



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH
HÄLSA

ÄLDRES ORO

Att identifiera, lindra och förebygga oro hos
äldre på särskilda boenden

Författare: Ipek Avdeev & Ahlam Mohammed Nur

| | |
|-----------------|--|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program/kurs: | Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | Ht/2016 |
| Handledare: | Eva Lidén |
| Examinator: | Linda Berg |
| Titel (svensk): | Äldres oro. Att identifiera, lindra och förebygga oro hos äldre på särskilda boenden |

| | |
|-------------------|---|
| Titel (engelsk): | Worry among elderly. To identify, alleviate and prevent worry among elderly in nursing homes |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktsköterska, 75 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310 |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | Ht/2016 |
| Handledare: | Eva Lidén |
| Examinator: | Linda Berg |
| Nyckelord: | Oro, äldre, identifiera, lindra, förebygga, vård- och omsorgspersonal, erfarenheter |

Sammanfattning

Bakgrund: Oro hos äldre på särskilda boenden är mer förekommande än hos äldre som bor i ordinära boenden. Äldre med svår oro har en försämrad livskvalitet samt en ökad förekomst av nedstämdhet och depression. Oro kan lindras och förebyggas med hjälp av olika metoder och strategier. Dock är forskning kring äldres oro bristfällig och mer forskning och kunskap behövs inom området. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva vård- och omsorgspersonals erfarenheter av att identifiera, förebygga och lindra oro hos äldre på särskilda boenden.

Metod: Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie genomfördes och kvalitativ innehållsanalys utfördes. **Resultat:** I resultatet framkom 11 subkategorier som resulterade i fyra huvudkategorier: *Tecken på oro, Faktorer som ökar oro, Lindrande och förebyggande åtgärder* och *Förutsättningar*. Dessa ledde till temat: *Att ha kompetens och resurser*.

Slutsats: Kompetens och resurser inom äldreomsorgen är viktigt för att kunna identifiera, lindra och förebygga oro hos äldre på särskilda boenden. Förutsättningar i form av tid, personal och kontinuitet på särskilda boenden kan öka den äldres psykiska välbefinnande.

Nyckelord: Oro, äldre, identifiera, lindra, förebygga, vård- och omsorgspersonal, erfarenheter

Abstract

Background: Worry among elderly in nursing homes is more prevalent than among those living in ordinary homes. Elderly suffering from anxiety have a lower quality of life and an increased incidence of dysphoria and depression. Worry can be alleviated and prevented using various methods and strategies. However, research on elderly's concerns lacks and more research and knowledge is required in this area. **Aim:** To describe health staff's experiences of identifying, alleviating and preventing worry among elderly in nursing homes. **Methods:** Qualitative semi-structured interviews were conducted and a qualitative content analysis was performed. **Results:** The result showed 11 subcategories resulting in four main categories: *Signs of worry, Factors which increase worry, Alleviating and preventing interventions* and *Conditions*. These led to the theme: *To have expertise and resources*.

Conclusions: Expertise and resources in elderly care is important in order to identify, alleviate and prevent worry among elderly in nursing homes. Conditions in terms of time, staff and continuity in the nursing homes can increase the well-being of the elderly.

Keywords: Worry, anxiety, elderly, identify, alleviate, prevent, health staff, experiences

Förord

Detta examensarbete avslutar vårt specialistsjuksköterskeprogram för distriktsköterska vid Göteborgs Universitet. Ett stort tack till vård- och omsorgspersonalen som tog sin tid att delta i intervjuerna. Vi vill även tacka handledaren Eva Lidén för hennes givande vägledning samt för all hjälp och stöd under arbetets gång.

Göteborg, 24 oktober 2016

Ipek Avdeev

Ahlam Mohammed Nur

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1 Inledning | 1 |
| 2 Bakgrund | 1 |
| 2.1 Finns det ett samband mellan oro och stigande ålder? | 1 |
| 2.2 Begreppet oro | 2 |
| 2.3 Identifikation och bedömning av oro | 2 |
| 2.4 Troliga orsaker till oro hos äldre personer | 3 |
| 2.5 Metoder och strategier för att lindra och förebygga oro | 4 |
| 2.5.1 Andlighet och religion | 4 |
| 2.5.2 Läkemedel mot oro | 4 |
| 2.6 Teoretisk referensram | 5 |
| 2.6.1 Omvårdnad..... | 5 |
| 2.6.2 Hälsa | 6 |
| 2.6.3 Lidande | 6 |
| 2.7 Rollen som vård- och omsorgspersonal | 7 |
| 3 Problemformulering | 8 |
| 4 Syfte | 8 |
| 5 Metod | 8 |
| 5.1 Kvalitativ design | 8 |
| 5.2 Urval | 9 |
| 5.3 Datainsamling | 10 |
| 5.3.1 Information till deltagarna i studien..... | 10 |
| 5.3.2 Genomförande av intervjuer | 10 |
| 5.4 Validitet och reliabilitet | 11 |
| 5.5 Dataanalys | 11 |
| 5.6 Forskningsetiska överväganden | 13 |
| 6 Resultat | 14 |
| 6.1 Tecken på oro | 14 |
| 6.1.1 Att uppmärksamma och tolka tecken på oro | 14 |
| 6.1.2 Mätskalor och verktyg..... | 15 |
| 6.1.3 Skillnader mellan mäns och kvinnors oro..... | 15 |
| 6.2 Faktorer som ökar oro | 16 |
| 6.2.1 Fysiska besvär och sjukdomstillstånd..... | 16 |
| 6.2.2 Nyinflyttad till särskilt boende | 17 |
| 6.2.3 Sociala kontakter | 17 |
| 6.3 Förebyggande och lindrande åtgärder | 17 |
| 6.3.1 Omvårdnadsåtgärder | 18 |
| 6.3.2 Lugnande läkemedel | 19 |
| 6.3.3 Vård- och omsorgspersonals bemötande och agerande | 19 |
| 6.4 Förutsättningar | 22 |
| 6.4.1 Tid och personal | 22 |
| 6.4.2 Kontinuitet..... | 23 |
| 7 Diskussion | 23 |
| 7.1 Metoddiskussion | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 7.2 Resultatdiskussion | 24 |
| 8 Slutsats | 26 |
| 9 Referenslista | 27 |
| 10 Bilagor | 30 |
| Bilaga 1 Mätskala Penn State Worry Questionnaire | |
| Bilaga 2 Intervjuförfrågan | |
| Bilaga 3 Information om examensarbeten | |
| Bilaga 4 Intervjuguide | |
| Bilaga 5 Forskningspersonsinformation | |
| Bilaga 6 Sökmatrix | |

1 Inledning

Omsorgen av våra äldre är en mycket viktig fråga som begär ständiga insatser och stöd på våra särskilda boenden, vilket kräver kompetent och utbildad personal. Äldre ska känna trygghet och trivsel på särskilda boenden. Vård- och omsorgspersonalen ska ge äldre det stöd och den hjälp de behöver och inte minst gällande de förebyggande och lindrande omvårdnadsåtgärderna för att motverka psykisk ohälsa, som i dagsläget är hög bland äldre. Enligt en studie av *Socialstyrelsen*, utförd bland äldre på särskilda boenden i Sverige, upplevde 47,5 procent lättare besvär av oro och 12,6 procent ansåg sig besväras av svår oro (1). Enligt *Statistiska Centralbyrån (SCB)* har äldre bosatta på särskilda boenden tre gånger högre förekomst av såväl lättare som svårare besvär av oro jämfört med äldre som bor i ordinära boenden (2). Distriktssköterskan som vårdar äldre personer bör ha god kännedom om att kunna identifiera, lindra och förebygga oro på ett evidensbaserat sätt för att kunna leda omvårdnadsarbetet samt undervisa och handleda, och därmed kunna säkra vården och kvaliteten för de äldre. Denna studie är inriktad på vård- och omsorgspersonals erfarenheter gällande på vilket sätt de äldre visar sin oro samt hur personalen går tillväga för att lindra och förebygga deras oro. Tidigare forskning kring ämnet och centrala begrepp inom omvårdnad lyfts fram.

2 Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens definition är äldre personer 65 år eller äldre. "Yngre äldre" är mellan 65-79 år och "äldre äldre" är 80 år eller äldre (3). Forskning tyder på att äldre människor har en tendens att vara ovilliga att presentera psykiska problem för vård- och omsorgspersonal, vilket kan bero på att de inte tror att deras besvär är tillräckligt viktiga för att ta upp personalens tid (4-6). Forskning visar att äldre med svår oro har en försämrad livskvalitet samt en ökad förekomst av nedstämdhet och depression, som stiger ju mer oro den äldre upplever (7-9). Dock är forskningslitteraturen kring äldres oro bristfällig och mer kunskap behövs inom området (10, 11).

2.1 Finns det ett samband mellan oro och stigande ålder?

I allmänhet är äldre personer relativt mindre oroliga än yngre personer, visar forskningen. Äldre tenderar att uppleva fler stressituationer jämfört med yngre, men med tiden kan äldre människor ha lärt sig bättre copingstrategier för att hantera oro mer effektivt, vilket i sin tur resulterar i mindre oro än hos yngre människor (9, 12). I en randomiserad kontrollerad studie framkommer det att personer under 75 år hade större risk för oro än de som var äldre än 75 år (7). Resultat från en omfattande studie, visade att förekomsten av oro allmänt minskade, men

förekomsten av svår oro var mycket mer vanligare ju äldre personen blev (8). Forskning visar även att äldre uttrycker mindre bekymmer över ekonomi och sociala relationer än yngre personer, dock ökar oro över minskad trygghet, t.ex. på grund av begränsad självständighet (4, 9). Även om tvärsnittsstudier rapporterar att äldre är mindre benägna att oroa sig än yngre personer, finns det ändå belegg för att nivån för oro ökar med stigande ålder (9).

2.2 Begreppet oro

Norstedts svenska ordbok definierar oro som en känsla av lätt upprördhet, rädsla, olust och ängslan. Lätt ängslighet eller oro kallas också för ångest, vilket kan ge upphov till en känsla som upplevs som till exempel rädsla. Känslan av rädsla är biologisk och en varning för kroppen för att skydda sig från faror och hot (13).

Olika studier beskriver oro som ett psykologiskt tillstånd med negativa, upprepande och återkommande tankar t.ex. om framtida händelser (4, 9, 12). Oro kan vara kopplat till psykisk eller fysisk ohälsa och är signifikant relaterat till depression och ångest. Oro är en reaktion på ovisshet och fungerar som en copingstrategi för att undvika den plåga som är förknippad med ovisshet, och det kan leda till ett hinder för aktiv problemlösning i vardagen. Svår oro kan yttra sig genom t.ex. sömnsvårigheter, rastlöshet, uttröttningskoncentration, irritabilitet och muskelspänningar (8).

Denna studie fokuserar på "normal" oro och inte sjuklig oro som kan vara ett inslag i olika ångestsjukdomar. Det kan dock vara svårt att urskilja "normal oro" från oro som uppfyller vissa specifika diagnoskriterier, vilket forskningen också bekräftar (8). Därför inkluderades vetenskapliga artiklar i bakgrunden som också behandlar ångestsymtom, då engelskans "anxiety" även omfattar lättare symtom som oro och inte endast svårare ångestsymtom. Enligt svenska *MeSH* innebär det engelska begreppet "anxiety" en ständig känsla av oro (14).

