

VILJAN RÄCKER JU INTE NÄR KUNSKAPEN SAKNAS

Sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden

ISABELL HIETAHARJU

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Ämne: Vårdvetenskap
Avancerad nivå
15 hp
Specialistsjuksköterskeutbildningen
Med inriktning mot psykiatri
Vae153

Handledare: Oona Lassenius
Examinator: Lena Wiklund-Gustin

Seminariedatum: 19-06-04
Betygsdatum: 19-08-27

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare forskning visar att psykisk ohälsa hos äldre ökar. På äldreboenden vårdar sjuksköterskorna dagligen denna patientgrupp. Men kunskap om den psykiatriska omvårdnaden är otillräcklig. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden. **Metod:** Studien följde en induktiv ansats. På fyra äldreboenden genomfördes fem intervjuer med sjuksköterskor som arbetade som patient ansvariga sjuksköterskor. Material som framkom utifrån dessa intervjuer analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskorna upplevde svårigheter med att vårda denna patientgrupp. Kunskapsluckor bidrog till att sjuksköterskorna upplever sig otillräckliga i vårdandet. De upplevde även att de olika professionerna behöver arbeta mer tillsammans för patientens skull och arbeta mot samma mål med hjälp av patientens önskemål. För att uppnå en god vårdande relation upplever sjuksköterskorna att det är viktigt att lyssna till patientens berättelse. Kategorierna är att känna sig otillräcklig, att tillvarata teamets resurser samt att försöka uppmärksamma patienten. **Slutsats:** Sjuksköterskorna har en stor vilja till en god psykiatrisk omvårdnad och även att utvecklas inom området, men idag finns det hinder främst genom att det saknas kunskap vilket resulterar i bristande vård.

Nyckelord: Erfarenheter, sjuksköterskeperspektiv, psykisk ohälsa, vårda, äldreboenden

ABSTRACT

Background: Previous research shows that mental illness in the elderly increases. At nursing homes, nurses take care of this patient group on a daily basis. But there is a lack of knowledge of the psychiatric care **Aim:** To describe the nurses' experiences of caring for patients with mental ill-health in elderly homes. **Method:** The study followed an inductive approach. At four retirement homes, five interviews were conducted with nurses who worked as patient responsible nurses. Materials that emerged from these interviews were analyzed through a qualitative content analysis. **Result:** The nurses experienced difficulties in nursing this patient group. Knowledge gaps contributed to the nurses experiencing insufficient care. They also felt that the different professions need to work more together for the patient's sake and work towards the same goals with the help of the patient's wishes. To achieve a good caring relationship, the nurses find it important to listen to the patient's story. The categories are to feel inadequate, to utilize the resources of the team and to try to pay attention to the patient. **Conclusion:** Nurses have a great desire for good psychiatric care and also to develop in the area, but today there are barriers mainly due to lack of knowledge resulting in lack of care

Nyckelord: Nursing perspective, experiences, mental illness, elderly homes, nursing

INNEHÅLL

1	INTRODUKTION	1
2	BAKGRUND.....	1
2.1	Psykisk ohälsa hos äldre	2
2.2	Stigmatisering inom vården.....	3
2.3	Patienternas erfarenheter av vårdpersonalens bemötande	4
2.4	Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa	5
2.5	Teoretisk referensram	5
2.6	Problemformulering	6
3	SYFTE	7
4	METOD.....	7
4.1	Design	7
4.2	Urval	8
4.3	Datainsamling.....	8
4.4	Analys av data	8
4.5	Forskningsetiska överväganden	10
5	RESULTAT.....	10
5.1	Att känna sig otillräcklig	11
5.1.1	Att känna sig rädd	11
5.1.2	Att känna sig frustrerad.....	12
5.1.3	Att sakna kunskap.....	12
5.2	Att tillvarata teamets resurser	13
5.2.1	Att samarbeta med andra yrkeskategorier.....	13
5.2.2	Att hantera attityder och förhållningssätt	14
5.3	Att försöka uppmärksamma patienten.....	14
5.3.1	Att lyssna till patientens berättelse	15
5.3.2	Att motivera och involvera patienten	16

6	DISKUSSION	17
6.1	Metoddiskussion	17
6.1.1	<i>Giltighet</i>	17
6.1.2	<i>Överförbarhet</i>	18
6.1.3	<i>Tillförlitlighet</i>	18
6.1.4	<i>Delaktighet</i>	18
6.2	Etikdiskussion	19
6.3	Resultatdiskussion	20
6.3.1	<i>Lidande</i>	20
6.3.2	<i>Interpersonella omvårdnadsprocessen</i>	21
6.3.3	<i>Status quo</i>	22
6.4	Resultatet i ett vidare sammanhang	23
7	SLUTSATS	24
7.1	Kliniska implikationer	25
7.2	Förslag till vidare forskning	25
	REFERENSER	25
	FÖRFRÅGAN OM TILLÅTELSE ATT GENOMFÖRA STUDIE	1
	BILAGA: A INTERVJUGUIDE	
	BILAGA: B MISSIVBREV	
	BILAGA: C BREV TILL VERKSAMHETSCHEF	

1 INTRODUKTION

Sjuksköterskor kan jobba i många olika områden och det är inte endast i landstingspsykiatri som patienter med psykisk ohälsa finns. Det är viktigt att ha med sig kunskap om psykisk ohälsa oavsett vilken arbetsplats sjuksköterskan jobbar på. Psykisk ohälsa hos äldre är vanligt men är oftast inte prioriterat. Inom äldreomsorgen finns det få specialistsjuksköterskor och patienterna har oftast endast kontakt med primärvård vilket kan resultera i att patienterna inte får en tillräckligt god vård och psykiska ohälsan prioriteras bort. Genom att få ta del av sjuksköterskornas erfarenhet av detta kanske studien kan både belysa det som inte fungerar men också vilket behov som finns inom äldre vården för att vårda individer med psykisk ohälsa. Även kanske kunna belysa det som fungerar idag och har bra resultat ute i verksamheterna. Det ligger i sjuksköterskans ansvar att vårda patientcentrerat oavsett vilken arbetsplats hon eller han är yrkesverksam i. Detta är viktigt att studera för att alla människor ska ha lika rätt till vård oavsett ålder, för att människan är gammal innebär inte att psykisk ohälsa ska normaliseras.

2 BAKGRUND

I bakgrunden kommer inledningsvis tre begrepp förklaras som anses relevant för studien. Fortsättningsvis kommer fakta om psykisk ohälsa hos äldre som avslutas med perspektiv från vårdpersonal och patienten.

Här kommer först en kortare förklaring av begrepp som används idag relaterat till ämnet. Begreppen definieras av Folkhälsomyndigheten (2017), WHO (2018) och Socialstyrelsen (2016).

Psykisk hälsa

WHO:s definition av psykisk hälsa är att det är ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där individer kan förverkliga sina egna möjligheter, individen kan klara av vanliga påfrestningar, och kan bidra till det samhälle individen lever i. Psykisk hälsa innefattar mer än frånvaro av psykisk ohälsa, och är både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang individen lever i.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa som begrepp används ofta som en övergripande term för både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Begreppet psykisk ohälsa innefattar olika former av psykiska besvär och även kliniskt definierade sjukdomstillstånd.

Särskilt boende

Särskilt boende är enligt Socialstyrelsen (2016) också vad som benämns som äldreboende. För att kunna bo på ett äldreboende behöver den äldre ha ett omfattande behov av vård som anses inte kunna tillgodoses på andra sätt, tex hemtjänst och/eller hemsjukvård. Det är hjälpbehovet som avgör om den äldre bör flytta in på ett äldreboende. Vården i det särskilda boendet ska vara anpassad till den äldres behov av trygghet, gemenskap och självbestämmande. På särskilda boende arbetar flera olika professioner. Sjuksköterskan är ansvarig för det patientnära och behandlingsarbetet.

2.1 Psykisk ohälsa hos äldre

Socialstyrelsen (2018) skriver att psykisk ohälsa används som ett sammanfattande begrepp, vilket innebär allt från mindre allvarliga besvär så som oro och mildare nedstämdhet till psykiatriska diagnoser med allvarligare symtom. Det är inte riktigt kartlagt hur många människor över 65 som lider av psykisk ohälsa, detta beror på att det kan skilja sig i hur psykisk ohälsa definieras. Olika studier påvisar att mellan 5-15% av de äldre lider av någon sorts depression. Detta innebär att depression är lika vanligt bland äldre som demenssjukdomar är. Ängstrelaterad problematik ses hos 6-12% av de äldre. Både ångest och depression sänker livskvaliteten markant.

Bergdahl m.fl. (2005) skriver att psykisk ohälsa hos de äldre är tyvärr ofta underdiagnostiserat och även dåligt behandlad, vilket skapar dåligt välbefinnande och ökad dödlighet. Socialstyrelsen (2018) skriver att orsaken till psykisk ohälsa hos äldre kan förklaras av olika faktorer, exempel på dessa somatiska sjukdomar, låg fysisk aktivitet, ensamhet, kost och läkemedelsbehandlingar är några av dessa faktorer även naturliga förändringar i hjärnan som kommer med åldrandet kan påverka. Äldre med psykisk ohälsa möter oftast äldreomsorgen och primärvården men sällan specialistpsykiatrin. Det fokuseras ofta på somatiska besvär mer än psykiska besvär. Eftersom äldre sällan får tillgång till specialistpsykiatrins kompetens finns risken att sambandet mellan psykisk och fysisk sjukdom inte uppmärksammas i tillräcklig omfattning hos multisjuka äldre.

