



EGENVÅRD HOS ÄLDRE PERSONER

SELF-CARE AMONG ELDERLY PERSONS

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre, 60
högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 150512
Kurs: HT13

Författare:
Ulrika Westerfjärd

Handledare: Lise-
Lotte Franklin-
Larsson

Examinator:
Pernilla Hillerås

SAMMANFATTNING

Antalet multisjuka äldre ökar på vårdenheterna. Hjälpbehovet är ofta stort då många inkommer undernärda, uttorkade, har konfusion eller inte klarar utföra dagliga aktiviteter självständigt. De multisjuka patienterna har ofta fler åkommor med en eller fler organsvikter och kan kräva akuta insatser. Enligt socialstyrelsen är inte egenvården väldokumenterad i journalsystemen trots det ökade behovet. Antalet äldre multisjuka ökar samtidigt som det allt vanligare förekommer hospitalisering och komplikationer i vårdandet. Studien syftade till att beskriva hur sjuksköterskor uppmuntrade till egenvården för äldre personer. Data inhämtades från strukturerade intervjuer som analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. I resultatet presenterades fem kategorier och åtta subkategorier som framkom i analysen av intervjuerna. Dessa presenterades enligt följande: klinisk blick, sjuksköterskornas inhämtning av information, hinder för god egenvård, tidsbrist, metoder som ökar individens strategier för god egenvård, organisatoriska ramar, övertro på sig själv och sin förmåga, för liten tro på sig själv och sin förmåga, att möta patientens hinder, integritet, autonomi, förändring i egenvårdsförmåga, teamet som hjälpmedel och resurs. I resultatet framkom det att vård och omvårdnad bör ses som ett komplement till egenvården. Sjuksköterskan har en stor uppgift att observera och undersöka patientens förmåga. Det framkom även att målen behövde vara gemensamma för patient, sjuksköterska, det geriatriska teamet samt verksamheten. Sjukvården behöver anpassa arbetssätt och verksamhetsmål så att de gynnar patientens egenvård. Sjuksköterskorna behöver se betydelsen av individens motivation och förmågor samt använda det geriatriska teamet och de gemensamma målen som resurs.

Nyckelord: egenvård, äldre, geriatrik och omvårdnad

ABSTRACT

The number of multi-ill elderly increases in hospitals and the need of help increase in the care of elderly. It was commonly with malnutrition, dehydration, delirium or inability to perform daily activities independently. Multi-ill patients have more health problems and may require emergency actions. According to the Social board, self-care isn't well documented in the journal, even though need have increased. The number of aged with multiple illnesses increases in the same time as hospitalization and complications in the care escalates. The study aimed to describe nurse's work with self-care in elderly persons. Data was collected from structured interviews analyzed using qualitative content analysis. The result presented five categories and eight subcategories of the interviews. These presented as follows: clinical gaze, nurses acquiring information, obstacles to self-care, lack of time, methods that increase individual's strategies for self-care, organizational frameworks, faith in itself and its abilities, too little faith in itself and its ability, to meet the patient's obstacles, integrity, autonomy, change in self-care ability, the team as a tool and resource. The result confirmed that nursing services should be seen complementary to self-care. The nurse has a great assignment to observe and examine patients' ability. It was also revealed that the goals needed to be the same for the patient, the nurse, the geriatric team and the hospital. Accordingly care needs to adapt working methods and goals as they promote patient self-care. The nurses need to see the importance of the individual's abilities and motivations as well as the use of the geriatric team and goals as a resource.

Keywords: self-care, aged, geriatrics and nursing.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av multisjuka äldre	1
Dagliga aktiviteter i livsföringen.....	2
Riktlinjer för egenvård	2
Etisk kod för sjuksköterskor	3
Teoretisk utgångspunkt	3
Problemområde	4
SYFTE	4
METOD	4
Ansats	4
Urval	4
Genomförande	5
RESULTAT	7
Klinisk blick.....	7
Sjuksköterskornas inhämtning av information.....	8
Att möta yttre hinder för god egenvård	9
Metoder som ökar individens strategier för god egenvård	12
Integritet.....	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATS	19
Klinisk tillämpbarhet	20
Referenser	21

*Bilaga*¹ Intervjuguide

*Bilaga*² Informationsbrev för förfrågan om samtycke till medverkan av studie

FÖRORD

Inom den geriatriska verksamheten har det uttryckts att det finns ett stort behov av forskning kring egenvårdsfunktionen hos äldre. Ett behov som innefattar forskning om inneliggande patienters egenvård på en sjukvårdsavdelning. Anledningen till att detta behov blivit känt för författaren till denna studie är att de äldre ofta får en lång vårdtid. Många försämras i sin dagliga aktivitetsförmåga efter inskrivning på vårdavdelning. Orsak till denna försämring och risk för hospitalisering behöver minimeras. Därför behövs fler studier om hur egenvården fungerar inom vården för de äldre på de geriatriska avdelningarna.

INLEDNING

Hospitalisering beskrivs vara ett ökande problem bland den svenska befolkningen enligt Lindström, Engström, Bengtsson och Borgquist (2003) där hög ålder och socioekonomiska förhållanden är påverkande komponenter. Enligt Odencrants, Ehnfors och Ehrenberg, (2008) är hospitalisering och undernäring vanligt förekommande bland många äldre med kronisk obstruktiv lungsjukdom. Undernäring beskrivs vidare vara en komponent som bidrar till att individer inte klarar av att utföra sin egenvård. Det beskrivs även av Andersson, Hallberg, Norberg och Edberg (2002) att äldre patienter som blivit hospitaliserade ofta drabbas av akut förvirring. Förvirringen beskrivs som minskad kontroll över tankar, upplevelse av överklighet, försämrat minne och perceptionsförmåga. Detta leder även till minskad känsla av kontroll och hanterbarhet. Studien påtalar att det är viktigt att vårdare stöttar individer som drabbats av förvirring genom att öka deras känsla av sammanhang och hjälpa dem till orientering. Vårdaren behöver varsamt hjälpa individen tillbaka till verkligheten samt stötta och bekräfta individen i dennes känslor och upplevelser. Vidare framkommer det av Boltz, Resnick, Capezuti och Shuluk (2012) att äldre som blivit hospitaliserade ofta drabbas av funktionsnedsättningar vid minskad aktivitet. Sjukvården kan arbeta förebyggande genom att förändra miljön i förmån för de äldre. Ofta innebär en akut sjukvårdsinskrivning för äldre att de förändras i sin funktionsförmåga för livet. De förmågor som de haft innan inskrivningen kan avta och leda till att de behöver extra hjälp med sina dagliga aktiviteter när de skrevs ut. Sjukvården stimulerar ofta låg aktivitet genom att patienterna blir begränsade till en stol och en säng som de sedermera vistades i under hela dagen. I försöket att minska fallrisken kan sjukvården istället ha ökat risken för fall då muskulaturen på de äldre förtvinar när de är sängliggande och stillasittande. Okunskapen om rehabilitering och nonchalans mot riskerna är grundläggande orsaker som minimerar aktivitetsförmågan hos de äldre och som även påverkar till att de får en längre vårdtid. Många äldre har attityden att de är på sjukhus för att de är mycket sjuka och behöver vila upp sig för att komma hem.

BAKGRUND

Definition av multisjuka äldre

Definitionen av multisjuka äldre beskrivs enligt Dehlin och Rundgren (2010) vara individer över 75 år med en eller flera sjukdomar. Vidare framställs det att individerna har

nedsatt ork, nedsatt rörlighet samt nedsatt funktionsnivå som varat under en lång period. Detta speglar en skör individ som krävt återkommande vård och sociala insatser. De beskrivs även ha vårdats på sjukhus under tre eller fler tillfällen på ett år. Under dessa sjukvårdstillfällen ska de ha fått tre eller fler diagnoser. Biologiskt sett ses en försämring av de fysiologiska kroppsfunktionerna vid trettioårsåldern och framåt. Dock är förhållandena individuella vilket innebär att en trettioåring kan ha en massivt försämrad njurfunktion medan en nittioåring kan ha en god njurfunktion. Oftast sker dock en biologisk försämring med tiden som innebär minskad muskelmassa, mindre vatten i kroppen och mer fett, minskad lever och njurfunktion, sämre motorik samt försämrad hörsel och syn. Valfungerande vårdprogram för dessa äldre individer är få. Trots detta är gruppen multisjuka äldre en stor grupp inom slutenvården. De äldre kan komma att behöva sjukvård om de drabbas av infektioner och sjukdomar som försämrar deras egenvårdsförmåga. Individer som klarat sig självständigt hemma innan sjukvårdsinskrivningen kan komma att ha en förändrad aktivitetsförmåga efter att ha drabbats av sjukdom. Patienterna som därav kommer till sjukhus behöver ett direkt hanterande av deras sjukdom och uppföljning av aktivitetsförmåga. Målet med inskrivningen behöver diskuteras direkt gemensamt med patient, närstående och primärvård (Dehlin och Rundgren, 2010).