2.3 Identifikation och bedömning av oro

I dagsläget finns två renodlade formulär för att mäta specifikt oro och dessa är mätskalorna *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)* och *Wisocki Worry Scale*. PSWQ är ett självrapporterande frågeformulär som innefattar 16 punkter med fokus på orohetsgrad. Den mäter överdriven och okontrollerbar oro (15). Ju högre poäng, desto högre nivåer av oro (16), se bilaga 1. Rutinmässig screening av äldre för symtom på oro med standardiserade instrument kan vara till hjälp för att kunna identifiera, lindra och förebygga oro på särskilda boenden (17).

Ett annat verktyg som används inom äldreomsorgen är *BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens*, som är ett register vars syfte är att upptäcka olika symtom som kan uppträda vid demenssjukdom, däribland oro. Registret kan även användas hos personer som

inte har en demensdiagnos (18). Oro kan även identifieras genom observationer där personal uppmärksammar och tolkar de äldres oroliga beteenden (10).

2.4 Troliga orsaker till oro hos äldre personer

Oro kan ses som en konsekvens av normalt åldrande då åldrande ofta involverar en ökning av olika stressfaktorer, t.ex. hälsoproblem, kognitiva nedsättningar, förlust av sociala relationer och mindre självständighet (9, 12). Äldre upplever oro inför olika saker, men studier lyfter fram vissa framträdande kategorier: oro för den egna hälsan, ekonomin, tryggheten samt de sociala relationerna (7, 9).

Äldre kan vara oroliga över att få funktionsnedsättningar, som t.ex. minnessvårigheter, hörsel- och synnedsättningar samt sjukdomar eller försämring i sin pågående sjukdom (7, 9). Det kan innebära att den äldre blir beroende av läkemedel, hjälpmedel och/eller andra personer för att klara sin vardag och får därmed minskad kontroll över sitt liv som kan leda till en del oro (9). Forskning tyder på att äldre med kroniska hälsoproblem oroar sig mer än andra äldre. En randomiserad kontrollerad studie visade att de med exempelvis artrit i höft eller knä var mer benägna att oro sig än de som var friska eller hade mer akuta hälsoproblem som t.ex. stroke (7). Det förklarades med att t.ex. höften spelar en viktig roll i kroppens stabilitet samt för att förhindra fall. Kvinnor med höftartrit var fem gånger mer benägna att uppleva oro för depression och tre gånger mer benägna att oro sig för att behöva tas om hand om av en främling (7).

Att känna trygghet är ett centralt basbehov för människan och åldrande kan påverka tryggheten negativt då människan biologiskt sett blir skörare. Äldre kan därför känna oro inför minskad trygghet, framförallt i hemmiljön. Det kan handla om fallrisk och otrygghet inför att vårdas av personal de inte känner på särskilda boenden (7, 9). Att vara nyinflyttad till ett särskilt boende kan också vara en bidragande orsak till oro hos den äldre (10).

Även ändrade ekonomiska förutsättningar som icke-yrkesarbetande kan vara en orosfaktor. Den äldre kan hamna i ett ekonomiskt utsatt läge då denne inte längre kan yrkesarbeta på grund av åldersrelaterade funktionsnedsättningar eller sjukdomar (7). Resultat från en randomiserad kontrollerad studie visar att män upplever mindre oro över ekonomin än kvinnor (7). Flertalet studier bekräftar att överlag är äldre kvinnor oroligare än äldre män (7, 8).

Det kan också finnas en oro bland äldre för att få färre sociala relationer och att behöva mer socialt stöd. I takt med ju äldre personen blir, blir oftast det sociala nätverket allt mindre, bland annat på grund av förlust av make/maka och vänner som avlider (4, 7). Oro för familjeproblem har visat sig vara vanligare hos kvinnor (8). Vidare kan psykisk ohälsa delvis bero på att den äldre upplever ensamhet och social isolering (6).

Äldre med högre nivå av oro har oftare mer social kontakt med närstående. Högre frekvens av socialt stöd kan ses som en typ av copingstrategi bland äldre som upplever oro i det dagliga livet. Att kontakta anhöriga ofta kan vara ett sätt att behärska sina bekymmer och sin oro. Dock kan det också bero på att mer socialt stöd kan vara en av orsakerna till oro, men detta är oklart. Framtida studier behöver undersöka om frekvensen av socialt stöd bidrar till oro eller vice versa (9).

Även brist på aktiviteter kan vara en orsak till oro hos den äldre. Över hälften av de som var äldre än 85 år som deltog i en studie, led av brist på aktiviteter i vardagen, vilket kunde ge upphov till känslor som oro (9).

2.5 Metoder och strategier för att lindra och förebygga oro

Det finns flera olika sätt att lindra oro genom egenvård. Att ändra sin livsstil genom att ha regelbundna sömn- och motionsvanor är några av de sakerna som kan hjälpa mot oro. Minst 30 minuters promenader tre gånger i veckan har bevisad effekt mot nedstämdhet och oro. Att dagligen vara utomhus i dagsljus eller ha fullgod belysning i hemmet har också bevisad effekt för bättre psykisk hälsa (19).

Forskningen visar att musikterapi kan ha viss hälsofrämjande verkan när det gäller att reducera oro hos äldre, speciellt hos de som lider av demens. En systematisk litteraturoversikt visade att musikterapi har visat sig ha signifikant effekt på att minska oro hos äldre med demenssjukdom på särskilda boenden (20). Fördelen med musikterapi är att det är billigt, säkert och kan potentiellt erbjudas och implementeras av vård- och omsorgspersonal som jobbar inom särskilda boenden.

2.5.1 Andlighet och religion

En strukturell ekvationsmodell-studie visade att faktorer som bl.a. andlighet verkade ha en god effekt på oro hos den äldre (12). Äldre som hanterade livskriser med hjälp av andlighet eller religion hade ett högre psykiskt välbefinnande jämfört med de äldre som inte gjorde det och hade därmed en högre livskvalitet samt sällan tecken på depression. Då andlighet och religion kan ha en positiv effekt på oro, kan det vara lämpligt att underlätta möjligheter att utöva andlighet och religion på särskilda boenden för äldre. Detta är dessutom i enlighet med vad *International Council of Nurses:s (ICN)* etiska kod för sjuksköterskor förespråkar, då sjuksköterskan ska främja personens trosuppfattningar och andliga omvårdnadsbehov (21).

2.5.2 Läkemedel mot oro

Många äldre med demens som är oroliga får ofta läkemedel mot psykos, trots det faktum att de inte har psykotiska symtom. Det är cirka 30 % av anti-psykotiska läkemedelsförskrivningar som gäller andra tillstånd, och däribland oro. Dessa behandlingar gör ofta mer skada än nytta,

menar *Statens Beredskap för Forskning och Utbildning (SBU)*, då vissa av dem kan slå ut de friska delarna av intellektuell förmåga, rörelseförmåga samt känsloliv hos personer med demens. Oftast går det att hitta en utlösande orsak i omgivningen hos äldre personer med t.ex. demens som blir oroliga och aggressiva och då är det i första hand omvårdnadsåtgärder som bör utföras. På grund av risken för förvirring och bestående biverkningar, råder SBU:s rapport "*Behandling med neuroleptika*" vård- och omsorgspersonal att inte ge läkemedel mot psykos till oroliga äldre utan någon psykiatrisk diagnos (22).

2.6 Teoretisk referensram

Studiens frågeställning belyses med stöd av omvårdnadsbegreppet *personcentrerad omvårdnad* och *Katie Erikssons omvårdnadsteori*. Dessa omfattar en holistisk syn på människan, vilket är adekvat för studiens syfte.

2.6.1 Omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är ett aktuellt begrepp inom omvårdnad idag. Det innebär att vård- och omsorgspersonal sätter större fokus på resurser, behov och erfarenheter varje vårdtagare har. Vården bör planeras utifrån partnerskap och samförstånd mellan vårdgivare och vårdtagare. Med hjälp av patientberättelsen görs en gemensam vårdplan där mål och strategier för genomförande är uppsatta, samt en kort- och långsiktig uppföljning. En personcentrerad omvårdnad resulterar ofta i bättre egenvård och bättre samarbete mellan vårdgivare och vårdtagare. Vårdtagaren står i centrum och inkluderas i alla vård- och behandlingsbeslut, vilket främjar vårdtagarens autonomi och medbestämmande. Vårdgivaren uppmärksammar, lyssnar och ser på vårdtagaren som en person med individuella behov och unika förutsättningar. Personcentrerad omvårdnad kan för vårdtagaren innebära ökat ansvarstagande för sin egenvård samt ökad följsamhet till eventuella läkemedelsordinationer (23).

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson menar att vårdande av människan är essentiellt i yrket för sjuksköterskor och detta innebär att åstadkomma hälsa genom tre begrepp: *Ansning, lekande och lärande*. Dessa tre delar kan relateras till varandra och påverkar varandra. Ansning är den konkreta och grundläggande delen av vårdandet, vilket innebär de praktiska omvårdnadsåtgärder som vårdgivaren genomför, för att hålla vårdtagaren ren och må bra fysiskt, men även bekräftande av människan som person, t.ex. genom beröring. Lekande och lärande har en mer symbolisk betydelse, där lekandet handlar om en motsägelse mellan den inre och yttre verkligheten. Människan kan genom leken uppleva att de själva har kontroll över sin situation. Vårdgivaren bör överlåta kontroll till vårdtagaren genom att skapa utrymme för leken eftersom detta kan bidra till tillit och tillfredsställelse. Lärandet är en betydelsefull

del av vårdandet, där människan får möjlighet att utvecklas och det underlättar för denne att bli hel. Vårdgivarens roll är att skapa möjligheter och underlätta lärandet (24).

2.6.2 Hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som ett tillstånd där personen känner sig helt frisk från sjukdom och handikapp både fysiskt, psykiskt och socialt (25). Erikssons definition av hälsa är att den är en helhet av sundhet, friskhet och välbefinnande, där de tre olika delarna är integrerade. Med sundhet menas den psykiska hälsan, med friskhet den fysiska hälsan och med välbefinnandet människans personliga upplevelse av välbehag. Hälsan hör samman med människans kropp, själ och ande. Därför är det viktigt att lindra oro hos personen, då den kan påverka dennes hälsa trots att denne är fysisk frisk. Eriksson utformade ett hälsokors (se figur 1) där hon belyste de olika aspekterna av hälsa, hur de kan relateras till varandra och vilken position människan kan befinna sig i (24). Enligt hälsokorset kan t.ex. en äldre person vara frisk kroppsligt men ändå må dåligt på grund av att denne är orolig och bekymrad, se A i figur 1.