De kan också vara svårt att uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre som ofta har andra sjukdomar i bakgrunden samt ofta har många läkemedel. Det ena går in i det andra och behandlingen uteblir eller riktas åt fel håll. Skoog (2011) skriver att kliniska uttryck av psykiska störningar hos äldre kan ofta skilja sig från hur de uttrycker sig hos yngre människor. Symtomen kan vara mindre synliga. Kognitiva funktioner minskas hos personer med depression, ångest eller andra psykiska sjukdomar. Skog understryker också att psykisk ohälsa hos äldre resulterar ofta i social deprivation, sämre livskvalitet, ökad risk för somatiska problem men också självmord. Det är emellertid inte alltid lätt att bedöma vad som är orsak och vad som är en följd av psykisk ohälsa och i många fall är föreningar i både riktningarna. Socialstyrelsen (2016) skriver att många av äldre personer med psykisk ohälsa

behöver hjälp och stöd för att klara av följderna av psykisk ohälsa, och det behovet är ofta grundpelaren för insatser som den kommunala vården ska erbjuda målgruppen. De vanligaste insatserna är hemtjänst och särskilt boende. Det är av största vikt att dessa insatser just därför utformas med insikt om att hur pass många som tar del av dem lider av psykisk ohälsa, så att deras behov och möjligheter inte förbises. I mötet med den äldre som är drabbad av psykisk ohälsa är det viktigt att inte bara ge akuta insatser utan även att ge patienten möjlighet att förstärka den egna förmågan att motverka psykisk ohälsa över tid. Socialstyrelsen skriver att antalet äldre i Sverige kommer att öka och risken att utveckla psykisk ohälsa, ökar med högre ålder. Statistiska Centralbyrån (SCB) uppskattar att antalet äldre år 2035 kommer att öka till cirka 2,4 miljoner vilket innebär 23 procent av befolkningen, och av dessa kommer 0,8 miljoner att vara 80 år eller äldre. Detta innebär ett ökat behov av stöd och vård för äldre personer med psykisk ohälsa. Langan, Mercer och Smith (2013) skriver att livslängden för människor med psykisk ohälsa är betydligt kortare än för resterande befolkning men äldre människor med psykisk ohälsa behöver inte ha varit drabbade under yngre år. Ofta så går fysisk och psykisk ohälsa in i varandra men ändå saknas kunskapen för rätt behandling. Om en människa har en dålig fysisk hälsa är risken större att utveckla psykiska problem, och tvärt om. Äldre människor har högre risk för somatiska sjukdomar vilket då kan resultera i psykiska sjukdomar och tvärtom. Socialstyrelsen, (2016) skriver att många av de äldre som bor i särskilda boendeformer inom äldreomsorgen lider av psykisk ohälsa, åtminstone om man ser till användningen av läkemedel relaterat till symtomen, rapporterade symtom och de behov som dokumenteras. Ett stort antal lider av oro och nedstämdhet, vilket kan ha varit orsaken till att personen flyttat till ett särskilt boende för att kunna få känna en trygghet

2.2 Stigmatisering inom vården

Stigma relaterade till psykiska sjukdomar är en stor börda för samhällen globalt (WHO, 2016). Stigmatiserade attityder bland anställda gentemot patienter med psykisk sjukdom har i stor utsträckning studerats i olika psykiatriska specialiserade hälsovårdssammanhang, men mindre i annan hälso och sjukvård. Sjuksköterskornas inställning till personer med psykisk sjukdom har i allmänhet varit positiva inom de områden som studerats. Det har dock visat sig att yngre sjuksköterskor uttryckte sig rädda för psykiskt sjuka patienter. De saknade inte bara en känsla av säkerhet kring dessa patienter utan ansåg ofta att människor med psykisk sjukdom skulle vara segregerade från den allmänna befolkningen. Sjuksköterskor som uttryckt detta var allmänsjuksköterskor utan någon utbildning inom psykiatri. (Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Löyttyniemi, Suominen & Välimäki, 2016)

Stigma och diskriminering har identifierats som viktiga hinder för integrationen av personer med psykisk sjukdom i samhället. I ansträngningar för att minska stigma och diskriminering spelar vårdpersonal en viktig roll eftersom de har frekvent kontakt med och ansvar för behandling och rehabilitering av patienterna. Forskning har visat att vårdpersonal inom somatisk vård, i högre grad än vårdpersonal inom psykiatrisk vård, har haft mer negativa attityder gentemot personer med psykiskt sjuka och ansett dem farliga och oförutsägbara. Attityderna bland sjuksköterskor är i flera avseenden jämförbara med offentliga åsikter om psykisk sjukdom och psykiskt sjuka. Negativa attityder om att patienterna är farliga och oförutsägbara är förknippade med dåliga erfarenheter eller med fördomar

(Ihalainen-Tamlander, Vähäniemi, Löyttyniemi, Suominen & Välimäki, 2016; Björkman, Angelman & Jönsson, 2008).

Stigma i samband med psykisk sjukdom fortsätter att vara ett betydande hinder för äldre människor att söka hjälp, vilket leder till negativa attityder om behandling som kan erbjudas och avskräcker personer som behöver hjälp från att söka vård. Deprimerade äldre känner ofta ett offentligt stigma och vågar inte alltid söka psykiatrisk vård. Det har visat sig att äldre som kommer från andra kulturer än den västerländska avstår oftare att söka hjälp (Conner, et.al 2010)

2.3 Patienternas erfarenheter av vårdpersonalens bemötande

Gaillard, Shattell och Thomas, (2009) skriver att patienter mer psykisk ohälsa beskriver "förståelse" som en upplevelse som framkallar känslor av betydelse och värdighet. Men ofta är erfarenheten av att "missförstås" dock en vanligare känsla hos patienterna i deras relationer med vårdgivare. Negativa följder som sårbarhet, dehumanisering och frustration avslöjar att missförstånd har potential att skada eller förstöra relationer till vårdgivare. Forskning har visat att patienter ofta känner sig missförstådda, att de upplever att de blir sedda som objekt och inte människor. Många har upplevt att vårdgivare behandlar dem som barn vilket skapar enorm frustration. Morgan, Reavley, Jorm, och Beatson (2016) styrker detta och skriver att patienter ofta upplever diskriminering från hälsovårdspersonal när sökt vård för psykiska problem. De vanligaste typerna av diskriminering som uppdragats var att patienter upplevt att de misslyckats som människor, blir dömda och inte lyssnas på, särskilt när det gäller sin historia och sina egna individuella behandlingsbehov. Campbell, Gately och Gask (2007) skriver att patienter ofta har upplevt att vårdsystemet tillhandahåller en generisk "one size fits all" -service som är oförenlig med en enskild patients erfarenheter och känslor av att vara som individer. Fördomar över att man ska vara på ett visst sätt som psykisk sjuk, eller att likadana behandlingar bör fungera på alla. Patienter med psykisk ohälsa har ofta känslor av maktlöshet och att vara "förlorade" i ett system som är mer mottagligt för svåra och akuta episoder av sjukdom än kronisk sjuklighet.

De patienter som uppfattat sin kontakt med sjukvården mer positiv har talat om att de haft bra möten där de fick stöd, förståelse och att vårdpersonalen lyssnade. Det visade sig också att patienterna upplevde kontakten mycket bra när vårdpersonalen såg "hela människan". Molin, Graneheim och Lindgren (2016) skriver att patienter beskriver att de gärna vill sitt ansvar för vården tillsammans med personalen och inte bära hela bördan själv, samt att de värdesätter ett ärligt vuxet möte och de vill inte känna sig som barn.

Martinsson, Fagerberg, Lindholm och Wiklund-Gustin (2012) beskriver i sin forskning att äldre med psykisk ohälsa får kämpa för sin existens. De upplever en förlust av sin identitet och värdighet. En oro och maktlöshet samt en längtan efter att respekteras och att få ses för vilka de är. Bolton (2001) skriver att patienter upplevt att personal behandlat deras psykiska ohälsa som om det vore smittsamt eller också ett karaktärsdrag och på det sättet fått patienter känna sig som dåliga individer i samhället. Patienter upplever också att deras fysiska hälsa inte längre tas på allvar då allting härleds till det psykiska. Patienter med psykisk ohälsa har även upplevt att de även ibland avstått från att sträcka ut handen till hälso- och sjukvården, just för att kände att de var rädda för en fördömande attityd från

vårdpersonalen. (Webster et al., 2008). Ett stort hinder är även att patienterna anser att vårdpersonalen inte har tid för att verkligen lyssna, för att de ständigt är upptagna eller prioriterar annat (Koivisto et al., 2004).

2.4 Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa

I detta stycke benämns undersköterskor och vårdbiträden inom kommunal vård nedan som vårdpersonal. Alltså inkluderas ej annan personal som jobbar under Hälso-och sjukvårdslagen. Äldre personer med psykiska störningar, med undantag av demenssjukdomar, utgör en utsatt grupp människor. Med den framtida internationella ökningen i den äldre befolkningen kommer psykiska störningar att öka också, vilket innebär nya utmaningar för sina vårdgivare. Dessa äldre är ofta kvar i sina egna hem, och i Sverige är de omhändertagna av vårdgivare. Med lite tidigare forskning, ökad arbetsbelastning och inför nya ansträngda situationer är det viktigt att utnyttja den kunskap som vårdpersonal har och fördjupa förståelsen för sina erfarenheter (Socialstyrelsen, 2016).

Vårdpersonal har uttryckt att det förstår innebörden av att ta sig tiden att finnas där för de äldre, även om tiden egentligen inte finns där. De anpassar sitt arbete runt den äldre och individens dagliga mående, styrka och anda. I situationen med den äldre personen skildrade vårdpersonalen sina yrkesliv och personliga liv och valde att agera professionellt. De såg noga på varje situation och var medveten om faror och situationer som kunde vara hotande mot de själva. Linjen mellan hot och hanterbara situationer var subtil och involverade ofta ett beslut om att stanna eller gå. I hotande eller farliga situationer prioriterades vårdpersonalens egen säkerhet framför vårdande (Martinsson, Wiklund-Gustin, Lindholm & Fagerberg 2011).

Vårdpersonal har uttryckt att det ibland varit svårt med delat ansvar, att veta vilken profession som är ansvarig för vad samt vad som är professionella tillvägagångssätt. Det framkommer att vårdpersonal förstår att de behöver ta vara på patienternas egna kraft för att kunna vårda på ett professionellt sätt. Vårdpersonal, så som undersköterskor, vårdbiträden eller liknande förstår att det har en stor del i vårdandet just för att de är ofta den yrkesgrupp som kommer närmast patienterna, ofta pratar patienterna lättast med dessa grupper också (Gabrielsson, Ejneborn-Looi, Zingmark & Sävenstedt 2014).

2.5 Teoretisk referensram

Travelbee (1971) talar om **omvårdnadsprocessen som interpersonell** för att den involverar delaktighet mellan människor. I sjuksköterskans omvårdnad involverar det att finnas som stöd inte bara till patienter utan även de som står patienten nära. Stödet ges i syfte för att främja hälsan men även att lindra ett lidande. För att **lindra lidande** behöver sjuksköterskan stödja patienten till att **finna mening** och även kunna hantera dessa känslor. Att finna mening i sin situation är dock endast någonting patienten själv måste och kan göra. Sjuksköterskan ska hjälpa patienten med detta genom att involvera och motivera patienten till att leda sin egen process. Genom att patienten finner mening så möjliggör det

att oavsett sjukdom eller lidande kan patienten bevara sin hälsa ändå. Ansvaret sjuksköterskan har utifrån vårdvetenskap är både som individ i sin sjuksköterskeroll men också på en samhällsmässig nivå. Sjuksköterskan behöver utveckla, planera och påverka vårdandet i relevans till att patienterna och samhället förändras. Vilket även då förändrar de vårdande behoven. Sjuksköterskan ska utifrån vårdvetenskap göra en bedömning av patientens behov både fysiskt och psykiskt för att kunna vårda en helhet. Sjuksköterskan och patienten påverkas av vandrars roll och egenskaper, detta är någonting som sker naturligt vid varje vårdande tillfälle. Vidare skriver Travelbee (1971) att det ingår i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att utifrån sin kompetens identifiera hälsohinder hos patienten. Sjuksköterskan behöver ständigt arbeta med förändringar för att kunna uppnå syftet med omvårdnaden utifrån evidens. Ansvaret för förändringar innebär att sjuksköterskan har skyldighet att göra någonting när utvecklingen eller processen stannat av. Om sjuksköterskan inte gör detta och det resulterar i utebliven utveckling kallas detta fenomen för **status quo**. Status quo är ingenting som är godtagbart enligt Travelbee. Det är även viktigt för sjuksköterskan att leta förklaringar när status quo har uppstått. Genom att skapa en relation som baseras på erfarenheter samt upplevelser så kan sjuksköterskan påbörja en vårdande process. Men det är viktigt att även att sjuksköterskan ser både patienten och en själv som individer med olika hinder och även resurser. Viktigt att komma ihåg är att dessa kan förändras över tid. Sjuksköterskan behöver vara medveten om sig själv för att kunna erbjuda god omvårdad till patienten.