Dagliga aktiviteter i livsföringen

Behovet av hjälp med de dagliga aktiviteterna är enligt Dehlin och Rundgren (2010) ofta stort hos individer över 90 år. ADL (activities of daily living) beskrivs enligt Boltz et. al (2012) som grundläggande behov vilket krävs för att klara av att leva sitt liv självständigt utan assistans. Dessa aktiviteter beskrivs som att klä sig, gå på toaletten, bada, äta, kunna förflytta sig och ta sig från ett rum till ett annat. Vidare beskriver Dehlin och Rundgren (2010) att bedömningen av ADL-funktionen ska göras utifrån vad en individ utför av aktiviteterna. Med detta menas att om individen utför aktiviteterna klarar denne av dem. Om individen inte utför aktiviteterna bedöms det som att individen inte klarar av dem. Individen blir inte bedömd utifrån vad denne kan komma att klara av eller om orsak skulle kunna vara missförstånd eller ovilja. Genom att mäta ADL-förmågan kan sjukvården anpassa vårdbehovet och rehabiliteringen för individen.

Riktlinjer för egenvård

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS, 2009:6) skall sjukvården på verksamhetsnivå ha goda rutiner för planering och bedömning av egenvård. Verksamheten har ett ansvar i att kvalitetsförbättra och klargöra rutiner för egenvård. Planen för egenvården skall vara väl dokumenterad och utgör ett gällande dokument. En anmälan ska göras om det förekommer allvarliga missförhållanden gällande egenvården när socialstyrelsen är involverade i individens egenvård. När fler berörs av en individs egenvård är det viktigt att planering sker i samråd mellan alla aktörer. Det som bedöms innefatta som åtgärder för egenvård bedöms utifrån en individs fysiska och psykiska förmåga. Om individen klarar av åtgärder självständigt eller har närstående eller assistenter som utför detta på säkert sätt klassas det som egenvård. Kan individen inte utföra åtgärder självständigt utan behöver professionell hjälp behöver individen hälso-sjukvård. Det handlar därmed om individuell kunskap och om vilket stöd som individen kan få av andra om en åtgärd klassas som egenvård eller inte.

Etisk kod för sjuksköterskor

International council of nurses (ICN) har skapat en kod för sjuksköterskor. Koden har översatts för tillämpning inom den svenska sjukvården av svensk sjuksköterskeförening. Denna kod påtalar att sjuksköterskan har ett ansvar att främja och återställa en individs hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom. I vårdandet ska sjuksköterskan se till de mänskliga rättigheterna med bland annat att möta individen med respekt, värdighet samt låta denne få göra egna val samt få ha den religiösa/kulturella åsikt som de har. Sjuksköterskan skall vidare visa medmänsklighet, vara lyhörd och trovärdig samt se till individens integritet. Vidare påtalar koden att sjuksköterskan och ledarna inom vården skall framställa riktlinjer och förutsättningar så att god omvårdnad, bra miljö och vård kan ges. Det skall finnas utarbetade system så att sjuksköterskan kan göra goda bedömningar, öka lärandet samt finnas förutsättningar till ökad kompetens och främjande av hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Teoretisk utgångspunkt

Egenvårdsteorin finns beskrivet av Denyes, Orem och SozWiss (2001) i artikeln Self-care: a foundational science. Artikeln tar upp att egenvård syftar till hur människan klarar av att ta hand om och hantera sig själv. Egenvård är avgränsande till omvårdnad och vård. Detta eftersom vård innebär att ett beroende skapats till en annan aktör som utför de handlingar som behövs för liv och hälsa för en individ. Egenvården behöver identifieras och uttryckas av en individ innan vård och omvårdnad kommer som ett komplement. Detta för att individens självständighet ska uppmuntras. Egenvård är de handlingar som en individ klarar av att upprätthålla för att bevara liv, hälsa, utveckling, integritet och välbefinnande. Det är ett inlärt beteende för funktion av individens ego. Det kan ses som en inneboende kraftkälla i individen som dynamiskt utvecklas i livslärandet. Egenvård kan ses som ett verktyg för förståelsen om vad som behövs för att ge adekvat vård och omvårdnad. Terapeutiska egenvårdsbehov är den funktionsmässiga vård som kan möta och bemästra de krav och behov som en population, individ eller familj har för en fungerande egenvård. Egenvårdsutövande är att kunna söka information och kunskap om egenvård kulturellt, gällande vanor, inom en population eller familj. Egenvård som ett system ses som en individs vana till att upprätthålla livsfunktionerna. Egenvården innefattar inre och yttre funktioner som upprätthåller människan fysiskt, psykiskt och existentiellt och behöver sättas i sammanhang till familj och samhälle. Verktygen för egenvård är de principer som guidar individen till att göra olika val i vårdandet av jaget. Vidare påvisar Orem och Taylor, (2011) att omvårdnad är ett komplement som möter individen som kompensation för de funktioner som är bristande för välfungerande egenvård. Människans mål och sökande av mening har betydelse för förståelsen av egenvård likväl som förståelsen för begränsningar och särdrag i samhälle och kultur. Intag av luft, vatten och mat är livsviktiga element som krävs för uppehållande av egenvård. Förmågan att fatta beslut, att kunna utföra, åtgärda, söka mål och ha kraft att finna lösningar krävs för att en individ ska kunna anses klara av sin egenvård.

Problemområde

I Sverige och övriga västvärlden ökar antalet äldre. De som främst kräver sjukvård är multisjuka äldre och det är de som är den största åldersgruppen av inneliggande patienter på sjukvårdsavdelningar. Trots detta finns det enligt socialstyrelsen inte många utvecklade egenvårdsprogram. Det är även vanligt inom sjukvården att de äldre drabbas av komplikationer i vården samt att de blir hospitaliserade och drabbas av konfusion. Det behövs därmed fler studier om hur egenvården ser ut i dagsläget på geriatriska avdelningar och vilken hjälp de äldre förväntar sig av sjukvården.

SYFTE

Studiens syfte var att beskriva hur sjuksköterskan uppmuntrar till egenvård för äldre personer.

METOD

Ansats

Studien var en manifest och latent kvalitativ intervjustudie där data tolkats genom kvalitativ innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004). I deras analys framkom det att fenomen kan tolkas på olika sätt. Författaren ville vara nära rådata och basera text på synliga uppenbara komponenter i data. Eftersom tolkningen var subjektiv behövde författaren vara väl förtrogen med både analysmetod, valt ämne, de intervjuade och framkommen data. Det var viktigt att de som intervjuades hade förståelse för intervjufrågorna och att en ömsesidig relation skapades under intervjun så att alla parter förstod och hade förtroende för varandra. Det förhöll sig så att viss data också kunde ha olika betydelse utifrån olika synvinklar vilket gjorde den kvalitativa forskningen komplex. Innehållsanalysen syftade till att få ökad förståelse av insamlad data samt att få en struktur på innehållet. Genom att få fram en meningsbärande enhet och kod kommer kärnan av data fram, det blir tydligt, konkret och kortfattat. Enligt Polit och Beck (2012), kan intervjuer som görs ansikte mot ansikte fånga upp värdefulla delar i datainsamlingen. Bland annat kan insikt, samarbetsvilja och eventuella missförstånd utredas vidare med följdfrågor. Därav valde författaren intervjuer för datainsamlingen. Vetenskapliga artiklar söktes i PubMed och Scopus med nyckelorden Self-Care, Aged, Geriatrics och Nursing.

Urval

För att svara mot studiens syfte valdes att intervju sjuksköterskor som arbetade på almängeriatrik avdelning i en större stad i Sverige. Intervjuer genomfördes med nio sjuksköterskor på olika geriatriska avdelningar. Sjuksköterskorna hade arbetat en tid på avdelningen, vissa hade lång erfarenhet medan andra hade mindre klinisk erfarenhet på vårdavdelningen. Både kvinnliga och manliga sjuksköterskor intervjuades och de arbetade både dag och kvällspass.

