

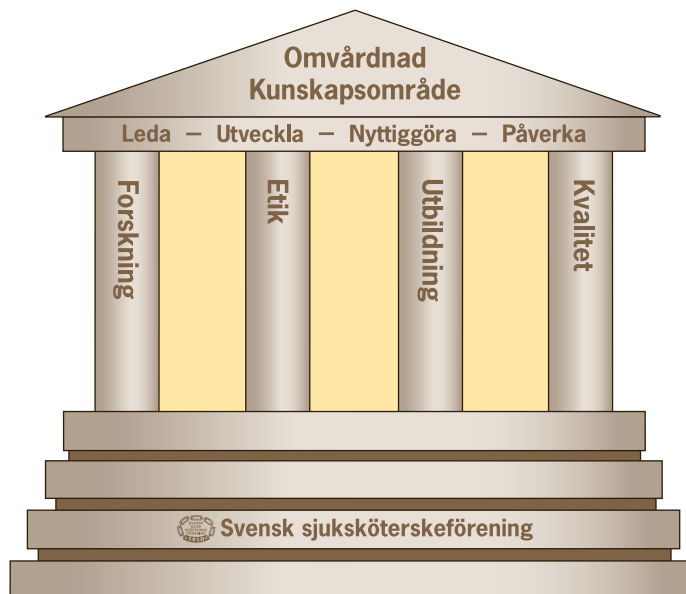
ÄLDRE PERSONER

har rätt till god och säker omvårdnad



SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. www.swenurse.se



Produktionsfakta

UTGIVARE: Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm, tfn 08-412 24 00, www.swenurse.se

OMSLAG: Inger Torpenberg **GRAFISK FORM & REPRO:** Losita Design AB

TRYCK: Åtta.45 Tryckeri AB, 2018 **ISBN-NR:** 978-91-85060-42-9

INNEHÅLL

4	Förord
6	Vikten av hög kompetens i vården av äldre personer
6	Rätt till god omvårdnad
6	Utmaningarna
10	Sköra äldre personer i akutsjukvården
12	Hög omvårdnadskompetens vid vård av äldre personer
14	Berättelser
16	Elsa kan inte hitta vigselringen
16	Tar oron på allvar
17	Avsatt gott om tid för mötet
19	Nu märks försämringar
22	Varför öppnar inte Algot?
22	Kontrollerar andningen
24	Blödning i hjärnan?
25	En första vårdplanering
26	Algot vill bo med andra

FÖRORD

Svårt sjuka äldre personer har i hög utsträckning överförs från sjukhus till det egna hemmet eller särskilda boenden. Allt fler äldre personer får avancerad behandling i hemmet vilket ökar behovet av kvalificerad omvårdnad. Personer som bor i särskilda boenden är de mest sjuka äldre. De är i hög ålder och har ofta multipla sjukdomstillstånd eller nedsatt kognitiv förmåga. Dessa äldre personer löper högre risk att drabbas av vårdskador som till exempel fall, trycksår och undernäring.

Omvårdnaden av äldre personer ska vara personcentrerad och bygga på evidensbaserad kunskap där vetenskapliga metoder används för att förstå och bedöma den äldre personens komplexa vårdbehov. Det finns i dag kunskapsunderlag som visar att hög omvårdnadskompetens ger en kvalitativt bättre omvårdnad, säkrare och effektivare vård. Legitimerade sjuksköterskor har ansvar för omvårdnaden vilket innebär att de gör kvalificerade bedömningar, tolkar patienters omvårdnadsbehov samt genomför omvårdnadsåtgärder i partnerskap med patienten.

Svensk sjuksköterskeförening anser att en förutsättning för en framtida kunskapsbaserad säker och god vård av äldre personer är att fler grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor anställs i kommunerna. Vi menar också att det behövs en lägsta kompetens för kommunernas omvårdnadspersonal.

För att åskådliggöra vilken bredd och kompetens omvårdnaden omfattar beskrivs i broschyren två ganska typiska patientberättelser som sjuksköterskor möter i sin vardag. Det är situationer som beskriver vilka omvårdnadsåtgärder som krävs för att äldre personer ska få en säker vård. Berättelserna är fiktiva men beskrivna av specialistsjuksköterskor.

Broschyren riktar sig i första hand till politiker och andra beslutsfattare. Svensk sjuksköterskeförening vill bidra till en dialog och förståelse och visa på åtgärder som ger äldre personer en säkrare vård.

Ami Hommel

Ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening anser att

- Vården av sköra äldre personer med stora omvårdnadsbehov måste förbättras.
- Äldre personer har rätt till hög omvårdnadskompetens vilket förutsätter tillräckligt många specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg.
- Kommuner och landsting behöver anta strategier för att säkerställa hög omvårdnadskompetens i såväl det patientnära arbetet som på strategisk nivå. Vården för äldre personer ska vara personcentrerad utifrån varje unik persons behov.
- Även personer vid särskilda boenden måste garanteras tillgång till legitimerade yrkesutövare som läkare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Teamet är en nyckelfaktor för att uppnå en god och säker vård.
- Äldre personers möjligheter till självbestämmande behöver stärkas.
- Äldre personer över 80 år ska ha rätt att flytta in på särskilt boende när de själva så önskar, kommunen ska inte kunna neka plats.
- Staten behöver identifiera kompetensbehov i vården av äldre personer.



Foto Colourbox

VIKTEN AV HÖG KOMPETENS I VÅRDEN AV ÄLDRE PERSONER



Foto Tomas Södergren

Per Enarsson, leg sjuk-
sköterska och med dr.

Rätt till god omvårdnad

Åldrandet pågår hela livet, det startar när vi föds. Men hur gammal är gammal? Dagens nyblivna pensionärer verkar vara betydligt yngre än två generationer bort och som 65-åring vill man nog inte bli sedd som gammal. Alla framtidsanalyser visar att antalet äldre fortsätter att öka fram till år 2060. En nyfödd flicka har i genomsnitt 83 år framför sig och en nyfödd pojke 79 år.

Åldrandet är något som berör oss alla. Det är äldre människor som behöver definiera hur deras behov av vård och omsorg ser ut – inte de yngre. Är det därför som vi som är mitt uppe i medelåldern, med ett öga framåt och ett öga bakåt i livet – börjar förnimma, kanske börjar förstå att vi inte förstått hur det är att bli beroende av sina medmänniskor i nästan allt kring sin person för att klara sin vardag? Det finns anledning att påminna om det som skrevs i den statliga utredningen senior 2005: "Människovärdet är inte beroende av en persons samhällsnytta och sociala status, inte heller av personens egen livsuppskattning. Det är också rimligt att tolka människovärdesidén som en rätt till integritet och som en jämlikhetsinriktad rättvisepincip...//... Att synliggöra och motverka negativ särbehandling på grund av hög ålder handlar ytterst om att främja mänskliga rättigheter för alla."