Alla patienter är unika utifrån erfarenheter, arv och miljö. Detta innebär enligt Travelbee att sjuksköterskan inte ska gå in i ett möte med patienten med en bild om hur patienten ska vara. Sjuksköterskan tar då tar ifrån patienterna deras unika jag och ser då inte patienten som individ. För att kunna uppnå en "mellanmänsklig relation" behöver sjuksköterskan lägga fördomar och egna värderingar åt sidan vilket betyder att sjuksköterskan behöver acceptera att de finns. I det finns utmaningar, vilka är att sjuksköterskan själv behöver ha förståelse över sina egna fördomar, sin syn och erfarenhet på sjukdom, hälsa och lidande. Då risken finns att dessa formar mötet och relationen med patienten. Den vårdande relationen mellan sjuksköterska och patienten är grunden i att patienten ska få så god omvårdnad som möjligt.

Författaren till denna studie har valt att använda sig av Travelbee som referensram just för att teorin handlar om relationen mellan sjuksköterska och patient, den så kallade mellanmänskliga relationen. Det krävs mycket av sjuksköterskorna för att uppnå en god vårdrelation utifrån flera aspekter som anses relevant för denna studie som handlar om sjuksköterskans erfarenheter av att våra patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden.

2.6 Problemformulering

Psykisk ohälsa bland äldre är vanligt men inte sällan lågt prioriterat inom vården. Varför det är så är inte alltid lätt att svara på. Äldreomsorgen har oftast inte de redskap som behövs för att möta psykisk ohälsa. Det har visat sig att 20% av alla äldre i Sverige lider av psykisk ohälsa. Människor riskerar att gå miste om diverse stödinsatser när äldreomsorgen inte har kunskap eller verktyg för att hjälpa till. Riskerna är också att äldre diskrimineras just på

grund av ålder, att vårdpersonalen ser det som en del av normalt åldrande istället för en sjukdom eller att det inte finns något värde i att vårda människor som levt ett helt liv och kanske inte har så många år kvar. Forskning visar att äldre inte får psykiatrisk vård i samma omfattning som yngre människor. Som det är idag hamnar äldre med psykisk ohälsa mellan stolarna. Somatiska sjukdomar tar fokus och där finns ofta kunskapen, vilket tyvärr innebär att de som lider av psykisk ohälsa inte får den vård som krävs. Idag prioriteras inte utvecklingen av vård av äldre med psykisk ohälsa. Utifrån Travelbee (1971) så ligger det i sjuksköterskornas ansvar att sträva efter förändring och utveckling i omvårdnaden. Ett så kallat status quo gynnar inte vården av patienterna utan den behöver ständigt vara under utveckling för att anpassas till patienternas behov. Genom att studera sjuksköterskors erfarenhet av fenomenet kan det möjligtvis belysa problemen som uppstår i vårdandet idag. Genom att sjuksköterskorna är de som har en arbetsledande roll på äldreboenden så är det troligt att både patienter och personal påverkas av sjuksköterskornas roll såväl positivt som negativt.

3 SYFTE

Syftet med föreliggande studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden.

4 METOD

Här kommer den aktuella designen att presenteras. Därefter följer en beskrivning av insamling av data och urval, för att avslutas med en redogörelse för metoden som används för analysen och bearbetande av materialet. Även etiska övervägande kommer att presenteras.

4.1 Design

Uppsatsen är en kvalitativ intervjustudie. En kvalitativ studie görs för att få en djupare förståelse för fenomenet som deltagarna upplever det (Polit & Beck, 2010). Författaren till den här studien anser designen som passande just för att sjuksköterskornas erfarenheter ska studeras. En innehållsanalys som är av kvalitativ design innebär att texter tolkas. En induktiv ansats innebär att människors erfarenheter analyseras förutsättningslöst (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

4.2 Urval

Dahlberg (2014) skriver att urvalet ska möjliggöra en så stor vetenskaplighet korrekthet som är möjligt. Med det sagt så ska inte urvalet göras på så sätt att ett visst avsett resultat blir följden. Urvalet i denna studie är begränsat till att endast sjuksköterskor inom äldreomsorg intervjuas, endast särskilda boenden inkluderas. Sjuksköterskorna är tillsvidare anställda och patientansvarig sjuksköterska (PAS) på sina boenden. Timanställda intervjuas inte. För att intervjuerna skulle få genomföras fick enhetschefer för de aktuella boenden ta del av information om studien, muntligt och skriftligt (Bilaga A). Efter samtycke så vidarebefordrade enhetschefen skriftlig information om studien till enheternas sjuksköterskor (Bilaga B). De sjuksköterskor som var intresserade att delta kontaktade författaren via mail. Via mailkontakt fick deltagarna ytterligare information om studien och tid för intervjuerna planerades in. Samtliga sjuksköterskor är grundutbildade och är tillsvidareanställda inom en medelstor mellansvensk kommun. Bemanningssjuksköterskor och övriga timanställda exkluderades. Detta på grund av att de inte har samma patientansvar under längre tidsperioder. Inför urvalet fanns inte några inklusions kriterier för om det skulle vara kvinnor eller män, men de sjuksköterskor som valde att delta var alla kvinnor. Fem sjuksköterskor intervjuades sedan utifrån intervjuguiden (Bilaga C).

4.3 Datainsamling

Denna uppsats använder sig av intervjuer där deltagarna är sjuksköterskor som jobbar inom äldreomsorgen. Dahlberg (2014) skriver att intervjuer är en vanlig metod för att genomföra datainsamling inom området hälsa och vårdande. Intervjuer innebär möjligheter att förstå hur någonting kan uppfattas eller upplevas.

Författare har intervjuat sjuksköterskor en och en vilket gör att resultatet då blir dessa individers beskrivna erfarenheter i ämnet. Intervjuerna var semistrukturerade. Författaren intervjuade med utgångspunkt från frågeställningar utifrån en intervjuguide men också följdfrågor utifrån de svar som framkom så att deltagarna fortfarande känner att de kan prata fritt. Intervjuguiden (Bilaga C) utgick från 10 förbestämda frågor som förankrades hos handledare innan intervjuerna kunde börja, detta för att vara säkra på att frågorna skulle svara an på syftet. Intervjuerna tog mellan 30-45 minuter att genomföra. Intervjuerna genomfördes enskilt på sjuksköterskornas arbetsplatser och under sjuksköterskornas arbetstid. De spelades in och transkriberades senare. Intervjuerna skedde med olika intervall beroende när deltagarna hade möjligheten för att ta sig tid för intervjun. Författaren hade aldrig mer än en intervju per dag vilket rekommenderas av Dahlberg (2014) på grund av att semistrukturerade intervjuer tar tid, även transkriberingen. Författaren har inte heller tidigare använt sig av metoden, men genom att begränsa till en intervju per dag fanns även tid för reflektioner innan nästa intervju tog plats.

4.4 Analys av data

Intervjuerna transkriberades till text och analyserades med en manifest kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) med induktiv ansats. Innehållsanalysens fokuserar på tolkning av texter t ex deltagarnas berättelser om sina

erfarenheter. Då studien fokuserar på deltagarnas erfarenheter passar denna analysform. Den kvalitativa innehållsanalysen kan vara antingen manifest eller latent enligt Lundman och Hällgren- Graneheim (2017). Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det som texten säger och beskriver det som tydligt framgår i texten. Den latent innehållsanalysen inriktar sig på att tolka det subjektiva och sammanhanget samt fokuserar på textens underliggande mening. Författaren kommer att använda sig av en manifest analys för att kunna se en större helhet och sammanhang. Nedan följer en beskrivning av analysprocessen, utifrån Lundman och Hällgren- Graneheim (2017).

Efter att ha intervjuat deltagarna så har författaren lyssnat på inspelningen och transkriberat intervjuerna ordagrant till text. Författaren har läst igenom texterna ett par gånger för att få en bra helhetsbild. Meningar som innehåller information som är relevanta för studiens syfte plockas ut, dessa kallas för meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades i syfte att korta ned texten men det var viktigt att ändå behålla hela innehållet. Meningarna abstraherades sedan till en kod. Koden beskriver meningsenheternas innehåll. Koder med liknande innehåll blev tillsammans underkategorier och alla kategorierna sammanförs till huvudkategorier (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2017).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	KOD	underkategori	Kategori
Ibland behöver man bara finnas där, att visa att det är okej att må dåligt och vara ledsen. Det är ju mänskligt och någonting alla går igenom någon gång.	Ibland behöver man finnas där och visa att det är okej att må dåligt. Det är mänskligt.	Närvaro	Att lyssna på patientens berättelse	Att försöka uppmärksamma personen
Jag har ingen utbildning inom psykiatri, försöker bara göra mitt bästa Men känns inte som det räcker ibland. Behöver lära mig mer.	Har ingen utbildning, gör mitt bästa men känns inte som det räcker.	Kunskapsluckor	Att sakna utbildning	Att känna sig otillräcklig
Vi behöver jobba mer tillsammans och att inte var och en kör sitt eget "race". Vi är ju ett team.	Vi behöver jobba tillsammans. Vi är ju ett team.	Samarbete	Att samarbeta med andra yrkeskategorier	Att tillvarata teamets resurser

4.5 Forskningsetiska överväganden

Denna studie har följt Vetenskapsrådets (2012) fyra allmänna etiska krav. Dessa är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att samtliga deltagare i studien ska informeras om syftet med studien. Enligt Polit och Beck (2010) ska informationen till respondenterna angående studien vara adekvat och lättförståelig så att de kan ta ställning till deltagande. Författaren till denna studien frågade ett flertal gången om deltagarna förstod, vilket gjordes för att säkerställa att informationen varit tillräcklig och förståelig. Författaren var också tydlig i informationsbrev (Bilaga B) samt muntligt att informera om att de när som helst kan avbryta studien utan konsekvenser eller ifrågasättande från författaren.

Deltagarna ska även ge sitt samtycke för att delta i studien utifrån **samtyckeskravet**. Detta skedde genom informationsbrev, muntlig information samt skriftligt och muntligt samtycke, se bilaga (B).