Genomförande

Forskningsetiska överväganden

Då denna studie syftade till att belysa hur sjuksköterskor arbetade för att se till äldre personers egenvård berörde den inte enskild data gällande personuppgifter. Därmed påverkades inte informanterna varken fysiskt eller psykiskt av intervjun. Studien behövde därmed inte gå under svensk författningssamling om etikprövning av forskning som avsåg människor (SFS 2003:460) och behövde därför inte etikprövas av centrala etikprövningsnämnden. Informanterna som intervjuades tillfrågades först om samtycke till medverkande i studien se bilaga två. För att informanterna skulle kunna få erhålla information om studien innan intervjun skickades brev till verksamhetschef på utvald enhet. Utvald verksamhetschef fick först ge muntligt samtycke till att personal på avdelningen kunde få medverka i intervjun. Sedan skrevs ett skriftligt samtycke ned av respektive chefer och informanter. Breven gav information om studiens bakgrund, syfte och metod. Vidare innehöll de information om att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avsäga sitt deltagande. Vidare fick de information om hanteringen av data samt vilka som ansvarade för studien samt vilka som kunde kontaktas om frågor skulle uppstå se bilaga två. Breven utformades enligt riktlinjer från etikprövningsnämnden se tidigare källa. Innan intervjuerna startades tillfrågades informanterna om de hade frågor om studien och tillvägagångssättet. De fick även skriva på sitt samtycke till deltagandet innan intervjuerna startades. Intervjuerna bandinspelades och all data behandlades konfidentiellt enligt personuppgiftslagen (SFS 1998: 204). För att frågorna skulle vara väl riktade för studiens syfte och bakgrund och fånga det tänkta ämnet valde författaren till studien att pilotintervjua två sjuksköterskor. Författaren ansåg efter detta att frågorna inte helt fångade upp kärnan i tillvägagångssättet för hur vårdpersonalen utformade hjälp respektive avvaktade att ge hjälpen. Därmed skapades två följdfrågor som valdes att representeras i *Bilaga*¹.

Datainsamling

Insamlingen av data skedde via ljudupptag av intervjuer. De intervjuade informanterna hade fått information av enhetschefen om studien samt erhållit information från brev se *Bilaga*². Innan intervjuerna startade presenterade författaren sig, gav en muntlig information om studiens syfte samt såg till att underskrift på samtycke till medverkan i intervju skrevs på innan intervjun startades. Informanterna gavs även möjlighet till att ställa frågor innan intervjun startades. Samtliga intervjuer skedde i enskilda rum, två intervjuer skedde i ett personalrum då ingen annan personal fanns i rummet. Informanterna fick fritt föra sin talan utifrån frågeställningar se *Bilaga*¹. Författaren valde att endast ställa några följdfrågor för att få fram vad informanten menade om någonting var otydligt. De intervjuade fick i huvudsak tala utifrån sina upplevelser kring frågorna. Intervjuerna tog ca 10-15 minuter.

Intervjuguide

Intervjuguiden innehöll tre huvudfrågor som riktats mot ämnet egenvård hos äldre på geriatriska avdelningar. Pilotintervjuer utfördes innan intervjuerna startades för att se hur frågorna svarade mot studiens syfte. Två sjuksköterskor intervjuades och ingen data från deras intervjuer inkluderades i studien. Efter de två pilotintervjuerna såg författaren att de

tre huvudfrågorna inte räckte varvid två uppföljningsfrågor utformades för att kunna ge helhet till ämnet se *Bilaga*¹.

Analysprocess

När sex intervjuer insamlats påbörjades transkriberingen av materialet samt avlyssningen av intervjuerna. Efter detta skrevs de ordagrant ned även utfyllnadsord och pauser skrevs ned. Data överfördes till en privat dator som endast författaren hade tillgång till. Sedan avlyssnades det inspelade materialet ytterligare en gång. För att utse och skildra textens sammanhang skapades kategorier och koder utifrån de meningsbärande enheterna. Efter detta kunde de kondenserade enheterna utses. Materialet granskades flera gånger. Dagen efter att intervjuerna hölls startades bearbetningen och kondenseringen. Detta skedde för att författaren ville känna sig väl förtrogen med materialet och komma ihåg intervjutillfällena samtidigt som de analyserades. Intervjuerna gav mycket information och data och texten blev lång. För att strukturera och tolka texten reducerades den genom kondensering så kärnan och syftet i de meningsbärande enheterna blev tydligt och kort förklarat. Genom kondenseringen skapades koder och kategorier. Den kondenserade texten abstraherades sedan till underkategori då nivåskillnader upptäcktes på kategorierna. Subkategorierna gav en djupare förklaring av huvudkategorin. Allting sammanställdes i en tabell se exempel som visas i figur 1, sida 8. Data som var konkret och inte behövde tolkas står enligt Graneheim och Lundman (2004) för den manifesta delen medan den latent delen står för de delar som tolkades i intervjuerna. De delar av intervjuerna som var svåra att tolka delgavs via citat för att minska risk för missförstånd.

När så resultatet skulle framställas utsågs först kategorierna utifrån de kondenserade enheterna och koderna. Intervjuerna var tydliga likväl som innehållet varvid den konkreta kärnan i koderna lyftes fram samt att kategoriernas namn användes som rubrik. Kategorierna redovisades som underrubriker i texten varvid huvudkategorin textades med fet stil och subkategorin textades med understruken linje. Totalt sätt framställdes fem kategorier och åtta subkategorier. Texten skrevs sedan ned under respektive rubrik där meningsinnehållet pekade på kondensering och kod. All data lästes igenom flera gånger och för att inte undanhålla data granskades all kondensering och kod så att de fanns med i resultatet. De meningsbärande enheterna omformulerades till berättandeform. Där författaren ansåg att texten behövde förklaras valdes inlägg med citat direkt från de meningsbärande enheterna.

Figur 1. Tabell. Exempel av analys samt analysmall modifierad utifrån Graneheim & Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
"Jag träffar dem varje dag. Då ser man om det finns någon förändring. När de kommer är de oftast väldigt sjuka men efter tre dagars behandling brukar de pigga till. Då går de upp själva, går på toaletten själv och rör sig mer."	Förändring i vården och deras ADL-förmåga brukar oftast ske efter två till tre dagar. Den märks utifrån vad de har för aktivitetsförmåga. Man måste ge dem tid till återhämtning.	Daglig anpassning av vårdbehov utifrån individuella förändringar i aktivitetsförmåga.	Förändring i egenvårdsförmåga.	Metoder som ökar individens strategier för god egenvård
"Vissa patienter vill sova längre på morgonen. Då får de göra det. Då orkar de kanske klara av att sköta sin egenvård mera. De kanske själv vill sköta sitt insulin. Det går bra om man ser att det fungerar."	Vissa patienter vill klara av att sköta mediciner självständigt och då får de göra det om det fungerar. Om de klarar ADL-funktionerna bättre utifrån egna rutiner tillmötesgår deras rutiner.	Patienterna får sköta sin egenvård själv – vården kan anpassas individuellt.	Autonomi	
"Genom teamet kan man fråga hur man ska göra för att uppnå målen. Man diskuterar en till två dagar efter deras ankomst för att se vad de kan och vad som är relevant mål. Ibland väntar man vilket beror på aktuell situation och status."	Personalen lyssnar och diskuterar med alla i vårdteamet för att ge individen anpassad vård.	Det multiprofessionella teamet leder vården åt samma riktning.	Teamet som hjälpmedel och resurs	

RESULTAT

Resultatet redovisas följande utifrån fem kategorier och åtta subkategorier. Subkategorin presenteras som understruken rubrik under huvudkategorin som skrivits med fet stil. De kategorier som framkom vid analysen av intervjuerna var: klinisk blick, sjuksköterskornas inhämtning av information, att möta yttre hinder för god egenvård, att möta patientens inre hinder och metoder som ökar individens strategier för god egenvård. De åtta subkategorierna som framkom var: tidsbrist, organisatoriska ramar, övertro på sig själv och sin förmåga, för liten tro på sig själv och sin förmåga, integritet, autonomi, förändring i egenvårdsförmåga, teamet som hjälpmedel och resurs.

