



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer inom hemsjukvård under COVID-19 pandemin

-En kvalitativ intervjustudie

Public health care nurses' experiences of working with mental illness among older persons in home care during the COVID-19 pandemic

-A qualitative interview study

Författare: Christina Haahr Bengtsson & Stephanie Sidenmark
Handledare: Christina Bökberg

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Under COVID-19 pandemin rekommenderades äldre personer att isolera sig från andra människor då denna grupp hade störst risk att drabbas av svår sjukdom och död till följd av COVID-19. Till följd av dessa rekommendationer ökade den psykiska ohälsan bland äldre personer. Distriktssköterskan har en nyckelroll för att identifiera psykisk ohälsa men det saknas kunskap om hur distriktssköterskans arbetade med psykisk ohälsa hos äldre personer under COVID-19 pandemin. **Syfte:** Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer i hemsjukvården under COVID-19 pandemin. **Metod:** Studien har en kvalitativ induktiv design. Data samlades in med semistrukturerade individuella intervjuer med distriktssköterskor verksamma i kommunal hemsjukvård i södra Sverige. Data analyserades med konventionell kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom två kategorier *Svårigheter att arbeta med psykisk ohälsa* och *Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa* samt fyra subkategorier. **Konklusion:** Hemsjukvården behöver förbättras för att förebygga psykisk ohälsa. Detta kan göras genom god kontinuitet, tydliga rutiner samt utbildning till vårdpersonalen inom hemsjukvården gällande psykisk ohälsa hos äldre personer.

Nyckelord

Distriktssköterska, hemsjukvård, äldre personer, COVID-19, psykisk ohälsa, Peplau

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	4
Psykisk ohälsa hos äldre.....	5
Den kommunala hemsjukvården och distriktssköterskans roll	6
Teoretisk referensram.....	7
Syfte	7
Metod	7
Urval.....	8
Intervjuguide	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Förförståelse	10
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat.....	10
Svårigheter att arbeta med psykisk ohälsa	11
Att förebygga psykisk ohälsa under COVID-19 pandemin	11
Att arbeta under COVID-19.....	12
Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa	13
Att vara rädd för COVID-19	13
Att vara isolerad i hemmet	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	17
Orienteringsfasen	17
Identifieringsfasen.....	18
Exploateringsfasen	19
Konklusion och implikationer.....	19
Referenser.....	20
Bilaga 1	25

Problemområde

Psykisk ohälsa är ett samhällsproblem och för den drabbade kan det innebära ett stort lidande (Liebel & Powers, 2015). Enligt Socialstyrelsen (2018) är psykisk ohälsa vanligt i gruppen äldre personer och förekommer i högre grad hos personer med insatser från kommunal hälso- och sjukvård än äldre personer som saknar insatser från kommunen. Äldre personer med psykisk ohälsa kommer sällan i kontakt med psykiatrisk specialistvård utan behandlas i primärvården. Den psykiska ohälsan uppstår inte sällan vid högre ålder då sociala interaktioner och fysiska aktiviteter naturligt minskar (Liebel & Powers, 2015). Under COVID-19 pandemin rekommenderade World Health Organization (WHO) äldre personer att isolera sig från andra människor då denna grupp hade störst risk att drabbas av svår sjukdom och död till följd av COVID-19. Även Folkhälsomyndigheten (2020) i Sverige rekommenderade äldre personer att begränsa sitt vardagliga liv genom att stanna hemma och undvika att träffa andra. Till följd av dessa rekommendationer om isolering ökade den psykiska ohälsan bland äldre personer (Kivi et al., 2021). Redan innan COVID-19 pandemin var isolering och känslan av ensamhet ett utbrett samhällsproblem bland äldre personer i ordinärt boende (Vrach & Tomar, 2020; Liebel & Powers, 2015). Sambandet mellan isolering, känslan av ensamhet och psykisk ohälsa är välkänt sedan tidigare men blev tydligare under COVID-19 pandemin (Vrach & Tomar, 2020).

Allt fler äldre personer i befolkningen i Sverige har insatser från kommunal hälso- och sjukvård där personen tilldelas en patientansvarig sjuksköterska (Josefsson & Peltonen, 2015). Distriktssköterskan i hemsjukvården har kontinuerliga möten med den äldre personen och är därför viktig för att identifiera psykisk ohälsa (Liebel & Powers, 2015; Reynolds, 2020). Distriktssköterskan har en nyckelroll för att identifiera och belysa psykisk ohälsa (Janlöv et al., 2018). Men det saknas kunskap om distriktssköterskans upplevelser och erfarenheter verksamma i den kommunala hemsjukvården vad gäller deras arbete med psykisk ohälsa hos äldre personer under COVID-19 pandemin.

Bakgrund

År 2019 uppkom ett nytt coronavirus i Kina som fick namnet SARS-CoV-2, det officiella namnet är COVID-19. Yngre personer som smittas av COVID-19 får i regel lindriga luftvägsbesvär i form av hosta, feber och snuva som går över med hjälp av egenvård i hemmet (Folkhälsomyndigheten, 2021). Äldre personer har större risk att drabbas av allvarligare symtom som andningssvårigheter, lunginflammation och förtidig död (Williamson et al., 2020).

Den 11 mars 2020 rapporterade WHO att COVID-19 spridit sig globalt och kategoriserades som en pandemi (WHO, 2020a). WHO rekommenderade social distansering, god handhygien, användning av munskydd samt att stanna hemma vid symtom. Varje land vidtog åtgärder som ansågs var nödvändiga för att bromsa smittspridningen i respektive land (WHO 2020b). Exempel på åtgärder för att förhindra smittspridning var ”lockdown” av skolor, arbetsplatser och allmänna platser samt begränsning av människors utrymme (Gaeta & Brydges, 2021). Istället för lockdown införde Sverige restriktioner och rekommendationer som innebar att personer som var 70 år och äldre uppmanades att begränsa sitt vardagliga liv genom att stanna

hemma, undvika att träffa andra, åka tåg, gå i butiker eller vistas på platser där det fanns större folkmassor eftersom de hade särskilt stor risk att drabbas av svår sjukdom eller att avlida till följd av COVID-19 (Folkhälsomyndigheten, 2021, Krendl & Perry, 2021). Samtidigt uttrycktes farhågor för negativ påverkan på den psykiska hälsan hos äldre personer om rekommendationerna och restriktionerna fortgick under en längre tid (Folkhälsomyndigheten 2020; Kivi et al., 2020; och Stolz, Mayerl & Freidl 2020).

Psykisk ohälsa hos äldre

Äldre personer är ofta multisjuka, har högre risk att drabbas av läkemedelsinteraktioner eller har fysiska hinder som gör dem mer sårbara att drabbas av psykisk ohälsa än yngre personer (Liebel & Powers, 2015). WHO definierar äldre personer från 60 år och äldre. Definitionen är satt utifrån ett globalt perspektiv (WHO, 2017). Vrach och Tomar (2020) visar i sin studie att psykisk ohälsa är ett globalt samhällsproblem och är vanligast hos äldre personer. Enligt Socialstyrelsen (2018) förekommer psykisk ohälsa i högre utsträckning hos äldre personer som är beviljade kommunal hälso- och sjukvård än de som inte är i behov av kommunala insatser. Psykisk ohälsa kan vara svårt att upptäcka och diagnostisera hos äldre personer men samtidigt är god psykisk hälsa en viktig faktor för ett gott åldrande. Tillstånd som oro, ångest, nedstämdhet och depression är enligt Edberg et al. (2017) vanligt förekommande hos äldre personer. Dessa forskare anser att det finns en felaktig föreställning att psykisk ohälsa tillhör det naturliga åldrandet och tas därför inte alltid på allvar. Det bör tas i beaktning att äldre personer kan uttrycka kroppsliga besvär, såsom trötthet, sömnbesvär, viktning och minskad koncentrationsförmåga i stället för uttalade psykiska besvär när de söker vård (Liebel & Powers, 2015). Trots att psykisk ohälsa leder till försämrad livskvalitet, är kunskapen om äldres psykiska ohälsa idag otillräcklig (Socialstyrelsen, 2018). Psykisk ohälsa är ett hot mot äldre personers möjligheter att leva ett meningsfullt liv utifrån sina egna behov och önskemål samt möjligheten att vara delaktig i samhället. Större vikt behöver läggas på förebyggande strategier mot psykisk ohälsa hos äldre personer (Socialstyrelsen, 2020b).