Uppgifterna ska hanteras konfidentiellt utifrån **konfidentialitetskravet** vilket betyder att Uppgifter och information om alla deltagarna i studien behandlas konfidentiellt och att alla personuppgifter ska förvaras på ett säkert sätt. All information har endast författaren haft tillgång till och har förvaras i författarens låsta dator som ingen annan har tillgång till, datorn är även lösenordskyddad. Intervjuer ska behandlas konfidentiellt och det ska inte vara möjligt att utläsa vilka deltagarna i studien har varit. Informationen som framkommer av intervjuerna ska endast användas för studiens ändamål (Vetenskapsrådet, 2012, Dalhberg, 2014). Författaren till den här studien har valt bort vissa citat där det finns en risk att läsaren kan urskilja deltagare och kanske kunna identifiera vem som varit med i studien.

Nyttjandekravet i denna studie avser att data endast används för studien och används inte i några andra sammanhang eller syften vilket klargjordes för deltagarna (Vetenskapsrådet, 2012). Författaren var även tydlig att ingen oberoende ska kunna få tillgång till uppgifterna.

5 RESULTAT

Nedan kommer resultatets tre kategorier som framkommit ur analysen att presenteras. Dessa är *att uppleva sig otillräcklig*, *att tillvarata teamets resurser* och *att försöka uppmärksamma personen*. Dessa kommer åskådliggöras i den ordningen med hjälp av subkategorier och citat kommer användas för att ytterligare åskådliggöra resultatet.

Tabell 2. Sammanfattning av resultat

Att känna sig rädd	Att känna sig otillräcklig
Att sakna kunskap	
Att känna sig frustrerad	
Att samarbeta med andra yrkeskategorier	Att tillvarata teamets resurser
Att hantera attityder och förhållningssätt	
Att lyssna till patientens berättelse	Att försöka uppmärksamma patienten
Att motivera och involvera patienten	

5.1 Att känna sig otillräcklig

I intervjuerna har det framkommit att sjuksköterskornas erfarenheter är att de är otillräckliga i vården av denna patientgrupp. För att kunna få en bra överblick över dessa presenteras underkategorier som är att känna sig rädd, att känna sig frustrerad samt att sakna kunskap.

5.1.1 Att känna sig rädd

Sjuksköterskor berättade att om erfarenheterna av att känna sig rädda. De framkom att de inte var rädda för patienterna, utan för det mesta var de rädda för att göra fel. De var både rädda för att göra för mycket och för att inte göra tillräckligt. Det framkom att sjuksköterskornas rädsla för att göra fel eller att skada patienterna istället kunde leda till passivitet. Passiviteten kunde därmed leda till dåligt samvete. Sjuksköterskorna berättar att de är rädda att göra lidandet värre för patienterna att de gått hem flera gånger från arbetet med vad de upplever som ångest. Ångest över någonting man sagt och gjort. De framkommer även att sjuksköterskorna har en rädsla för att det ska bli en konfrontation. Att patienterna ska bli arga och ta illa upp. Sjuksköterskorna berättar dock att de aldrig varit med om detta på sin nuvarande arbetsplats, men att rädslan över detta inte försvinner trots detta. Sjuksköterskorna upplever patienterna som oberäkneliga, att de lätt kan tippa över i ett känsligt stadie till att fysiskt eller psykiskt skada sig själva. ”Ibland är jag så rädd för att säga någonting fel...Vet ju inte vad dem tänker när jag gått därifrån” (A).

Det som framkom som den största rädslan hos sjuksköterskorna var att patienterna skulle ta sitt liv, och även här framkommer det att sjuksköterskorna upplever att de skulle anklaga sig själv för detta. Eftersom dem står som ansvariga för patienterna. Rädsla över att det ska vara deras fel, eller att någon annan ska tycka det. ”Man har ju hört att det aldrig kan skada att

fråga om någon vill ta sitt liv, men det känns inte säkert ändå” (C). Sjuksköterskorna talar om att det är mycket som teoretiskt ska vara bra, men att de upplever att de inte vågar ta steget ändå. Till exempel svåra samtal om döden. Det framkommer att de känner att de dansar runt detta för patienternas skull. Men att de förstår att de antagligen gör patienterna en björntjänst.

5.1.2 Att känna sig frustrerad

Sjuksköterskor berättar att de ofta känner sig frustrerade, de upplever att de inte kan tillgodose patienternas behov av vård. Detta resulterar i att de ofta känner sig misslyckade som sjuksköterskor. De upplever att de inte räcker till. De beskriver flera orsaker till detta. En anledning är att de känner att viljan finns där men de räcker ändå inte till. ”En sår lägger jag om på 10 minuter, vet exakt hur jag ska göra för optimal läkning, men ett samtal med någon som mår dåligt. De är inte lika lätt att planera för” (A). Sjuksköterskorna menar att det är frustrerande att inte ha samma kontroll, de upplever att somatiska kontroller osv är så mycket enklare. Patienterna med psykisk ohälsa är mycket mer krävande enligt sjuksköterskorna. Att inte kunna erbjuda tid och adekvat vård till patienter med psykisk ohälsa skapar både frustration och besvikelse hos sjuksköterskorna. De berättar att det är vanligt med dåligt samvete. Att de oroar sig att deras frustration ska synas inför patienterna, att patienterna ska tro att det är på grund av att de är ”jobbiga patienter” som sjuksköterskorna blir frustrerande. ”Ibland känner jag nästan att det syns i mitt ansikte, att jag ser irriterad och frustrerad ut. Men det är ju inte på grund av patienten egentligen. Det är allt annat” (C). De berättar att de ofta känner att de tvingas in i en vårdande roll som dem inte är helt bekväma med.

5.1.3 Att sakna kunskap

Sjuksköterskor som intervjuades är grundutbildade sjuksköterskor. De är noga med att detta ska framkomma. De upplever att det ofta förväntas att man som sjuksköterska ska kunna allt. Sjuksköterskor i studien berättar att de faktiskt saknar kunskap för att vårda patienter med psykisk ohälsa. De gör så gott de kan och de pratar om att ibland räcker det att vara en människa som vill gott. Men långt ifrån alltid. Kunskapsluckor resulterar i att även om viljan att vårda finns där, så räcker det inte alltid hela vägen. ”Klart jag vill hjälpa och göra skillnad, det handlar ju inte om det. Men jag vet ju inte vad jag ska göra. Så viljan räcker ju inte när kunskapen fattas” (A). De upplever att de sammanlagt läst några veckor om psykisk ohälsa under grundutbildningen och att det är inte ens nära att räcka. Kraven står inte sida vid sida med utbildningsnivån. De berättar att de inte har några större kunskaper om psykiska sjukdomar, de berättar dock att de upplever sig mer trygga när man pratar om demenssjukdomar. De framkommer att när patienterna mår sämre psykisk, då härleds det mer ofta än sällan till demenssjukdomar. De ställer sig ibland frågande till detta. Men de upplever att det är sällan det ifrågasätts eller funderar vidare på detta. Sjuksköterskorna upplever att detta tyvärr är på grund av okunskap. De berättar även att det ibland kan kännas som att det är normalt att må lite dåligt psykisk när människan blir äldre. Vad är normalt åldrande och vad är psykisk ohälsa? Sjuksköterskorna upplever att de inte har kompetens för att bedöma detta. Det som försvårar ytterligare för sjuksköterskorna enligt dem är att de inte

riktigt vet hur psykisk ohälsa yttrar sig. ”När patienter blir nedstämda, kanske får mindre aptit under en period. Det behöver ju inte nödvändigtvis betyda att man är psykisk sjuk” (C). De upplever att de ofta frågar patienterna hur de mår, men på grund att de saknar kunskap så leder inte till någonting. De är osäkra på vad man gör med svaret.

5.2 Att tillvarata teamets resurser

De framkommer att sjuksköterskorna upplever stora utmaningar med det vårdande teamet runt patienten. Som arbetsledare är samarbetet någonting som är av stor vikt för sjuksköterskorna. Detta kommer tydliggöras med hjälp av två underkategorier som är *att samarbeta med andra yrkeskategorier samt att hantera attityder och förhållningssätt*.

5.2.1 Att samarbeta med andra yrkeskategorier

Sjuksköterskorna upplever att de ofta känner sig ensamma. De upplever att det är många runt patienten, allt från läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor. Ändå sker det att patienterna hamnar mellan stolarna. Finns ingen specialistkompetens nära till hands inom de berörda området och sjuksköterskorna upplever att alla vänder sig till dem för svar, trots att de egentligen inte har mer kunskap i ämnet än de andra. Sjuksköterskorna tror att de skulle kunna göra ett bättre jobb om de fick stöd från personal som är utbildad och är kunnig i psykisk ohälsa. De upplever också att det finns en vårdkultur där så fort en patient flyttar in på ett boende, då ska boendets personal ta över all vård. De känner inte att detta är rätt varken mot personal eller patienter. ”Vi är inte några specialister inom psykiatri, vi behöver hjälp. Men de verkar inte gå. Alla bara anser att vi ska lösa det” (B).

Kvar står sjuksköterskorna med stora uppgifter men väldigt små redskap. De upplever att om de hade fått mer stöd och samarbete, då hade de känt sig mer trygga i vårdandet. Sjuksköterskorna upplever att det är mycket fina ord och diskussioner om att det ska vara ett team runt patienten, men tycker att teamet bör anpassas efter vilka vårdbehov patienterna har. Ett önskemål sjuksköterskorna har är att kunna ha möjligheten att rådfråga psykiatrisk vårdpersonal om det är någonting de undrar över, eller som kan underlätta vården. Men detta berättar dem är inte aktuellt i nuläget. ”Jag skulle vilja lära mig mer hur man upptäcker psykisk ohälsa tidigare, liksom att fånga upp dessa patienter snabbare” (D). Sjuksköterskorna upplever att de flesta runt patienten gör sitt bästa, men att de ibland begränsas endast till sin egen profession. Det är viktigt att alla delar blir en helhet och att yrkeskategorier arbetar tillsammans mot samma mål i samråd med patienten. De upplever ibland att patienterna blir lidande för att sjukvårdens professioner inte hjälper varandra. Ingen kan allt inom vården, kompetensen skiljer sig och det är därför det vårdande teamet behöver arbeta tillsammans. Det kan ibland vara så att patienterna hamnar mellan stolarna när det är oklart vem som bedömer och följer upp. Detta tror sjuksköterskorna beror på att man är dålig på att prata med varandra. Det saknas ett samarbete och tydlighet runt patientens vård. Det finns situationer där sjuksköterskorna upplever att ingen vill ta ansvar för uppgiften anses ligga på någon annan yrkeskategori. Det kan även vara en utmaning för professionerna att be om hjälp.