Klinisk blick

När informanterna förfrågades om hur de tog reda på patienternas ADL-förmåga svarade de att de observerade patienterna. Patienterna observerades direkt när de kom till avdelningen och testades i vad de klarade respektive inte klarade av. Vid första presentationen kunde patienter observeras hur de tog i hand och hur de svarade om de var motiverade, trötta samt vilken kognitiv förmåga de hade. Främst observerades om individen kunde äta själv, komma upp ur sängen och tvätta sig och ta sig till toaletten. Vid

förflyttningarna kunde sjuksköterskan se om de kunde stå på benen själva, om de var passiva, aktiva eller ville bli ledda eller om de behövde samt bad om hjälp. En avdelning hade som rutin att ta ankomstsvikt för nutritionsbedömningen vilket var ett moment som de inhämtade information om individens ADL-förmåga. Även vid momentet att byta till sjukhuskläder inhämtades information om förmåga att knäppa knappar, balans och klä sig. När de skulle till toaletten passade sjuksköterskan på att fånga upp vilka vanor och rutiner de hade för detta. Då kunde även sjuksköterskan passa på att inhämta information om de behövde inkontinensskydd och om eliminationen var fungerande för dem. Det var även viktigt att fråga dem vilka förmågor de hade för att få ökad förståelse för individen likväl som att observera kroppsspråk, reaktioner. Det framkom att klinisk blick var en viktig del att inhämta information på eftersom all information de fick överrapporterat inte alltid stämde. Viktigt var att finnas där när ADL-funktionerna testas för att få veta vad de hade för förmågor. Ibland kunde patienterna säga att de inte ville eller kunde gå med exempelvis gåbord. Då testade sjuksköterskorna patienten ändå. Patienterna blev oftast glada efteråt. Sjuksköterskorna påpekade att det inte fanns något speciellt verktyg för datainsamling av ADL-funktion. Någon uppföljning av insamlad data märktes inte i arbetet för en del sjuksköterskor medan andra använde instrument och följde ADL-funktion dagligen.

Sjuksköterskornas inhämtning av information

Sjuksköterskorna talade först med patienten för att inhämta data och information, läste om patientens tidigare funktioner i journalen för att sedan jämföra med hur patienten fungerade vid ankomst till avdelningen. De talade med det geriatriska teamet om en individs förmågor men den viktigaste delen var att göra en egen bedömning ansåg sjuksköterskorna. Annars svarade de att de inhämtade information från tidigare avdelningar, ambulansmännen, närstående, individen själv, hemtjänst eller de särskilda boendena. Dessa förfrågades om hur patienten haft innan denne insjuknade och hur det varit senaste tiden. Första data som insamlades var angående problem och omvårdnadsbehov där akut kompensation behövdes som vid smärta, hunger, törst och vitalparametrar. En sjuksköterska uttryckte sig följande efter att ha fått frågan om hur kartläggningen av egenvårdsförmågan skedde:

”Genom att prata med patienten först, följa upp, prata med andra sjuksköterskor, annan personal, sedan har vi sjukgymnasten och arbetsterapeuten. När patienten kommer så då är det närmaste att prata med patienten först”.

I dokumenterad data i journalen fanns information i status, bakgrund och hälsohistoria. Information gällande ADL-förmåga var också bra att inhämta från arbetsterapeuter och sjukgymnaster vilket de ofta gjorde dagen efter patientens ankomst.

Att möta yttre hinder för god egenvård

De yttre hindren som beskrevs var omgivningen i form av att vårdaren överhjälpade individen vilket kunde bero på tidsbrist och stress. Vård som inte gavs personcentrerat kunde utgöra ett hinder när den inte var baserad på individens behov utan utifrån yttre omständigheter. Hindret uppstod när sjukvårdaren inte hade rätt mål för individen. Det kunde även vara fall där patienten hade initiativförmågan till god egenvård men sjukvårdaren hade inte tiden som behövdes för att ge dem möjligheten att utföra aktiviteterna under tillsyn och stöttande ledning. Det påtalades att överhjälpningen som ibland gavs inte gynnade varken verksamheten, sjuksköterskan eller patienten. En orsak till överhjälpningen kunde i vissa fall vara fel bedömningar varvid det påtalades att den egna bedömningen av ADL-förmåga hos individen var viktig. Då var sjuksköterskan involverad och engagerad i individens specifika egenvårdsbehov. Detta angavs mer ingående av en sjuksköterska enligt följande citat:

”Det är lätt att personalen på grund av stress påverkar dem (patienten) negativt. Så att dom inte kan eller får göra det som dom klarar av. Utan att vi liksom själv... Jag brukar kolla hur dom förflyttar sig... hur dom äter och dricker och försöka vara lugn och låter dom ta sin tid liksom... För det är väldigt viktigt. Speciellt för äldre”.

De yttre omständigheterna som var stress och tidsbrist var ett hot mot individens egen ADL-förmåga. En sjuksköterska berättade att det fanns vissa tider på dygnet när stressen var som störst. De klockslag som i detta fall angavs var på morgonen samt efter lunch vid klockan ett och två. Orsakerna för detta angavs vara att patienterna ofta skulle hem vid denna tid, de kunde även vara mindre personal vid dessa tider och väldigt mycket att göra.

Tidsbrist

En återkommande punkt som framkom utifrån sjuksköterskornas intervjuer var den tidsbrist som de upplevde i arbetet. De upplevde detta som frustrerande och att detta utgjorde ett hinder för patientens egenvårdsförmåga. Vården upplevdes inte vara personcentrerad när det blev stressigt i arbetet. En sjuksköterska uttryckte detta närmre enligt följande:

”... Det kanske inte alltid är att man (sjuksköterskan) har tiden som de vill ha eller som de behöver. Men man ändå försöker ge dem den tid de behöver. Vi har ju två frysalar och bara en toalett. Det kan vara så att två eller tre patienter vill gå på toaletten samtidigt liksom, duscha sig eller tvätta sig och då kan det vara svårt. Så vi försöker lösa problemet så gott det går ...”.

Det påtalades att vårdtiderna var korta och patienterna multisjuka vilket gjorde att de inte hade tiden för att låta patienterna utföra ADL själv och få öva på det eftersom detta var tidskrävande. Ofta kunde patientens hinder vara av psykosociala orsaker vilket gjorde att

de behövde mer tid än andra för att få motivation och mod till att kunna utföra sin ADL. Ofta ansåg patienterna att det var påfrestande att bli beroende av någon annan. Det framkom även att arbetsbelastningen var så hög att omvårdnadsdiagnoserna i vårdplanerna ofta inte gjordes tillsammans med patienterna. Ofta hann sjuksköterskorna inte heller göra uppföljningar av patienternas egenvård så som de skulle önska.

Organisatoriska ramar

I en av intervjuerna sa sjuksköterskan att organisationens mål var personcentrerad vård men att arbetsförhållandena för de som arbetade inte var anpassad så att målen kunde uppnås. Omvårdnaden byggdes inte utifrån individens behov och önskemål utan mer från organisationens mål och behov. Sjuksköterskan berättade att det talades mycket om personcentrerad vård men att det mer blev läpparnas bekännelse än att det utfördes. Stress och press utsågs här som orsaker till detta. Egenvård talades det inte om av ledningen dock talade sjuksköterskorna om egenvård i arbetsgrupperna. Egenvård fanns inte konkret med i verksamhetsmålen. Sjuksköterskan ansåg att verksamhetens mål var viktiga eftersom de utgav ramen för omvårdnadsarbetet. Ramarna för vårdandet kommer uppifrån påtalade en av sjuksköterskorna.

Att möta patientens inre hinder

När sjuksköterskorna fick frågan om hur de utforskade hinder och möjligheter framkom olika hinder som patienterna mötte i egenvården. Hindren var antingen inre eller yttre. De inre hindren som lyftes fram var depression, rädsla, förvirring, nedsatt ork, oro, samt nedsatt motivation. Sjuksköterskorna beskrev mer ingående att patienterna inte var objektiva när det gällde att agera utifrån sitt eget bästa i egenvården på grund av dessa hinder. Patienterna var inte alltid öppna för att klara sig själva vilket innebar att de inte strävade efter samma mål som sjukvården. Detta gjorde att sjuksköterskorna inte alltid kunde utgå ifrån deras önskemål i vårdandet eftersom det i vissa fall kunde leda till minskad egenvårdsförmåga.

Vidare kom det fram att patienter kunde ha massiva vårdinsatser utan att vårdbehovet fanns där. Detta då orsak till passivitet och nedsatt vilja till att utföra sin egenvård inte hade utretts. En patient hade haft parenteral nutrition och var sängliggande. En sjuksköterska tog reda på orsak till varför individen inte åt genom att ställa frågan till patienten. Patienten svarade att maten inte var god. Följdfrågan från sjuksköterskan blev vad skulle du helst vilja äta? Patienten svarade att han ville ha en bakelse. Sjuksköterskan tog sig lite extra tid för detta och ordnade en bakelse. Det tog kanske femton minuter extra från hennes tid men resultatet blev att patienten åt upp hela bakelsen utan sväljsvårigheter. Orsaken var därmed inte sväljsvårigheter till varför individen inte ville äta utan att maten inte var god. Genom att sjuksköterskan tillmötesgick patienten fick hon patienten med sig och efter ett tag kunde den parenterala nutritionen avvecklas. Sjuksköterskan påpekade att det är viktigt att se personen bakom hindrena, att tillmötesgå dennes behov och önskemål.