Figur 1

2.6.3 Lidande

Erikson menar även att lidande är ett naturligt inslag i livet och ett hinder för att uppnå hälsa. Lidande innebär en sorg över det som är förlorat eller är på väg att förloras. Lidandet är även unikt för människan och det går inte att bestämma vad som orsakar det. Lidandet kan också vara svårt att förmedla och kan därför uttryckas på andra sätt än det verbala, t.ex. genom oro eller smärta. För att lindra lidandet krävs det uppmärksamhet på de uttryck som visar lidande, t.ex. genom oro och bekymmer. Eriksson beskriver flera typer av lidande och vårdlidande är ett av dem. Vårdlidande orsakas av sjukvården och kan orsakas av bristfällig reflektion eller förståelse för lidandet. Att inte bli sedd som människa är det djupaste lidandet menar Eriksson. Kränkning av vårdtagarens värdighet och utebliven vård är andra exempel på faktorer som kan bidra till vårdlidande. Som vårdgivare krävs det en grundläggande förståelse

av vad lidande innebär för att kunna bemöta den lidande människan. Till exempel kan personen uttrycka sitt lidande genom ett oroligt beteende, och då är det viktigt att vårdgivaren uppmärksammar och bekräftar detta för att kunna hjälpa denne att lindra sin oro och därmed minska lidande. Vårdgivaren bör bekräfta lidandet genom att visa att denne finns tillgänglig som medmänniska. Det är viktigt att vårdtagaren känner sig respekterad samt att tröst och lindring alltid kan ges, i form av t.ex. kroppskontakt eller en vänlig blick. Vårdgivaren kan även samtala, uppmuntra samt inge hopp till vårdtagaren, i syfte att lindra lidandet. Vidare menar Erikson att lidande bör ses i ett holistiskt perspektiv, där hela människans livssituation involveras, och inte bara i relation till sjukdom (24). Detta tankesätt återfinns även i begreppet personcentrerad omvårdnad.

2.7 Rollen som vård- och omsorgspersonal

I det dagliga vård- och omsorgsarbetet på särskilda boenden är det framförallt vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och distriktssköterskor som samarbetar med varandra kring omvårdnaden av vårdtagaren. Undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen på särskilda boenden är den yrkesgrupp som utför merparten av vård- och omsorgsarbetet och det är de som kommer den äldre vårdtagaren närmast. Eftersom det är i mötet mellan vårdtagare och personal som verksamhetens kvalitet uppstår, så har de en avgörande betydelse för vilken kvalitet som uppnås i verksamheten (26).

Sjuksköterskan har en betydande roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande (21). Sjuksköterskans uppgift är bland annat att främja en trygg och god vårdrelation med vårdtagaren, att främja vårdtagarens delaktighet i sin egen vård samt att tillgodose vårdtagarens olika omvårdnadsbehov. Socialstyrelsen menar att en legitimerad sjuksköterska ska, även om vårdtagaren inte själv kan uttrycka sig, uppmärksamma och möta vårdtagarens lidande (27). Gällande sjuksköterskor som vårdar äldre personer på särskilda boenden har de en betydelsefull uppgift där de genom systematiska observationer, bedömningar och dokumentationer får fram information som kan underlätta att tolka olika beteenden, som till exempel oro (28).

Till skillnad från övrig vård- och omsorgspersonal har distriktssköterskan specialistkompetens inom folkhälsa, omvårdnad, medicin och socialt synsätt. En viktig del i distriktssköterskans arbete är att förmedla evidensbaserad kunskap genom att undervisa och handleda och därmed öka vårdkvaliteten inom det verksamhetsområdet (29).

Det anses vara grundläggande för alla omvårdnadsyrken att ha skicklighet i att kunna kommunicera på ett inkännande och empatiskt sätt, samt ha förmågan att kunna hantera sociala och mänskliga relationer (26).

3 Problemformulering

I dagsläget är förekomsten av oro hos äldre människor som bor på särskilda boenden hög och det behövs mer kunskap och omvårdnadsåtgärder hos vård- och omsorgspersonal för att kunna hjälpa oroliga äldre på bästa sätt. Det är därför betydelsefullt att undersöka sjuksköterskors och undersköterskors egna erfarenheter av att identifiera, förebygga och lindra oro hos äldre på särskilda boenden. Då oro kan ge upphov till psykiskt lidande för den äldre personen och bidra till försämrad livskvalitet, men även svårare sjukdomstillstånd som depression och ångestsjukdomar, så är det av största vikt att vård- och omsorgspersonal har nödvändig kunskap om hur psykisk ohälsa kan yttra sig hos äldre personer.

Distriktssköterskan ska kunna stötta, handleda och undervisa omsorgspersonalen i deras dagliga arbete med de äldre, vilket kräver god kunskap och kompetens inom området.

Forskningen kring äldres oro är bristfällig och därför kan denna studie, som undersöker vård- och omsorgspersonals erfarenheter av att identifiera, lindra och förebygga oro hos äldre personer bidra till ökad kunskap inom ämnet omvårdnad och kan leda till ökat välbefinnande och ökad livskvalitet för äldre inom äldreomsorgen.

4 Syfte

Syftet med studien var att beskriva vård- och omsorgspersonals erfarenheter av att identifiera, förebygga och lindra oro hos äldre på särskilda boenden.

5 Metod

5.1 Kvalitativ design

En kvalitativ deskriptiv forskningsmetod valdes, vilket innebär att studien avser beskriva hur något är. Kvalitativ forskning är induktiv och beskriver subjektiva upplevelser (30). Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att försöka förstå omvärlden från intervjupersonernas perspektiv och utveckla mening och sammanhang ur deras livserfarenheter (31). Avsikten med denna metod var att skapa förståelse för hur sjuksköterskor och undersköterskor tolkar och vårdar de äldre vårdtagarna med sina tidigare erfarenheter gällande hur de identifierar, lindrar och förebygger oro hos äldre på särskilda boenden.

En nackdel med kvalitativ forskningsmetod är att den kan vara tidskrävande att genomföra, mycket tid behövs för planering, genomförande samt för efterarbete (32). Därför är det bra att

nöja sig med relativt få informanter, i denna studie inkluderades sex vård- och omsorgspersonal.

Fördelen med kvalitativ forskningsmetod är att intervjuer, transkribering och analys av intervjuer kan ge djupgående, innehållsrik kvalitativ data (32), vilket denna studie lyckades få. En annan fördel kan vara att väl genomförda intervjuer kan bidra till betydelsefull kunskap om det aktuella området (33). Med hjälp av kvalitativa intervjuer kan viktig kunskap, kompetens och erfarenhet från erfaren vård- och omsorgspersonal erhållas utifrån deras upplevelser av problemområdet.

5.2 Urval

Enligt Polit och Beck finns inga bestämda regler för urvalsstorlek. Måttstocken är datamättnaden, alltså när ingen ny information kan fås. Målet är att generera tillräckligt djupgående data som kan uppvisa mönster, kategorier och dimensioner av fenomenet. Med hjälp av en god kommunikation mellan forskare och informant kan datamättnad uppnås med ett relativt litet urval (32).

Polit och Beck menar att första steget i urvalsprocessen är att undersöka vem som skulle kunna vara en informationsrik källa till studien och därefter välja ut miljöer med hög potential för att få ett rikt datamaterial (32). Därför var inklusionskriterierna för denna studie undersköterskor och sjuksköterskor, med eller utan specialistutbildning, verksamma inom särskilda boenden för äldre. Därefter användes *Äldreguiden 2015*. Äldreguiden är en Internetbaserad guide från Socialstyrelsen med information om hemtjänstverksamheter och särskilda boenden i Sverige (34). Utgångspunkten var de särskilda boendena inom Göteborgs alla stadsdelar för personer över 65 år i behov av vård och omsorg.

I början gick urvalet till på ett strategiskt sätt, för att eftersträva bredd och variation på datamaterialet och därmed uppnå större överförbarhet (32), men under studiens gång ändrades urvalsstrategi för att inkludera fler informanter. "*Resultat för jämförande av alla stadsdelar*" i Äldreguiden användes. I jämförandet undersöktes helhetsbedömningen under rubriken "*Äldre personer som är mycket eller ganska nöjda med det här äldreboendet*". Därefter valdes de två boendena där de äldre var som mest nöjda med boendet och ett äldreboende där de äldre var som minst nöjda. Enhetscheferna kontaktades via mail angående intresse för intervjustudien, dock visade endast en enhetschef intresse. Fler boenden tillfrågades genom att skicka ut intervjuförfrågan (bilaga 2) till totalt 20 andra särskilda boenden från en lista på samtliga särskilda boenden från Göteborgs alla stadsdelar i Äldreguiden. Enhetschefer till tre olika särskilda boenden visade intresse för att delta i studien. Tre sjuksköterskor och fem undersköterskor anmälde intresse för studien, dock hoppade två av, en sjuksköterska och en undersköterska, på grund av hög arbetsbelastning. Totalt ingick sex informanter i studien.

Fyra informanter hade yrke som undersköterska och två som sjuksköterska utan specialistutbildning, varav en var man. De hade mellan 5-40 års arbetslivserfarenhet och medianarbetslivserfarenheten var 30 år.

5.3 Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer valdes med stöd av en intervjuguide som bestod mestadels av öppna frågor (se bilaga 4). Med en semistrukturerad intervju anpassar sig forskaren utifrån vad som sägs i intervjun av informanten, frågorna behövs inte tas i samma ordning och det behövs inte ställas samma frågor vid varje intervju (33).

5.3.1 Information till deltagarna i studien

Genom att skicka skriftlig information, allmänt om examensarbete från Göteborgs Universitet (se bilaga 3) samt information om denna studie (se bilaga 2), informerades olika äldreomsorgsverksamheters enhets- och verksamhetschefer i Göteborg. Cheferna tillfrågades de anställda om intresse fanns för att delta i studien. Därefter bokades en tid för intervju med de som var intresserade av att delta. En forskningspersonsinformation (se bilaga 5) skickades ut till de tilltänkta deltagarna som fick läsa denna noggrant, bekräfta att de mottagit den och därefter skriva på samtycke i samband med intervjun.

5.3.2 Genomförande av intervjuer

Datainsamlingen skedde under september månad 2016. Informanterna fick bestämma platsen där intervjuerna skulle äga rum. Enligt Polit och Beck är detta rekommenderat för att få informanten att känna sig avslappnad och därmed underlätta för denne att tala fritt (32). Intervjuerna hölls i avskilda rum på de särskilda boendena. Muntlig presentation om studien och dess syfte gavs innan intervjun samt även under tecknande av samtycke utfördes. Intervjuguiden användes som stöd och informanterna tillfrågades om lov för att kontaktas igen vid behov. Polit och Beck menar att det är bra att kunna ha möjligheten att kunna gå tillbaka till informanten för komplettering eller förtydligande av något (32). Under intervjugång togs hänsyn till att vara en god lyssnare, ha ögonkontakt samt stimulera informanten att berätta så utförligt och så mycket som möjligt om sina erfarenheter, genom att t.ex. ställa följdfrågor (32). Intervjuerna tog mellan 12-35 min, mediantiden var 25 min. Intervjuerna utfördes enskilt med en av forskarna och ljudbandades. Enligt Polit och Beck är det ljudbandning som rekommenderas starkt istället för exempelvis att endast anteckna under intervjun (32). Därefter kodades varje intervju med bokstäver mot en kodlista (33). Samtliga intervjuer transkriberades samma dag ord för ord och eventuella betoningar, skratt och pauser togs med (35).