Sjuksköterskor har en etisk fordran att uppmärksamma utsatta personer. I inledningen på ICNs, International Council of Nurses, kod kan läsas: "Sjuksköterskornas fyra grundläggande ansvarsområden är främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av omvårdnad är universellt. I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och bli bemött med respekt. Omvårdnad skall ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning..." (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Utmaningarna

Samtidigt som andelen befolkning som är över 65 år enligt Statistiska centralbyrån beräknas öka från två miljoner 2017 till över tre miljoner år 2060 uppstår nya utmaningar i att få socialtjänstens och vårdens resurser

att räkna till alla som behöver stöd. Vid sidan av vården får anhöriga ta ett mycket stort ansvar för sina närstående.

Socialstyrelsen anger att långvariga eller kroniska sjukdomar är vanligt bland äldre personer. Enligt beräkningar har över 65 procent av personerna i Sverige som är 65 år och äldre minst två sjukdomar som klassas som långvariga eller kroniska (Socialstyrelsen, 2017). Framtidsplanering tyder på att fler äldre kommer att bo kvar i egna hemmet längre innan man flyttar till ett särskilt boende.

Tiden på särskilt boende blir då relativt kort – i dag omsätts var tredje plats årligen i en kommun, majoriteten bor alltså kortare än två år på äldreboende. De som bor på äldreboende är redan multisjuka eller har nedsatt beslutsförmåga, i huvudsak till följd av demenssjukdom. Varje år insjuknar uppemot 25 000 personer i en demenssjukdom. Det totala antalet demenssjuka i Sverige beräknas till närmare 160 000 personer år 2014, en siffra som kommer att stiga i takt med att den äldre befolkningen ökar i antal. Enligt Svenskt Demenscentrum beräknas år 2025 att 180 000 personer har en demenssjukdom, år 2050 kan det vara 240 000 drabbade – om dagens befolkningsprognoser slår in. Ensamhetsproblematiken återstår också att möta och hantera som äldre – två tredjedelar av de äldre i nationella patient- och brukarundersökningen anger att ensamheten är ett problem och störst på särskilt boende.

Det kommer att krävas hög omvårdnadskompetens hos vårdpersonalen för att möta de ökade behoven. Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar i äldrevården visar också på att hög omvårdnadskompetens och hög kvalitet i vård och omsorg är viktigt när äldre själva får komma till tals. Specialistutbildade sjuksköterskor ger säkrare vård – flera studier har visat det (Aiken m.fl., 2014).

Vidare visar de årliga nationella patient- och brukarundersökningarna att äldre sätter kvalitet i vården högt. Ändå förefaller varken stat, landsting eller kommuner ha en tydligt uttalad strategi för hur omvårdnadskompetensen i vården av äldre skall kunna säkras och utvecklas. De statliga utvecklingsåtgärder som bedrivits de senaste åren har snarare haft fokus på att landsting och kommuner skall prestera vård utifrån fastställda nivåer på olika

nyckeltal – och mycket lite kring hur innehållet i en varaktig god omvårdad till äldre skall kunna säkras. Det kommer att behöva rekryteras mycket personal de kommande åren. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, pekar i en ny rapport på att vård och omsorg behöver öka antalet anställda med knappt 200 000 personer fram till år 2026 (Sveriges kommuner och landsting, 2018). En stor andel av dessa behöver vara specialistutbildade sjuksköterskor. De finns i dag goda kunskapsunderlag som visar att hög omvårdnadskompetens inte bara ger en kvalitativt bättre omvårdnad, det ger också en effektivare vård med bättre resursanvändande. Specialistutbildade sjuksköterskor ger god omvårdnad, men handleder också vårdpersonal och planerar vårdverksamheten på såväl patientnära som övergripande nivåer. Ändå har det relativa antalet specialistsjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvård minskat med knappt 15 procent mellan år 2000 och 2015 (Socialstyrelsen, 2018).

Socialstyrelsen anger att det per 100 000 invånare endast finns 5,9 specialistutbildade sjuksköterskor mot inriktning vård av äldre. Det är den lägsta siffran för alla specialinriktningarna i Sverige. Mot bakgrund av det stora omvårdnadsbehovet som många äldre personer har är det inte svårt att förstå att behoven av kvalificerad omvårdnad är långt större än tillgången på rätt kompetens (Socialstyrelsen, 2018).

Äldre människors rätt till särskilt boende regleras av socialtjänstlagen. Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (Socialtjänstlagen, SoL. 5 kap. 4 §). Ändå får många personer avslag på sin ansökan om särskilt boende med motivering att behov inte föreligger eller att behoven kan tillgodoses på annat sätt. Svensk sjuksköterskeförening menar att det är den äldre personen själv som ska avgöra om och när hen vill flytta till ett särskilt boende och anser att alla personer över 80 år ska ha rätten att få en plats på särskilt boende. Kommunerna ska inte kunna neka plats.

Hur kommer det sig att specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg inte efterfrågas? En möjlig förklaring är kompetensbrist i strategisk ledning hos huvudmännen, en annan möjlig förklaring är att staten inte anser att vården av de mest sjuka äldre kräver särskild kompetens och därmed är ovillig att reglera området. Staten har hittills via tillsynsmyndigheterna Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg inte krävt annat än grundutbildning till sjuksköterska inom flera vårdområden, däribland vården av äldre. Varken i den så kallade Ädelreformen i början av nittio-talet eller i den nu pågående hemsjukvårdsreformen, där omvårdnadsansvar för äldre flyttas

från landsting till kommuner, finns särskilda krav på personalens kompetens utöver grundutbildning. Kommuner och landsting behöver stöd av staten för att identifiera sina kompetensbehov i vården av äldre personer.

Svensk sjuksköterskeförening har i mer än 100 år arbetat med att utveckla omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening vill gärna ha dialog med kommuner och landsting, staten, pensionärsorganisationer och alla som är intresserade av en god omvårdnad för äldre personer.



Foto Colourbox

Referenser

Aiken, L., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931), 1824–1830.

International Council of Nurses. (2014). ICN:s *Etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.