Monahan et al. (2020) och Grolli et al. (2021) visar att förekomsten av ångesttillstånd är hög bland äldre personer och att ångest- och depressionstillstånd har fått mindre uppmärksamhet än till exempel demenssjukdomar hos äldre personer. Socialstyrelsen (2018) har uppmärksammat att kommunerna och regionerna inte prioriterar äldre personer med psykisk ohälsa och att de inte får den vård och omsorg som de har rätt till enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Exempelvis får äldre personer med psykisk ohälsa inte tillgång till specialistpsykiatrins kompetens utan behandling inom primärvården. Därmed ökar risken för att psykisk ohälsa inte upptäcks eller behandlas, vilket skapar onödigt lidande för personen (Socialstyrelsen, 2018). Flera studier (Gaeta & Brydges, 2021; Stolz et al., 2020; och Liebel & Powers, 2015) har visat att när psykisk ohälsa hos äldre personer inte uppmärksammas av vården finns en ökad risk för demens och somatiska sjukdomar såsom kranskärlsjukdomar och Stroke.

Redan innan COVID-19 pandemin var isolering och känslan av ensamhet ett utbrett samhällsproblem bland äldre personer och sambandet mellan isolering, känslan av ensamhet och psykisk ohälsa är välkänt (Vrach & Tomar, 2020; Liebel & Powers, 2015). Samband

mellan isolering, känslan av ensamhet och psykisk ohälsa blev tydligt under COVID-19 pandemin (Vrach & Tomar, 2020) relaterat till WHO och Folkhälsomyndighetens rekommendationer i.e. isolering för äldre personer (Kivi et al., 2021; Stolz et al., 2020). I en studie (Liebel & Powers, 2015) som genomfördes före COVID-19 pandemin framkom att minskad social interaktion och fysisk aktivitet leder till känslan av ensamhet och isolering och därmed skapas en negativ spiral för den äldre personens psykiska hälsa. En studie av Grolli et al. (2021) styrker sambandet mellan isolering, känslan av ensamhet och psykisk ohälsa. Studien identifierade symptom såsom stress, oro, ångest och depression bland äldre personer till följd av isoleringen under COVID-19 pandemin. Dessa fynd stärks av ytterligare studier (Stolz et al., 2020; Gaeta & Brydges, 2021; Krendl & Perry, 2021) som bekräftar att isolering och känslan av ensamhet fanns innan COVID-19 pandemin i gruppen äldre personer men har ökat under COVID-19 pandemin relaterat till restriktionerna att stanna hemma och social distansering. Det är därför av vikt att känslan av ensamhet och isolering identifieras och åtgärdas hos den äldre populationen för att bryta den negativa spiralen. För att minska psykisk ohälsa hos äldre personer under COVID-19 pandemin i Sverige gav Folkhälsomyndigheten (2020) rekommendationer för att minska känsla av ensamhet såsom att upprätthålla kontakter via digitala hjälpmedel, ha en regelbunden sömncykel, vara fysisk aktiva och äta hälsosamt. Det utfärdades rekommendationer att aktivt försöka förebygga psykiska och fysiska konsekvenser av COVID-19 pandemin (Monahan et al., 2020). I flertalet kommuner och regioner skapades stödlinjer för äldre personer för praktiskt stöd och samtalsstöd (Folkhälsomyndigheten, 2020). Trots detta visade Monahan et al. (2020) där samhällets insatser till äldre personer under COVID-19 pandemin studerades att äldre personer upplevde sig exkluderade och kände sig som en börda för samhället.

Den kommunala hemsjukvården och distriktssköterskans roll

Sedan 1992 bedrivs hemsjukvården i Sverige av kommunerna (Socialstyrelsen, 2020a). Beslut om hemsjukvård utgår från tröskelprincipen, vilket ger personen rätt till kommunal hälso- och sjukvård i hemmet när personen har svårigheter att ta sig till en vårdcentral. Personer som är berättigade kommunal hälso- och sjukvård i hemmet är vanligtvis äldre personer över 65 år (Socialstyrelsen, 2020a). Antalet personer över 65 års ålder med hemsjukvård ökar relaterat till att allt fler blir äldre, antalet platser och vårdtiden på sjukhuset minskar (Josefsson & Ljung, 2017). Vården som ges i hemmet är ofta till personer med åldersrelaterade sjukdomar eller i behov av palliativ vård (Josefsson & Peltonen, 2015). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) ska verksamheten bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att vården ska tillgodose personens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för personens självbestämmande och integritet. I hemsjukvården arbetar både sjuksköterskor och distriktssköterskor. I detta arbete har författarna valt att benämna båda professioner som distriktssköterska.

Grunden i distriktssköterskans arbete är att med ett hälsofrämjande synsätt utgöra ett stöd för människor i alla åldrar och sjukdomstillstånd. Distriktssköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Omvårdnadsarbetet ska byggas på vetenskap och beprövad erfarenhet samtidigt som arbetet bedrivs i enlighet med lagar och förordningar. Distriktssköterskan ska självständigt kunna organisera och leda arbetet med livsstilsförändringar såsom fysisk aktivitet, stress, sömn och psykisk ohälsa (Distriktssköterskeföreningen, 2019). Därför blir

distriktssköterskans specialistkompetens betydande i omvårdnaden av äldre personen med psykisk ohälsa (SOU, 2018). En studie av Janlöv et al. (2018), visade att distriktssköterskan i hemsjukvården upplever tidsbrist i sitt arbete. En anledning till detta kan vara att alltmer vård som bedrivits i slutenvård nu flyttas till det ordinära boendet och blir distriktssköterskans ansvar (Josefsson & Ljung, 2017). Josefsson och Peltonen (2015) bekräftar att när distriktssköterskan har tid att sitta ner med sina patienter förbättras relationen mellan dem till en mer öppen och lärande relation. Enligt Janlöv et al. (2018) undvek distriktssköterskor att ställa frågor om psykisk ohälsa och suicidala tankar eftersom de ansåg att detta inte var deras uppgift, de upplevde sig sakna kompetensen eller kände sig osäkra på att samtala om psykisk ohälsa med äldre personer. I hemsjukvården är distriktssköterskan den kontinuerliga kontakten med äldre personer optimal för att behandla, identifiera och förebygga psykisk ohälsa (Liebel & Powers, 2015). Vidare saknas det kunskap kring hur distriktssköterskor arbetar med psykisk ohälsa hos äldre personer relaterat till isolering och känslan av ensamhet under COVID-19 pandemin.

Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram inför studien valdes Peplaus omvårdnadsteori (Peplau, 1991) där distriktssköterskan och den äldre personen beskrivs ha en kontinuerlig, mellanmänsklig relation som kan underlätta vården vid psykisk ohälsa hos äldre. Kontinuiteten leder till ett uppbyggt förtroende och trygghet för den äldre personen att våga samtala om psykisk ohälsa samtidigt som distriktssköterskan kan identifiera den äldre personens mående och våga ställa obekväma frågor gällande psykisk ohälsa (Liebel & Powers, 2015; Janlöv et al. 2018). Vidare beskrivs relationen mellan distriktssköterska och den äldre personen som psykodynamiskt vårdande som ändras över tiden allt eftersom distriktssköterskan och den äldre personen lär känna varandra och utvecklar sin relation. Teorin kan delas in i fyra överlappande faser; orientering, identifikation, exploatering och resolution. I varje fas finns krav på uppgifter och roller som distriktssköterskan behöver uppfylla för att uppnå ett gott samarbete med den äldre personen (Peplau, 1991).