5.4 Validitet och reliabilitet

Intervjufrågornas validitet och reliabilitet undersöktes genom konsultation med handledare för examensarbetet, vilket genomfördes genom att noggrant gå igenom intervjuguidens frågor (se bilaga 4) och analysera innebörden av vissa ord i frågorna. Målet var att frågorna skulle vara representativa för de frågor som ska ställas om fenomenet oro (30). Därefter utfördes en testintervju med provinspelning, för att se om en utomstående förstod frågorna så som det var tänkt att förstås och ifall eventuella missförstånd kunde uppstå genom frågornas utformning. Samtidigt testades den tekniska utrustningen som användes för ljudbandning.

Efter intervjutillfället fick informanterna läsa igenom transkriberingen ifall de ville ändra eller tillägga något, vilket ökar tillförlitligheten (36). Polit och Beck menar även att forskaren bör verifiera korrektheten av den transkriberade texten innan analysen genomförs (37).

Vid analyseringen av intervjumaterial kan det uppstå tolkningssvårigheter när t.ex. kategorier för klassifikation av svaren ska försöka hittas. Vissa svar kan exempelvis passa in i flera svarskategorier, därför användes handledaren som stöd i analysarbetet, vilket är rekommenderat (35).

5.5 Dataanalys

Syftet med dataanalys är att organisera, strukturera och skapa betydelse från datamaterial (32). Innehållsanalys innebär en systematisk gruppering av text och syftet är att sammanföra flera enskilda uttalanden till större helheter, grupper eller klasser. Detta genomförs genom att analysera meningen av de enskilda svaren och därefter jämföra och sammanföra dessa (35).

Den valda analysmetoden för denna studie var *kvalitativ innehållsanalys*. Nedan följer tillvägagångssättet vid analyseringen av intervjutexterna, se tabell 1:

1. Först lästes hela den transkriberade intervjutexten igenom ett flertal gånger för att få en helhetskänsla och förståelse för texten. Insikter kan inte dyka upp om inte forskaren är totalt bekant med sitt datamaterial.
2. Därefter plockades meningar eller fraser ut, som innehöll information som var relevant för studiens syfte. Omgivande text togs också med, så att kontexten kvarstod. Dessa meningar eller fraser kallas för *meningsbärande enheter*, vilka *kondenserades* för att korta ned texten men ändå behålla det som var relevant.
3. Nästa steg var att de kondenserade meningsenheterna *kodades* och grupperades i både *subkategorier* och *huvudkategorier* som reflekterade det viktigaste och mest centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier bildade det uppenbara (*manifesta*) innehållet.
4. Slutligen formulerades ett tema utifrån det dolda (*latent*) innehållet från intervjuerna (32, 38).

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

| Tema | Att ha kompetens och resurser | | | |
|---|---|--|---|---|
| Kategori | Tecken på oro | Faktorer som ökar oro | Förebyggande och lindrande åtgärder | Förutsättningar |
| Subkategori | Att uppmärksamma och tolka tecken på oro | Fysiska besvär och sjukdomstillstånd | Vård- och omsorgspersonals bemötande och agerande | Tid och personal |
| Kod | Motorisk oro | Förlust av kroppsliga funktioner | Att få personen att känna sig hemma | Tidsbrist är en resursfråga |
| Kondenserad meningsbärande enhet | De börjar gå och rycka i dörrar. De blir motoriskt oroliga. | De har mist många funktioner som syn, hörsel och rörelseförmåga. | Vi är hemma. Det tycker jag är det bästa. Bästa "medicinen" mot oro. | Personalen kan vara stressad. Om man hade haft tid så tror jag att man hade kommit jättelångt. Det är en resursfråga. |
| Meningsbärande enhet | "... dom börjar gå och rycka i dörrar och sånt där. Dom blir motoriskt oroliga. De ä väl de, går och lunkar eller..." | "O sen har dom mist många funktioner... mmm... kroppsliga funktioner som syn, hörsel och rörelseförmåga... o allt sånt där." | "... vi e hemma, DET E hemma nu va! I vardagsrummet eller i trädgården eller, men just det här att de här tycker jag de e de bästa! Bästa medicinen mot oro..." | "Personalen kan vara stressad, men om man har den tiden att kunna sätta sig ner och prata, så tror jag att man hade kommit jättelångt. Det är en resursfråga också o så vidare va..." |

5.6 Forskningsetiska överväganden

Studien utgick från de fyra huvudkrav som ställs av Vetenskapsrådet angående etiska principer gällande forskning, vilka är informations-, samtyckes, konfidentialitets- samt nyttjandekrav (39).

Etiksprövningsnämndens godkännande vid forskning på människor krävs enligt svensk författningssamling, SFS 2003:460 (40). Dock har inget godkännande från etikprövningsnämnden erhållits, då forskning som utförs inom högskoleutbildning på avancerad nivå inte omfattas av denna författning.

Tillgång till kontaktuppgifter till informanter inhämtades från intresserade enhetschefer via Äldreguiden 2015. En skriftlig forskningspersonsinformation (se bilaga 5) utarbetades enligt riktlinjer från Etikprövningsnämnden (40), som skickades ut till alla informanter i förhand. Möjlighet för informanterna att ställa frågor via telefon och mail gavs. Skriftlig information om examensarbete från Göteborgs Universitet skickades till berörda verksamhetschefer och enhetschefer, som lämnade skriftligt samtycke. Information om frivilligt deltagande i studien gavs både muntligt och skriftligt, se bilaga 5. Därefter inhämtades skriftligt samtycke från samtliga informanter innan intervjuerna hölls. Samtliga informanter informerades om att eventuellt bli kontaktade vid ett senare tillfälle vid behov av komplettering av datamaterial.

Deltagarnas personuppgifter hanterades enligt personuppgiftslagen, SFS:1998:204 (41). Endast författare och informant fick delta vid intervjutillfället och inga obehöriga fick ta del av intervjumaterialet. Varje informant tilldelades en kod och endast författarna till studien hade tillgång till kodnyckel. Enskilda informanter kommer inte att kunna identifieras vid presentation och publikation. Allt datamaterial som insamlats i samband med intervjuerna användes endast i forskningssyfte. Allt datamaterial kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt av examinator.

Det fanns inga förväntade risker med att delta i studien. Informanten fick möjlighet att delge sina erfarenheter gällande oro hos äldre på särskilda boenden. Förhoppningsvis kommer denna studie att ge ökad kunskap om identifiering, förebyggande och lindring av oro hos äldre inom den aktuella verksamheten. Eftersom inga risker förväntades, övervägde nyttan med att delta i studien.

6 Resultat

I resultatet presenteras fyra undersköterskors och två sjuksköterskors erfarenheter av att identifiera, lindra och förebygga oro hos äldre på särskilda boenden.

Resultatet redovisas utifrån de olika kategorier som framkom vid analysen av intervjumaterialet. Det framkom 11 subkategorier som resulterade i fyra kategorier, vilka var *Tecken på oro*, *Faktorer som ökar oro*, *Förebyggande och lindrande åtgärder* och *Förutsättningar*, vilka ledde fram till temat *Att ha kompetens och resurser*, se tabell 2.

Tabell 2

| Tema | Att ha kompetens och resurser | | | |
|--------------------|--|---|---|-------------------------------|
| Kategori | Tecken på oro | Faktorer som ökar oro | Förebyggande och lindrande åtgärder | Förutsättningar |
| Subkategori | Att uppmärksamma och tolka tecken på oro, Mätskalor och verktyg, Skillnader mellan mäns och kvinnors oro | Fysiska besvär och sjukdomstillstånd, Nyinflyttad till särskilt boende, Sociala kontakter | Omvårdnadsåtgärder, Lugnande läkemedel, Vård- och omsorgspersonals bemötande och agerande | Tid och personal, Kontinuitet |

6.1 Tecken på oro

Denna kategori redovisar de subkategorier som handlar om hur vård- och omsorgspersonalen utifrån deras erfarenheter går till väga för att identifiera oro hos de äldre som de möter på särskilda boenden.

6.1.1 Att uppmärksamma och tolka tecken på oro

Resultatet av studien visar att det är en betydelsefull del i vård- och omsorgspersonalens kompetens att kunna uppmärksamma och tolka tecken på oro för att kunna lindra och förebygga denne. Det är viktigt att lära känna vårdtagaren för att lättare kunna uppmärksamma dennes tidiga tecken på oro för att förebygga oron i tid, innan den blir värre. Om oron väl har eskalerat är det svårare att åtgärda den.

Samtliga av de som intervjuades beskrev att vårdtagarnas oro uppmärksammas genom vissa tecken, t.ex. att de börjar att gå runt på enheterna, rycker i dörrar, ropar och letar efter folk, men även att de visar aggressivitet. De kan också börja prata om att ge sig iväg någonstans, visar rädsla för ensamhet, eller är oroliga för sina barn. Det är även vanligt att de vill ha hjälp med många olika saker samtidigt eller upprepar samma frågor. Det är vård- och omsorgspersonalens uppgift att identifiera dessa tecken för att få fram orsaken till oron hos den äldre och därmed kunna lindra den. Så här beskrev undersköterskorna hur de äldre kan uppvisa sin oro:

“Aaa de kan ju vara att dom börjar gå, runt eller att de ropar bara: “ - Hjälp, hjälp!” hela tiden, ringer på larmet hela tiden, och vill ha hjälp med allt möjligt... eee frågor om allt: “ - Ska jag sitta här? Vad ska jag göra nu?” Aaa, mycket frågor som bara upprepar sig liksom. Ibland kan det bli en viss aggressivitet... de blir mer ilska.”
“ ... de märks att hon börjar fråga om... jaa... var hon bor och hur hon ska hitta dit... upprepar frågor som hon redan fått svar på... Så börjar hon gå fram och tillbaka med sina stavar, och sen ska hon iväg. Nästa steg liksom är att hon inte ska vara kvar, hon har ingen lägenhet här... de eskalerar liksom.”

6.1.2 Mätskalor och verktyg

Båda sjuksköterskorna som intervjuades tog upp vikten av att identifiera oro med hjälp av mätskalor och andra bedömningsverktyg. En av sjuksköterskorna nämnde smärtskalor som kan användas för att identifiera om oron beror på smärta. Smärtskalor används oftast då vårdtagaren är nyinflyttad, då personalen inte känner till den äldre så väl.

Den andra sjuksköterskan tog upp bedömningsverktygen *BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)* och *Senioralert*. Han förklarade att Senioralert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg av de äldre. Registret är till för att bedöma risker och vidta åtgärder inom bl.a. fall och undernäring. Han tyckte att bedömningsverktygen kan användas för att få fram vilka omvårdnadsåtgärder som är lämpliga för att lindra och förebygga den äldres oro. Han berättade vidare att motorisk oro kan öka risken för fall, vilket kan leda till fraktur, som i sin tur leder till ännu mer oro. BPSD används för de som har en demensdiagnos och Senioralert för de som inte har någon demensdiagnos, förklarade han. Han betonade i intervjun att verktygen är framgångsrika då oro har minskat på boendet som han är verksam i.