Socialstyrelsen. (2018). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård Nationella planeringsstödet 2018*.

Socialstyrelsen. (2017). *Öppna jämförelser 2017 för äldreomsorg inklusive kommunal hälso- och sjukvård 2017*.

SOU. (2003):91 *SENIOR 2005 – Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, rekryteringsrapport*.

SKÖRA ÄLDRE PERSONER I AKUTSJUKVÅRDEN



Foto Tomas Södergren

Anna Ehrenberg, leg sjuk-
sköterska och professor.

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige att vara 65 år eller äldre. Detta ställer stora krav på hälso- och sjukvårdens kunskap om åldrandet och åldrandets sjukdomar – i synnerhet när det gäller de allra äldsta och de som är "sköra". Skörhet avser inte nödvändigtvis multisjuklighet, utan kan visa sig som ett tillstånd av kraftigt nedsatt funktion, vilket innebär att personen har små marginaler för att upprätthålla sin förmåga i det dagliga livet. En "banal" sjukdomsepisod eller tillfälligt behov av sjukhusvård kan för en skör person medföra att hela livssituationen ställs på ända. För en skör äldre person, kan akut sjukdom utan anpassat omhändertagande innebära att det blir omöjligt att återgå till det tidigare boendet efter vårdtidens slut, eller i värsta fall kan det leda till en för tidig död.

Socialstyrelsen har tidigare visat på brister i både kompetens och rutiner i omhändertagandet av äldre personer på svenska akutmottagningar. Bristande bemanning, otillräcklig kompetens i vården av äldre, överbeläggningar och ett ökande antal sköra äldre medför långa väntetider på akutmottagningarna. Dessa långa väntetider har visat sig drabba de sköra äldre särskilt hårt, vilket är oacceptabelt med tanke på deras särskilda sårbarhet.

De flesta landsting har idag en regel om att vistelsetiden på akuten inte får överstiga fyra timmar, vilket har visat sig svårt att leva upp till. En undersökning av Socialstyrelsen (2017) visar att flertalet akutmottagningsbesök överskred den uppsatta fyra-timmarsgränsen. Variationen mellan olika sjukhus är stor, vilket ger en bild av en ojämlik akutsjukvård. Patienter 80 år och äldre har en längre total vistelsetid på akutmottagningen jämfört med de som är yngre och var tionde äldre patient får vänta mer än sju timmar på akutmottagningen. Denna situation vittnar om stora brister i omhändertagandet och är oacceptabelt ur såväl ett etiskt, som omvårdnads- och medicinskt perspektiv.

Det är uppenbart att akutsjukvården i Sverige är dåligt anpassad för att möta äldre personers specifika behov. I och med ett minskat antal vårdplatser, kortare vårdtider och ökad specialisering saknas ofta förutsättningar i form av kompetens och resurser för att möta de äldres sammansatta behov. Omhändertagandet brister för dem som har en komplex sjukdomssituation, oklara symtom och kognitiv nedsättning, och som därmed ofta har de största vårdbehoven. Konsekvensen blir att många äldre återkom-

mande hamnar på akutmottagningen utan att få en helhetsbedömning och åtgärder insatta baserat på deras komplexa situation. Följden av brister i omhändertagandet av äldre inom akutsjukvården riskerar att bli en ond cirkel med trycksår, fallskador, närings- och vätskeproblem och förvirrings-tillstånd – problem som orsakar ytterligare onödigt lidande, längre vårdtider, ökat beroende och ökade kostnader för samhället. Risken är också stor för att den äldre personen i drabbas av bestående nedsatt funktionsförmåga och blir beroende av vård och omsorg på ett sätt som hade kunnat undvikas med rätt anpassade insatser.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har granskat den samlade forskningen om effektiva metoder för bättre omhändertagande av äldre som söker akut sjukhusvård.

Rapporten beskriver ett arbetssätt som på svenska kallas "strukturerat omhändertagande av äldre" (på engelska: Comprehensive Geriatric Assessment, CGA). Omhändertagandet innebär att team med olika yrkeskompetenser, som minst bör utgöras av läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, gör en gemensam helhetsbedömning av den sköra äldre patientens behov, ansvarar för planering och genomförande av vården under hela vårdtiden på sjukhus. Metoden innebär att en samlad bedömning görs av medicinska, funktionella, sociala och psykologiska behov och anpassning av vården utifrån den äldre personens specifika behov.

SBU:s granskning visar att ett teambaserat strukturerat omhändertagande av äldre resulterar i bättre funktionsförmåga och ökade möjligheter för äldre personer att bo kvar i sitt eget hem efter utskrivning från akut sjukhusvård. Det vetenskapliga underlaget har brister och bygger främst på studier från andra länder än Sverige varför det är angeläget att pröva och utvärdera metoder för ett strukturerat omhändertagande av äldre inom svensk hälso- och sjukvård. Det är också angeläget att samverka i vård och omsorg av äldre förbättras. Omhändertagande av äldre inom kommunal vård, primärvård och sjukhusvård begränsas tyvärr alltför ofta av den egna organisationens kortsiktiga perspektiv och budgetramar.

Referenser

SBU (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt.*

Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar Rapport februari 2017.*

HÖG OMVÅRDNADSKOMPETENS VID VÅRD AV ÄLDRE PERSONER



Foto Tomas Södergren

Helle Wijk, leg sjuksköterska och professor.

Studier visar att äldre personer inom kommunal vård och omsorg har en hög sjukvårdskonsumtion under sista året i livet (Ernst Bravell, Malmberg & Berg, 2010). När det gäller personer i särskilt boende ökar antalet inskrivningar vid sjukhus de sista veckorna i livet och en betydande andel avlider på sjukhus, trots att intentionen från samhället är att man ska kunna få vård och omsorg vid livets slut i sin hemmiljö oavsett var man bor. En av orsakerna kan vara bristen på geriatrisk specialistkompetens och låg sjukskötersketäthet i äldrevården. Socialstyrelsens kartläggning år 2012 av geriatrisk kompetens visade att av de 12 316 sjuksköterskor som arbetar inom den kommunala äldrevården var det bara 197 som hade en specialistutbildning (1,9 procent) med inriktning mot vård av äldre.