5.2.2 Att hantera attityder och förhållningssätt

Sjuksköterskorna beskriver att de möter många stora utmaningar i vården. Psykisk ohälsa prioriteras inte inom äldreården enligt dem. Vilket tyvärr också gör att istället för att se patienterna som sjuka är det vanligt att vårdpersonal blir irriterade och att vissa anser att de bara är jobbiga och vill ha uppmärksamhet. De händer enligt sjuksköterskorna att patienter med psykisk ohälsa blir bemötta annorlunda än övriga patienter. De anses mer krävande än andra. ”Det märks tydligt när vi har teammöten, så fort vi kommer till patienter med psykisk ohälsa så märker man att stämningen ändras direkt, det känns som vi tjarar om samma sak och det upplevs tröttsamt.” (C). Erfarenheterna sjuksköterskorna har är att just patienter med psykisk ohälsa inte uppskattas hos vårdpersonalen och att de uttryckt att det inte finns någonting mer att göra. Vårdpersonalens viktiga roll försvåras av detta. Det goda vårdandet försämras. De påpekar att de inte tror att någon vill patienterna illa, men okunskapen leder till missförstånd. Sjuksköterskorna beskriver att när patienter upplevs riktigt ”jobbiga” så blir det ofta tal om att de borde flytta, och att det inte är rätt plats för dem att bo på. Personal tar avstånd från dessa patienter då de inte passar in med de andra på boendet och skapar negativa känslor hos både personal och andra patienter. Sjuksköterskornas erfarenheter är dock att detta inte är enbart en personalgrupp utan att även de själva känner så ibland. Någonting som sjuksköterskorna anser speciellt jobbigt är att när patienterna upplevs som otacksamma. Även om innerst inne så finns det en förståelse för att det antagligen inte är så, men de talar tydligt om att vi alla är bara människor och ibland så är det svårt att vara professionell.

Sjuksköterskornatycker ändå att de flesta är medvetna om sina känslor och att de försöker jobba på det. De berättar att de då och då samtalar om just detta men att det är svårt, många attityder och förhållningssätt sitter i väggarna och de går inte alltid snabbt att uppnå en förändring. Men sjuksköterskorna påtalar att de känns som om det är påväg i rätt riktning, även om det är långt kvar. Sjuksköterskorna beskriver att i en arbetsledande roll behöver man tydligt arbeta med personalen runt dessa frågor, även om man inte är specialist i psykiatri. Sjuksköterskornas erfarenheter är dock att de hade varit enklare om de själva hade mer kunskap själva för att ta dessa diskussioner. De talar om att det är viktigt att prata och reflektera över hur vi förhåller oss till dessa patienter. Varför man känner som man gör i vissa situationer. Oberoende på yrkestitel har alla vårdare någonting att tillföra. Men det är viktigt att se sig själv som en resurs för patienterna. Sjuksköterskorna beskriver att attityden man har påverkar hur personalen ter sig och handlar i olika situationer som uppstår.

5.3 Att försöka uppmärksamma patienten

Det framkommer att sjuksköterskorna både ser utmaningar och möjligheter i mötet med patienten som lider av psykisk ohälsa. Detta kommer framställas genom två underkategorier som är att *lyssna till patientens berättelse* samt att *motivera och involvera patienten*.

5.3.1 Att lyssna till patientens berättelse

Sjuksköterskorna beskriver samtalet med patienterna som utmanande av många anledningar. Ofta kräver det mer tid än vad som egentligen är möjligt, men ofta får sjuksköterskorna hitta den tiden även om det är svårt då det är viktigt att patienten får sin tid där de känner sig lyssnade på. De beskriver att i många samtal kan de uppfattas som en envägs kommunikation då flera av patienterna inte alltid delar med sig så mycket. Men de brukar ge med sig efter några gånger. Ofta kan patienterna öppna sig mer och mer när de känner att sjuksköterskorna bryr sig, det är vad sjuksköterskor tror. De tar ett tag att etablera en relation. ”I början kan det vara lite svårt, men när de märker att jag faktiskt vill vara där och lyssna. Då brukar patienterna berätta mer och mer” (B). De beskriver att när patienterna känner sig trygga då tycker sjuksköterskorna att samtalen blir mer ett vårdande samtal. Ibland upplever dock sjuksköterskorna att det blir väldigt tungt när patienterna ibland pratar om att de inte känner någon glädje i livet längre eller pratar om att de vill dö.

Även om det är jobbigt så beskriver sjuksköterskorna att de ändå tror att patienterna tycker det är skönt att prata av sig med någon. Ibland är så att patienten går med på att prata, men att det inte behöver leda till en åtgärd. Sjuksköterskorna beskriver fall där patienterna är rädda att de ska behöva läggas in på psykiatriska avdelningar eller att de ska bli övervakade på boendet om de berättar för sjuksköterskorna hur de verkligen känner. Sjuksköterskorna hamnar i en svår sits just på grund att de vill lyssna på patienternas berättelse men de har också en skyldighet att rapportera vidare vad som sägs om de anser vara en fara för patientens välmående. De behöver dem vara ärliga om med patienten. Vilket tyvärr då gör att patienten väljer att inte dela med sig. De upplever att det är viktigt att vara lyhörd för patientens önskemål men att även att inte frångå skyldigheter de har som sjuksköterska. Eftersom patienterna ibland kan ha svårt att dela med sig krävs tålmod från sjuksköterskans sida. Ibland krävs det att de får lyssna på långa historier om när patienterna var yngre, vart de jobbade och gjorde på fritiden förut. Men det är viktigt enligt sjuksköterskorna att även bekräfta att de verkligen vill lyssna på är intresserade att lära sig mer om patienterna, ibland krävs det att man pratar runtomkring och inte bara förväntar sig att patienterna ska berätta om deras innersta känslor direkt.

Att skapa en vårdande relation byggs på att patienten känner tillit till sjuksköterskorna, som erfarenheterna ovan kan detta vara svårt. Sjuksköterskorna beskriver att det finns hinder i detta, etik och organisatoriska lagar och regler att förhålla sig till kan göra svårt ibland. Patienterna känner sig ibland ”bestäffade” för att de öppnar upp sig. Sjuksköterskorna berättar att det är viktigt redan från dag ett när patienten flyttar in, att ta en stund för att prata med patienten enskilt. Det behöver inte vara ett stort möte, Sjuksköterskorna beskriver att de brukar vilja prata med patienten själv en stund. För att kunna bygga på en relation. Bara så att patienten kan få berätta lite om sig själv. Redan där kan relationen börja byggas. Sjuksköterskorna tycker är att i kommunen har de oftast väldigt lite patientkontakt. Detta för med sig utmaningar genom att de krävs mycket för sjuksköterskorna att skapa en tillitsfull relation och verkligen kunna uppmärksamma sina patienter. De krävs mycket av dem för att kunna skapa den vårdrelation som de egentligen skulle vilja ha med patienterna. ”Ibland när jag bokar tid för att prata med en patient, ja då händer någonting annat som behöver

prioriteras före. Jag är ju själv. Märker att patienterna blir besvikna. Tror att där försvinner lite av tilliten till mig” (B).

Sjuksköterskorna beskriver ändå att det faktiskt finns fördelar med att de inte träffar patienten ofta. De berättar att många äldre som mår dåligt som kan känna sig lite extra sedd och hörd när sjuksköterskan kommer, och att de blir väldigt glada. ”Det känns ju lite extra i hjärtat när en patient ber att få prata med sjuksyster” (E).

Sjuksköterskorna beskriver att de ofta kan inge trygghet gentemot patienten. Både för att de anses kunniga av patienterna men även för att patienterna uppskattar att de tar sig tid.

5.3.2 Att motivera och involvera patienten

Sjuksköterskorna berättar om att arbeta med personcentrerad vård är någonting som sitter i ryggraden. De upplever att de har en tydlig bild om vad det innebär. Mötet med patienten grunden i att vårda personcentrerad enligt sjuksköterskorna. Genom att de skapar en vårdrelation så upplever sjuksköterskorna att de lär känna patienterna, deras behov, hinder samt deras möjligheter. Eftersom sjuksköterskorna i studien arbetar på äldreboenden och inte demensboenden, så är det utifrån deras erfarenhet en fördel är att majoriteten av patienterna kan tala för sig själva. Enligt sjuksköterskorna händer det att anhöriga vill vara med och bestämma om hur vården ska bedrivas. Men att det är en självklarhet att det är patienternas önskemål som prioriteras. Sjuksköterskorna menar att det är viktigt att personalen känner till patienternas livshistoria. Det är viktigt att patienternas önskemål tillgodoses, genom att patienterna själva får utforma sin vård anses chanserna större till motivation. Det är patienterna som vet vad dem behöver, teamet ska stötta patienterna i detta.

Sjuksköterskorna beskriver att det är viktigt att se hela människan, och att de ibland stirrar sig blinda på vitala parametrar. Enligt sjuksköterskorna är det att den somatiska delen tar över väldigt mycket i vården av äldre människor. Men vid psykisk ohälsa är det inte de som behöver prioriteras alltid. De behöver acceptera och bekräfta patienternas syn på deras hälsa. Det kan till exempel handla om sociala behov. Sjuksköterskorna beskriver att de finns patienter som mår bra utav att ha mycket människor runtomkring sig, då försöker man tillgodose det med aktiviteter och mycket socialsamarvaro. Men det finns även patienter som mår väldigt dåligt av för mycket stim och människor i rörelser, de kanske alltid tyckt om att vara ensamma och mår bra inne hos sig med sin tv eller bok. Det som sjuksköterskorna anser är att de inte ska lägga värde i detta utifrån deras tycke. Det är patienterna som bestämmer och avgör när de mår som bäst. Sjuksköterskorna beskriver att även om de alla känner att de har stora luckor kunskapsmässigt om psykisk ohälsa, så är de vana med att jobba personcentrerat och att de gäller alla patienter. Sjuksköterskornas erfarenheter är att patienterna med psykisk ohälsa på boendet ofta tappat gnistan och behöver en hjälpande han för att hitta tillbaka den, de behöver veta att de är viktiga och att de inte glöms bort. Sjuksköterskorna beskriver att patienterna ofta behöver hjälp för att motiveras till att ta tillvara på dagen och finna glädje. Att patienterna ska känna sig viktig är någonting de jobbar med mycket. Det kan vara saker som gör att patienterna känner sig meningsfulla. Till exempel att de får hjälpa till att laga mat, planera aktiviteter på boendet och liknande. De har visat sig

varit väldigt bra och uppskattat enligt sjuksköterskorna. Att få känna sig mer som människa och mindre som patient. Alla kan göra någonting.

”Vi har en patient som är demenssjuk, hon råkar vara en gammal sjuksköterska. När det var varmt förra sommaren fick hon vara med och dela ut vattenglas från en bricka. Hon bara log hela tiden. Hon kände väl att hon fick hjälpa andra” (A).

Sjuksköterskorna beskriver hur viktigt det är att alla får känna sig värdefulla och en del av samhället runtomkring, att inte endast vara en patient. Att få ses som en medmänniska är viktigt då det oavsett blir en asymmetrisk relation mellan vårdare och patient, men det ska inte innebära att människan förlorar sitt värde som individ.

6 DISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras trovärdigheten i studien. Både styrkor och svagheter för just denna studie kommer att synliggöras. Sedan följer en etikdiskussion och slutligen en resultatdiskussion.