Syfte

Syftet var att undersöka distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer i hemsjukvården under COVID-19 pandemin.

Metod

Metoden var kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats enligt Hsieh och Shannon (2005). Kvalitativ design ansågs lämplig eftersom fenomenet som studerades är distriktssköterskans upplevelser och erfarenheter av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer i hemsjukvården under COVID-19 pandemin (Hsieh & Shannon, 2005). Genom att använda en kvalitativ design strävade författarna att få en djupare inblick i distriktssköterskans arbete inom hemsjukvården (Parahoo, 2014). Eftersom det är distriktssköterskans erfarenheter och upplevelser som studerades valdes en induktiv ansats (Polit & Beck, 2020). Data samlades in med semistrukturerade individuella intervjuer med specialistutbildade distriktssköterskor verksamma i kommunal hemsjukvård i södra Sverige. För att fånga distriktssköterskans egna ord analyserades data med konventionell kvalitativ innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005).

Urval

Urvalet av deltagarna till studien valdes ut enligt ett ändamålsenligt urval, vilket innebar att endast personer som ansågs kunna besvara frågorna tillfrågades om medverkan (Danielsson, 2017). Denna typ av urval anses lämpligt för att nå deltagare som kan ge rika beskrivningar av det som anses undersökas (Polit & Beck, 2020). Deltagarna var distriktssköterskor som arbetade i hemsjukvården i södra Sverige under COVID-19 pandemin. Deltagarna skulle ha minst två års yrkeserfarenhet samt ha erfarenhet av att vårda äldre personer under pandemin. Ingen exkluderades på grund av ålder, kön, men en jämn fördelning av ålder, kön och arbetslivserfarenhet eftersträvades för att få maximal variation på deltagarna (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2020). I kvalitativa studier prioriteras deltagarnas erfarenheter och upplevelser som kan ge djup förståelse för fenomenet som ska studeras än ett större antal deltagare (Henricson & Billhult, 2017). Totalt intervjuades elva distriktssköterskor.

En internetsökning gjordes över kommuner i södra Sverige för att hitta mejl-adresser till verksamhetschefer. Därefter skickades en förfrågan via e-post till verksamhetscheferna för hemsjukvården i 30 kommuner med information, förfrågan om att kontakta distriktssköterskor samt en samtyckesblankett. Nio verksamhetschefer avböjde och nio svarade inte alls. Resterande 12 verksamhetschefer gav godkännande att kontakta distriktssköterskorna i deras verksamhet. Därefter skickades förfrågan om deltagande ut till 31 distriktssköterskor i dessa kommuner via e-post med informationsbrev och samtyckesblankett. Ett antal av 20 distriktssköterskor tackade nej eller svarade inte alls. Slutligen gav elva distriktssköterskor samtycke till deltagande och de representerade fyra kommuner i södra Sverige. De distriktssköterskor som deltog fick välja en tid som passade dem under deras arbetspass och fick därefter ett mejl med Zoom- eller Teamslänk som enbart var tillgängligt för distriktssköterskorna och författarna. I samband med intervjun lämnade distriktssköterskorna samtyckesblanketten via e-mail eller via post.

Samtliga elva distriktssköterskor var kvinnor och åldern varierade mellan 30–57 år med en arbetslivserfarenhet mellan 5–30 år. Samtliga deltagare hade varit yrkesverksamma i hemsjukvården under COVID-19 pandemin. Tre hade också erfarenhet av att arbeta på särskilt boende under COVID-19 pandemin.

Intervjuguide

En intervjuguide (Bilaga 1) konstruerades av författarna och som användes som stöd under intervjuerna (Danielsson, 2017). Intervjuguiden var uppbyggd med bakgrundsfrågor om distriktssköterskans bakgrund. Vidare ställdes öppningsfrågor om deras erfarenheter och upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer under pandemin. Intervjun avslutades med en fråga om det finns något ytterligare dem vill tillägga, men som inte kommit upp tidigare i samtalet. I de mellanliggande frågorna ställdes även kompletterande följdfrågor där författarna bad distriktssköterskan att utveckla sitt svar.

Datainsamling

Data samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerad intervju innebär öppna frågor och formuleras i en viss struktur (Parahoo, 2014). En provintervju genomfördes för att testa intervjuguiden, i enlighet med Danielsson (2017) där inga justeringar gjordes. Provintervjun gav relevanta svar och användes därför i studien. Intervjuerna genomfördes digitalt på grund av COVID-19 pandemin och rådande restriktioner under våren 2022. Intervjuerna tog cirka 30 minuter per deltagare. Distriktssköterskorna blev tillfrågade om inspelning av ljudet gick bra vilket godkändes av samtliga. Intervjuerna kodades efter genomförd intervju. Materialet förvarades på lösenordsskyddad USB-enhet som endast behöriga hade tillgång till, efter transkribering raderades ljudfilerna (Parahoo, 2014).

Dataanalys

Ordagrann transkribering av intervjuer gjordes i nära anslutning till respektive intervju och gemensamt av författarna. Efter samtliga transkriberingar analyserades data med hjälp av konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). I den konventionella innehållsanalysen sker analysprocessen genom olika steg. Först skrevs transkriberingarna ut på papper, för att i nästa steg läsas upprepade gånger för att få en fördjupad inblick och helhet av materialet. Därefter kodades materialet förutsättningslöst genom att relevanta nyckelord och tankar markerades. I nästa steg noterades intrycken kring, varefter innehållet bröts ner till koder och de koder som hade likvärdigt innehåll samlades i ett gemensamt kuvert som tilldelades en subkategori. Författarna diskuterade därefter de olika subkategorierna och deras innebörd som utmynnade i kategorier. Kategorierna användes för att organisera och gruppera koderna (Hsieh & Shannon, 2005). Under bearbetningen har materialet omgrupperats flera gånger och kategorier och subkategorier har bytt namn. Slutligen utmynnades två kategorier och fyra subkategorier med hjälp av koder (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>”Många gånger får ju vi vara den stötspelaren lite. Men så känner man kanske inte har vare sig kompetensen eller tiden. Vi räcker ju inte till. Men många vårdcentraler har ju kuratorer man kan kontakta och det är vi nog dåliga på i hemsjukvården skulle jag tro”</i>	Behöver stötta men saknar kompetensen och tiden. Utnyttjar ej resurser.	Kunskap	Att förebygga psykisk ohälsa	Svårigheter i arbetet med psykisk ohälsa
<i>”De har ju haft psykisk ohälsa för att de inte fått träffa sina anhöriga kan jag ju känna. Absolut. De som annars haft regelbundna besök har ju mått mycket sämre av att inte få dessa besök av sina anhöriga till exempel. Det tycker jag att man märker”</i>	Psykisk ohälsa för att de äldre inte har kunnat träffa sina anhöriga lika mycket som tidigare.	Anhöriga	Att vara isolerad i hemmet	Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa

Förförståelse

Inom omvårdnadsforskning finns relativistisk medvetenhet det vill säga att forskaren genom sin förförståelse har betydelse för forskningsprocessen (Priebe & Landström, 2017). Båda författarna har arbetserfarenheter som sjuksköterskor från hemsjukvården under COVID-19 pandemin. En av författarna har även under COVID-19 pandemin arbetat inom slutenvården.

Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens (2013) etiska principer. Studien utgår från de fyra etiska principerna som ska övervägas när människor är inblandade dessa är autonomi-, inte skada-, göra gott- och rättvisepincipen (World Medical Association [WMA], 2015). Studien har tagit hänsyn till autonomiprincipen genom att tilldela deltagarna tillförlitlig information om studien. Därefter var deltagandet frivilligt och deltagarna kunna under studiens genomförande avstå medverkan utan att ange skäl. Författarna inhämtade informerat samtycke muntligt och skriftligt samt respekterade distriktssköterskornas erfarenheter och upplevelser genom att ta deras berättelser på allvar och inte förminska dessa. Studien genomförs i enlighet med rättvis- och göra gott principen genom respekt och rättvisa för den enskilda personen. Författarna behandlade deltagarna lika och uteslöt ej deltagare på grund av deras bakgrunder (Sandman & Kjellström, 2018). Författarna lämnade ut mailadresser och telefonnummer till deltagarna för att dessa skulle kunna kontakta författarna vid frågor gällande studien. Icke-skada-principen tillämpas genom att studien värnade om deltagarnas integritet. Detta gjordes genom att intervjuerna var konfidentiella, deras identitet kommer inte att röjas och resultatet presenteras på gruppnivå (WMA, 2015). Personuppgifter som ingår i studien hanterades i enlighet med GDPR som är till för att skydda den enskildas grundläggande rättigheter och friheter (Integritetsskyddsmyndigheten, 2021). Vile deltagarna reflektera efter intervjun var författarna tillgängliga för detta. Genom att författarna har tidigare erfarenhet av hemsjukvård diskuterade författarna kontinuerligt sin förförståelse för att medvetandegöra och reflektera över denna för att öka studiens tillförlitlighet (Henricsson, 2017). Genomförandet av studien gjordes efter yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), Lunds universitet och verksamhetschefer i berörda kommuner.

Resultat

Resultatet utmynnade i två kategorier med fyra subkategorier, vilket redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Beskrivning av kategorier och subkategorier.

Kategorier	Svårigheter att arbeta med psykisk ohälsa		Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa	
Subkategorier	Att förebygga psykisk ohälsa	Att arbeta under COVID-19	Att vara rädd för COVID-19	Att vara isolerad i hemmet

Svårigheter att arbeta med psykisk ohälsa

Distriktssköterskornas erfarenheter och upplevelser av att arbeta med psykisk ohälsa hos äldre personer i hemsjukvården under COVID-19 pandemin visade svårigheter att utföra sitt arbete som beskrevs i två subkategorier förebygga psykisk ohälsa under COVID-19 pandemin och att arbeta under COVID-19 pandemin.

Att förebygga psykisk ohälsa under COVID-19 pandemin

Distriktssköterskorna upplevde att det var svårt att arbeta förebyggande av psykisk ohälsa under COVID-19 pandemin eftersom de ville skydda de äldre från smittspridningen. Det framkom att distriktssköterskorna minimerade antalet besök eller gjorde besöken kortare med syfte att undvika smittspridning. Detta gjorde det svårare att uppmärksamma deras psykiska mående. Även hemtjänstpersonalens besök minskades ner för att bromsa smittspridningen. Detta ledde till att de äldre fick färre och kortare besök av all vårdpersonal vilket innebar att det blev svårare att förebygga psykisk ohälsa hos de äldre. Distriktssköterskorna under COVID-19 pandemin kunde inte prioritera den psykiska ohälsan hos äldre utan detta antog distriktssköterskorna att anhöriga tillgodosåg. Istället fokuserade distriktssköterskorna på att minska smittspridningen av COVID-19. Distriktssköterskorna berättade att de fokuserade på fysiska symtom hos de äldre och på rädsla för smittspridning. Distriktssköterskorna menade att arbetet mer gick ut på att släcka bränder och hålla smittan nere bland de äldre och det var detta som var fokus i organisationen generellt.

“Faktiskt så måste jag ge mig själv lite kritik där... Jag kan inte säga att jag skött det bra. Till exempel suttit och pratat eller varit social med dem (de äldre personerna)... Man försökte undvika vara där längre än 15 minuter för att undvika smitta” (Distriktssköterska D)

Vidare framkom att äldre personers psykiska ohälsa riskerades att inte uppmärksammas då distriktssköterskans kunskap om psykisk ohälsa inte var tillräcklig och därför fokuserade de på det fysiska måendet. Distriktssköterskorna saknade verktyg för att arbeta med psykisk ohälsa i hemsjukvården och att denna brist blev tydligare under COVID-19 pandemin. De efterfrågade mer kunskap och utbildning för att kunna förebygga psykisk ohälsa hos äldre inom hemsjukvården. Trots distriktssköterskorna upplevde bristfällig kunskap om psykisk ohälsa hos äldre så menade de att de försökte vara informativa, lyhörda och lugna i sin kommunikation i mötet med de äldre personerna.

“Många gånger får ju vi vara den stöttepelaren lite. Men så känner man kanske inte har vare sig kompetensen eller tiden. Vi räcker ju inte till. Men många vårdcentraler har ju kuratorer man kan kontakta och det är vi nog dåliga på i hemsjukvården skulle jag tro” (Distriktssköterska I)

Det framkom att distriktssköterskorna inte ansåg att isolering och ensamhet kunde riskera skapa psykisk ohälsa hos de äldre utan att det var en del av vardagen för alla grupper under COVID-19 pandemin. Detta medförde att de inte heller arbetade förebyggande med psykisk ohälsa.

”Jag vet inte men kanske psykisk ohälsa är att överdriva men oro och rädsla såklart att bli smittad” (Distriktssköterska B)

Distriktssköterskorna upplevde att de äldre som led av psykisk ohälsa i hemsjukvården föll mellan stolarna. Istället för att arbeta förebyggande med psykisk ohälsa hos de äldre riskerade de att de äldre blev hänvisade till akutpsykiatri när det inte är inte längre blev hållbart att vårdas hemma.

*“... de behöver kontakter, kuratorer, kontakter på psyk men det finns ju inte, utan många blir hänvisade till psykakuten om det blir för besvärligt”
(Distriktssköterska J)*

Distriktssköterskorna belyste svårigheter i sitt förebyggande arbete med psykisk ohälsa under COVID-19 pandemin, det var bland annat användandet av skyddsutrustning. Distriktssköterskorna berättade att under pandemin använde de skyddsutrustning såsom visir, munskydd och skyddsrock vilket skapade en barriär mellan distriktssköterskan och den äldre personen. Detta medförde att det blev svårt att kommunicera och att mötena blev opersonliga. Skyddsutrustningen skapade också oro hos de äldre när distriktssköterskan kom in. Äldre personer som redan haft svårigheter att känna igen distriktssköterskan och annan vårdpersonal upplevdes av distriktssköterskan som mer osäkra på vem som kom in i deras hem och ville helst distriktssköterskan skulle ta av sig skyddsutrustning. Distriktssköterskan upplevde att denna oro också utgjorde en svårighet i det förebyggande arbetet med psykisk ohälsa eftersom dem inte kunde bygga upp en relation med de äldre. Att lägga en tröstande hand på någons kind blev opersonligt med handskar och att ge ett leende syntes inte under munskyddet.

“Det var väl en barriär. Att de inte riktigt hörde och att det var opersonligt” (Distriktssköterska F)

Att arbeta under COVID-19

Distriktssköterskorna upplevde att deras arbetssituation förändrades under pandemin. Distriktssköterskorna exemplifierade att deras arbetsbelastning ökade på grund av att de behövde utföra provtagningar, smittspårningar och sedan vaccinationer. Andra exempel var hög sjukfrånvaro hos vårdpersonalen som skulle stanna hemma och provats vid minsta symtom. Den ökade arbetsbelastningen och underbemanningen fick till följd att distriktssköterskorna inte kunde arbeta med förebyggande insatser. Tid som innan pandemin lades på förebyggande arbete såsom att förebygga psykisk ohälsa fick läggas åt sidan.