En annan sjuksköterska framförde att nutritionen ofta inte var fungerande för patienterna i deras hem. Ofta kom de undernärda, trötta och intorkade. Det var viktigt att åtgärda

nutritionsproblem för patienterna för att de skulle orka komma upp och utföra egenvård självständigt. Grunden var att åtgärda dessa problem för att komma vidare med vårdandet. Något annat som påpekades var att anpassad vård gavs utifrån sjukdomsbakgrund. Patienterna observerades och om de hade exempelvis Parkinsons sjukdom provades anpassade redskap ut som specialbestick. När patienten borstade sina tänder kunde sjuksköterskan se handgreppet om tandborsten, om patienten var trött och på det sättet möta dennes hinder. Anpassning i mål och behandling skedde utifrån individens sjukdomsbild. Ofta förstod inte patienterna kroppens olika kompensationer och sjukdomens påverkan till olika symtom som varför de var trötta, hade ont eller var törstiga. Det var viktigt att kompensera dessa fysiska problem men också att förklara orsak och verkan av symtomen.

Övertro på sig själv och sin förmåga

Patienterna kunde ha svårt att bedöma sin ADL-förmåga och då kunde det vara svårt för personalen att lita på dem. Det framkom att många patienter hade en övertro på sin förmåga och när de väl sattes press på dem eller de inte uppnådde målen blev de stressade och oroliga. Ett praktiskt exempel som angavs var patienter som sa att allt skulle bli bra när de kom hem. När de väl skulle hem blev de oroliga och stressade vilket tydde på att de haft en övertro på sin förmåga. De kunde inte bedöma sin förmåga utifrån så som den var utan utifrån hur de ville att den skulle vara. Detta försvårade arbetet för sjuksköterskorna och det blev svårt för dem att lita på patienterna.

För liten tro på sig själv och sin förmåga

Ibland kunde patienten vara ett hinder för sig själv. De kunde vägra att utföra ADL självständigt trots att de kunde utföra den. En sjuksköterska beskrev detta:

"... Det finns patienter som ABSOLUT inte vill göra någonting, vill vara sjuka, vägrar göra någonting, vill inte ens tvätta ansiktet och komma upp fast vi vet att de kan det. De vill få service, få all hjälp..."

Hindrena kunde vara nedsatt motivation, nedsatt vilja, skam, oro och rädsla. Det kunde även vara så att multisjukheten kunde misstolkas som passivitet. Detta beskrevs av en sjuksköterska:

"Ibland kan det vara att patienten skäms, upplever sig vara i en kris, tycker att det är jobbigt eller kan det bero på att de inte är motiverade. Då får man hjälpa dem att komma vidare"

Därför var det viktigt att ta reda på orsak till varför en individ inte utförde viss ADL självständigt. Vad var hindret? Mötande av behov och motivering där personalen mötte individen på vägen kunde göra att individen ändrade inställning och sjuksköterskan fick dem med sig. En del individer kunde vara svåra att motivera och ibland kunde det vara

mycket tidskrävande. Det som sjuksköterskan mötte individen med berodde då på ork och tid. En sjuksköterska gav exemplet på en man som inte ville äta, inte ville ta sina mediciner. Han kunde det egentligen men ville inte. Mannen var passiv och deprimerad. Han ville göra allting på sitt sätt. När han kom till sjukhus upplevde han press, att andra ville bestämma över honom. Sjuksköterskan frågade patienten varför han inte var villig till att äta och komma upp. Han svarade då att maten inte var god och att han hade smärta vid förflyttningar. Sjuksköterskan kunde då möta individens behov genom att lyfta upp benen och se till att han kunde ändra kroppsställning i sängen istället för att komma upp. Sjuksköterskan försökte nå målet med små steg.

Metoder som ökar individens strategier för god egenvård

Sjuksköterskorna nämnde att utgångspunkt och mål behövde vara att individerna skulle utföra det mesta självständigt. En sjuksköterska sa:

”... De ska göra så mycket som möjligt själva. Om de kan komma upp, ska de komma upp”.

Försök genomfördes för att möta individens önskemål men när de inte ville medverka till mobilisering motiverades, övertalades och uppmuntrades de till mobilisering samtidigt som sjuksköterskorna försökte se till behovet av självbestämmande. Det framställdes vara som en vågskål mellan individens önskemål och självbestämmande kontra sjuksköterskans uppmuntran och övertalning till självständighet. Vikten av att ge individen tid vid måltider påpekades också. När det inte gick att möta en individs önskemål utgick man från rehabiliteringsmålen. Sjuksköterskorna berättade om hälso-hinder och risker för patienten samt antecknade i journalen att patienten inte ville medverka till mobilisering eller ökad egenvårdsförmåga. Ofta hämtades en läkare eller specialist för området individen inte medverkade kring där de fick göra en bedömning som de antecknade i journalen.

Integritet

Genom att möta en individs behov och se dess känslor kunde integritet bevaras för patienten. När patienterna får utföra de aktiviteter som de kan klara av själva undviks risk för kränkning av individen. En sjuksköterska uttryckte sig så här:

”... Det kan vara integritetskränkande att inte låta individen sköta sina mediciner självständigt”.

Dock påtalades det att det var viktigt att aktiviteterna var välfungerande för individen annars kunde det vara en kränkning när personen upplevde att de inte klarade ut situationen. Vården kunde lättare anpassas när sjuksköterskan lärt känna individen. När sjuksköterskan var med patienten in på toaletten märkte denne om individen hade en stark integritet. Då kunde sjuksköterskan fråga individen vad denne behövde hjälp med. Utifrån

den kunskap sjuksköterskan hade om individen anpassades vårdandet, frågorna och assistansen. När sjuksköterskorna hade en självmedvetenhet om sitt arbetssätt och för vem vårdandet skedde för kunde omvårdnaden riktas mot individuella behov. En sjuksköterska uttryckte:

”Patienten ska egentligen ha medbestämmande och delaktighet men vi har inte alltid de praktiska möjligheterna. Ibland kan det också vara en kliché, det går av släntrian i alla fall. Det är viktigt med en självmedvetenhet om sitt egna arbetssätt, för vem gör jag det här?”.

Autonomi

Vården kunde enligt sjuksköterskorna anpassas individuellt. Om sjuksköterskorna såg att patienterna klarade av att sköta sina mediciner självständigt kunde de få göra det. Vissa patienter hade egna rutiner för olika dagliga aktiviteter och om dessa fungerade bäst för individen fick de utföra aktiviteterna utifrån dessa. En sjuksköterska uttryckte det så här:

”Vissa patienter vill sova längre på morgonen. Då får de göra det. Då orkar de kanske klara av att sköta sin egenvård mera. De kanske själv vill sköta sitt insulin. Det går bra om man ser att det fungerar...”.

Sjuksköterskorna resonerade om att det var svårt att utgå från individernas egna önskemål. En sjuksköterska sa:

”... Man kollar in och reflekterar. Man gör en lättare fråga om vad de har för förväntningar. På den sociala planeringen utgår man mer från patientens behov och önskemål. Men oftast utgår man inte från patientens förväntningar direkt vid ankomst utan det brukar gå ett par dagar”.

Sjuksköterskorna berättade att det inte alltid gick att tillmötesgå patienternas önskemål om deras önskemål inte gynnade dem själva utan var osunda. Då undersökte sjuksköterskorna patienternas gränser och trugade med patienterna för att få dem komma upp dagtid. En sjuksköterska uttryckte detta enligt följande:

”... Ibland går man mot deras vilja. Det är svårt med äldre, svårt att komma igång men när man försökt sedan så ser de att det går bra”.

Förändring i egenvårdsförmåga

Oftast brukade en individs förändring i egenvårdsförmågan inte synas förrän efter två till tre dagar efter ankomst. Sjuksköterskorna påtalade att patienterna behövde tid för återhämtning. Förändring i egenvårdsförmågan kunde ses utifrån patienternas aktivitetsförmåga. En sjuksköterska beskrev detta vidare:

”Jag träffar dem varje dag. Då ser man om det finns någon förändring. När de kommer är de oftast väldigt sjuka men efter tre dagars behandling brukar de pigga till. Då går de upp själva, går på toaletten själv och rör sig mer”.