6.1 Metoddiskussion

Författaren har använt sig av Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) vilket då betyder att begreppen giltighet, överförbarhet, tillförlitlighet [och delaktighet](#) står i centrum för att granska studiens kvalitet. Genom att använda sig av begreppen styrker författaren studiens styrkor och svagheter.

6.1.1 Giltighet

För att bedöma studiens giltighet anser Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) att analysen och urvalet bör vara noggrant beskrivet och tydligt för läsaren att förstå, och även att bedöma tolkningen av resultatet. Författaren har beskrivit detta tydligt och även använt sig av citat för att ytterligare stärka och tydliggöra sjuksköterskornas erfarenheter för läsaren. Enligt Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) så avgörs giltigheten av om resultatet av studien svarar på syftet vilket var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden. En erfarenhet utgår från individen och är någonting högst individuellt och därför anser författaren att en erfarenhet alltid är korrekt. Giltigheten påverkas av urvalet av deltagare enligt Lundman och Hällgren- Graneheim (2017). Författaren hade inga exklusionskriterier så som kön, eller tidigare utbildning men utifrån de deltagare som deltog resulterade det i endast kvinnor utan specialistutbildning var med i studien. Författaren anser att detta dock är representativt just på grund av att majoriteten av sjuksköterskorna inom äldreboenden är kvinnor och grundutbildade. Då det endast var fem deltagare som kunde delta så kunde giltigheten stärkts ytterligare om det var

fler deltagare, författaren anser dock att resultatet som framkom var tydligt svarande mot syftet.

6.1.2 Överförbarhet

Överförbarhet enligt Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) handlar om att studiens resultat ska kunna överföras till andra liknande sammanhang. Författaren har endast möjlighet att ge till förslag på hur studien kan överföras men det är upp till personen som vill använda sig av studiens material som kommer att avgöra om studien verkligen är överförbar till andra situationer och miljöer. Det ska gå att kunna göra om studien med deltagare som är liknande med de i den här studien och även i liknande sammanhang. En tydlig beskrivning av analys, deltagare, datainsamling samt urval och syfte ska det kunna tydliggöras hur resultatet av studien kan användas i olika vårdssammanhang. Författaren till denna studie tror att även om studien skulle upprepas i liknande sammanhang så skulle resultatet vara liknande. Författaren grundar sin hypotes på att tidigare forskning påvisat liknande resultat. Författaren till den här studien anser att resultatet som framkommit utifrån syftet har stora möjligheter att skapa diskussioner och reflektioner runt resultatet, möjligtvis också utifrån kunskapen tillämpa åtgärder i verksamheter för att möjliggöra förändringsarbete och utvecklingsmöjligheter. Förhoppningsvis kan resultatet fungera som inspiration för att belysa och prioritera området, dess problem och möjligheter.

6.1.3 Tillförlitlighet

Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) skriver att när resultatet analyseras av flera personer så minskar risken för att förförståelsen påverkar studien, studien blir på det sättet mer tillförlitlig. Genom att författaren till den här studien har analyserat materialet ensam finns då en risk att tillförlitligheten kan anses lägre än om det varit flera som analyserat. Författaren anser dock att just på grund av att resultatet analyserats av en författare så lades en lång tid ner på processen vilket författaren anser stärker tillförlitligheten. Ytterligare en faktor som författaren anses stärker tillförlitligheten är att handledningen skett under analysen.

Dahlberg (2014) skriver att en viktig del i det vetenskapliga syftet utgörs av att författarens etiska medvetenhet, som exempel kan egna erfarenheter av det som ska studeras utgöra svårigheter. Det kan både utgöra svårigheter men också fördelar.

6.1.4 Delaktighet

Lundman och Graneheim (2012) skriver om begreppet delaktighet, och med det menar dem hur neutral författaren till denna studie har varit under hela arbetet. Desto mer författaren samspelar med deltagarna under intervjuerna påverkas resultatet. Författaren till det här arbetet använde sig av följdfrågor, dessa framkom möjligtvis utifrån sin egna erfarenhet av ämnet. Detta kan då färga resultatet på sådant sätt. Egna starka erfarenheter kan blockera insikten. Fördelar kan vara att författaren är extra förstående vilket kan resultera i att mycket intressanta innebörder framkommer. Författaren i denna studie har haft detta i beaktande under studiens gång och har så långt som möjligt inte låtit sina egna erfarenheter i ämnet

påverka studiens utformning eller tolkning. Författaren till studien behövde vara medveten om sin egen förförståelse och hur den eventuellt kan påverka studiens resultat. I detta fall har författaren arbetat i flera år som sjuksköterska inom äldreomsorgen och har hunnit skaffa sig egna erfarenheter vilka är både positiva och negativa och det var viktigt att då inte försöka tolka resultatet utifrån det.

Damianakis & Woodford (2012) skriver att när etiska utmaningar framkommer under studierna är det viktigt att erkänna dem och ha strategier för att dessa inte ska påverka studiens etiska standard. Genom att vara tydlig med att studien inte kommer jämföra sjuksköterskor mot varandra eller arbetsplatser, utan att det ska vara deras egna erfarenheter kan författaren förhoppningsvis undvika att deltagarnas svar blir vad de tror att de bör svara för att vara framstående i sin yrkesroll.

6.2 Etikdiskussion

Författaren upplevde inte några större etiska svårigheter under denna studie, men det finns självklart saker att reflektera över. Enligt Polit och Beck (2017) finns det risker att deltagarna som besvarar på intervjufrågor som hänvisas till deras egna erfarenheter eller perspektiv kan börja ifrågasätta om deras erfarenhet betyder att de är sämre än någon annan. På grund av detta så var författaren tydlig innan intervjuerna att det inte finns något rätt eller fel och att studien inte kommer jämföra sjuksköterskorna mot varandra i deras yrkesroll. Författaren upprepade även detta efter intervjun för att sjuksköterskorna skulle känna sig trygga med att ha delat med sig av sina erfarenheter. Damianakis och Woodford (2012) skriver att sekretessen utmanas i fall där deltagarna eventuellt känner varandra eller känner till varandras eventuella medverkan. Författaren har använt sig av deltagare som inte arbetar på samma enheter och har självklart inte talat om vilka andra sjuksköterskor som deltagit. Trots detta finns det möjlighet att sjuksköterskorna själva talat med varandra vilket författaren inte har någon kontroll över. Författaren ser att nyttan med denna studien är uppmärksamma vårdandet av psykisk ohälsa hos äldre vilket i tidigare forskning visat sig vara väldigt svårt. Genom att uppmärksamma sjuksköterskornas erfarenheter av fenomenet kan man förhoppningsvis använda sig av de möjligheter och hinder som framkommer för att utveckla vården. Författaren ser inte några större risker med studien generellt, men för deltagarna kan det möjligtvis framkalla tankar och känslor om sin egen profession och hur de utövar den. Risken kan då vara att de anklagar sig själva för att vården inte fungerar. Sjuksköterskorna beskrev ibland även patientfall där det finns möjlighet att spåra vilket boende de gällde, dessa synliggörs inte i resultatet för att det inte ska vara möjligt att veta vilka sjuksköterskor som varit med i studien. Författaren har även varit medveten om att deltagarna i studien är anställda under samma arbetsgivare men på olika arbetsplatser, det finns då eventuella risker att deltagarna inte vågat svara utifrån de själva och deras erfarenheter för att framställas som sämre än sina kollegor.

6.3 Resultatdiskussion

Det framkommer att sjuksköterskorna som vårdar patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden erfar både resurser och hinder inom omvårdanden av denna patientgrupp. Dessa kommer konkretiseras med koppling till tidigare forskning samt teoretisk referensram som tydliggör relevanta begrepp utifrån Travelbees teori. Dessa är **lidande**, **interpersonella omvårdningsprocessen** och **status quo**.

6.3.1 Lidande

Travelbee definierar god omvårdnad utifrån empati och sympati. I praktiken betyder det att sjuksköterskan ska försöka förstå patientens syn på sin hälsa och ohälsa, men också att ha medkänsla för patientens upplevelse av sitt lidande. I kategorien att försöka uppmärksamma patienten framkom det tydligt i subkategorien att lyssna på patientens berättelse att sjuksköterskorna försöker visa en förståelse för patienternas livssituation, att patienterna får känna sig viktiga, betydelsefulla och att de har ett värde som människor. Vilket även Gaillard, Shattell och Thomas, (2009) beskriver som essentiellt för vårdandet

Patienterna vill ha hjälp av stöd. Detta är någonting sjuksköterskorna i studien upplever vara viktigt. Vården ska planeras tillsammans utifrån patientens önskemål för att undvika att vårdandet orsakar lidande. När vården inte fungerar så resulterar det i att patienterna känner sig misslyckade som människor och inte får vara en individ och vårdas och behandlas utifrån det (Morgan, Reavley, Jorm, & Beatson 2016). Sjuksköterskorna beskriver att det är viktigt att se och bekräfta patienterna. Att verkligen lyssna till deras lidande för att kanske kunna hitta någon form av mening i lidandet. Detta styrker även Gaillard, Shattell och Thomas, (2009) genom att sin forskning beskriver att när patienterna blir lyssnade på så framkallar det känslor av betydelse och värdighet i deras liv. Vilket även Martinsson, Fagerberg, Lindholm och Wiklund-Gustin (2012) skriver, att äldre med psykisk ohälsa får kämpa för sin existens. De upplever en förlust av sin identitet och värdighet. Sjuksköterskorna beskriver att patienterna blir lidande på grund av att de upplever vården som bristfällig. Molin, Graneheim och Lindgren (2016) skriver att patienterna vill ta ett ansvar i sin egen vård, och planeringen runt den, men de vill ej bära hela bördan själv. Vilket Travelbees teori också beskriver, stödet ska ges i syfte för att främja hälsan men även att lindra ett lidande. Sjuksköterskan behöver stötta patienten till att finna mening. Enligt Travelbee (1971) behöver patienten finna sin egen mening, men med stöd och hjälp från sjuksköterskan.