*“Mina upplevelser känner jag att det har varit en oerhörd belastning med alla provtagningar och smittspårningar. Mycket av vårt arbete utöver COVID-19 blev satt åt sidan och det handlade mer om att släcka bränder.”
(Distriktssköterska C)*

Det framkom en känsla av maktlöshet hos distriktssköterskorna över att de inte kunde arbeta förebyggande av psykisk ohälsa i den utsträckning som de önskade. Stress och oro av att bli smittad eller smitta de äldre fanns hos distriktssköterskorna och påverkade deras arbete gällande de äldres psykiska hälsa eller ohälsa. Distriktssköterskorna kunde se att de äldre var i behov av tröst och stöttning men kunde inte göra detta.

”Alltså generellt tyckte jag det var jättejobbigt. Jag har mått jättedåligt av att jobba under pandemin. Jag tänker väl att eller jag kan undra om personalens stress och ångest kring pandemin- hur mycket den påverkade dom äldre” (Distriktssköterska G)

Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa

Distriktssköterskornas upplevde att den psykiska ohälsan hos äldre personer påverkades under COVID-19. Detta beskrivs i subkategorierna att vara rädd för COVID-19 och att vara isolerad i hemmet.

Att vara rädd för COVID-19

Distriktssköterskorna upplevde i sina samtal med de äldre en medvetenhet om att de tillhörde en riskgrupp och detta spädde på rädslan av att bli smittad. De äldre uttryckte bland annat rädsla för att dö om de skulle bli smittade eller när de fick symtom. I och med denna rädsla uppmärksammade distriktssköterskorna att många av de äldre tackade nej till hemtjänsten och hemsjukvården för att undvika fysisk kontakt. Detta försvårade det förebyggande arbetet av psykisk ohälsa och behovet av stöd kunde inte uppmärksammas.

“... Det var oro så fort de fick något symtom och hade frågor om COVID-19. Kommer jag dö nu? Så det tyckte jag absolut man såg en påverkan på patienterna” (Distriktssköterska A)

Distriktssköterskorna berättade att de äldre i takt med vaccinationerna inleddes blev rädda för vårdpersonal som inte var vaccinerade eller om COVID-19 smittad personal varit hemma hos dem och de själva inte hunnit bli vaccinerade. De fick ofta frågor kring om de själva var vaccinerade eller om kommunen tagit ställning gällande vårdpersonal som inte ville vaccinera sig.

“Rädda tror jag en del har varit, rädda för all hemtjänstpersonal som kommer och kanske många frågor om det - om de är vaccinerade och så.” (Distriktssköterska H)

Det framkom att i och med att smittspridningen pågick hos alla åldersgrupper fanns det hög sjukfrånvaro hos vårdpersonalen. Distriktssköterskorna uppmärksammade då vikten av kontinuitet. Om det var samma vårdpersonal som besökte de äldre blev det en trygghet hos dem. Distriktssköterskan upplevde oro hos de äldre när kontinuiteten sänktes och vårdrelationen inte fungerade mellan de äldre och vårdpersonalen.

“Att man skulle stanna hemma vid minsta symtom. Folk var ju borta hela tiden och det var vikarier. Alltså det påverkade oss och måste ha påverkat dem (patienterna) jättemycket.” (Distriktssköterska G)

De äldre blev oroliga över symtom eller om det framkommit att de träffat någon som varit COVID-19 positiv. Det framkom att distriktssköterskorna då var frikostiga med provtagningar och att provtagning kunde bidra till att de äldres psykiska hälsa förbättrades. De äldres oro över att smittas av COVID-19 kunde lugnas med ett negativt test.

“Vi har varit frikostiga med provtagning i slutet av pandemin för att lugna patienternas rädsla. Inte i början för då fanns det ju inte material och det var jobbigt bara det.” (Distriktssköterska C)

Att vara isolerad i hemmet

Distriktssköterskorna upplevde att COVID-19 pandemin påverkade de äldre personerna i hemsjukvården i olika grad. Det framkom att det fanns äldre som redan innan pandemin levde ensamma och isolerade och därför blev inte isoleringen för dessa äldre inte en ny vardag.

“Jag tycker de jag har hand om, är så pass sjuka så att de är hemma ändå oavsett pandemi eller inte...” (Distriktssköterska E)

Det fanns distriktssköterskor som även hade ansvar för kommunens särskilda boende och även här märkte distriktssköterskorna en negativ påverkan på de äldres psykiska hälsa. Distriktssköterskorna uppmärksammade att de äldre med demenssjukdom som hade haft en mer aktiv vardag innan pandemin påverkades negativt av att deras dagverksamheter och mötesplatser stängdes ner. De äldre med demenssjukdom förstod inte vad en pandemi och isolering innebar. Det ledde till utmaningar för distriktssköterskan när det gällde arbetet med psykisk ohälsa. Distriktssköterskorna berättade att isoleringen påverkade de äldres psykiska hälsa även efteråt när restriktionerna lättade eller när de blev friskförklarade.

“... Där var ju en patient på ett demensboende som hade varit ganska social och utåtvänd men efter en sådan isolering så slutade han gå ut från sin lägenhet helt. Så han blev ju jätte påverkad. Det var väl också för att han inte förstod varför det hade hänt från början” (Distriktssköterska G)

Distriktssköterskorna belyste även att de äldre personerna utan demenssjukdom blev påverkade av isoleringen. Hade de äldre anhöriga eller vänner som de tidigare träffade regelbundet blev avsaknaden av dessa märkbara på de äldres psykiska hälsa. Distriktssköterskorna hörde från de äldre personerna hur de kände sig ensamma och utanför när de fick sitta ensamma hemma för att inte bli smittade. Distriktssköterskan upplevde däremot att de äldre som levde i ordinärt boende i mindre utsträckning blev isolerade och de äldre ville därför avvakta med att flytta till särskilt boende även om de erbjudits plats för att undvika den isoleringen de hört talas om på särskilt boende.

“Jag tror det varit bättre för dem i ordinärt boende, för tänker på dem som bott på SÄBO har ju fått sitta med glasväggar och inte fått träffa sina anhöriga. Så det vi har sett är att många dragit ut på flytten till SÄBO från

*ordinärt boende. Det har varit väldigt mycket lediga platser på SÄBO”
(Distriktssköterska B)*

Distriktssköterskorna upplevde att anhöriga var en viktig resurs för att förebygga psykisk ohälsa hos de äldre personerna som levde i ordinärt boende. Anhöriga var oroliga för att besöka de äldre men distriktssköterskorna upplevde att när de fick träffa sina anhöriga kunde dessa besök förebygga psykisk ohälsa. Anhöriga som vågade och var försiktiga blev därför viktiga för att minska känslan av ensamhet och isolering hos de äldre. När anhöriga inte vågade besöka sina äldre närstående och bryta isoleringen märkte distriktssköterskan att anhöriga till de äldre blev kreativa att finna alternativa sätt att kommunicera, såsom digitala verktyg. Användandet av digitala verktyg ökade under COVID-19 pandemin och kunde förbättra de äldre personernas psykiska hälsa men det kunde inte ersätta den fysiska kontakten. De äldre kunde tycka det var tråkigt eller kände sig utanför när de inte fick träffa sitt nya barnbarnsbarn eller delta i händelser i familjen.

*“Man har ju känt lite att vi och hemtjänsten nästan då är den enda fysiska kontakten. Sen är det faktiskt rätt så många av de äldre nu som ändå har en dator eller en Ipad och har haft kontakt med anhöriga den vägen.”
(Distriktssköterska I)*

Diskussion

Metoddiskussion

Studien var kvalitativ med induktiv ansats vilket är en lämplig metod då fenomenet som skulle studeras var distriktssköterskors upplevelser och erfarenheter (Hsieh & Shannon, 2005; Parahoo, 2014). I kvalitativ forskning behöver begreppet trovärdighet lyftas i diskussionen. Genomgång av arbetets trovärdighet har för avsikt att visa hur forskningsprocessen har genomförts och utgår från begreppen tillförlitlighet, giltighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Polit & Beck, 2020).