Kontakt togs med sjukgymnaster och arbetsterapeuter där sjuksköterskorna kunde få information om var patienten var i vårdandet och om individen uppnått några framsteg. Sjuksköterskorna hade aktivitetsplaner som de skrev ned för patienterna och i dessa kunde förändringar i egenvården komma fram. En sjuksköterska berättade dock att egenvård sällan fanns med som omvårdnadsdiagnos i omvårdningsplanerna. Detta gjorde det svårare att följa upp egenvården. Sjuksköterskorna såg främst skillnaden i fråga om individens ADL-förmåga i epikris och utifrån ADL-bedömningarna, samt i aktivitetsplanerna som nämnts tidigare. På en avdelning hade de sociala planeringar tillsammans med alla i det geriatriska teamet och på dem diskuterades patienternas mål och framsteg i egenvården. Sjuksköterskorna gjorde dagliga uppföljningar av individens ADL-förmåga och omformade vården utifrån individens aktuella behov. Detta beskrevs som följer:

”När man ser förändring ändrar man vården. Det finns ingen bestämd tid för detta. Det pågår hela tiden en fortgående bedömning”.

Sjuksköterskorna följde upp näringsintag och förflyttningsförmåga dagligen. På den sociala planeringen skedde en gemensam uppföljning av hela det geriatriska teamet vilket skedde två gånger per vecka. Var fjärde dag gjorde sjuksköterskorna en statusuppdatering på fallrisk och egenvårdsförmåga. Vidare följde sjuksköterskorna upp patienterna genom att medverka i omvårdnaden och på så sätt se hur individen klarade av att kamma sig och borsta sina tänder. Sjuksköterskan kunde då även uppmuntra och pusha patienten vilket gjorde patienten mer villig till att främja sin egenvårdsförmåga.

Teamet som hjälpmedel och resurs

Sjuksköterskorna på ena avdelningen hade teamrond (denna kallades även för socialrond) två gånger per vecka. På denna diskuterades patientens mål och förmågor. Det multiprofessionella teamet ledde vården åt samma riktning. Den ledde till att patientens hinder och förmågor kunde ses utifrån olika aspekter och gjorde hela teamet uppmärksammat på motgång och framgång för individen. Det framgick att teamet kunde följa upp patienten på olika sätt. Ibland kunde olika specialister ha sett någonting som någon annan sjuksköterska annars hade missat att se av behoven. Specialisterna behövdes

när det inte längre gick att uppnå målen för en individ, som exempelvis sjukgymnastbedömningar, dietistbedömning eller logopedbedömning. Alla lyssnade på varandra i teamet för att kunna ge anpassad vård.

På teamronden var det dock enbart sjukvårdspersonal och patienterna var inte involverade i de mål som bestämdes på själva teamronden. Dock samtalade sjuksköterskorna med närstående och patienter om hur det gick att uppnå målen i vårdandet. Genom teamet kunde personalen resonera med varandra om hur de skulle göra för att uppnå individens mål med vården. Oftast började diskussionen om individens mål inte förrän efter två till tre dagar efter dennes ankomst. Detta för att ge tid och rättvisa för individen så denne fick visa vad denne kunde och vad denne behövde assistans med. Målen blev på det sättet mer relevanta för individen och kunde anpassas utifrån situation och status hos patienten. Om patienten inte åt bra kontaktades dietisten, var sväljfunktionen en orsak till detta kontaktades logopeden. Betydelsen av en välfungerande kommunikation mellan alla professioner påtalades. Ibland kunde sjuksköterskorna se behoven men behövde en specialistbedömning för att hjälpa individen att nå målen. Sjuksköterskorna påtalade även att det var viktigt att ha alla i teamet med sig vid mötet av individens hinder. Ibland behövde sjuksköterskorna fråga läkaren om råd och ibland behövde de konfrontera en individ med hur livet skulle komma att vara efter utskrivning från sjukhus. En sjuksköterska beskrev problemet när en individ inte ville medverka i vården följande:

”Vi har ofta bra teamdiskussion när patienten inte vill medverka, man frågar varandra vad ska vi göra? Man kan vara en stark individ som sjuksköterska men styrs ändå av hur samarbetet fungerar i teamet. Man ska inte nöja sig med det minsta som att patienten inte vill. Truga lite, kämpa lite. Då vet man att man har gjort det bästa man kan”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En pilotintervju genomfördes där intervjufrågorna prövades på två sjuksköterskor. Vid dessa intervjuer upptäcktes att någonting saknades för att på djupet komma åt studiens syfte. Följdfrågor utformades därför se *Bilaga*¹. Pilotintervjuerna ledde till att frågorna kunde hålla informanterna till studiens syfte under intervjun. Fördelen med strukturerad intervjuguide var att informanterna på ett strukturerat sätt kunde svara mot studiens syfte. Detta ökade studiens trovärdighet och tillförlitlighet. Sjuksköterskorna som intervjuades hade olika lång erfarenhet vilket vidgade studiens resultat och gav olika infallsvinklar på frågorna. Vidare fanns en bred variation i genus, ålder och kultur hos informanterna vilket också vidgade det studerade fenomenets aspekter. Alla sjuksköterskor som intervjuades hade en längre tids yrkeserfarenhet vilket ökade tillförlitligheten på studien i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Urvalet fokuserades till sjuksköterskor som arbetade på geriatrikavdelningar i en större stad av Sverige. Det speglar således en storstadspuls på ett större sjukhus. Informanterna representerade två olika avdelningar vilket ledde till ett

vidgat resultat då de hade olika rutiner och synsätt på vårdandet. En del sjuksköterskor var stressade över att hinna bli intervjuade och de flesta hade inte mycket tid att avvara. Detta kan ha påverkat resultatet. Genom att informanterna hade fått brev och information om studien och frågorna i god tid innan intervjun hade de en förförståelse för ämnet. Informanterna gav ett fylligt resultat trots den upplevda tidsbristen och stressen. Informanterna hade möjligheten till att ställa frågor under intervjun och inspelningen pausades ibland för frågor om innebörd och betydelse av fråga. Intervjuerna följdes även upp med följdfrågor. Intervjuerna präglades av en öppenhet där informanterna berättade om hur de uppmuntrade till egenvård utifrån frågeguiden, se *Bilaga 1*. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar öppenheten i intervjuerna validiteten och reabiliteten. När det gällde bokning av dag och tid för intervjuer var även detta svårt då de vissa dagar inte fanns tillräckligt med sjuksköterskor på avdelningarna pga. sjukdom, föreläsningar eller konferenser. Analysmodellen av Graneheim och Lundman (2004) följdes strikt under analysprocessen vilket ökade trovärdigheten. Nio sjuksköterskor intervjuades. Efter sex intervjuer upplevdes data som fylligt och inget nytt framkom. I analysprocessen upptäcktes att de meningsbärande enheterna ofta kunde passa in i olika kategorier vilket gjorde det svårt att avgränsa dem varvid subkategorier bildades. Subkategorierna gav en djupare bild av data från huvudkategorin. Genom att analysprocessen beskrevs grundligt ökade studiens tillförlitlighet, processen blev mer tydlig så att möjlighet till överförbarhet blev större. Där text behövde förtydligas angavs citat för att styrka validiteten av innehållet och öka förståelsen för läsaren.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att tidsbrist och hårt arbetsförhållande påverkade vården. Många sjuksköterskor upplevde att de gjorde vad de kunde utifrån de förutsättningar som fanns i vården. Det fanns en märkbar frustration över att vården kunde vara bättre då kunskap fanns men tidsbrist och stress förhindrade arbetet för egenvården. Det märktes på röstläge i intervjuerna att en del sjuksköterskor upplevde frustration, skam och uppgivenhet. Detta fynd skulle behöva forskas mer om gällande sjuksköterskors känslor kring tidsbrist och stress på geriatrika avdelningar. Artikeln från Boltz et al. (2012) verifierar att patienten drabbas och påverkas till passivitet, nedsatt muskelmassa, nedsatta fysiska funktioner och ökade komplikationer med längre vårdtider om de inte får den hjälp de behöver till ökad aktivitet. Det innebär att om sjukvården inte skapar tid och möjlighet för sjuksköterskan att hjälpa individen till ökad egenvård får det allvarliga konsekvenser. Det är således förståeligt att sjuksköterskorna därmed upplever frustration när förutsättning för detta inte finns.

Enligt Denyes, et al. (2001) skapas ett beroende till någon annan i vårdandet när patienten behöver stöd och hjälp för hälsa och välbefinnande. Vård och omvårdnad framstår här vara ett komplement till egenvården och behöver därför identifieras och uttryckas av en individ innan vårdandet påbörjas. Även Orem och Taylor (2011) skriver att omvårdnad är ett komplement till individens egenvårdsförmåga. Utifrån de intervjuer som utfördes i denna studie framkom det att sjuksköterskorna observerade en individs ADL-förmåga redan vid dennes ankomst till avdelningen. Sjuksköterskorna sökte fakta i journalen, från andra vårdtagare, närstående och boenden om individens egenvårdsförmåga. Eftersom vården ska vara ett komplement till en individs egenvård behöver detta utforskas omgående.