Conner, m.fl. (2010) problematiserar detta ytterligare genom att skriva att äldre människor med psykisk ohälsa söker väldigt sällan hjälp och kan även i större utsträckning ha svårt att ta emot hjälp som erbjuds. Detta framkommer i kategorien att känna sig otillräcklig. Osäkerheten i sin egen kunskap gjorde att sjuksköterskorna såg brister just på grund av att de inte har möjligheter att jobba proaktivt och göra skillnad för patienterna. Detta blir stora problem då den psykiska ohälsan hos äldre resulterar i och leder till social deprivation, sämre livskvalitet och även somatiska sjukdomar. Vilket i sig kan orsaka ett lidande hos patienten, och även förstärka det lidande som redan existerar. Det som problematiseras är när författaren sätter i sammanhang att Socialstyrelsen (2016) skriver att ett uppdrag för särskilda boenden är att patienterna ska få en bättre livskvalitet vilket här i detta sammanhang blir motsägelsefullt utifrån sjuksköterskornas erfarenheter. Tidigare forskning

visar också på att den psykiska ohälsan förkortar livet väsentligt. (Skoog, 2011; Socialstyrelsen, 2018) Författaren ställer sig trots att frågande till detta, de äldre i Sverige blir äldre och lever längre trots att psykiska ohälsan verkar öka. Kanske just för att sjuksköterskorna fokuserar mer på det somatiska och att vi då kan behandla fel i kroppen som förr gjorde att man inte överlevde vilket gör att det prioriteras då vi ofta ser tydligt vad om är fel och hur vi åtgärdar det. Psykisk ohälsa kanske inte uppmärksammas förrän de somatiska symtomen börjar ge sig till synes. Då kunskapen är större utav somatisk vård och behandling än psykiatrisk, vilket författaren tänker kan härledas till Socialstyrelsen (2018) och Bergdahl m.fl. (2005) som skriver att patientgruppen inte uppmärksammas i den nivå de bör göras. Men sjuksköterskorna i studien känner sig otillräckliga och vill att patienterna ska må bra i hela sig vilket framkommer att då räcker inte endast somatisk kunskap.

6.3.2 Interpersonella omvårdnadsprocessen

Travelbee (1971) beskriver omvårdnadsprocessen som interpersonell vilket kan förklaras med hur människor förhåller sig till varandra och med det att kommunikationen är nyckeln i vårdandet och den vårdande relationen. Det framkommer i kategorien att försöka uppmärksamma patienten. Sjuksköterskorna anser att problematiken behöver uppmärksammas mer för att det ska kunna bli bättre, kommunikationen angående detta behöver möjligtvis förbättras. Kommunikationen kan hjälpa patienten att finna mening om det är en ömsesidig process från både sjuksköterska och patient. I resultatet framkommer vikten av att lyssna på patienternas berättelse. Travebee (1971) menar att kommunikation är nyckeln i omvårdnadsarbete och sjuksköterskans grundpelare för att uppnå ett gott vårdande. Vilket framkommer i resultatet, sjuksköterskorna beskriver vikten av att ta sig tid till att tala med patienten, och inte endast som sjuksköterskorna till patient utan som människa vilket Molin, Graneheim och Lindgren (2016) även styrker i deras forskning, patienterna vill ha ett samtal där de får känna sig som en vuxen människa, inte bli talad till som ett barn eller någon som endast är sjuk. Ett stort hinder var att de inte kände sig tillräckligt trygga in sin kunskap om psykisk ohälsa. Men också att arbetet som sjuksköterska idag inte möjliggör att ha den patientkontakt och relation som Travelbee anser vara viktig. Att teorin framställer viktiga aspekter av omvårdnaden är självklart, men att praktiskt få det att fungera kan vara problematisk i Sveriges vård och sjuksköterskans roll i vården, men även

Att sjuksköterskorna inte kände sig rustade för att vårda dessa patienter. Avsaknad av kunskap resulterade då i frustration och rädsla. Vilket framkommer i kategorien att känna sig otillräcklig där sjuksköterskorna tydligt förmedlar detta.

Patienter med psykisk ohälsa är en stor grupp på äldreboenden vilket resulterat i att sjuksköterskorna upplever att de inte kan göra sitt jobb, att ge patienterna den omvårdnad de behöver. Att de inte kan skapa den relation och kommunikation som de hade velat. Socialstyrelsen (2018) skriver sedan tidigare och skriver att äldre människor med psykisk ohälsa som bor på särskilda boenden i största utsträckning vårdas av kommunen med viss kontakt av primärvårdsläkare. Äldre människor med psykisk ohälsa har ofta en komplex sjukdomsbild enligt Socialstyrelsen (2018). Sjuksköterskorna vet inte alltid vad som är vad eller vart de ska börja och att det finns en rådande vårdkultur där psykisk ohälsa inte anses prioritering när det gäller äldre människor. Genom ottydligheter i vem som har ansvar för vårdandet resulterar det i att många drar sig undan och kommunikationen brister till patienten.

Författaren till denna studie anser att det framkommer tydligt att detta är problematiskt för både sjuksköterskor och patienter, samt vikten av att detta behöver uppmärksammas är tydligt. Skoog (2011) skriver att det kan vara speciellt svårt att uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre människor just på grund att symtomen kan vara mindre tydliga eller uttryckas på andra sätt. Att då försöka uppmärksamma patienterna kan försvåras då sjuksköterskornas osäkerhet står i vägen. Sjuksköterskorna i denna studie problematiserar detta och det framkommer att det försvårade bedömningarna av patienternas psykiska hälsa, för att kunna vårda som de vill så behöver psykisk ohälsa uppmärksammas tidigt för att eventuellt sätta in åtgärder. I kategorien att tillvarata teamets resurser framkommer det att vårdpersonalen är en viktig resurs, de tydliggör resurserna i att de ofta känner patienterna bäst och står oftast närmare patienten än övriga professioner. Detta i sig resulterar i både hinder och möjligheter enligt sjuksköterskorna i studien. Men Gabrielsson, Ejneborn-Looi, Zingmark och Sävenstedt, 2014; Gabrielsson, Ejneborn-Looi, Zingmark och Sävenstedt 2014 skriver om den positiva aspekten att all vårdpersonal har specifika resurser som bör komma till användning. Författaren till denna studie anser att genom att vårdpersonal har en bra insikt i patientens liv bör deras kunskap ligga till grund för vårdandet och ligga till grund i den interpersonella omvårdnadsprocessen. Men detta innebär också en utmaning för sjuksköterskan som då kan förlora sin roll i vårdandet i vilket de är utbildade i vilket kan ske då sjuksköterskorna beskriver att de får prioritera andra saker än den vårdande relationen till patienten.

Martinsson, Wiklund-Gustin, Lindholm och Fagerberg (2011) så anpassar vårdpersonalen sin dagliga omvårdnad utifrån patienternas dagliga mående, styrka och anda. Problemen är att den psykiatriska omvårdnaden skiljer sig gentemot den somatiska och därav sker missförstånd, och hur vårdpersonal förhåller mot patienterna med psykisk ohälsa kan då resultera i brister i vårdandet. Det är där författaren kan se att sjuksköterskans kunskap bör komma in. Det framkommer i flertal artiklar i tidigare forskning hur viktig sjuksköterskans relation till patienterna är, författaren funderar på om hur vi kan dela vår viktiga kunskap om relationen och kommunikationen och göra den tillgänglig för patienterna samtidigt som det framkommer av sjuksköterskorna i studien att de har mindre och mindre patientkontakt.

6.3.3 Status quo

Travelbee (1971) skriver att sjuksköterskan ansvarar för att förhindra att fastna i samma mönster, att alltid sträva efter att utveckla omvårdnaden utifrån patientens individuella behov. Genom att sjuksköterskorna fastnar i gamla rutiner och riktlinjer så uppkommer vad som Travelbee beskriver som ett status quo, vilket resulterar i att vården inte utvecklas och innebär därav att patienternas välmående heller inte kan förbättras. Detta fenomen framkommer som tydligast i subkategorien att hantera attityder och förhållningssätt.

Socialstyrelsen (2016) påtalar att många äldre patienter med psykisk ohälsa ofta redan har många somatiska sjukdomar och även ett flertal behandlingar för detta vilket försvårar fokus på den psykiska ohälsan. Författaren till studien anser att detta framgår av sjuksköterskornas erfarenheter av vårdandet. Vanan och rutinen med somatiskt vårdandet där mediciner ofta ses som enda behandling finns i vårdkulturen. Men sjuksköterskornas behöver tänka om vid psykiatrisk omvårdnad.

I resultatet framkom även att sjuksköterskorna ser utmaningar i sin arbetsledande roll. Att få olika professioner att arbeta mot samma mål och att se helheter istället för delar.

Gabrielsson, Ejneborn-Looi, Zingmark och Sävenstedt (2014) skriver att detta är problematiskt och att all sjukvårdspersonal behöver utgå från patientens egna tillgångar och sedan arbeta tillsammans utifrån det, även om det är olika professioner så kan alla tillföra varandra och patienten någonting. I subkategorien att samarbeta med andra yrkeskategorier framkommer det även svårigheter, det behöver finnas en tydlighet i sina områden men att dessa inte begränsar det goda vårdandet. Sjuksköterskorna i denna studie beskriver även en rädsla att ta hjälp att sina kollegor i andra professioner just för att det kan vara svårt att erkänna sina begränsningar eller uttrycka att man behöver hjälp. De jobbar på så som de brukar och utifrån gällande rutiner för det är så det ska vara. De fastnar i samma mönster och tyvärr så kan rutinerna som handlar om vem som ska göra vad, kan göra att patienterna inte får sina individuella behov tillgodosatta.

Riskerna med detta tänker författaren kan resultera i att alla patienter vårdas på samma sätt, enligt rutin och riktlinjer. Detta är självklart bra, men om det innebär att den personcentrerade vården uteblir så blir det problematiskt. Campbell, Gately och Gask (2007) uppmärksammar i sin forskning detta problem genom att skriva att patienter ibland upplever sig vårdade utifrån en mall och inte utifrån dem som individer. Det är här sjuksköterskorna i studien ibland känt sig vilna. Att samarbetsproblematiken inom professionerna resulterar i att patienterna inte får den omvårdnad som han eller hon bör ha. Sjuksköterskorna beskriver att det är viktigt att lyssna på patientens berättelse. Genom att inte bara se patienten från ett perspektiv kan de få en helhetsbild av patienten och han eller hennes liv. Detta är någonting som Travelbee (1971) anser är av högsta vikt, för att inte förminska patientens liv eller upplevelser behöver sjuksköterskorna behöver utgå från att alla patienter är unika. Författaren till denna studie anser att sjuksköterskorna upplever att det är någonting de alltid har med sig i mötet och att det är på så sätt de kan uppnå en mellanmänsklig relation. Men att de är andra hinder som står i vägen.

Ett stort problem inom vården av patienter med psykisk ohälsa är personalens attityder och förhållningsätt. I resultatet framkom att sjuksköterskorna beskriver att detta är någonting som behöver uppmärksammas och diskuteras mer då vården inte fungerar optimalt och detta kan vara en av orsakerna till det. Sjuksköterskornas erfarenheter styrks av tidigare forskning som påvisar att patienter med psykisk ohälsa upplevt att personal ter sig dömande och har fördomar gentemot dem (Morgan, Reavley, Jorm & Beatson, 2016; Campbell, Gately & Gask 2007; Bolton, 2001). Travelbees (1971) beskriver även detta i sin teori att vårdpersonal behöver arbeta med sina fördomar, stereotyper och egna värderingar gentemot patienter. Enligt Travelbee (1971) så är dessa ett hinder för en god vårdrelation. Sjuksköterskorna i studien beskriver att det är någonting som kontinuerligt arbetas med och författaren till studien vet att det finns en del forskning angående detta.

6.4 Resultatet i ett vidare sammanhang

Det framkommer tydligt i resultatet att sjuksköterskorna anser att patienterna är lågt prioriterade och att de ofta hamnar mellan stolarna just på grund av okunskap. Därav är det av största vikt att detta talas mer om och även att utveckling kan ske.