Både Socialstyrelsen och regeringen har pekat på detta som ett stort problem för äldrevården. De äldres behov av vård och omsorg kommer att utgöra en allt större del av kommunernas och landstingens verksamhet. Genom satsningar på forskning och utveckling inom omvårdnad, rehabilitering och medicin har vi i dag mer kunskap om hur vi kan identifiera vårdbehov och ge äldre en god omvårdnad och behandling än för enbart fem till tio år sedan. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Vård och omsorg av äldre skall vara personcentrerad och bygga på evidensbaserad kunskap där vetenskapliga metoder används för att förstå och bedöma den äldre personens komplexa vårdbehov (Blomqvist med flera, 2017).

För att kunna möta den äldre personens komplexa somatiska, psykiska, kognitiva hälsoproblem och multisjuklighet krävs en längre sammanhållen utbildning. Specialistsjuksköterskeutbildningen, inriktning vård av äldre, bygger på evidensbaserad kunskap för att möta den äldre personens komplexa vårdbehov. Den är en fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå. I specialistsjuksköterskeutbildningen utvecklas studenternas förmåga att självständigt integrera och använda kunskaper och att hantera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer. Studenterna förbereds för en yrkesverksamhet med stora krav på självständighet eller för forsknings- och utvecklingsarbete (Högskolelag, SFS 1992:1434).

I specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre integreras teori och praktik i form av studieuppgifter som genomförs under den verksam-

hetsförlagda utbildningen. Det kan vara teoretiska frågeställningar som studeras och omsätts i praktiken eller autentiska komplexa situationer hämtade ur praktiken och som analyseras och studeras teoretiskt i relation till omvårdnad på avancerad nivå.

Exempelvis kan studenterna genomföra en intervju med en äldre person, göra en eller flera observationer samt utföra strukturerade bedömningar av de hälsoproblem eller besvär som den äldre personen beskriver eller observationerna visar. Studenterna knyter an till relevanta åldrandeteorier och aktuell forskning inom området och ger förslag på omvårdnadsåtgärder som kan förbättra den äldre personens situation, men även öka vårdkvaliteten inom den egna verksamheten.

Genom att koppla teori och praktiskt handlande på detta sätt stimulerar utbildningen till att studenterna vågar tänka nytt och se vårdandet på sin egen arbetsplats med nya ögon. Det innebär även att avdelningens/enhetens vårdkvalitet kan bli synlig redan under utbildningens gång. Utbildningen skapar specialistsjuksköterskor inom vård av äldre som är rustade att hantera den omfattande och komplexa sjukdomsbild som är vanligt förekommande hos sköra äldre inom primärvård, hemsjukvård, slutenvård och inom särskilda boendeformer för äldre. Specialistfunktionen är inriktad på att främja hälsa, förebygga och behandla ohälsa samt att samordna omvårdnaden vid komplexa, somatiska och psykogeriatriska tillstånd hos äldre personer.

Idag träffar ofta multisjuka äldre personer flera olika specialister, som alla försöker följa rekommendationer för sjukdomar inom sin egen specialistkompetens. Rekommendationerna riskerar att krocka och leda till oönskade konsekvenser, till exempel inskrivningar på sjukhus och att för många interagerande läkemedel ordineras (Nilsson 2012).

Detta organisatoriska problem belyser vikten av att ha en sjuksköterska med specialistkompetens med ett samlat ansvar för samordning av vård, omsorg och omvårdnad för personer med multisjuklighet. Samtidigt är det betydelsefullt att sjuksköterskan har kännedom om förbättringskunskap för att omsätta forskningsbaserade resultat i utvecklingen av vården.

Referenser

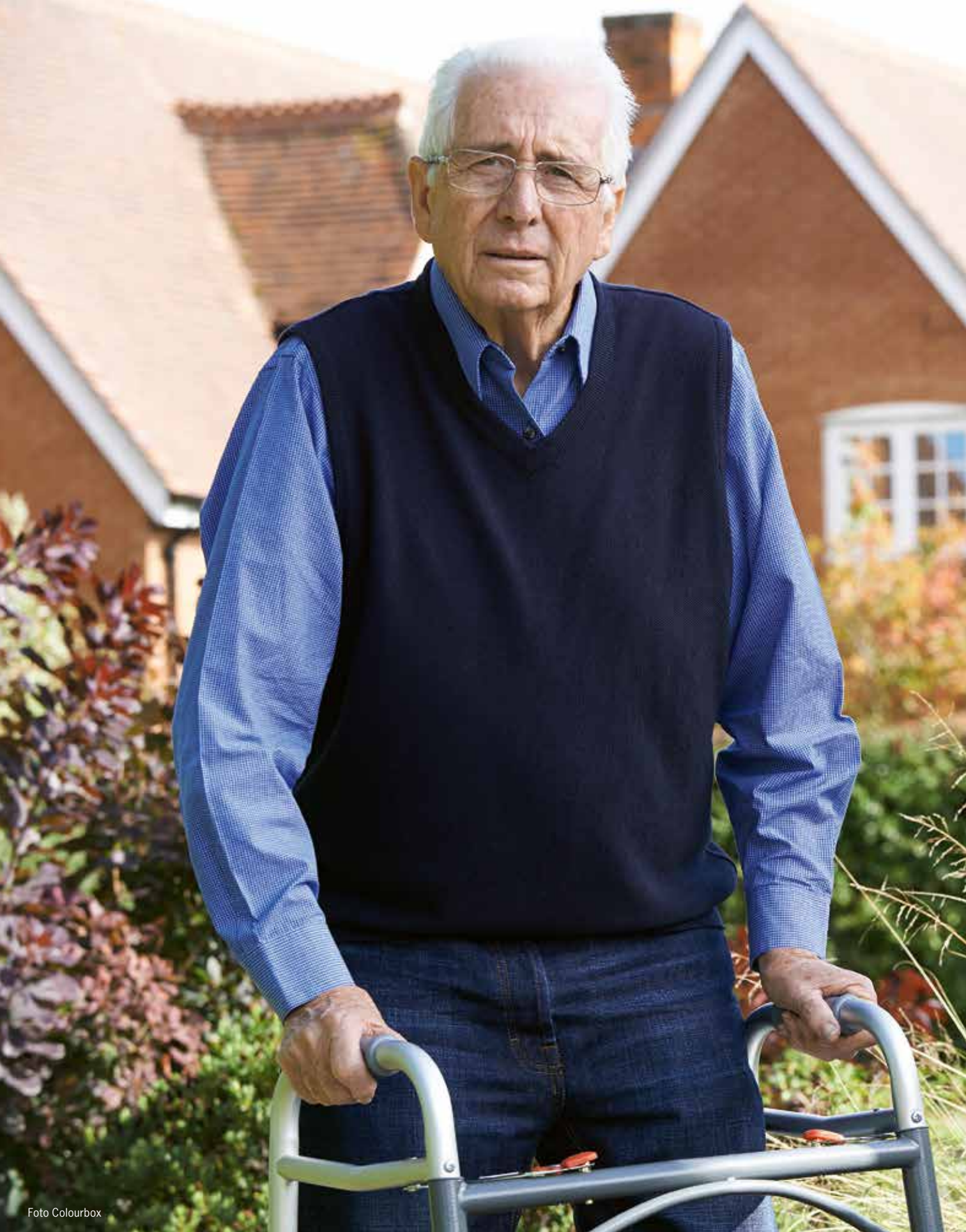
Blomqvist, K. Edberg, A-K, Ernsth Bravell, M & Wijk, H. *Omvårdnad och äldre*. (2017), Studentlitteratur, Lund.