6.1.3 Skillnader mellan mäns och kvinnors oro

Fyra av sex av de vård- och omsorgspersonal som blev intervjuade nämnde att det kan vara skillnad på mäns respektive kvinnors oro. De menade att kvinnor och män oroar sig för olika

saker och att de visar sin oro på olika sätt. Kvinnor oroar sig mycket för sina barn och hemmet, att de är tvungna att gå hem till sina barn som kanske är ensamma hemma och att de behöver laga mat till dem. Männerna oroar sig däremot mer för ekonomin och jobbet. Det var också så att män visar sin oro på ett annat sätt än vad kvinnor gör. En undersköterska beskrev det som att män vill ta tag i saker som ska göras på en gång medan kvinnorna uttalar mer en oro för framtiden och ställer mycket frågor. Hon förklarade:

“Ja, kvinnors oro är nog mer som oro och ängslan... Mäns oro kan nog bli mer bullrigt... vilja ta tag i saker och ropa högre... En, han fick för sig att värmepannan höll på att explodera i vårt hus, så han var jättearg... Han var en gammal fastighetskötare och han var SÅ arg...”

“... hon ville ju hem till sina barn på kvällen. O hon blev ju vansinnig när vi skulle hindra henne.”

6.2 Faktorer som ökar oro

Denna kategori handlar om vård- och omsorgspersonalens erfarenheter av de faktorer som de ansåg bidrar till oro hos den äldre på det särskilda boendet. Detta är viktigt för vård- och omsorgspersonalen att känna till och uppmärksamma för att kunna identifiera oro. Kategorin omfattar tre subkategorier: *Fysiska besvär och sjukdomstillstånd, Nyinflyttad till särskilt boende, Sociala kontakter.*

6.2.1 Fysiska besvär och sjukdomstillstånd

Samtliga av de intervjuade ansåg att faktorer som fysiska besvär, som t.ex. smärta och förstoppning, eller sjukdomstillstånd som exempelvis demens, är orsaker till oro hos äldre. Två undersköterskor beskrev:

“Och sen har de mist många funktioner... mmm... kroppsliga funktioner som syn, hörsel och rörelseförmåga... och allt sånt där. Å sen kanske de har kroppsliga besvär... som smärta och så. Så de e ju inte konstigt att dom lätt bekymras av oro... att de e ett stort bekymmer för dom...”

“Och sen e de oro för många har prostatabesvär, så dom är oroliga att inte hinna till toaletten.”

6.2.2 Nyinflyttad till särskilt boende

En sjuksköterska och två undersköterskor nämnde att vara nyinflyttad till det särskilda boendet som en bidragande orsak till oro.

“Sen uppstår en del oro, kanske vid den tiden då de flyttar in va, och då kan det också vara ny miljö, nya ansikten, nya medboenden, alltså väldigt mycket som gör dom oroliga va, väldigt vanligt...”

“... å speciellt när man är nyinflyttad, det e väldig förvirring, asså man hittar inte, man vet inte riktigt vart man är och varför, det blir en oro såklart.”

6.2.3 Sociala kontakter

Två undersköterskor nämnde närståendes roll i samband med oro hos den äldre personen, då deras erfarenheter var att kontakt med närstående oftast skapar mer oro hos den äldre. De menade dels att det kan bero på en dålig relation till den närstående, som skapar ökad oro, dels att de är lugna medan de är på besök, men blir oroliga och känner saknad när den närstående går därifrån. Vissa äldre med kognitiv svikt kan bli oroliga av att inte få följa med den närstående hem. Två undersköterskor beskrev:

“Jag tycker det kan bli tvärtom-effekt. De blir ju mer störda på något sätt. Å så den oron när de ska gå igen... När de går så har det ju satt igång, tycker jag. Så de ju inte så att de e lugnare när de haft besök av sina anhöriga, de upplever jag nästan aldrig. När de e där så e de lugna, men sen går de. Och då blir det väldigt jobbigt. Då tänker de att: “- Jag ska också hem!”. Så klart!”

“Det beror på deras relation, relationer kan vara väldigt dåliga. Så att på en del kan vi ju se att när en närstående varit och hälsat på så e de att oron ökar gånger 100, det kan ju blir jättedåligt... Men de här som har god relation. De umgås och har de lite mysigt o så där, där e ju att de kan vara glada en hel dag att de får veta att ens dotter kommer ikväll och så. Det beror på familjesituationen tycker jag.”

6.3 Förebyggande och lindrande åtgärder

I samtliga intervjuer beskrev informanterna utifrån deras erfarenheter att de åtgärder som oftast används för att lindra oro hos den äldre även används i förebyggande syfte. Hälften av de intervjuade tog upp vikten av att det är individuellt för varje person vilken åtgärd som lindrar och förebygger och att det beror mycket på den äldres tidigare livshistoria och

intressen. Det är även viktigt att försöka lindra oron i tid, då oron ofta sprider sig mellan de äldre på det särskilda boendet. En undersköterska förklarade:

“De andra blir upprörda också, så har man en som e väldigt orolig och är rörlig runt, så har man snart sju, åtta stycken som mår jättedåligt för att liksom dom förstår ju inte sin sjukdomsbild och dom förstår inte dom andra och då blir dom ofta lite ELAKA, och de ju för att de inte förstår...”

6.3.1 Omvårdnadsåtgärder

En av de viktigaste omvårdnadsåtgärderna enligt samtliga intervjuade är att avleda personen genom att använda sig av olika metoder. Fem av de intervjuade menade att olika sorters aktiviteter, som bl.a. fysiska aktiviteter, hjälper för att lindra och förebygga oro. De olika sorters aktiviteterna som nämndes i de flesta intervjuerna var att fika, bläddra i album, titta på olika saker och prata om dem, hjälpas åt i köket, berätta historier tillsammans, samt hitta på aktiviteter som personen uppskattar. Andra aktiviteter som att lyssna på radio, musik eller att sjunga är också lindrande och förebyggande mot oro. Två av de intervjuade menade också att få komma ut och ta frisk luft kunde vara effektivt för att lindra oro. Sjuksköterskorna beskrev aktiviteternas betydelse:

“... dom har inte varit aktiva under dagen så mycket, att man söker efter någon aktivitet, eller att man e rastlös, att man behöver nåt...”

“Att gå ut lindrar oron mycket, många vill ju och är vana att röra på sig.”

Personens livshistoria och egna intressen är avgörande för vilka åtgärder som lindrar och förebygger oro och genom att använda sig av personcentrerad omvårdnad, kan detta underlättas. En sjuksköterska menade:

“... till exempel när någon flyttar in, då är den livsberättelsen väldigt viktig för oss... att veta vad personen har gjort när de var yngre, eller vad hade de för intresse, å man försöker gå efter det också, o kolla, är det någonting vi kan göra för att förebygga oro, om de e någonting de gillar att göra, jaa, att man hittar på efter deras livsberättelse.”

Båda sjuksköterskorna ansåg att omvårdnadsåtgärder bör prioriteras före läkemedel, då dessa har en hel del biverkningar. En sjuksköterska berättade:

“Ja, till exempel häromdagen, jag har en vårdtagare som e orolig då o då, de e en kvinna som har kognitiv svikt, men man kan prata med henne... så fort hon ser mig, då ber hon om en tablett... och då brukar jag aldrig ge henne tabletten direkt så... utan

jag brukar sätta mig med henne o så sätter oss ned, så bläddrar i hennes tidning, vi pratar lite, jag berättar en historia som jag varit me om, eller ber henne berätta något, så sitter vi en kvart, tjugo minuter, o så hon glömmet det, helt o hållet. Hon glömmet att hon va orolig...”

6.3.2 Lugnande läkemedel

Samtliga av de som intervjuades nämnde lugnande läkemedel som en lindrande åtgärd mot oro. Det är en åtgärd som oftast hjälper den äldre att bli lugnare, men sjuksköterskorna nämnde att det även kan uppstå allvarliga biverkningar av dessa läkemedel, såsom slöhet samt ökad risk för fall som i sin tur kan leda till bland annat fraktur. Det är därför viktigt att dokumentera, följa upp samt utvärdera effekten av läkemedlet, förklarade sjuksköterskorna. Det är viktigt att kartlägga behovet av lugnande läkemedel under dygnet beroende på deras orosproblematik, för att se eventuella skillnader i oro över dygnet och sätta in lugnande tabletter på rätt tid, i förebyggande syfte. Det framkom även i intervjuerna att lugnande läkemedel och omvårdnadsåtgärder kompletterar varandra. Då den äldre lider av svår oro är läkemedel ett bra sätt lindra den och för att kunna nå fram till personen. Sedan kompletteras det med olika omvårdnadsåtgärder för att kunna lindra den oro som eventuellt finns kvar.

Två av de intervjuade nämnde vikten av att kunna bedöma när läkemedel är nödvändigt och när en åtgärd som t.ex. kroppskontakt inte är tillräcklig:

“Men jag kan tycka att vissa personer, dom e så oroliga så att de spelar ingen roll om du sitter och håller dom i handen.”

Däremot önskade en av sjuksköterskorna att medicineringen mot oro bör minska. Hon tyckte att det var alldeles för hög användning av lugnande läkemedel på det särskilda boendet. Hon tyckte att fokus istället bör ligga på omvårdnadsåtgärder, personcentrerad omvårdnad, höja personalbemanningen, skapa bättre rutiner samt anordna fler aktiviteter för de äldre. Vidare förklarade hon:

“Det är jättemycket biverkningar av dom medicinerna, dom ramlar och skadar sig, bryter ben och höft, slår sig i huvudet, får smärta, då är det MYCKET mer än vad vi får av en lugnande tablett...”

6.3.3 Vård- och omsorgspersonals bemötande och agerande

Samtliga av de intervjuade berättade hur viktigt bemötandet av den äldre är för att kunna lindra och förebygga oro. En sjuksköterska i intervjun förklarade att ett gott bemötande är det viktigaste för att kunna lindra och förebygga oro hos äldre och samtidigt menade hon att dåligt bemötande av vård- och omsorgspersonal kan vara orsaken till ökad oro hos de äldre.

Det är betydelsefullt att vård- och omsorgspersonalen inger trygghet till den äldre personen, genom att vara lugn och mjuk, både i sitt beteende och tal. Till exempel menade en undersköterska att hon brukar väcka vårdtagarna på morgonen på ett lugnt och sansat sätt, då hon menade att detta kan påverka resten av dagen.

Att bemöta en orolig vårdtagare handlar till stor del om kunskap och erfarenhet. En undersköterska menade att det är hennes egna kunskaper, som hon erhållit genom 20 års arbetslivserfarenhet, men också hennes kollegors kunskaper, som hon använder sig av i det dagliga arbetet för att kunna bemöta den äldres oro.