Tillförlitlighet (*credibility*) berör omständigheten kring hur data samlades in. För att öka tillförlitligheten ska författarna sträva efter att studien ska kunna upprepas och få likvärdiga fynd (Parahoo, 2014). För att följa etiska riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen (2013) har data behandlats objektivt och författarna har lyft de etiska principerna med studien. Författarnas egen förförståelse har lyfts fram och diskuterats i forskningsprocessen för att öka studiens tillförlitlighet (Parahoo, 2014). För att öka tillförlitligheten har maximal variation på deltagarna i studien eftersträvat för att kunna belysa upplevelser och erfarenheter från olika perspektiv. En styrka med deltagarna var att de hade lång erfarenhet av att arbeta i vården och hade ett brett åldersspann. Svaghet var att det endast var kvinnliga deltagare verksamma i södra Sverige och för att öka tillförlitligheten hade studien kunnat inkludera ytterligare deltagare från andra delar av Sverige och av annat kön för att få mer variation på upplevelserna och erfarenheterna. Däremot är en stor majoritet av distriktssköterskor som arbetar i hemsjukvården kvinnor vilket gör att urvalet kan anses representativt (Socialstyrelsen, 2022a). Polit och Beck (2020) menar däremot att antalet deltagare bör baseras på mängden information och graden av datamättnad som erhålls, då kvaliteten i den

erhållna informationen är avgörande snarare än antalet deltagare. Författarna hade planerat att intervjua fler än elva distriktssköterskor men efter dessa elva uppnåddes en datamättnad. Vilket enligt Parahoo (2014) innebär att författarna tillslut upplever att svaren på frågorna blir likvärdiga. Att uppnå datamättnad stärker studiens resultat. Intervjuerna gjordes tillsammans (en intervjuare och en observatör) på grund av författarnas begränsade kunskap av att använda sig av kvalitativa intervjuer som metod. Fördelen med detta var att författarna kunde ge varandra feedback efter intervjun, men det kan även ses som en svaghet eftersom författarna kan ställa frågor på olika sätt (Polit och Beck, 2020). För att stärka tillförlitligheten utgick intervjuerna från semistrukturerade frågor och följdfrågor (Parahoo, 2014). Att vara två intervjuare kan även ses som en svaghet på grund av deltagaren kan uppleva en maktobalans (Polit & Beck, 2020). Parahoo (2014) menar att författarna kan försöka undvika en maktobalans genom att de presenterar sig och deras roller i samtalet, vilket författarna gjorde.

Kodningen utgick från Hsieh & Shannon (2005) kodningsschema vilket bestämdes när studien planerades. Därefter har båda författarna kodat självständigt och sedan gjort en sammanställning tillsammans, vilket har lästs av handledaren. Att planera hur författarna ska koda sin data i förväg och sedan koda självständigt kan ses som en styrka för studien. När kodningen var färdig har data lästs i sin helhet och koder har omgrupperats. Författarna har även styrkt studiens tillförlitlighet genom att redovisa ett exempel på hur denna kodning har gått till i tabell 1 (Polit & Beck, 2020).

Giltighet (*dependability*) beskriver datas varaktighet över tid vilket innebär att resultatet skulle bli detsamma om studien upprepas med samma deltagare i samma sammanhang (Polit & Beck, 2020). Eftersom studien berör tiden under COVID-19 pandemin kan giltigheten ändras över tid i samband med samhället förändras men kan vara aktuell om samhället ställs inför en ny pandemi.

Bekräftelsebarhet (*confirmability*) belyser informanternas upplevelser och erfarenheter och att författarnas förutfattade meningar och egna intressen ej uttryckts (Polit & Beck, 2020). För att stärka resultatet presenteras rikligt med citat från distriktssköterskornas upplevelser och erfarenheter. Intervjuerna för studien tog cirka 30 minuter vilket kan vara en fördel för studiens trovärdighet eftersom det finns risk för att allt för långa intervjuer också kan trötta ut deltagaren och intervjuaren och leda till feltolkningar (Parahoo, 2014). Deltagarna fick välja vilken typ av möte som passade dem bäst och vad de var bekväma med och valet blev uteslutande Zoom/Teams. Användning av Zoom/Teams underlättade för författarna och deltagarna. Däremot finns risk att bekräftelsebarheten blir svag eftersom deltagarna inte kan uttrycka sina upplevelser och erfarenheter i lika stor utsträckning som vid fysisk intervju (Polit & Beck, 2020).

Överförbarhet (*transferability*) handlar om resultatet kan överföras till andra kontexter (Polit & Beck, 2020). Studien har utgått från elva distriktssköterskors upplevelser och erfarenheter gällande äldre personers psykiska ohälsa i hemsjukvården under COVID-19 pandemin i Sverige. Resultatet kan därför överföras till andra vårdprofessioner som möter äldre personer

med psykisk ohälsa och vårdprofessioner som arbetar under en pandemi. Däremot skulle det behövas fler deltagare och även inkludera grundutbildade sjuksköterskor som också är verksamma i hemsjukvården till studien för att öka överförbarheten. Eftersom länder åtog sig olika åtgärder för minska smittspridningen och Sverige valde att fortfarande vara ett relativt öppet land kan överförbarheten bli svår globalt eftersom distriktssköterskorna och de äldre personerna kan ha haft andra upplevelser och erfarenheter beroende på vilket land de bor i (Gaeta & Brydges, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2021).

Resultatdiskussion

Två kategorier framkom Svårigheter att arbeta med psykisk ohälsa och Erfarenheter och upplevelser av de äldres psykiska ohälsa. I dessa två kategorier fanns fyra subkategorier som gav djupare förståelse av fenomenet. Resultatet kommer att diskuteras utifrån Peplaus (1991) fyra faser (orienteringsfasen, identifieringsfasen, exploateringsfasen och resolutionsfasen) i omvårdnadsteori om mellanmännsliga relationer med undantag för resolutionfasen eftersom pågående vårdrelationen mellan distriktssköterskorna och de äldre inte efterfrågats i studien. I den fjärde fasen börjar den äldre personen sätta problemet åt sidan och skapa nya mål att sträva efter och gradvis frigöra sig från distriktssköterskans stöd (Claesson et. al., 2021).

Orienteringsfasen

Enligt Peplau (1991) inleds en vårdande relation i orienteringsfasen där distriktssköterskan och den äldre personen träffas och tar tid att lära känna varandra och ett förtroende kan skapas. Det framkom i resultatet att det fanns hinder för distriktssköterskan att skapa en vårdande relation med den äldre personen under pandemin och därmed försvårades möjligheterna att förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer under COVID-19 pandemin. De hinder som beskrevs var att psykiska ohälsan hos äldre var inte i fokus utan, i stället var det fokus på fysiska symtom och att användandet av skyddsutrustning skapade distans i mötet med de äldre, liksom att hembesöken blev färre, kortare och mer distanserade men även att distriktssköterskorna undvek att åka på hembesök. Resultatet från den här studien stärks av en studie av Franchini et al. (2021) som visade att distanseringen under COVID-19 pandemin ledde till utmaningar i det praktiska arbetet. Det visade sig att vårdpersonalen kände sig maktlösa och rädda för att sprida COVID-19 till de äldre personerna om de var där för länge eller för nära. På så sätt påverkades orienteringsfasen negativt och riskerade att skapa ett lidande hos de äldre som var i behov av att samtala med distriktssköterskan.