Ernsth Bravell, M., Malmberg, B., Berg, S. (2010). End-of-life care in the oldest old. *Palliative & Supportive Care*, 8: 335–344.

Nilsson, G. (2012). *Multisjuklighet är mer regel än undantag. Men forskningen har inte hängt med i dagens vårdverklighet*. *Läkartidningen* nr 43–44 2012 volym 109 pp 1940–1941.

SFS 1992: 1434. *Högskolelag*.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning*.





BERÄTTELSE

Vård av äldre personer ska kännetecknas av personcentrerad vård med en omvårdnad som tar hänsyn till de komplexa vårdbehov som uppstår vid multisjuklighet och det naturliga åldrandet. Två specialistsjuksköterskor beskriver genom sina berättelser en vardag som ständigt ställer krav på hög beslutsförmåga för att den äldre personen ska få god och säker vård.



ELSA KAN INTE HITTA VIGSELRINGEN



Foto Privat

Ellenor Sörqvist, äldresjuksköterska/distriktssköterska, Capio Läkarhus Lysekil.
Intervjuad av Irene Wanland.

En varm försommarkväll besöker Karin sin mamma Elsa. Som vanligt har hon varit och handlat åt henne, mat som ska räcka under veckan. De fikar och småpratar men Karin tycker inte att det känns som det brukar. Elsa verkar orolig för något och till sist kryper det fram att hon inte kan hitta sin vigselring. Karin tycker att mamman verkar generad över det hela men försöker ta det med ro. "Vi letar tillsammans mamma". Det tar inte lång stund innan de hittar vigselringen. Den ligger i nattigsbordets låda. "Men mamma där brukar du ju alltid lägga den." Elsa skäms ändå mer och kan inte förklara för sin dotter varför hon plötsligt glömt var den finns.

Elsa är 81 år och har en rätt god hälsa. Ett par mediciner tar hon varje dag. Det är betablockerare för blodtrycket och en insomningstablett till kvällen. Elsa klarar sig själv med sin dotters hjälp. Hon har aldrig ansökt om någon form av hemtjänst.

På vårdcentralen där Elsa är listad finns sjuksköterskor som är specialistutbildade i äldrevård. De har bland annat ansvaret för att möta alla de över 75 år som regionen beslutat ska erbjudas årliga läkemedelsgenomgångar. Då tas blodtryck och blodprover och äldresjuksköterskorna har hälsosamtal. Läkemedlen går igenom för att se vilka läkemedel den äldre tar. Den som vill kan också få ett läkarbesök. Elsa har aldrig missat sin årliga läkemedelsgenomgång. Men hon tycker inte att hon behöver träffa en läkare. Utöver det årliga besöket har Elsa inte behövt uppsöka vården.

När Karin kommer hem från besöket hos sin mamma sätter hon sig ner och tar en funderare. Är det inte så att det finns mer än den glömda vigselringen? Har hon inte varit mer orolig sista tiden? De har alltid haft en bra relation men mamman har ändå respekterat att Karin lever sitt eget liv med sin familj. De hörs av någon gång i veckan på telefon utöver det vanliga besöket. Den senaste tiden har mamman ringt oftare och verkat orolig. Framförallt på kvällarna.

Tar oron på allvar

Nästa dag passar Karin på att ringa vårdcentralen under en rast på jobbet. Hon får prata med äldresjuksköterskan Veronika. Karin berättar om sin oro. Med sin kunskap och erfarenhet tycker Veronika att det kanske inte låter så farligt. Hon lyssnar dock noga och tar oron på allvar. Till slut frågar Veronika om hon får kontakta mamman, berätta om dotterns oro och göra ett hembesök. Karin blir tyst, hon hade ju inte tänkt att mamman skulle få veta att hon

oroar sig och undrar om inte Veronika kan göra ett hembesök ändå. Veronika förklarar att hon inte kan göra det och säger att "Du måste vara ärlig mot din mamma om detta." Det får Karin att snabbt avsluta samtalet.

Ett par dagar senare ringer Karin igen och säger att hon tänkt vidare och antytt för sin mamma att kanske någon från vårdcentralen ska ringa. Därmed bekräftar Veronika att hon nu ska ringa Elsa, hänvisa till dotterns oro och boka ett hembesök.

När de får kontakt på telefon förklarar Elsa att hon inte alls förstår varför dottern oroar sig, det är ju inget särskilt som hänt. Eftersom hon känner Veronika från hälsosamtalen så tycker Elsa ändå att visst kan Veronica komma och hälsa på. Hon ska ha kaffet färdigt. Veronika säger att besöket kan handla om hur Elsa har det i vardagen och om hon behöver ha hjälp med något.

Innan Veronika går iväg kollar hon Elsas journaler. Allt ser fint ut, proven har visat bra värden. Men det var fem månader sedan de togs senast. Väl på plats kastar Veronika en diskret blick runt i lägenheten och konstaterar att det ser fint ut, det är välstädat och saker verkar vara på rätt plats. Kaffet är redan framdukat och det finns hembakta kakor.

De pratar länge om allt möjligt, om hur det är på orten, om vädret och annat. När stämningen känns förtrolig frågar Veronika hur Elsa mår. Jo det är bra, kanske har hon fått lite sämre aptit. Veronika hänger på och ber henne berätta vad hon äter till frukost. En tallrik fil och en kopp kaffe. Till middag mitt på dan lagar hon mat, kokar potatis och värmer upp de halvfabrikat som dottern handlar. Eftermiddagsfika med smörgås. På kvällen är aptiten sämst, då blir det bara en frukt. "Så din dotter handlar åt dig numera, du handlar inte själv?" Elsa förklarar att hon inte känner för att gå ut längre, det är jobbigt med trappan upp till lägenheten. Veronika frågar om hon blir andfådd och konstaterar för sig själv efter Elsas nekande att det inte verkar vara ett direkt fysiskt problem. Efter lite lirkande berättar Elsa att hon är rädd, rädd att göra fel. Det har ibland blivit trassel när hon skulle betala i affären och en gång blev hon yr när hon gick i trappan till lägenheten.