För att kunna bemöta och agera individanpassat beskrev hälften av de som intervjuade vikten av att lära känna den äldre utifrån den personlighet denne har. Att vara lyhörd, inge tillit, se hela personen, bemöta med respekt, visa engagemang, bekräfta dennes tankar samt försöka svara på frågor, är olika sätt för att kunna lindra oro samt förebygga oron från att eskalera.

En sjuksköterska berättade:

“Det är mycket med det, med personcentrerad vård, att man... lär känna personen, vad personen gillar, vad de gått igenom i livet, vilka situationer triggar igång oro, att man varit med om någon olycka eller nån hemsk händelse...”

“Att man bemöter alla med respekt och att man lyssnar på vad de vill, på vilket sätt de vill det, dom e vuxna människor, det betyder inte att de e sjuka och vi kan göra på vårt sätt som vi vill, det ska vara ska vi absolut inte göra, utan vi måste kommunicera med dom o försöka lära känna patienten... o kanske sätta sig en kvart o prata om hur de vill ha de, för det e jätteviktigt för att kunna ge bra vård.”

En undersköterska betonade vikten av att se hela människan och inte endast det sjukliga. Hon menade att detta kan inge trygghet och lindra oron hos de äldre:

“För mig är det viktigt att liksom tänka bort den gamla kroppen... o tänka mer på människan... eee... personen, som man pratar mer som du och jag gör... Att man möts som människor bara. O då tror jag också att de här goa kommer fram... Och det tror jag tar bort väldigt mycket av oron.”

En undersköterska och en sjuksköterska beskrev hur skratt och skämt kan lindra oro:

“Vi har en vårdtagare med kol som har väldigt mycket problem med oro... Sen gick jag dit i alla fall o satte mig o fick honom att skratta lite... o så skratta han åt de va... Då pratar man om detta o han glömde helt av andnings- problematiken.”

“... o att man kan prata o skratta o skoja o få de att kännas att dom fortfarande är en person liksom o att dom inte behöver tänka på den här hela tiden... de här tunga och gamla...”

En central del i vård- och omsorgspersonalens bemötande är att försäkra för vårdtagaren att de är både kroppsligt och mentalt närvarande, för att motverka att den äldre känner ensamhet. Beröring och att vara närvarande kan vara lindrande för oro, genom att till exempel sitta ner och samtala med vårdtagaren samt att hålla i handen. Detta är viktigt i förebyggande syfte att agera innan oron eskalerar, vilket förklarades av de intervjuade:

“ ... då tycker jag det bästa är om man kan sitta ner, helst INNAN detta kommer, och samla situationen..., det förebygger oron upplever jag... om man kan vara med dom och att vi e hemma, De e hemma nu va! I vardagsrummet eller i trädgården eller... de tycker jag e de bästa, bästa medicinen mot oro... att man kan stoppa DÄR!”

“O där har vi en uppe hos oss då som packar o vill ge sig hem o då, om man lyckas få tag i henne precis innan då o går in och sätter sig hos henne, o man pekar och tittar tillsammans på olika saker o så, så kan man få ner henne ganska bra o de e ju de här att man lyckas ju ganska ofta om man får tag i dom i rätt ögonblick. Om man kommer en minut för sent o då e de kört va.”

Hälften av dem som intervjuades nämnde betydelsen av att kunna bemöta den orolige vårdtagaren genom att leva sig in i dennes verklighet. Att förstå deras livsvärld är viktigt för att förstå varför den äldre är orolig, framförallt när vårdtagaren har kognitiv svikt som t.ex. vid demenssjukdom. En undersköterska betonade dock att förståelse för vårdtagarens situation är betydelsefullt oavsett om personen har kognitiv svikt eller inte.

Det som också framkom i intervjuerna var vikten av att besvara de många olika frågor som den äldre personen kan ställa, i så hög utsträckning som möjligt. Detta kan innebära, i många fall, att använda sig av vita lögner. Lögner är också ett sätt att leva sig in i den äldres verklighet för att lindra oro:

“Man ljuger för att inte hela tiden ställa till det mer för dom, för att om man mist sin mamma eller pappa så behöver man inte göra det tre gånger om dagen va... Eller liksom e man helt säker på att ungarna sitter på trappan och väntar ensamma så behöver man inte säga att dom e stora, för det fattar dom inte ändå. För dom e ju små! Då får man ju gå in i deras verklighet och då får man ju kanske säga det att: “ - Aaa, men mormor går och hämtar de idag”. Man får ju vara i deras verklighet va.”

En undersköterska berättade hur hon kunnat bemöta en vårdtagare utifrån dennes andliga världsuppfattning för att kunna lindra oro:

“Hon var väldigt troende, så då sa jag till henne att vi kan be till dina barn, att dom har det bra och att det kommer någon och tar hand om dom och sådär. Det funkade jättebra.”

Dock berättade undersköterskan att det var svårare att lindra denne vårdtagarens oro i andra situationer, då hon trodde att straff väntade efter döden och därför hade fruktansvärd dödsångest. Då försökte undersköterskan bemöta kvinnans oro genom att *“ha rätt infallsvinkel på tron”*, och prata med henne om Gud som en vän och att kärleken skulle vänta efter döden.

6.4 Förutsättningar

I denna kategori återfanns två subkategorier, vilka var *Tid och personal* och *Kontinuitet*. Informanternas erfarenheter var att tillräckligt med tid och personal samt god kontinuitet på det särskilda boendet var betydelsefulla förutsättningar för att kunna genomföra fler förebyggande och lindrande omvårdnadsåtgärder mot oro i det dagliga arbetet.

6.4.1 Tid och personal

Fem som intervjuades ansåg att de behöver mer tid och personal på arbetsplatsen för att kunna motverka samt lindra oro hos den äldre:

“...Men det är stor brist på personal och dom hinner inte, så oftast man har problem med dom personerna med lite svår oro, man skulle behöva vara där med patienten, i en, två timmar, kanske gå ut, försöka göra någonting, oftast det vi försöker göra det är ganska snabbt, pga. av tidsbrist...”

“Man försöker så mycket som möjligt att sitta ner och samtala och försöka avleda dom, där har man också tiden. Personalen kan vara stressad, men om man har den tiden att kunna sätta sig ner och prata, så tror jag att man hade kommit jättelångt. Det är en resursfråga också o så vidare...”

“... att det fanns mera tid att sitta med dem. Att inte lämna dom i oro... det hade varit goare att man... hann mera... Jag känner mycket mera att man bara klappar på huvudet: ” - Aa men de blir bra ska du se...””, och så springer man vidare till nästa... man har räknat bort det i resurserna, att det tar tid att vara med en människa...”

6.4.2 Kontinuitet

En sjuksköterska och tre undersköterskor ansåg att bristen på kontinuitet på arbetsplatsen påverkar vårdtagarna på ett negativt sätt med ökad oro som följd. De äldre blir tryggare av att bli vårdade av ordinarie personal som de känner igen. Det är inte alla vårdtagare som accepterar ny personal och då får den vana personalen vårda dessa personer. De betonade hur viktigt de är med kontinuitet och trygghet, eftersom detta minskar oro hos de äldre. En undersköterska menade:

“På äldreboendet var det ju katastrof när vi hade dom här resursspassen. Det togs bort nu, de e väldigt sällan man får de. å nu e de mest den ordinarie personalen på ett ställe. Och de tror jag är oerhört viktigt... Att man inte kan springa på en annan enhet och vara på en annan nästa dag två timmar och några timmar på en annan enhet. Det funkar inte. Och de e främst för dom äldres skull”.

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

En systematisk litteratursökning genomfördes för att kartlägga tidigare forskning inom området, se bilaga 6. Detta ledde till ett rikt material till bakgrunden samt en ökad förståelse för ämnet, vilket i sin tur påverkade utformningen av intervjufrågorna.

Att använda sig av kvalitativ deskriptiv forskningsmetod var en lämplig metod för studiens syfte, då subjektiva erfarenheter var i fokus. Datamättnad nåddes i vissa avseenden fastän relativt få informanter inkluderades, då flera eller samtliga informanter gav liknande svar på vissa frågor.

Validitet och reliabilitet testades genom analys av intervjufrågor och analysprocess med handledare samt genom att skicka transkriberingen till informanterna för eventuella ändringar eller kompletteringar. En noggrann beskrivning av hur innehållsanalysen utfördes illustrerades med hjälp av en tabell över analysprocessen, se tabell 1, vilket ökar resultatets tillförlitlighet och transparens (32, 35). Resultatet av studien skulle kunna överföras till liknande verksamheter inom området.

Tidsbegränsningen för examensarbetet samt bristen på intresse för deltagande i studien påverkade vilka som inkluderades i studien, vilket kan ha bidragit till en viss selektivitet (32). Studien baserades på relativt få informanter. Tio personer kan vara ett lämpligt antal, då färre än tio personer i en kvalitativ studie kan göra resultatet otillförlitligt (30).

Olika människor definierar oro på olika sätt, informanterna kan ha haft olika förståelse för begreppet oro, vilket kan ha påverkat resultatet. I studien gjordes ingen åtskillnad mellan oro hos demenssjuka och oro hos icke-dementa, det kan finnas eventuella skillnader mellan dessa.

Att författarna själva har en hel del erfarenhet av att arbeta inom äldreomsorgen kan ha påverkat datamaterialets analysprocess, då förförståelse, åsikter samt värderingar kan styra analysen i en viss riktning (32). Dock togs hänsyn till detta under studiens gång och den egna förförståelsen "kopplades bort".

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie, där vård- och omsorgspersonal intervjuades i syfte att beskriva på vilket sätt de identifierar, lindrar och förebygger oro hos äldre som bor på särskilda boenden, visar fyra huvudkategorier. Dessa är: *Tecken på oro*, *Faktorer som ökar oro*, *Förebyggande och lindrande åtgärder* samt *Förutsättningar*. Resultatet av kategorierna diskuteras nedan med anknytning till tidigare forskning inom området samt till omvårdnadsbegreppen personcentrerad omvårdnad och Katie Erikssons omvårdnadsteori.

Studien visar att det är en betydelsefull del i vård- och omsorgspersonalens kompetens att kunna uppmärksamma och tolka tecken på oro, för att kunna lindra eller förebygga oron. Detta kan uppnås genom att lära känna den äldres individuella tecken på oro samt genom observation av den äldres beteende.

Det finns forskning som tyder på att nyinflyttning till ett särskilt boende kan vara en bidragande orsak till oro samt att den äldre kan känna oro över otrygghet inför att vårdas av personal de inte känner (7, 9, 10). Detta bekräftas i studien då vård- och omsorgspersonalen menade att de äldre som flyttar in på ett särskilt boende kan känna oro då denne lämnat sitt trygga hem för att mötas av nya miljöer och nya ansikten. En annan faktor som kan bidra till oro är fysiska besvär och sjukdomar, som t.ex. demens (9). Erikson menar att oro kan vara ett uttryck för lidande, och att lidandet kan innebära en sorg över det som förlorats (24). För den orolige äldre kan det handla om att denne har förlorat en del av sin kognitiva funktion, t.ex. fått försämringar i minnet. Detta kan skapa lidande hos den äldre, vilket kan yttra sig genom ett oroligt beteende. Att lindra lidande är ett grundläggande ansvarsområde för sjuksköterskan, enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (21), därför är det betydelsefullt för sjuksköterskan att kunna känna till omvårdnadsåtgärder i form av metoder och strategier, i syfte att lindra det lidande oro kan innebära för vårdtagaren. Oro kan uppstå som en följd av att den äldre känner mindre kontroll över sitt liv och sin självständighet då denne blir beroende av hjälp och stöd från vård- och omsorgspersonal. Socialtjänstlagen kap 1, § 1, belyser vikten av att vård- och omsorgspersonalen stödjer den äldre genom att se till att denne bevarar sin självständighet i så hög grad som möjligt (42).