Intervjuerna påvisade att det annars kunde leda till att vården inte anpassades utifrån individens behov och förmåga.

ADL beskrevs av Boltz et al. (2012) som grundläggande behov som krävdes för att klara av att leva sitt liv självständigt utan assistans. Dessa aktiviteter beskrevs vara att klä sig, kunna förflytta sig och ta sig från ett rum till ett annat, gå på toaletten, äta och bada. De sjuksköterskor som intervjuades i denna studie tog detta i beaktning i vårdandet och försökte vara med och se hur individerna klarade av dessa aktiviteter. Det framkom i intervjuerna att den egna bedömningen ofta var den bästa och mest sanningsenliga bedömningen. Vidare påtalade även artikeln av Boltz et al. (2012) att okunskap om rehabilitering och nonchalans mot riskerna var grundläggande orsaker som minskade aktivitetsförmågan hos patienterna. Vilket i sig påverkade till längre vårdtider. Det framkom således i resultatet av denna studie att det var viktigt att vara och en som vårdade behövde ha självmedvetenhet om sitt arbetssätt och för vem vårdandet skedde. När denna insikt inte fanns hos sjuksköterskor riskerade patienten att inte få individuellt anpassad vård. Det fanns då risk att vården kunde utföras slentrianmässigt.

Enligt Lindström et al. (2003) var hospitalisering ett ökande problem som behövde observeras. Detta i linje med föreliggande studie där det framkom det att det fanns många faktorer som kunde påverka en individ till hospitalisering. En av faktorerna tycktes vara tidsbrist hos personalen som i sig ledde till överhjälp och minskat stöd till självständig egenvård. Detta berodde i sig på att verksamhetens mål inte hade inkluderat egenvården konkret i sitt mål, inte heller hade vården anpassats för tid utsatt till utökad egenvård. Sjuksköterskorna påtalade att omvårdnadsproblemen kunde kräva akuta insatser och åtgärder vilket behövde prioriteras. Detta styrks även av Dehlin och Rundgren (2010) som påtalade att omvårdnadsbehov kan kräva direkta insatser likväl som individen behöver en direkt anpassad vård som ökar ADL-förmågan. Brist på personal visade sig i föreliggande studie som ett hinder att möta svårt multisjuka äldre patienters behov.

Något som inte framkom av intervjuerna i denna studie men som påtalades i en studie av Klarin, Wimo och Fastbom (2005) var läkemedlens påverkan till hospitalisering. Pollyfarmaci likväl som användande av olämpliga mediciner kunde leda till allvarliga biverkningar och minskad aktivitetsförmåga. Många äldre stod på mediciner som interagerade med varandra vilket kunde leda till att de blev sängliggande. I föreliggande studies resultat framkom även inre hinder hos individen själv så som för liten tro på sig själv och sin förmåga, övertro på sin förmåga, rädsla för att ramla, skamkänslor, nedsatt motivation, nedsatt ork, förvirring, depression eller andra fysiska hinder. Även i artikeln från Boltz et al. (2012) påtalades det att rädsla för att ramla ofta var en orsak till patienters passivitet. I intervjuerna till denna studie visade det sig att patienterna inte heller alltid var öppna för att klara sin egenvård självständigt vilket kunde utgöra ett hinder då vårdpersonalen inte hade samma mål som patienten. Då kunde det bli svårt för sjuksköterskorna att ge rätt vård.

Detta fynd styrks av Dehlin och Rundgren (2010) som påtalade att målet med inskrivningen behöver överläggas direkt gemensamt med patient, närstående och

primärvård. Enligt fakta som framkom i föreliggande studies resultat kunde det ses att tidsbristen ofta var ett hinder till att målen inte diskuterades med patienten. Patienterna upplevde ibland en press från sjukvårdarna där de bestämde över dem vilket gjorde dem passiva och ibland även motvilliga till att samarbeta. Den uttalade tidsbristen hade även en påverkan av verksamhetens mål och inriktning som inte tycktes vara enat med patient och vårdarens mål. Detta bör beaktas då Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd (SOSFS, 2009:6) påtalar att sjukvården behöver ha goda rutiner för planering och bedömning av egenvård på verksamhetsnivå. Verksamheten har ett ansvar i att kvalitetsförbättra och klargöra rutiner för egenvård.

I en artikel om empowerment hos äldre med diabetes klarlade Fotoukian, Shahboulaghi, Khoshknab och Mohammadi (2014) att det var viktigt för dem att ha förståelse, känna hanterbarhet, uppleva kontroll och ha en förmåga att självständigt kunna lösa problem. Detta ledde till ökad känsla av hälsa och välbefinnande. Det ledde även till att de kände ökad autonomi och integritet. I denna studies intervjuer framkom det att sjuksköterskorna såg till individens önskemål när deras önskemål var överens med deras förmåga. Exempelvis kunde patienterna få hantera sina mediciner och sitt insulin självständigt när sjuksköterskorna såg att detta var fungerande för dem. Vidare kunde patienterna få sova längre på morgonen om sjuksköterskorna såg att detta visade sig vara fördelaktigt för ökad egenvård. På så sätt anpassades vården individuellt och detta kan också sättas under perspektivet att ge en individ utrymme för dennes autonomi. När det gällde en individs integritet påtalade sjuksköterskorna att de på ett bättre sätt kunde ge individen frihet för detta när de lärt känna individen. När det gällde att kunna se förändring kring en individs egenvårdsförmåga fanns det ingen bestämd tid för att se detta. Det var en pågående process som skedde ständigt och förändring av vården skedde utifrån individens förändrade förmågor. Dock gjorde sjuksköterskorna vissa standarduppföljningar som på socialronden som hölls två gånger i veckan och genom en statusuppdatering i journalen var fjärde dag. När det gällde förflyttningsförmåga och nutrition uppdaterades och följdes detta dagligen.

I en artikel om diabetes och egenvård skriver Choi, Song, Chang och Kim (2014) att en individs villighet och förmåga är viktiga komponenter för en fungerande egenvård. Om dessa inte finns hos individen behöver sjuksköterskan uppmuntra individen till detta. Patienternas egen erfarenhet och tidigare undervisning kunde dock utgöra ett hinder för dem om informationen inte stämde. Då kunde de behöva lära om. Individens egen attityd påtalades vara viktig samt att det var svårt att öka en individs motivation. Detta var någonting som även sjuksköterskorna påtalade i föreliggande studies intervjuer. Respektive artikel stöttar också det fynd som framkom i denna studies resultat att patienterna behövde undervisning av specialister på olika områden. När sjuksköterskorna i denna studie inte kom längre med vårdandet och sjuksköterskorna behövde bedömningar från specialister som logoped, sjukgymnast eller dietist var de tvungna att kontakta dem för att komma förbi hindret. Sjuksköterskorna behövde ta reda på orsak till varför en individ var sängliggande och exempelvis hade parenteral nutrition. Det krävdes ett intresse och ett efterforskande varför. När sjuksköterskan hade hitta grundorsaken kunde hon hjälpa patienten och motivera denne. Exempelvis gav en sjuksköterska en bakelse till en individ som inte ville äta maten. På så sätt fick sjuksköterskan veta individens sväljförmåga, aptit och förmåga till att inta mat. När sjuksköterskan hade tagit extra tid fick denne även med sig patienten i ökad egenvård och succesivt kunde individen äta vanlig mat. Det tycktes handla om att möta individen och gemensamt komma överens om mål och behandling.

När det gällde att öka en individs egenvårdsförmåga påtalade en av sjuksköterskorna i denna studie att många äldre kommer undernärda och uttorkade till avdelningen. Ofta hade de nedsatt ork, nedsatt aptit och ibland även nedsatt muskelmassa. Sjuksköterskan sa att grunden för ökad egenvård var förbättrat näringsintag varvid åtgärder för detta behövde insättas tidigt i vårdandet. Detta styrks av Odencrants et al. (2008) som skriver att många äldre är undernärda och behöver mer näring för att kunna vara aktiva och få kroppen att kompensera för det sjuka. I föreliggande studies resultat framkom det att sjuksköterskorna inte alltid hade samma mål som patienterna och att patienterna inte hade motivation till egenvård. Då kunde teamet användas som en resurs och ett stöd där de gemensamt diskuterade en individs mål och även samtalade och påtalade detta gemensamt till patienten. På det sättet underlättade vårdarna för varandra och även för patienten då de gav lika instruktioner. Det påtalades även av sjuksköterskorna att de sällan skrev egenvårdsförmågan som omvårdnadsdiagnos. Detta ledde till att sjuksköterskorna fick det svårare att följa upp just egenvårdsförmågan, vidare fanns uppföljningen inte fullt dokumenterad som de andra omvårdnadsproblemen och omvårdnadsåtgärderna. Utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd (SOSFS 2009:6) kan det ses att det skall finnas ett journalfört dokument om egenvårdsförmågan och vad som skall klassas för egenvård och inte för individen. ICN: S etiska kod påtalar att det är viktigt att sjuksköterskan främjar hälsa, välbefinnande, integritet och autonomi (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Enligt denna studies resultat bör hälsa och välbefinnande diskuteras med patienten samt även vad denne har för resurser och hinder. Detta eftersom patienten inte alltid har samma inställning till hälsa och välbefinnande som sjukvården. Resultatet i denna studie påvisar att patienterna kan få helt olika vård beroende på om de samtalat tillsammans med personalen om hälsa och målet med vårdtiden. Det är även viktigt att motivera till ökad egenvård. Vidare påvisar resultatet att samtal och samråd med patienten om vård och behandling är avgörande för om vården ska kunna individualiseras och anpassas för individen.