Avsatt gott om tid för mötet

Veronika frågar hur en dag ser ut, träffar hon vänner eller går på aktiviteter?

Jo, hon var tidigare med i Pensionärernas riksorganisation (PRO) men en gång läckte hon lite urin, det var väldigt generande och hon har inte gått dit

mera. De flesta vänner har gått bort. Hon träffar sin dotter och pratar med sonen i telefon men annars är det rätt ensamt.

Nu har det gått en timme, vid den här typen av besök försöker Veronika avsätta gott om tid. Det är inte lätt, schemat är pressat, men med hjälp av kollegerna kan hon planera om och frigöra tid.

Veronika erbjuder Elsa att ta blodtrycket och några blodprover, hon har med sig utrustningen. Det tycker Elsa blir bra, då slipper hon ta sig till vårdcentralen. Hon ger också klartecken till Veronika att ha kontakten med hennes läkare. Till sist förklarar också Veronika vilken hjälp man kan få av inkontinensskydd, hon har med sig prover som Elsa nyfiket undersöker. "Jag kan ordna så att du får hem paket med skydd." Det tycker Elsa låter bra, men hon måste få fundera på om hon verkligen behöver det.

När provsvaren kommer visar det sig att Elsa ligger lågt i järnvärde och B12. Veronika diskuterar med läkaren som beslutar sätta in järn- och B12-tabletter. Eftersom Elsa har blivit yr och ligger lågt i sitt blodtryck, föreslår Veronika också att blodtrycksmedicinen ska minskas. Som äldresjuk-sköterska vet hon att äldre behöver ett lite högre blodtryck för att hjärnan ska fungera bra, det minskar yrseln och risken för fallskador.

**”Med berättelsen vill jag
visa komplexiteten i
äldrevårdens möten.
Omvårdnadskompetensen
är central i mötet med äldre
och deras anhöriga.”**

Veronika ringer Elsa och berättar om hur och varför medicinerna ska ändras. Elsa kan för sin del berätta att hon bestämt sig för att pröva inkontinensskydden och Veronika fixar beställningen.

En onsdag några månader senare ringer dottern Karin återigen till Veronika och låter väldigt uppriven. Mamman har ramlat, Karin hittade henne när hon kom för sitt vanliga besök. Det verkade dock inte som om hon var skadad, bara ett sår på benet, så de ringde inte efter ambulans. Veronika lovar att komma samma dag och träffa både Elsa och Karin.

Såret visar sig vara värre än dottern trodde. Ett rätt djupt hudavskrap på fem gånger fem centimeter som Veronika bedömer behöver läggas om regelbundet för att inte utvecklas till ett svårläkt bensår. Hon passar också på att jämföra uttagstiden med de läkemedel som återstår och det visar sig då att Elsa fortfarande tar den högre dosen blodtrycksmedicin.

Veronika föreslår att Elsa ska få ett larm som en trygghet om hon skulle ramla igen och frågar om hon kan tänka sig att träffa kommunens biståndshandläggare. Elsa är tveksam att ha med kommunen att göra, hon har hört att det är så dyrt med hemtjänst. Med lite övertalning från dottern Karin så går hon ändå med på en träff och ger Veronika tillstånd att ta kontakt med kommunen för hennes räkning.

Veronika återkommer för att lägga om såret och efter några dagar får hon veta att mötet med biståndshandläggaren har blivit av. Hon kunde själv ha deltagit i mötet som äldresjuksköterska men valde att inte kalla det vårdplaneringsmöte för att inte gå för snabbt fram, eftersom Elsa är tveksam till hemtjänsten. Det visade sig vara en bra strategi, Elsa har bestämt sig för både larm, en varm måltid per dag och promenadsällskap.

Nu märks försämringar

Men det går inte riktigt så bra som Veronika hoppades. Hemsjukvården har tagit över omläggningen av såret, då Elsa har svårt att ta sig till vårdcentralen. Ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården rapporterar på ronderna med ansvarig läkare att Elsa blir allt mer orolig. Veronika gör ett nytt hembesök och ser tydliga försämringar. Det blir inget kaffe och lägenheten är ostädad. Elsa säger att hon blir orolig av alla olika personer som kommer från hemtjänsten.

Veronika erbjuder ett minnestest som hon har med sig och det visar sig att Elsa inte kan kopiera en figur och att hon missar klocktestet. Det är varningssignaler om att hon kan ha en begynnande demens och Veronika

föreslår att Elsa ska göra en minnesutredning vilket hon går med på. Elsa medger nu lite uppgivet att hon nog faktiskt inte minns så bra numera.

Dottern Karin ringer igen och säger att situationen nu är helt omöjlig, mamman klarar inte av alla som kommer hem till henne från hemtjänsten, hon måste ha ett annat boende. Karin har föreslagit det för mamman men hon vill absolut inte flytta. Veronika lyssnar och låter Karin prata av sig. De kommer till sist överens om att avvakta minnesutredningen innan de tar itu med bostadsfrågan.

Minnesutredningen med hjärnröntgen, blodprov och tester tar sin tid att genomföra. När resultatet kommer tyder inget på att Elsa är dement. Veronika tänker då att hon kan ha en depression, hos äldre kan depression ibland visa sig som en begynnande demens.

Veronika informerar Elsas läkare som ordinerar en antidepressiv medicin. Hon håller kontakten och efter ett par månader börjar Veronika se resultat. Oron har minskat och en vacker dag har Elsa till och med känt lusten att själv gå ut på promenad.

Efter ytterligare en tid känner sig Elsa så pigg att hon avslutar hemtjänstens mat och promenadsällskap. Larret behåller hon. Dottern Karin ser också förbättringen och tar inte längre upp frågan om ett nytt boende.

På vårdcentralen har fysioterapeuten en träningsgrupp för äldre där Veronika lyckas locka med Elsa. Nu styrketränar hon varje vecka och ser fram emot att efter ett år av ohälsa och bekymmer kunna komma till Veronika på årets hälsosamtal och berätta att hon nu faktiskt mår rätt bra.