Forskning beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal bör arbeta för en holistisk, personcentrerad omvårdnad för att bemöta äldre vårdtagare som mår psykiskt dåligt. Studier visar att det bästa sättet att nå och bemöta den äldre vårdtagaren är att utveckla en god och förtroendeingivande relation med den äldre (43, 44). Denna studie bekräftar dessa faktum. I studien framkommer det att det är av stor vikt att se hela människan och inte endast det sjukliga som kan vara en orsak till oro, vilket även återfinns i begreppet personcentrerad omvårdnad. Med hjälp av personcentrerad omvårdnad kunde vård- och omsorgspersonalen få reda på den äldres livshistoria och tidigare intressen. Det kan tolkas som att försöka hjälpa den äldre att fokusera på det positiva och på så vis lindra eller förebygga oro.

De omvårdnadsåtgärder som tidigare forskning beskriver går att applicera på de som framkommer efter analys av intervjumaterialet. Vissa omvårdnadsåtgärder kan relateras till leken i Erikssons teori, där avledning av oro genom att t.ex. skämta eller lyssna på musik, är ett sätt att befrämja den psykiska hälsan. Enligt forskningen kan musik vara lugnande mot oro (20), vilket också bekräftar i studien. Att använda sig av musik för att lindra eller förebygga oro är ett enkelt och billigt sätt, vilket bör tillämpas i större utsträckning på de särskilda boendena för äldre idag.

SBU menar att omvårdnadsåtgärder bör utföras i första hand när en äldre vårdtagare är orolig, med tanke på att lugnande läkemedel oftast har många biverkningar (22). Detta bekräftades i denna studie. Dock tar den även upp vikten av att veta när lugnande läkemedel är nödvändigt i syfte att lugna en orolig vårdtagare. Vårdtagaren kan i annat fall bli lidande på grund av rädsla för läkemedelsbiverkningar från personalens sida. Resultatet visar tydligt att omvårdnadsåtgärder kompletterat med läkemedel är den bästa behandlingen mot svårare oro.

Ett centralt fynd i denna studie är hur vård- och omsorgspersonalens bemötande påverkar den äldre vårdtagarens oro. Genom ett empatiskt, lyhört och avledande tillvägagångssätt kan den orolige äldre lättare ledas in i nya, positiva tankebanor och därmed få mindre oroskänslor. Denna viktiga upptäckt handlar främst om personalens personliga kvaliteter samt kompetens, och behöver inte nödvändigtvis vara relaterad till personalens arbetslivserfarenhet. Det är därför betydelsefullt att anställa personal inom äldreomsorgen som är lämpliga för yrket, både personlighetsmässigt och kompetensmässigt.

Tidigare forskning menar att det inte finns tillräcklig kunskap och erfarenhet hos vård- och omsorgspersonal angående psykisk ohälsa hos äldre (5). Dock, i denna studie var vård- och omsorgspersonalen väl medvetna om hur äldres oro kan yttra sig och hur den kan åtgärdas, men de saknade ofta resurser i form av tid och personal för att kunna lindra och förebygga oro på ett mer effektivt sätt. Hög personalomsättning och brist på kontinuitet påverkar den äldres välbefinnande negativt, med ökad oro som följd, vilket bekräftar författarnas egna erfarenheter av att arbeta inom äldreomsorgen.

Denna studie visar hur betydelsefullt det är att ha tillräckligt med resurser, i form av tid och personal, samt god kompetens hos vård- och omsorgspersonal för att underlätta identifiering, lindring samt förebyggande av oro hos äldre på särskilda boenden.

Förslag inför framtida studier kan vara att studera om längden på arbetslivserfarenheten hos vård- och omsorgspersonal påverkar förmågan att identifiera, lindra samt förebygga oro. Ett annat förslag är att undersöka distriktssköterskors upplevelser av att kunna bemöta äldres oro utifrån den kunskap de erhållit från specialistutbildningen.

8 Slutsats

Genom att intervjua erfaren vård- och omsorgspersonal visade resultatet av studien att kompetens och resurser inom äldreomsorgen är viktigt för att kunna identifiera, lindra och förebygga oro hos äldre på särskilda boenden. Förutsättningar i form av tid, personal och kontinuitet på särskilda boenden kan hjälpa de äldre att få bättre psykiskt välbefinnande. Denna kunskap är betydelsefull både för vård och omsorgspersonal och för beslutsfattare inom äldreomsorgen.

9 Referenslista

1. Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? – en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 20122012b [cited 2016 24/10]:[85 p.]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18926/2012-12-24.pdf>.
2. SCB. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) Örebro: Statistiska Centralbyrån; 2012. Available from: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/.
3. Borg M. Läkemedelskommittén2010 2016-10-17 [cited 2016 17/10]; (Hälsa, sjukvård, tandvård):[88 p.]. Available from: <http://www.gotland.se/54090>.
4. D'Hudson G, Saling LL. Worry and rumination in older adults: Differentiating the processes. *Aging & Mental Health*. 2010;14(5):524-34.
5. Morris DL. Geriatric mental health: An overview. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2001;7(6):S2-S7.
6. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science & Medicine*. 2006;63(5):1363-73.
7. Brock K, Clemson L, Cant R, Ke L, Cumming R, Kendig H, et al. Worry in Older Community-residing Adults. 2011.
8. Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al. The spectrum of worry in the community-dwelling elderly. *Aging & Mental Health*. 2011;15(8):985.
9. Jeon H-S, Dunkle R, Roberts BL. Worries of the Oldest-Old. *Health & Social Work*. 2006;31(4):256-65.
10. Creighton AS, Davison TE, Kissane DW. The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;31(6):555-66.
11. Socialstyrelsen. Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa - vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård2008 [cited 2016 24/10]:[45 p.]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/vagledning-ansvariga.pdf>.
12. de Guzman AB, Lacao RA, Larracas C. A Structural Equation Modelling on the Factors Affecting Intolerance of Uncertainty and Worry Among a Select Group of Filipino Elderly. *Educational Gerontology*. 2015;41(2):106-19.
13. Norstedts svenska synonymordbok - Ord för ord: Norstedts Akademiska Förlag; 1999.
14. Anxiety [Internet]. Karolinska Institutet. 2016. Available from: <https://mesh.kib.ki.se/term/D001007/anxiety>.
15. Wetherell JL, Petkus AJ, White KS, Nguyen H, Kornblith S, Andreescu C, et al. Antidepressant Medication Augmented With Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *The American journal of psychiatry*. 2013;170(7):782-9.
16. Reimhagen O. Att behandla ångest. Vilken roll spelar fysisk aktivitet? Umeå: Kemiska Institutionen, 2015.
17. Dozeman E, Schaik vDJF, Marwijk vHWJ, Stek ML, Horst vdHE, Beekman ATF. The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) is an adequate screening instrument for

- depressive and anxiety disorders in a very old population living in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;26(3):239-46.
18. BPSD. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD Malmö2016 [cited 2016 24/10]. Available from: <http://www.bpsd.se/>.
 19. Doctors T. Depression hos äldre. Ångest hos äldre. Uddevalla: Praktisk Medicin; 2015. Available from: <http://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/depression-hos-aldre-angest-hos-aldre/>.
 20. Blackburn R, Bradshaw T. Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature: Music therapy for dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(10):879-88.
 21. Sjuksköterskeförening S. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor2014 [cited 2016 24/10]:[16 p.]. Available from: http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.
 22. SBU. Läkemedel mot psykos används fortfarande fel Stockholm2001. Available from: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/lakemedel-mot-psykos-anvands-fortfarande-fel>.
 23. Ekman I, Norberg A, Swedberg K. Kap 3: Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård, ur: Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014.
 24. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1987.
 25. Organization WWH. WHO definition of Health: WHO; 2003. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
 26. Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång2006 [cited 2016 24/10]:[42 p.]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9657/2006-123-39_200612339.pdf.
 27. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005 [cited 2016 24/10]:[17 p.]. Available from: http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf.
 28. Edberg A-K. Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur AB; 2011.
 29. Familjemedicinska Institutet F, Riksföreningen för Distriktssköterskor, och Vårdförbundet. Distriktssköterskans uppdrag2016 [cited 2016 24/10]:[25 p.]. Available from: <https://liu.se/medfak/ssk/distriktsskoterska/hogerspalt/1.66513/uppdrag.pdf>.
 30. Notter LE, Hott JR, Larsson M, Larsson-Wentz K. Forskningsmetodik inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1996.
 31. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
 32. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
 33. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012.
 34. Socialstyrelsen. Äldreguiden 2015. Available from: <http://opnjamforelser.socialstyrelsen.se/aldreguiden/Sidor/default.aspx>.
 35. Nyberg R, Tidström A. Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar. Lund: Studentlitteratur; 2012.
 36. Ahrne G, Svensson P. Handbok i kvalitativa metoder. Stockholm: Liber; 2015.
 37. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

38. Graneheim UH, Lundman B, Umeå u, Institutionen för o, Medicinska f. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
39. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning2015 [cited 2016 24/10]:[17 p.]. Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
40. Riksdag S. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Stockholm: Regeringskansliet; 2015. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
41. Riksdag S. Personuppgiftslag (1998:204) 1998. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204.
42. Riksdag S. Socialtjänstlag (2001:453): Rättsnätet; 2016. Available from: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.HTM>.
43. Bhattacharyya S, Benbow SM. Mental health services for black and minority ethnic elders in the United Kingdom: a systematic review of innovative practice with service provision and policy implications. *International psychogeriatrics / IPA*. 2013;25(3):359.
44. Sanders GF, Fitzgerald MA, Bratteli M. Mental Health Services for Older Adults in Rural Areas: An Ecological Systems Approach. *Journal of Applied Gerontology*. 2008;27(3):252-66.

10 Bilagor

Bilaga 1

Mät skala Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

Patient Name: _____

Date: _____

The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

Instructions: Rate each of the following statements on a scale of 1 ("not at all typical of me") to 5 ("very typical of me"). Please do not leave any items blank.

| | Not at all typical of me | | | | | Very typical of me | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|---|--------------------|--|--|--|--|
| 1. If I do not have enough time to do everything, I do not worry about it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 2. My worries overwhelm me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 3. I do not tend to worry about things. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 4. Many situations make me worry. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 5. I know I should not worry about things, but I just cannot help it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 6. When I am under pressure I worry a lot. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 7. I am always worrying about something. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 8. I find it easy to dismiss worrisome thoughts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 9. As soon as I finish one task, I start to worry about everything else I have to do. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 10. I never worry about anything. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 11. When there is nothing more I can do about a concern, I do not worry about it any more. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 12. I have been a worrier all my life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 13. I notice that I have been worrying about things. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 14. Once I start worrying, I cannot stop. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 15. I worry all the time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 16. I worry about projects until they are all done. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |

Scoring the PSWQ

In scoring the PSWQ, a value of 1, 2, 3, 4, and 5 is assigned to a response depending upon whether the item is worded positively or negatively. The total score of the scale ranges from 16 to 80.