Resultat visade även att de äldre var medvetna om att de tillhörde en riskgrupp vilket ledde till ångest och oro för att bli smittade samt rädsla att dö till följd av COVID-19. Under orienteringsfasen (Peplaus, 1991) krävs att den äldre söker vård för att distriktssköterskan ska kunna samla in information om den äldre för att hjälpa och stötta. Özpınar et al. (2022), Coronakommissionen (2022) och Socialstyrelsen (2022b) bekräftade att de äldre personerna hade en ökad oro och rädsla för att dö till följd av COVID-19 och därför undvek vårdkontakter, vilket ledde till lidande och ökat vårdbehov efter restriktionerna upphört. Maggis et al. (2021) studie pekade däremot på att den psykiska ohälsan förblev oförändrad efter restriktionerna hade upphört och inte lett till ökat vårdbehov men att det ännu inte går att dra en slutsats av hur den psykiska ohälsan påverkats långsiktigt. Rädslan de äldre upplevde

gjorde att de undvek att uppsöka vård och gjorde det svårt att genomföra orienteringsfasen, där kommunikationen mellan den äldre och distriktssköterskan är avgörande för att kunna ge god vård.

Identifieringsfasen

Den andra fasen är identifieringsfasen där den äldre personen och distriktssköterskan tillsammans identifierar vilka insatser som behövs för att lösa personens problem relaterat till sin hälsa (Peplau, 1991). Den här fasen försvårades genom att distriktssköterskorna hade olika uppfattningar kring vad som kännetecknar psykisk ohälsa. Exempelvis framkom att oro och rädsla relaterat till COVID-19 pandemin inte ansågs vara tecken på psykisk ohälsa, medan andra menade att detta var symtom på psykisk ohälsa hos de äldre personerna. Andra faktorer som uppmärksammades i resultatet som försvårade den här fasen var att kunskapen kring psykisk ohälsa i hemsjukvården behöver förbättras och att det saknades kompetens att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa hos äldre. Socialstyrelsen (2022b) menar att oro, ångest, rädsla över COVID-19 och isolering kan vara tecken på psykisk ohälsa hos äldre personer och detta är något som distriktssköterskan måste kunna uppmärksamma. Tidigare forskning Frost et al. (2020) har visat att det finns bristande kunskap om hur psykisk ohälsa tar sig uttryck hos äldre personer. Annan forskning har visat att det saknas evidensbaserade underlag för att identifiera psykisk ohälsa hos äldre bortsett från forskning kring sambandet mellan fysisk aktivitet och depressiva symtom (Mind, 2021). Frost et al. (2020) belyste att okunskapen är utbredd inom vården och vårdpersonal tycker det är svårt att bemöta psykisk ohälsa hos äldre. De psykiska symtomen blir nedprioriterade och fokus läggs på fysiska symtom. Vidare belyste Frost et al. (2020) att vården tenderar till att medicinera bort psykiska symtom istället för samtalsterapi vilket sällan visat sig effektivt. I resultatet framkom inte fokus på medicinering utan distriktssköterskorna talade mer om att informera och vara kommunikativa.

I identifieringsfasen krävs kontinuitet för att skapa en vårdande relation där den äldre vågar uttrycka sina behov och känslor. Distriktssköterskan behöver vara tillåtande och stöttande gällande de känslor den äldre personen upplever och på så sätt hitta personens styrkor (Peplau, 1991). Det framkom i resultatet att konsekvensen av den höga sjukfrånvaron hos personalen medförde bristande kontinuitet i vården vilket gjorde det svårt att identifiera psykisk ohälsa hos de äldre personerna. Istället uppstod oro och otrygghet för den äldre personen eftersom det kom ny vårdpersonal vid besöken. Socialstyrelsen (2022b) uppmärksammade den höga sjukfrånvaron och bristande kontinuitet till följd av COVID-19 och konsekvenserna av detta hos de äldre personerna. Men samtidigt menar Socialstyrelsen (2022b) på att bristande kontinuitet och hög personalomsättning inte är något nytillkommet problem i äldrevården.

Peplau (1991) beskriver att äldre personer kan uttrycka isolering med beklagande över tiden står still, allt är tråkigt, ökat behov av närhet, dra sig undan, omotiverad till förbättring eller också vilja planera in så mycket som möjligt. Det är därför viktigt distriktssköterskan är medveten om dessa tecken i för att också kunna hjälpa den äldre personen. Det framkom i resultatet att många äldre personer redan var isolerade innan COVID-19 pandemin. Men

resultatet visade också att de äldre tackade nej till att flytta in på särskilt boende i rädsla för att bli smittade av COVID-19. Det framkom i studien att distriktssköterskorna inte arbetade förebyggande för att minska isolering genom till exempel uppmärksamma tecken på hur isoleringen påverkade de äldre personerna. Resultatet stärks av Özpınar et al. (2022) och Dahlberg (2021) som visade att en ökad andel äldre personer under COVID-19 drabbades av ångest och depression på grund av isolering och att förebyggande vård var viktig för de äldre personernas psykisk hälsa. Peplau (1991) menar att om distriktssköterskan och den äldre har en etablerad relation med god kontakt kan de tillsammans arbeta förebyggande mot att minska isolering. Socialstyrelsen (2022b) bekräftar resultatets fynd gällande isolering men belyser särskilt stark oro för isolering bland äldre som bor i ordinärt boende.

Exploateringsfasen

Den tredje fasen, exploateringsfasen syftar till att distriktssköterskan ska kunna gå in och stötta den äldre personen med sin kunskap när den äldre är mottaglig för hjälp och börjar ta ansvar för problemet mer självständigt. I fasen börjar den äldre personen att bli oberoende av distriktssköterskan och börjar själv ta initiativ till att upprätthålla goda vanor (Peplau, 1991). I resultaten framkom att användning av digitala verktyg kunde förebygga psykisk ohälsa hos den äldre och användes för att kommunicera med sina anhöriga. Distriktssköterskan uppmuntrade de äldre att till exempel planera in videosamtal med anhöriga. Resultatet i studien lyfter de digitala verktygens potential för att minska isoleringen vilket Dahlberg (2021) bekräftar. Men också belyser att digitala verktyg inte kan ersätta situationer där fysisk kontakt är nödvändigt, till exempel när den äldre personen behöver tröst eller känslomässigt stöd. Kjerkol et al., (2020) och Socialstyrelsen (2022b) belyser även risken för digitalt utanförskap för de äldre personerna. Under COVID-19 övergick flera sjukvårdstjänster till digitala plattformar men äldre personerna blev lidande i övergången. Det tar längre tid för äldre personer att lära sig digitala verktyg samt att de behöver uppmuntran till att använda dem. Forskning har visat samband mellan digitalt utanförskap och psykisk ohälsa (Mubarak & Suomi (2022).

Konklusion och implikationer

Gruppen äldre personer drabbades hårt under COVID-19 pandemin. Resultatet från den här studien visar att det finns förbättringspotential att förebygga psykisk ohälsa hos äldre i hemsjukvården. God kontinuitet saknades i hemsjukvården vilket är viktigt i förebyggande arbetet av psykisk ohälsa hos äldre personer. Det saknades både kunskap och verktyg för att identifiera och därmed förebygga psykisk ohälsa. Tydliga rutiner och riktlinjer på hur personal ska agera om en äldre person som blir isolerad och därmed riskerar lida av psykisk ohälsa behöver utvecklas. Ett annat förslag på förbättring är utbildning till all vårdpersonal inom hemsjukvården om vad psykisk ohälsa är och vad som definierar psykisk ohälsa för att i framtiden bättre kunna förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer.