VARFÖR ÖPPNAR INTE ALGOT?



Foto Privat

Cina A Burman, specialist-sjuksköterska och vice verksamhetschef, äldreboende Stockholm. Text redigerad av Irene Wanland.

Algot vaknar mitt i natten, tycker han hör ett ljud utifrån. Han går upp och kikar ut genom fönstret men det är lugnt, den envisa marsvintern verkar aldrig ge med sig, de kalla nätterna gör att snön ligger kvar. Algot huttrar till och tänker att det är lika bra att gå på toaletten när han ändå är vaken. I hallen ser han porträttet av Greta som står på en hylla. Sen blir allt svart.

Algot är 85 år och bor ensam i en lägenhet sedan två år tillbaka då hans hustru Greta gick bort i cancer. De hade ett långt äktenskap, stod varandra nära och Algot vårdade Greta under sjukdomstiden. Nu är han rätt ensam, vännerna är döda och dottern bor inte så nära. Men hon hälsar ofta på.

Algot äter blodförtunnande medicin för sitt förmaksflimmer, han har också blodtryckssänkande och vätskedrivande tabletter. Distriktssköterskan kommer varannan vecka och kollar så att halten av det blodförtunnande läkemedlet ligger bra. Hon delar då också medicin för ett par veckor i dosett och med APO-dospåsar, kollar puls och blodtryck. Annars går Algot till sin läkare på vårdcentralen ett par gånger om året, får en hälsokontroll och läkemedelsgenomgång. Han klarar sig fint hemma, lagar mat, tvättar och håller ordning. Har aldrig tänkt tanken att han skulle behöva hemtjänst.

En morgon när distriktssköterskan kommer till Algot för att ta blodprov öppnar han inte. Hon ringer både på dörren och telefonen men får inget svar. Det är inte likt Algot som alltid har koll på att distriktssköterskan ska komma. Hon drar sig till minnes att Algot inte var sig riktigt lik sist de sågs och frågade Algot, som verkade tyngd och tystlåten, om det var något som bekymrade honom. Algot hade förnekat men inte utvecklat det hela mer.

Distriktssköterskan förstår nu att något måste ha hänt. Hon kontaktar Algots dotter som berättar att de haft kontakt senast för två dagar sedan och att hon då också tyckte att Algot verkade ledsen och trött. Ja, nästan lite förvirrad, men det hade gett med sig när det pratat en stund. Dottern har en extra nyckel och när hon kommer kan de ta sig in i lägenheten. De snubblar nästan på Algot som ligger på golvet framför badrumsdörren. Han är inte kontaktbar.

Kontrollerar andningen

Distriktssköterskan kontrollerar omedelbart att Algot andas och har puls. Hon försöker väcka honom med smärtstimulering men han reagerar knappt. Hon ber dottern ringa 112 och under tiden kontrollerar hon andningsfrekvens, blodtryck och blodsocker. Vårderna lämnas till SOS-

centralen för att de snabbt ska kunna göra en bedömning av hur akut situationen är. Distriktssköterskan har alltid med sig medicinteknik så att hon kan hantera akuta situationer som uppkommer. Även kroppstemperaturen kontrolleras. Blodsockret och blodtrycket är lågt, pulsen snabb, vilket pekar på att Algot är intorkad. Han har haft urinavgång och huden är lite sval, tempen visar 35,9.

Dagens tidning ligger vid brevinkastet så distriktssköterskan förstår att Algot har legat i flera timmar. Eftersom det finns stor risk för inre blödningar vid fall när man medicinerar med blodförtunnande, ber distriktssköterskan dottern att informera ambulansen om att situationen är akut. Algot är ju inte vid medvetande. Hon känner igenom hans kropp och huvud försiktigt efter bulor eller felställningar som kan tyda på skador vid fallet men hittar inga. Med stor försiktighet hjälps de åt att lägga Algot i framstupa sidoläge för att säkerställa fri andningsväg. Han får en kudde under huvudet och en filt läggs runt Algot för att han ska hålla värmen.

Ambulansen för Algot och dottern till sjukhus. I ambulansen kollas vitalparametrar: puls, blodtryck, andning och medvetandegrad. Sjuksköterskan ger Algot en perifer venkateter, en liten böjlig plastslang i armen, för att ge honom vätska eftersom han är uttorkad. EKG tas i ambulansen vilket är normalt, kroppstemperatur och blodtryck har stigit. Algot börjar göra ljud, öppnar ögonen och blir lugn av att se dottern som följer med i ambulansen.

”Min berättelse visar att arbetet som sjuksköterska är ett multi-komplext hantverk – det är att i varje enskild situation kunna agera utifrån både generella och unika omvårdnadsbehov.”

Sjuksköterskan på akuten kontrollerar systematiskt Algots hälsosituation. Hon frågar hans dotter om hur han har mått den senaste tiden. Distriktsköterskans information har tagits emot och journalförts av ambulanssjuksköterskan och kompletteras nu av dottern.

Algot är nu så pass vaken att han kan svara på uppmaning från sjuksköterskan att röra armar och ben, och frågan om han har smärta från någon del av kroppen. Hon känner också igenom hans kropp efter tecken på smärta. Sjuksköterskan gör ett basalt strotetest för att se om det finns någon halvsidesförlamning genom att uppmana Algot att le, lyfta armarna och upprepa en mening som hon säger. Akuta blodprover tas för att se om Algot lider av någon akut infektion, blodets koaguleringsförmåga kontrolleras och övrig blodstatus. Blodsockret visar nu ett normalt värde efter droppet med glukos som Algot påbörjade i ambulansen.

Blödning i hjärnan?

Efter att akutläkaren fått värden av sjuksköterskan undersöker hon Algot. Hans tillstånd är nu inte längre akut. Det som återstår att kontrollera är om han har fått ett slag mot huvudet som kan ha gett en blödning i hjärnan.

En akut skullröntgen beställs. Under tiden förbereder sjuksköterskan en vårdplats åt Algot på en medicinavdelning eftersom inget tyder på att han har något som ska åtgärdas kirurgiskt. Algot får en plats på en medicinavdelning som tillhör geriatriken.