Äldre med psykisk ohälsa idag inte får den vård de behöver. Vården behöver fokusera mer på denna patientgrupp än vad som görs idag. Sjuksköterskorna anser att det är stora utmaningar att se utanför den somatiska vården som idag är högt prioriterad. Vi människor lever längre och medellivslängden för svenskar är hög jämförelsevis mot andra länder. Sjuksköterskorna anser att den psykiska ohälsan bortprioriteras och de framkommer i studien att de ofta hör samman med patienternas ålder. Författaren anser att åldern inte ska avgöra om patienter får tillgång till vård eller inte. Detta är någonting som författaren anser behöver diskuteras om och utvecklas mer. Är nog viktigt att vi inom vården ställer oss frågande till varför ålderdom ses som ett hinder i vårdandet, specifikt inom psykiatrin där författaren anser att vi har möjlighet till att erbjuda en lika god vård som till de yngre. Som det ser ut idag så finns det fortfarande ett stigma, även om vården arbetar med detta så framkommer det tydligt att det finns lång väg kvar att gå och mycket att arbeta med. Men för att de ska ske behöver vi också erkänna att det kanske inte är så bra som vi vill tro och att verkligheten ser annorlunda ut när vi pratar om psykisk ohälsa hos äldre. Vårdpersonal behöver också bli bättre på att samarbeta med varandra, att använda oss av varandra och inte dela upp vårdandet i rutiner och glömma bort patienterna.

7 SLUTSATS

Sjuksköterskorna upplever stora utmaningar i vårdandet av patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden. Bristen på kunskap och utbildning resulterar i rädsla och frustration. Deras känsla av att de är otillräckliga påverkar det dagliga vårdandet. Sjuksköterskorna upplever att de förväntningar som finns på dem inte är någonting de fullständigt kan leva upp till, även om de gör sitt bästa. Som arbetsledare anses dem ofta som en spindel i nätet och samarbetet är någonting som de tycker behöver förbättras. De känner sig ofta ensamma. De upplever att det finns ett stort vårdande team runt patienten men att det är ibland svårt att få det att fungera optimalt. Utmaningar finns i exempelvis olika åsikter och förhållningssätt till patienter med psykisk ohälsa. Även vårdkulturen kan upplevas problematisk då sjuksköterskorna upplever att på grund av patienternas ålder prioriteras inte patienternas psykiska ohälsa utan att de blir främst fokus på det somatiska. De upplever också att patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden ofta anses som problematiska patienter som förstör och skapar stress både för andra patienter och även personal. De upplever att vårdpersonalen som arbetar närmast patienten som undersköterskor och vårdbiträden har en betydande roll för patientens välmående och är ofta de som kommer närmast patienterna. Det framkommer av resultatet att sjuksköterskorna är i stort behov av att hela teamet fungerar bra tillsammans för att omvårdnaden ska vara optimal.

7.1 Kliniska implikationer

Genom att genomföra denna studie anser författaren att det var en möjlighet att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av vad som tidigare forskning visats som problematiskt. Då det tydligt framkommer att psykisk ohälsa bland äldre ökar behöver sjuksköterskorna som vårdar patienterna också ha kunskap och resurser för att klara av uppdraget. Idag prioriteras inte detta vilket innebär att grundutbildade sjuksköterskor får ta över ett ansvar de egentligen inte är rustade för. Genom att synliggöra detta så skapar det en diskussion och problematiseras så att enheter kan arbeta med att stärka sjuksköterskorna med eventuellt kurser och utbildning. För att komma dit behöver detta uppmärksammas och tala om, vilket författaren anser att denna studie kan bidra till.

7.2 Förslag till vidare forskning

Författaren anser att det skulle vara intressant att göra en liknande studie men med specialistsjuksköterskor inom psykiatri som arbetar på äldreboenden. Då skulle man eventuellt kunna se om det finns skillnader i erfarenheter. Hur pass mycket utbildningen gör skillnad. Författaren ställer sig undrande till om en del av problemet ligger i vårdsammanhanget, att det utifrån organisation och uppdrag hindrar även specialistsjuksköterskor i vårdandet av äldre patienter av psykisk ohälsa. Svårigheter i detta är att finna dessa specialister. När författaren påbörjade denna studie så framkom det av information från MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) att det inte fanns någon specialistsjuksköterska inom psykiatri inom kommunens äldreboenden i Västerås.

REFERENSER

- Bergdahl, E., Gustavsson, J. M. C., Kallin, K., von Heideken Wågert, P., Lundman, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: The Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, *17*(4), 557-575. doi: 10.1017/S104161020500226
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(2), 170-177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

- Bolton, J. (2001). Pull yourself together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. *The Mental Health Foundation. Psychiatric Bulletin*, 25(9), 366-366. doi:10.1192/pb.25.9.366-a
- Campbell, S. M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illness*, 3(1), 46–65. doi: 10.1177/1742395307079193
- Conner, K., Copeland, V., Grote, N., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C., & Brown, C. (2010). Mental Health Treatment Seeking Among Older Adults With Depression: The Impact of Stigma and Race. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 531-543. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181cc0366
- Damianakis, T., & Woodford, M. R. (2012). Qualitative Research With Small Connected Communities: Generating New Knowledge While Upholding Research Ethics. *Qualitative Health Research*, 22(5), 708–718. doi: 10.1177/1049732311431444
- Gabrielsson, S., Ejneborn-Looi, G., Zingmark, K. & Sävenstedt, S. (2014). Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perceptions of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 784-792. doi: 10.1111/scs.12111
- Gaillard, L. M., Shattell, M. M., & Thomas, S. P. (2009). Mental Health Patients' Experiences of Being Misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191–199. doi: 10.1177/1078390309336932
- Ihalainen-Tamlander, N. , Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E. , Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. doi: 10.1111/jpm.12319
- Koivisto, K., Janhonen, S., & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 268-275. doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvantitativ forskning inom hälsa och sjukvård* (3e uppl., ss. 219-233) Lund: Studentlitteratur.
- Martinsson, G., Wiklund-Gustin, L., Lindholm, C., & Fagerberg , I. (2011). Being altruistically egoistic—Nursing aides' experiences of caring for older persons with mental disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.7530

Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C., & Wiklund-Gustin, L. (2012). Struggling for existence – Life situation experiences of older persons with mental disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1). doi: 10.3402/qhw.v7i0.18422.

Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 1-11. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18422

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(8), 754–762. doi: 10.1177/0004867416655605

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Skoog, I. (2011). Psychiatric Disorders in the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387–397. doi: 10.1177/070674371105600702

Socialstyrelsen (2016). Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad 2019-01-04 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/vagledning-socialtjanst.pdf>

Socialstyrelsen (2018). Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Hämtad 2018-12-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-9-12>

Socialstyrelsen. (2016). Din rätt till vård och omsorg. Hämtad 2019-05-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20182/2016-5-5.pdf>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Webster, S., & Harrison, L. (2008). Finding a way: A grounded theory of young people's experience of the pathway to mental health care. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 26(2), 85-89.

<https://pdfs.semanticscholar.org/1398/279dea631718536bc9b9e2933e1bba884129.pdf>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Elanders Gotab.

BILAGA A;

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Mälardalens högskola
Datum

Till XX,

FÖRFRÅGAN OM TILLÅTELSE ATT GENOMFÖRA STUDIE

Jag heter Isabell Hietaharju och är student i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med min studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad vård av patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden.

Jag ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att jag kommer genomföra intervjuer på cirka 30 minuter med sjuksköterskor som arbetar inom äldreomsorgen. Intervjuerna kommer att spelas in. Efter studien är godkänd kommer allt inspelat material att raderas.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

Hantering av data och sekretess

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

Eventuell risk/nytta

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande tar av verksamhetens tid. Fördelar hänger samman med att eventuellt kunna belysa både utmaningar och svårigheter och även möjligheter.

Nytta i ett vidare perspektiv

Som det ser ut idag finns den mesta av expertisen inom psykiatrisk vård inom landstinget. Sjuksköterskor inom kommunen vårdar ofta patienter som har psykisk ohälsa. Vårdrelationen är oftast långvarig och kontinuerlig. Forskning visar att vårdandet för den äldre patientgruppen oftast fokuseras främst på somatiska symtom och sjukdomar, och den psykiska ohälsan åsidosätts. Jag vill ta reda på hur sjuksköterskorna själva arbetar med psykisk ohälsa med sina patienter och hur de upplever att personcentrerad vård fungerar i dessa sammanhang.

Information om studiens resultat

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola och eventuellt också en artikel. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av mig eller min handledare, Oona Lassenius, se nedan.

Med vänliga hälsningar

Isabell Hietaharju
Tel: 0707978265
ihu15001@student.mdh.se

Oona Lassenius Universitetslektor
Tel: 021-104376
Oona.Lassenius@mdh.se

Samtycke till genomförande av projektet, "XXX"

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA B;

Tillfrågan om deltagande i studie "

" Sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad vård av patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden"



Jag heter Isabell Hietaharju och är student i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med min studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad vård av patienter med psykisk ohälsa på äldreboenden

Min fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att

En intervju kommer att ske med dig och kommer vara cirka 30-60 minuter lång. Den kommer spelas in. Intervjuerna kommer sedan transkriberas till text för att kunna analyseras och upptäcka mönster mellan intervjuerna. Efter att studien är godkänd kommer allt inspelat material att raderas.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till varken dig eller till den enhet du arbetar på.

Om du vill medverka i studien så vill jag att du mailar mig på mailadressen nedan, då återkommer jag med mer information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av mig eller min handledare, Oona Lassenius, se nedan.

Med vänliga hälsningar Isabell Hietaharju

BILAGA C;

Intervjuguide

- Vad innebär personcentrerad vård för dig?
- Vad har du för erfarenhet utav att vårda patienter med psykisk ohälsa?
- Kan du ge exempel på när du tycker personcentrerad vård har varit tydlig i vården av dessa patienter?
- Hur arbetar ni på din arbetsplats med psykisk ohälsa hos patienterna?
- Kan du ge ett exempel på ett patientfall där patienten har/har haft psykisk ohälsa och hur ni har vårdat denna patient?
- Finns det några speciella utmaningar enligt dig vid vårdandet av äldre människor med psykisk ohälsa?
- Kan du beskriva ett bra möte med en patient med psykisk ohälsa?
(Vad var det som du tyckte var speciellt bra?)
- Kan du beskriva ett mindre bra möte med en patienten med psykisk ohälsa?
(Vad var det du tyckte var mindre bra ?)
- På vilket sätt brukar du uppmärksamma psykisk ohälsa hos äldre på din arbetsplats?
- Hur skulle vårdandet av patienterna se ut om du fick välja/önska fritt?

Uppföljningsfrågor :

- * Kan du ge exempel?
- * Kan du förtydliga?
- * Är det något du vill tillägga?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se