg 1: Objektgenerering Steg 2: Kortsortering och betyg Steg 3: Representation av påståenden Steg 4: Tolkning Steg 5: Användning</p>	<p>Deltagare: 22 äldre vårdtagare samt 29 mentalvårdare</p>	<p>Tillsammans genererades 67 påståenden som byggde upp frågeforumlären som delats in i sju olika teman.</p>	<p>P II</p>

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

<p>Keeley, R., West, D., Tutt, B., & Nutting, P. 2014 USA</p>	<p>A qualitative comparison of primary care clinicians' and their perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes</p>	<p>Syftet med denna studie var att jämföra vårdpersonal i primärvården och deras patienters syn på upplevelser, förväntningar och preferenser vid vård av depression.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ studie</p> <p><u>Urval:</u> Vårdgivare från Landsbygden och stadsmiljö. Fyra kliniker med patienter med depressions diagnos.</p> <p><u>Metod:</u> Semistrukturerade intervjuer med vårdgivaer och därefter semi strukturerade intervjuer med vårdtagare.</p> <p><u>Analys:</u> Etnografisk</p>	<p>6 vårdgivare 30 patienter</p>	<p>Resultatet visade på att patienterna ofta föredrog empatiska lyssnare vid samtal med sin vårdkontakt, däremot fruktade vårdpersonalen att dessa samtal skulle ta mycket tid i ett pressat arbetsschema. Både patienter och läkare var medvetna att somatiska tillstånd kunde förhindra patienter att uppfatta tecken på psykisk ohälsa.</p>	<p>K I</p>
<p>Solberg, L-I., A-L., Crain, Rubenstein, L., Unützer, J., Whitebird, R-R., & Beck, A. 2014 USA</p>	<p>How Much Shared Decision Making Occurs in Usual Primary Care of Depression?</p>	<p>Syftet med studien var att mäta hur väl gemensamt beslutsfattande användes i primärvården för individer med depression.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ studie</p> <p><u>Urval:</u> 1168 personer med en depressions diagnos som behandlades med antidepressivbehandling.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Telefonintervjuer utfördes med alla 1168 deltagare.</p>	<p>1168 deltagare</p>	<p>Äldre patienter kände en lägre delaktighet än yngre patienter.</p>	<p>P II</p>

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

<p>Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C.</p> <p>2019 Norge</p>	<p>Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka hur patienter inom den psykiatriska slutenvården upplever bemötandet från vårdpersonalen, samt hur detta påverkar tillfrisknandet.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ forskningsmetod</p> <p><u>Urval:</u> personer mellan 20-70 år. Varit inlagd på sjukhus minst 3 veckor. Ingen aktiv psykos</p> <p><u>Dataanalys:</u> Djupintervjuer</p> <p><u>Analys:</u> Tematisk analys</p>	<p>14 deltagare</p>	<p>Studien visade på hur återhämtningen för slutenvårdspatienter kan öka vid en mycket god patient-vårdpersonal relation. Avgörande för detta är att patienten ses som en hel person och får sin autonomi och identitet respekterad.</p>	<p>K I</p>
<p>Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C-A.</p> <p>2006 England</p>	<p>'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur personal i primärvården samt patienter ser på orsaker och behandling för äldre med depressiva symtom.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ studie</p> <p><u>Urval:</u> patienter som var över 60 år och deltog i en studie för nya diagnostiska kriterier för depression hos äldre.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Semi strukturerade intervjuer</p> <p><u>Dataanalys:</u> Tematisk analys</p>	<p>20 patienter</p> <p>3 allmän läkare 3 specialistsjuksköterskor 2 två distriktsköterskor 1 kommunal sjuksköterska</p>	<p>Studien visade resultat på att vårdpersonal såg depressions symtom hos äldre som ett problem som de stötte på dagligen men upplevde att de inte fanns en diagnostisk modell.</p>	<p>K I</p>