På geriatriken tas Algot emot av sjuksköterskan som fortsätter att kolla Algots värden. Skullröntgen visar ingen blödning men Algot har en förhöjd sänka. Nu har Algot också fått feber och läkaren kontaktas. Sjuksköterskan ger honom febernedsättande medicin. Algot står på blodförtunnande läkemedel och han får Alvedon eftersom vissa andra läkemedel har en blodförtunnande effekt och kan göra blödningsrisken ännu större. Läkaren hör att han har en dämpning över höger lunga som tyder på lunginflammation. Sjuksköterskan bedömer att Algot har svårt att ta emot mediciner i tablettform än så länge och ber läkaren ordinera intravenös tillförsel. Hon blandar till antibiotikan och ger den långsamt i den perifera venkatetern som Algot fick i ambulansen.

Med hjälp av en bladderscanner kontrolleras om Algot har urin i blåsan och det finns en hel del. Algot bedöms inte orka gå till toaletten själv så sjuksköterskan gör en tillfällig katetertappning. Algot låg flera timmar på golvet i lägenheten, och sjuksköterskan kontrollerar om han har synliga blåmärken eller tryckskador men hittar inget.

Nu får Algot sova under regelbunden tillsyn. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör upp en tillsynsplan för de närmaste timmarna tillsammans med undersköterskan som ansvarar för Algot. Då han bedöms som lätt förvirrad är risken stor att han plötsligt vill ta sig ur sängen och ställa sig upp med risk för nya fall. Därför ställs ett rörelselarm vid Algots fotända och grinden dras upp i halvläge. Undersköterskan ska titta till Algot en gång i kvarten när dottern har gått.

En första vårdplanering

Efter ett dygn på avdelningen hämtar sig Algot alltmer. Hans infektionsvärden har sjunkit, Algot är nu helt vaken och orienterad till person, men inte till tid och rum ännu. Han minns inget av vad som har hänt honom i hemmet. Han har börjat äta och dricka, behöver inte längre intravenös tillförsel och kan även ta tabletter. Tillsammans med dottern och Algot har sjuksköterskan och läkaren en första vårdplanering. Sjuksköterskan sammankallar till mötet. Fysioterapeuten och arbetsterapeuten har undersökt hur Algot kan utföra de dagliga sysslorna själv, hur han kan förflytta sig och om han behöver hjälpmedel för att säkra balansen och förebygga fall. Undersköterskan är med och informerar om hur hon upplever Algot i de dagliga aktiviteterna.

Tillsammans med kommunens biståndsbedömare, som sjuksköterskan kontaktat, bestämmer man att Algot ska stanna två dagar till för att sedan få komma till ett korttidsboende. Där får Algot ytterligare tid på sig att hämta kraft och man kan utreda vad som är bäst boendeform för Algot. Sjuksköterskan kontrollerar Algots vikt, hon beräknar hans BMI* och hur många kalorier han behöver dagligen. Det visar sig att Algot har en BMI på 20 vilket indikerar att han behöver öka lite i vikt. Hon frågar vad Algot brukar äta och dricka och skapar en nutritionsplan åt Algot med uträknat kaloribehov dagligen.

Efter två dagar får Algot plats på ett korttidsboende i närheten av sitt hem. Sjuksköterskan på geriatriken gör en skriftlig sammanfattning av Algots vårdinsatser och hälsoläge, en epikris, och kontaktar korttidsboendets sjuksköterska för att förbereda och planera en förflyttning av Algot till korttidsboendet. Algot är dämpad och verkar orolig på ett sätt som hans dotter inte känner igen. Han vill inte äta så mycket och svarar kort på frågor som ställs. Sjuksköterskan funderar på om Algot kan ha fått en depression. Algot är fortfarande inte orienterad till rum och tid hon tänker att Algot kan ha en fortsatt förvirring i samband med fallet eller ett tecken på en begynnande demens. Provsvaren visar inget avvikande.

*) BMI- Body mass index är ett mått på förhållandet mellan en persons längd och vikt.

Algot flyttar till korttidsboendet. Sjuksköterskan kontrollerar epikrisen och tar ett komplett ankomststatus på honom. Vid inflyttning tas alltid vikt, puls och blodtryck. Mat och dryck registreras under tre dygn om den boende inte avböjer. Sjuksköterskan gör en Senior Alert-bedömning för att kunna utvärdera fall, tryck och undernäingsrisker. Hon skapar omvårdningsplaner utifrån de förslag hon får via Senior Alert och utifrån de behov som är specifika för Algot. På korttidsboendet arbetar även fysioterapeut och arbetsterapeut som gör nya bedömningar av hur dagliga aktiviteter kan utföras av Algot självständigt och var han behöver stöttning eller en knuff i rätt riktning. Undersköterskan som är Algots kontaktperson ber Algots dotter skriva en levnadsberättelse, har ett ankomstsamtal med Algot, visar runt på enheten och berättar om de aktiviteter som finns. Hon försöker umgås med Algot när hon arbetar och skapar en genomförandeplan som Algot godkänner. Algot blir mer öppen efterhand. Han börjar återfå aptiten och då kommer också den glada Algot som dottern saknat tillbaka. Efterhand börjar han minnas vad som hände i hemmet och berättar för sjuksköterskan som dagligen besöker Algot.

Algot vill bo med andra

Algot berättar att han känt sig alltmer isolerad och ensam den senaste tiden. Han började tycka att livet var meningslöst, tappade aptiten och började fundera på att ta sitt liv. Saknaden efter hustrun och den dagliga tystnaden och ensamheten kändes övermäktig.

Algots önskan är att få bo med andra och ha den dagliga omvårdnad och stöttning som han nu får på korttidsboendet. Hela teamet instämmer i att Algot far illa av att bo själv. Risken är överhängande att han snart är på sjukhus akut igen och att depressionen slår fullt ut. Algot ansöker om att få flytta in på ett särskilt boende permanent. Han är glad över möjligheten att få dagligt sällskap, att umgås med andra i samma ålder, och har redan knutit kontakt med en jämnårig man där båda har stort intresse för båtar.

Sjuksköterskan har kontakt med samordnaren på kommunen och kommer att kontaktas när Algot har fått en permanent plats på ett passande boende. Helst vill han bo kvar i den verksamhet där han nu är, men på en permanent enhet. Algot får en plats efter en vecka och sjuksköterskan rapporterar över till enhetsansvarig sjuksköterska. Algot är nöjd, hans dotter är mycket tacksam och lycklig över hur väl allt slutade.



Foto Colourbox

ÄLDRE PERSONER

har rätt till god och säker omvårdnad



Svensk sjuksköterskeförening
Baldersgatan 1
114 27 Stockholm
Tel 08-412 24 00
www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. www.swenurse.se