Referenser

- Claesson, M., Josefsson, K., & Jonasson, L. L. (2021). 'My registered nurse': Older people's experiences of registered nurses' leadership close to them in community home care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 16(5), Artikel e12399 <https://doi.org/10.1111/opn.12399>
- Coronakommissionen. (2022). *Sverige under pandemin, volym 2 förutsättningar, vägval och utvärdering* (SOU 2022:10). Elanders Sverige AB. https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/sverige-under-pandemin-volym-2_webb-slutbetankande.pdf
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (andra upplagan s. 143-153). Studentlitteratur.
- Dahlberg, L. (2021). Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1161–1164. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1875195>
- Distriktssköterskeföreningen. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. Svensk Sjuksköterskeförening, 1-12. <https://distriktsskoterska.com/wp-content/uploads/2019/05/Kompetensbeskrivning-avancerad-niv%C3%A5-distriktssk%C3%B6terska-reviderad-2019.pdf>
- Edberg, A-K., Ericsson, I., & Gunnarsson, E. (2017). Psykisk ohälsa. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell. & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre* (upplaga s. 431–455). Studentlitteratur AB.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*. (Artikelnummer 20168). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/k/konsekvenser-for-personer-70-ar-och-aldre-av-smittskyddsatgarder-mot-covid-19/?pub=81272>
- Folkhälsomyndigheten (2021) (30 november 2021). *Om viruset och sjukdomen*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>
- Franchini, L., Varani, S., Ostan, R., Bocchi, I., Pannuti, R., Biasco, G., & Bruera, E. (2021). Home palliative care professionals perception of challenges during the Covid-19 outbreak: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 35(5), 862–874. <https://doi.org/10.1177/02692163211008732>
- Frost, R., Nair, P., Aw, S., Gould, R. L., Kharicha, K., Buszewicz, M., & Walters, K. (2020). Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1977–1984. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1647132>
- Gaeta, L., & Brydges, C. R. (2021). Coronavirus-Related Anxiety, Social Isolation, and Loneliness in Older Adults in Northern California during the Stay-at-Home Order. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4/5), 320–331. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1824541>

Grolli, R.E., Mingoti, M.E.D., Bertollo, A.G., Luzardo A.R., Quevedo J., Réus G.Z., & Ignácio Z.M. (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology* 58, 1905–1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>

Helsingforsdeklarationen. (2013) (hämtad den 3/12-2021). *Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World medical association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricsson, M., (2017). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411-420). Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-120). Studentlitteratur.

Hsieh H, & Shannon SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1049732305276687>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Integritetsskyddsmyndigheten. (2021). *Introduktion till dataskyddsförordningen*. <https://www.imy.se/privatperson/dataskydd/introduktion-till-gdpr/>

Janlöv, A. C., Johansson, L., & Clausson, E. K. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 987–996. <https://doi.org/10.1111/scs.12540>

Josefsson, K. & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård*. (19-40). Studentlitteratur.

Josefsson, K. & Peltonen, S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*. 4(37), 1-9. https://www.researchgate.net/publication/283545442_District_nurses'_experience_of_working_in_home_care_in_Sweden

Kivi, M., Hansson, I., & Bjälkebring, P. (2021). Up and About: Older Adults' Well-being During the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), 4–9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>

Kjerkol, Ingvild & Linset, Kristel & Westeren, Knut. (2020). Effects of COVID -19 on communication, services, and life situations for older persons receiving municipal health and care services in Stjørdal municipality in Norway. *Human Behavior and Emerging Technologies*. <https://doi.org/10.1002/hbe2.244>

Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adult's Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology, Volume 76*(2), 53-58. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1093/geronb/gbaa110>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Förlag. Natur & Kultur.

Liebel, D. V., & Powers, B. A. (2015). Home Health Care Nurse Perceptions of Geriatric Depression and Disability Care Management. *Gerontologist, 55*(3), 448–461. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1093/geront/gnt125>

Maggi, G., Baldassarre, I., Barbaro, A., Cavallo, N. D., Cropano, M., Nappo, R., & Santangelo, G. (2021). Mental health status of Italian elderly subjects during and after quarantine for the COVID-19 pandemic: a cross-sectional and longitudinal study. *Psychogeriatrics, 21*(4), 540–551. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/psyg.12703>

Mind. (2021). *På tal om ålder- psykiskt välbefinnande oavsett generation* [Broschyr]. <https://mind.se/wp-content/uploads/pa-tal-om-alder-en-rapport-om-psykisk-halsa-hos-aldre-vuxna.pdf>

Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M., & Levy, SR (2020). COVID-19 and Ageism: How Positive and Negative Responses Impact Older Adults and Society. *American Psychologist, 75* (7), 887–896. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/amp0000699>

Mubarak, F., & Suomi, R. (2022). Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide. *Inquiry (00469580)*, 1–7. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/00469580221096272>

Parahoo, K. (2014). *Nursing Research. Principles, Process and Issues* (3 uppl.). Red Globe Press.

Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Pub. Co.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (andra upplagan s. 25-40). Studentlitteratur.

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

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

Socialstyrelsen. (2022a). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2021 samt arbetsmarknadsstatus 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-9-8093.pdf> (Artikelnummer 2022-9-8093)

Socialstyrelsen. (2022b). *Vård och omsorg för äldre -lägesrapport 2022*. (Artikelnummer 2022-3-7791). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>

Socialstyrelsen. (2020a). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019*. (Artikelnummer 2020-5-6783). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6783.pdf>

Socialstyrelsen. (2020b). *Vård och omsorg om äldre*. Lägesrapport 2020. (Artikelnummer 2020-3-6603). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6603.pdf>

Socialstyrelsen (2019). *Våga tala om psykisk ohälsa -till dig som är äldre närstående till en äldre person*. (Artikelnummer 2019-6-27) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-27.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre- Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*. (Artikelnummer 2018-9-12) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajaamforelser/2018-9-12.pdf>

SOU. (2018:77). *Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter*. Stockholm. <https://www.regeringen.se/4a71bb/contentassets/6f67c0e786f0491899a98579a002508c/framtidens-specialistsjukskoterska--ny-roll-nya-mojligheter-sou-201877>

Stolz, E., Mayerl, H., & Freidl, W. (2021). The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European Journal of Public Health, 31*(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>

Vrach, I. T., & Tomar, R. (2020). Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic. *Progress in Neurology and Psychiatry, 24*(4), 25–29. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/pnp.684>

Williamson, E.J., Walker, A.J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C., Curtis, H.J., Mehrkar, A., Evans, D., Inglesby, P., Cockburn, J., McDonald, H.I., MacKenna, B., Tomlinson, L., Douglas, I.J., Rentsch, C.T., Mathur, R., Wong, A.Y.S., Grieve, R., & Harrison, D. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature 584*, 430–436. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>

World Health Organization. (11 mars 2020a). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

World Health Organization. (31 december 2020b). *Herd immunity, lockdowns and COVID-19*.

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

World Medical Association. (2015). *Medical Ethics Manual* [Broschyr]. World Medical Association. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en_1x1.pdf

World Health Organization. (december 2017). Mental health of of older adults. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Özpinar, S., Bayçelebi, S., Demir, Y., & Yazıcıoğlu, B. (2022). How did the COVID-19 pandemic affect older adults? Investigation in terms of disability, state–trait anxiety and life satisfaction: Samsun, Turkey example. *Psychogeriatrics*, 22(2), 202–209. <https://doi.org/10.1111/psyg.12801>

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Ålder? Kön? Yrkestitel? Antal år inom yrket?

Öppningsfrågor:

Kan du berätta om dina erfarenheter av att arbeta i hemsjukvården med äldre personer under covid-19 pandemin?

Hur påverkade restriktionerna dina patienter?

Såg du någon förändring under covid-19 pandemin gällande dina patienters psykiska hälsa?

Hur arbetar du för att förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer under covid-19 pandemin?

Finns där något som behöver förbättras i arbetet med psykisk ohälsa tycker du?

Följdfrågor:

Kan du utveckla? Hur kände du för det? Har du något exempel? Hur menar du? Hur tänkte du kring detta?

Avslutningsfrågor:

- Är det något mer du skulle vilja tillägga?
- Några egna tankar?
- Får vi lov att kontakta dig på telefon för att komplettera intervjun om det dyker upp följdfrågor för oss under studien?