Items 1, 3, 8, 10, 11 are reverse scored as follows:

- Very typical of me = 1 (circled 5 on the sheet)
- Circled 4 on the sheet = 2
- Circled 3 on the sheet = 3
- Circled 2 on the sheet = 4
- Not at all typical of me = 5 (circled 1 on the sheet)

For items 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16 the scoring is:

- Not at all typical of me = 1
- Ratings of 2, 3, and 4 are not transformed
- Very typical of me = 5

Citation: Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD: Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy 28:487-495,1990

Intervjuförfrågan

Hej, vi är två sjuksköterskor som går specialistutbildningen till distriktssköterska. Till hösten påbörjar vi vår forskning för magisteruppsatsen och behöver därför undersköterskor och sjuksköterskor/distriktssköterskor till intervjuer som kommer hållas under september månad. Innehållet kommer att handla om äldre med psykisk ohälsa med fokus på oro och intervjuerna tar max en timme per person. Vi undrar om en undersköterska och en sjuksköterska/distriktssköterska från varje boende kan delta i vår studie. Syftet med studien är att förbättra vården och omsorgen för våra äldre gällande deras psykiska hälsa. Hoppas att ni är intresserade och kan ställa upp att vara med.

Tacksam för svar snarast!

Med vänliga hälsningar,
Ipek Avdeev
Ahlam Mohammed Nur



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Proprefekt Carina Sparud Lundin

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress:

Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6389

E-post: carina.s-lundin@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2016-09-05

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet, samt fristående kurser som leder till magister och masterexamen. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ masterexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten på

Bilaga 3, forts.

avancerad nivå *omfattas inte av etikprövning* och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Sparud Lundin

Intervjuguide

Förberedelse:

Presentation av forskare, examensarbetet, intervjun, FPI

Skriftligt samtycke

Be informanten stänga av mobilen och berätta/ beskriva så mycket som möjligt under intervjun.

Tema för intervjun: **Identifiera, förebygga och lindra oro**

Testa den tekniska utrustningen innan intervjun!

Skriv ned stödord under intervjuns gång, att återkomma till.

Bakgrundsuppgifter: Namn, kön, utbildning, arbetslivserfarenhet som usk/ssk, typ av boende (demensenhet etc.)

Frågestöd:

Vad tänker du kring äldre och oro på äldreboenden?

Hur vanligt är oro hos vårdtagaren i ditt dagliga arbete?

Hur upptäcker du om en vårdtagare på äldreboendet är orolig?

Jobbar ni på något speciellt sätt för att identifiera oro (t.ex. mätskala)?

Vad tror du oron beror på?

Hur tänker du kring oro hos äldre kvinnor respektive män?

Har du några tankar kring om det kan vara någon speciell tid på dygnet som vårdtagarna är mer eller mindre oroliga?

Vad brukar du göra för att förebygga oro hos vårdtagaren?

- Berätta mer om varför du gör så?

Hur går du tillväga för att lindra oro hos vårdtagaren?

- Varför gör du så?

Kan du ge något exempel på en situation där du uppmärksammat, lindrat eller förebyggt oro hos en vårdtagare?

- Hur kändes det? Varför kändes det så?

Kan du ge något exempel på en situation med en orolig vårdtagare, som du varit missnöjd med, trots dina omvårdnadsåtgärder?

- Vad hände sedan?

Vilket råd skulle du vilja ge till övriga vård- och omsorgspersonal som arbetar med äldre gällande oro?

Finns det något mer du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

Stödfrågor: Ex. Beskriv/berätta mer... Hur menar du nu? Kan du utveckla det mera?

Forskningspersonsinformation

*För examensarbete av Ipek Avdeev och Ahlam Mohammed Nur på
specialistsjuksköterskeprogrammet för distriktssköterskor vid Göteborgs Universitet.
Hösten 2016.*

Bakgrund

Enligt Socialstyrelsen drabbas allt fler äldre personer i Sverige av psykisk ohälsa och framförallt är symtom som oro mer förekommande bland äldre jämfört med andra personer. Många av de äldre som bor på särskilda boenden lider av psykisk ohälsa, vilket bekräftas av hög användning av psykofarmaka samt rapporterade symtom. Oro hos den äldre personen kan ha varit orsaken till att personen flyttade till ett särskilt boende men även personliga faktorer, såsom ålder, sjukdom och smärta, kan leda till oro. Andra bidragande faktorer som kan leda till oro kan vara den omsorg och vårdmiljö den äldre erhåller samt brist på kontinuitet i vården.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva vård- och omsorgspersonals erfarenheter av att identifiera, förebygga och lindra äldres oro på särskilda boenden.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas angående deltagande i en intervjustudie då vi skickat intervjuförfrågan till vård- och omsorgspersonal via enhetschefer på ett antal särskilda boenden för äldre i Göteborgs kommun. Särskilda boenden för äldre har valts ut strategiskt via Socialstyrelsens "Äldreguiden" år 2015.

Hur går studien till?

Detta är en kvalitativ intervjustudie, vilket innebär att Du som deltar i studien kommer att bli intervjuad av distriktssköterskestudent Ipek Avdeev eller Ahlam Mohammed Nur. Intervjun kommer att bestå av ett antal frågor gällande oro hos äldre på särskilda boenden. Tidsåtgången för intervjun beräknas ta max en timme. Dina svar kommer att ljudbandas och därefter bearbetas, analyseras samt sammanställas i ett examensarbete. Vid behov av komplettering av intervjumaterialet kan Du komma att bli kontaktad igen.

Vilka risker och fördelar finns?

Vi ser inga förväntade risker med att delta i studien. Du som deltar i studien får däremot möjlighet att delge Dina erfarenheter av oro hos äldre på särskilda boenden. Förhoppningsvis kommer denna studie att ge ökad kunskap inom Ditt yrkesområde.

Hantering av data och sekretess

Dina personuppgifter regleras enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Intervjumaterial kommer att förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av det. Endast Ipek Avdeev, Ahlam Mohammed Nur och handledare Eva Lidén kommer att ha tillgång till intervjumaterialen. Personuppgifterna kommer att avkodas under bearbetningen

Bilaga 5, forts.

av intervjuerna och endast de ansvariga för studien kommer att ha tillgång till kodnyckel. Studiens resultat kommer att presenteras skriftligt samt vid ett seminarium vid Göteborgs

Universitet under hösten 2016. Enskilda informanter kommer inte att kunna identifieras vid presentation och publikation. Allt insamlat material kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt av examinator.

Hur får jag information om studiens resultat?

Deltagarna kan få ta del av studiens resultat efter att examensarbetet är godkänt vid specialistsköterskeprogrammet för distriktssköterskor vid Göteborgs Universitet. Vid intresse kan Du få ta del av studiens resultat via kontakt med ansvariga för studien (se nedan).

Försäkring, ersättning

Ingen ersättning erbjuds och ingen försäkring är tecknad för studiedeltagarna.

Frivillighet

Du som deltar i studien gör det frivilligt och kan närsomhelst under studiens gång avbryta Ditt deltagande utan att ange särskilda skäl till detta. Du har rätt att kräva att delar av eller alla Dina uttalanden inte ska finnas med i studiematerialet. Vid önskemål om ändring av Ditt samtycke kontaktar Du ansvariga för studien.

Ansvariga

Ipek Avdeev, distriktssköterskestudent

E-mail: gusavdip@student.gu.se

Telefon: 073-703 57 53

Ahlam Mohammed Nur, distriktssköterskestudent

E-mail: gusmohah@student.gu.se

Telefon: 070-318 73 96

Handledare för studien:

Eva Lidén,

Universitetslektor

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Arvid Wallgrens backe, Hus 1

405 30 Göteborg

E-post: eva.liden@gu.se

Tel: 031-786 6427 Mobiltelefon: 076-618 64 27

Samtycke

Vid frågor eller funderingar kring studien kan Du kontakta ansvariga för studien. I samband med intervjun kommer Du att få skriva på ett samtyckesformulär för att kunna delta i denna studie.

Samtyckesformulär

*För examensarbete av Ipek Avdeev och Ahlam Mohammed Nur på
specialistsjuksköterskeprogrammet för distriktssköterskor vid Göteborgs Universitet.
Hösten 2016.*

Jag har tagit del av information om studien muntligt och skriftligt och fått möjlighet att kunna ställa frågor. Jag kan närsomhelst avbryta mitt deltagande i studien.

Namnunderskrift

Ort och Datum

.....

Namnförtydligande

.....

Forskningsansvarigs namnunderskrift

Ort och Datum

.....

Namnförtydligande

Sökmatrix

| Datum & Databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal Träffar | Relevanta Abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|------------------------------|--|----------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 1/9-2016 CINAHL | <i>elder*, anxiety, nurse*, experience*</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>elder*, anxiety, health professional, experience*</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>elder, worried</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>Retirement home, nurse*, experience*</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>Nursing home, nurse*, worry</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>Nursing home, elder*, worry</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>Nursing home, elder*, anxiety</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 9 | 4 | 2 | 2 |
| 1/9-2016 CINAHL | <i>Mental illness, nurs*, elder*</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 9 | 3 | 1 | 1 |
| 5/9-2016 CINAHL | <i>elder, worry</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 5/9-2016 CINAHL | <i>Elder*, rumination</i> | 2011-2016 peer-reviewed | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | | | | |
| 1/9-2016 Cochrane Library | <i>Mental illness, Nurs*, Elder*</i> | 2011-2016 | 13 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| 1/9-2016 Cochrane Library | <i>Anxiety,Nurs*, Elder*</i> | 2006-2016 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Datum & Databas | Sökord | Begränsningar (Limits) | Antal Träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
| 1/9-2016 Pubmed | <i>Worry,elder*, Nurs*, experience*</i> | 2006-2016 | 5 | 3 | 0 | 0 |
| 1/9-2016 Pubmed | <i>worry, elder*</i> | 2011-2016 | 30 | 3 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| 5/9-2016 Medline | <i>Elder*, Concern, Nurs*</i> | 2011-2016 | 15 | 2 | 0 | 0 |
| 5/9-2016 Medline | <i>Elder*, Concern</i> | 2011-2016 | 131 | 1 | 0 | 0 |
| 5/9-2016 Medline | <i>Elder*, worry</i> | 2011-2016 | 6 | 3 | 1 | 1 |
| 5/9-2016 Medline | <i>Elder*,worry, anxiety</i> | 2011-2016 | 5 | 2 | 1 | 1 |
| 5/9-2016 Medline | <i>Elder*,Anxiety, Nurs*</i> | 2011-2016 | 22 | 6 | 5 | 2 |