Enligt Renpenning, SozWiss, Denyes, Orem och Taylor (2011) ska omvårdnadsdiagnoser ställas utifrån observationer av patienten samt utifrån förfrågan av patienterna om behov och problem. Skapandet av omvårdnadsdiagnos kan enligt denna artikel ske parallellt med vårdandet samtidigt som vissa omvårdnadsdiagnoser kan behöva direkta åtgärder. I artikeln framkommer det även att alla behöver få del och se omvårdnadsprocessen som sjuksköterskorna arbetar efter för att alla ska ha förståelse för individens behov och inte gå miste om viktig fakta. Vidare skall det vara en sjuksköterska som dokumenterar omvårdnadsdiagnoser. Det kan således ses att dokumentation av egenvård är viktig för alla parter i det geriatriska teamet och underlättar arbetet med patienten.

SLUTSATS

I denna studie framkom det att egenvården är en viktig del för patienterna. Den utgör en skiljelinje mellan vårdandet och omvårdnaden. Omvårdnaden skall ses som komplement till egenvården. Därför har sjuksköterskan en viktig roll att ta reda på vad en individ har för egenvårdsförmåga och även vad individen har för attityd och motivation till att utföra aktiviteter självständigt. Genom att ta reda på detta tidigt i vårdandet kan vården anpassas mer individuellt och patienten involveras direkt i vårdandet. Sjuksköterskan och det

geriatriska teamet får då lättare att ge vård anpassat till individens autonomi och integritet. Vården ges utifrån att vara ett komplement till egenvården och bör ses som en process där vården ändras utifrån patientens förändrade förmåga. Sjuksköterskorna som intervjuades beskrev att det fanns en betydelse i att dagligen göra uppföljning av en individs förmåga samt att själv forska och ta reda på orsak och verkan av en individs egenvård. Genom att konfrontera en individ och möta denne utifrån dennes önskemål och dennes synsätt kunde en patient som vägrat egenvård ändra inställning. Det framkom även att det kunde vara svårt att öka en individs motivation och ändra en individs inställning. Här kunde teamet användas som resurs och även målen likväl som verksamhetsmålen. Därför kan det ses att det är viktigt med gemensamma mål i teamet likväl som i verksamheten för patienten.

Klinisk tillämpbarhet

Studien belyser multisjuka äldres behov av stöd gällande egenvård. Den beskriver hur det uppstår ett dilemma mellan vårdpersonal och patient i mötet mellan egenvård och omvårdnad. Studien visar på att det är viktigt att undersöka en individs egenvårdsförmåga innan vården påbörjas. Studien beskriver hur man som sjuksköterska kan utforska en individs hinder och möjligheter till god egenvård. Den tydliggör också att mål och omvårdnadsdiagnoser skulle kunna åtgärdas på ett personcentrerat sätt om patient och vårdtagare gemensamt kommit överens om dem. Uppsatsen pekar på att mål, omvårdnad och åtgärder utförs utifrån de ramar verksamheten sätter detta under. Omvårdnaden tycktes således vara speglad av organisationens mål, attityd och prioritering. Författaren anser att de flesta vårdverksamheter behöver mer information om egenvårdens betydelse.

Referenser

- Andersson, E. M., Hallberg, I. R., Norberg, A., & Edberg, A-K. (2002). The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17(7):652-663. doi: 10.1002/gps.682
- Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., & Shuluk, J. (2012). Activity restriction vs. self-direction: hospitalised older adults' response to fear of falling. *International Journal of Older People Nursing*. 9(1): 44-53. doi: 10.1111/opn.12015
- Centrala etikprövningsnämnden. *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad från: www.epn.se/sv/centrala-etikproevningsnaemnden/om-naemnden/
- Choi, S., Song, M., Chang, S. J., & Kim, S. (2014). Strategies for enhancing information, motivation, and skills for self-management behavior changes: a qualitative study of diabetes care for older adults in Korea. *Patient Preference & Adherence*. 14(8): 219-226. doi: 10.2147/PPA.S58631
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatrik*. (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Denyes, M. J., Orem, D. E., & SozWiss, G. B. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*. 14(1): 48-54. doi: 10.1177/089431840101400113
- Fotoukian, Z., Shahboulaghi, M. F., Khoshknab, M. F., & Mohammadi, E. (2014). Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nursing Research*. 8(2): 118-127. doi: 10.1016/j.anr.2014.04.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2): 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Klarin, I., Wimo, A., & Fastbom, J. (2005). The association of inappropriate drug use with hospitalization and mortality. *Drugs & Aging*: 22(1): 69-82. doi: 10.2165/00002512-200522010-00005
- Lindström, K., Engström, S., Bengtsson, C., & Borgquist, L. (2003). Determinants of hospitalisation rates: does primary health care play a role? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 21(1): 15-20. doi: 10.1080/02813430310000500
- Odenrants, S., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2008). Nutritional status and patient characteristics for hospitalised older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*. 17(13): 1771-1778. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02292.x
- Orem, D. E., & Taylor, A. G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*. 24(1): 35-41. doi: 10.1177/0894318410389061
- Polit, D. F., & Beck. C. T., (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Renpenning, K., SozWiss, G. B., Denyes, M. J., Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Explication of the nature and meaning of nursing diagnosis. *Nursing Science Quarterly*, 24(2): 130–136. doi: 10.1177/0894318411399451

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/1966>

SFS 2003:460. *Etikprövning av forskning som avsåg människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SOSFS 2009:6. *Bedömning av om en hälso-och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN: S etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm. SSF. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Intervjuguide

Hur kartlägger du en individs egenvårdsförmåga när de anländer till avdelningen?

Hur följer du upp en individs egenvårdsförmåga och när brukar uppföljning ske?

Hur utforskar du en individs möjligheter och hinder till god egenvård?

Följdfrågor

Utformas hjälpen som patienten får utifrån dennes önskemål?

Vad utgår du från när du hjälper patienten?

Informationsbrev för förfrågan om samtycke till medverkan av studie

Hej! Jag heter Ulrika Westerfjärd. Jag är sjuksköterska och jobbar inom geriatriken. Jag läser nu till specialistsjuksköterska inom vård av äldre på Sophiahemmetts högskola. Jag är nu inne i min sista termin och gör min D-uppsats på 15 hp. Studien kommer att baseras på intervjuer av sjuksköterskor på olika geriatriska avdelningar. Studiens syfte är att beskriva hur sjuksköterskor uppmuntrar till egenvård för äldre personer. Jag önskar intervjua dig i ca 20-30 minuter. Jag kommer att ställa några frågor till dig som du får besvara med egna ord. Jag önskar få spela in intervjun för att inte gå miste om någon del av det som sägs. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt enligt forskningsetiska principer. Det ljudinspelade kommer att förstöras efter att studien godkänts av examinator. Du får gärna kontakta mig om du har några frågor på tfn alternativt mail se nedan. Det är helt frivilligt att delta i studien och det är möjligt att när som helst avbryta deltagandet i studien. När arbetet är godkänt kommer det att läggas ut i en databas kallad DIVA. Inga namn på de som intervjuas kommer synas i studien. Det kommer inte framgå vilket sjukhus och avdelning som intervjun skett på.

Student

Ulrika Westerfjärd

Namnförtydligande: _____

Tel: 0768028003

e-post: ulrika.westerfjard@gmail.com

Handledare

Lise-Lotte Franklin-Larsson

Namnförtydligande: _____

Tel: 08-406 29 78

e-post: lise-lotte.franklinlarsson@shh.se**Samtycke:**

- Jag samtycker till att medverka i studien och att den genomförs enligt detta dokument
- Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll: ...