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Percival, J., Donovan, J., Kessler, D., & Turner, K. 2017 England	'She believed in me'. What patients with depression value in their relationship with practitioners. A secondary analysis of multiple qualitative data sets	Syfte med studien var att identifiera vad vårdpersonal bidrar med till patienter med depression och vad dessa finner värdefullt eller problematiskt.	Design: Kvalitativ studie Urval: Datainsamling: resultat av fyra kvalitativa studier Dataanalys: sekundär data analys		Resultat Egenskaper hos vårdgivare identifierades som uppskattades av patienter. Detta var att var se patient som en individ, som är personlig och visar intresse och acceptans., arbeta i ett team tillsammans med patient mot ett gemensamt mål mot god egenvård. Utöver detta uppskattar även patienter klar och tydlig kommunikation.	K I
Kvalbein-Olsen, L-C., Aakhus, E., Haavet, O-R., & Werner, E-L. 2023 Norge	Unrecognised depression among older people: a cross-sectional study from Norwegian general practice	Syftet i artikeln var att belysa förekomsten av depression i Norge inom primärvården	Design: Kvantitativ forskningsmetod Tvärsnittsstudie Urval: Patienter över 65 år som sökte vård hos vårdcentral. Patienter tillfrågades i 2 månader. Datainsamling: Självuppskattningsenkät Analys: Deskriptiv analys	527 (20)	Resultat Äldre personer pratar sällan om depressiva symtom med sin allmänläkare och när de väl gör det så uppmärksammas det sällan av läkaren. En av tre patienter med mildare symtom på depression uppmärksammades inte	P I
Barg, F-K., Mavandadi, S., Givens, J-L., Knott, K., Zubritsky, C., & Oslin, D-W. 2010	When late-life depression improves: what do older patients say about their treatment?	Syftet med denna studie var att undersöka äldre patienters uppfattningar om fördelar med behandling mot depression, samt undersöka om deras uppfattning förändrades när	Design: Mixad forskningsmetod Urval: Patienter över 65 år samt tidigare varit delaktiga i Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly.	24 patienter	Resultat av denna studie visade att hälften av patienterna blev återställda från depression efter behandling. Enligt patienterna beror detta på att de fick psykosocialt stöd och utbildning under behandlingen samt möjlighet att vara delaktig i sin egen behandling.	P II

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

USA		patienten upplevde svar på behandlingen.	<u>Datainsamling:</u> Strukturerade intervjuer Självskattningsenkät <u>Analys:</u> Jämförelseanalys		Patienter som åter insjuknande i depression gav tvetydliga svar på anledningen till varför de inte tillfriskande.	
Fortuna, K., Lohman, M., Batsis, J., DiNapoli, E., DiMilia, P., Bruce, M., & Bartels, S. 2017 USA	Patient experience with healthcare services among older adults with serious mental illness compared to the general older population	Syftet med denna studie var att undersöka hur patienter med en allvarlig psykisk diagnos (SMI) upplever sjukvården jämfört med patienter utan SMI.	<u>Design:</u> Kvantitativ forskningsmetod <u>Urval:</u> Personer över 50 års ålder utan psykisk diagnos, patienter med psykisk ohälsa samt patienter med diagnostiserad schizofreni. <u>Datainsamling:</u> Självskattningsenkät <u>Analys:</u>	525 patienter i fokusgruppen med en allvarlig psykisk diagnos. 34,921 patienter i jämförelsegruppen utan en allvarlig psykisk diagnos.	Resultatet av denna studie visar på att patienter med psykisk ohälsa upplever större hinder vid att vara delaktig i beslutsfattande av sin vård. Det framgår även att patienter med psykisk ohälsa upplever svårare tillgång till en vårdkontakt, jämfört med patienter utan psykisk ohälsa.	P I
Reynolds, K., Medved, M., Mackenzie, C., Funk, L., & Koven, L. 2020 Kanada	Older Adults' Narratives of Seeking Mental Health Treatment: Making Sense of Mental Health Challenges and "Muddling Through" to Care	Syftet med denna studie var att undersöka upplevelser och erfarenheter i vårdprocessen av äldre som sökt vård för psykisk ohälsa.	<u>Design:</u> Kvalitativ forskningsmetod <u>Urval:</u> Patienter över 60 år som gick i poliklinisk behandling. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade individuella intervjuer. <u>Analys:</u> Narrativ analys	15	Denna studie kom fram till olika aspekter som kan påverka, dels personliga men även från sjukvården. Många upplevde att det inte fanns någon kontinuitet mellan vårdgivare samt att guidning saknades från vårdgivare.	K II

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

<p>Lee-Tauler, S. Y., Lee-Kwan, S. H., Han, H., Lee, H. B., Gallo, J. J., & Joo, J. H. 2016 USA</p>	<p>What Does Depression Mean for Korean American Elderly?: A Qualitative Follow-Up Study</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka hur koreanska äldre patienter använder sjukvård för psykisk ohälsa.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ forskningsmetod</p> <p><u>Urval:</u> Amerikaner med ursprung från Korea som deltagit i MASK studien.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer</p> <p><u>Analys:</u> Jämförelseanalys</p>	<p>10 (8)</p>	<p>Denna patientgrupp kopplade depression med diskriminering, utanförskap och självmord och ignorerade i stor utsträckning sina symtom. Patienter var villiga att konsultera vården om de erbjöds hjälp på modersmål, skyddade av sekretess och inom rimliga kostnader.</p>	<p>K II</p>
---	--	--	---	-------------------	---	-----------------

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K). I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet