

Den äldre med marevanbehandling i hemvården

- en studie om INR-provtagning i hemmet

Svenlin-Södö Lisen

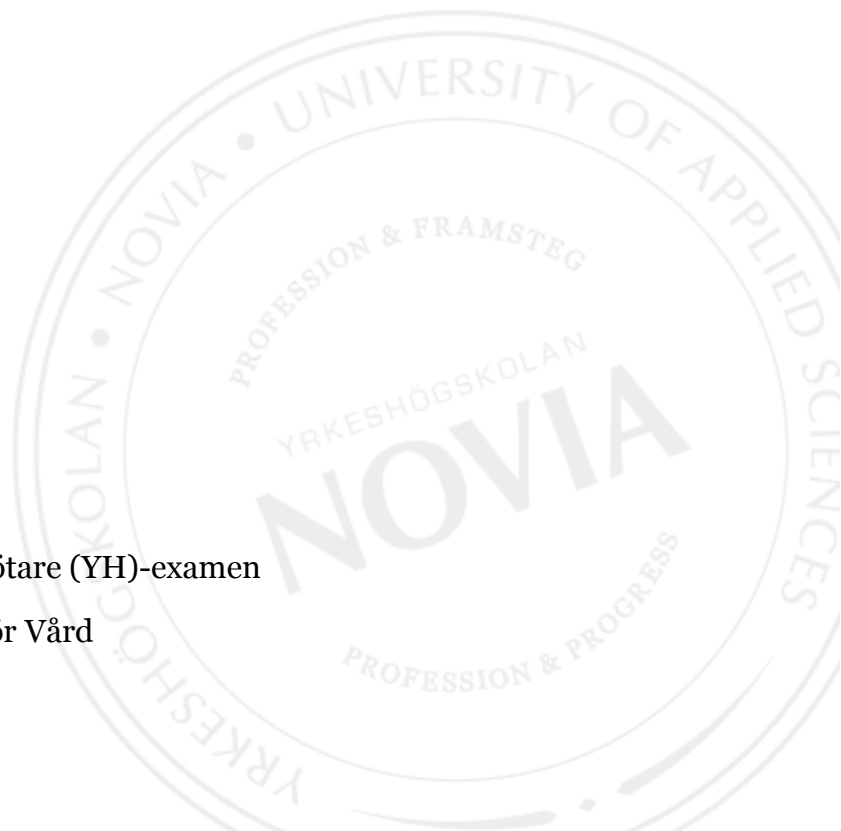
Värnström Ann-Mari

Åkerlund Heidi

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Svenlin-Södö Lisen, Värnström Ann-Mari och Åkerlund Heidi

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningalternativ: Vårdarbete

Handledare: Frilund Marianne

Titel: Den äldre med marevanbehandling i hemvården – en studie om INR-provtagning i hemmet

Datum Maj 2013

Sidantal 66

Bilagor 7

Sammanfattning

I maj 2011 trädde en lag i kraft om att kombinera hemservice och hemsjukvård till en gemensam enhet med benämning hemvård. På grund av denna lag har organisationsförändringar gjorts inom social- och hälsovården. Detta påverkar många processer i hemvården. Syftet med denna studie är att kartlägga och utveckla processen kring den äldre med marevanbehandling i syfte att förbättra patienttryggheten i samband med behandlingen. Frågeställningar är: Vad behöver iakttas vid uppföljning av den äldre med marevanbehandling? Vilka styrkor och svagheter förekommer i den nuvarande vården i relation till trygg marevanbehandling för äldre? Hur kunde en modell se ut som ger den äldre en trygg marevanbehandling?

Denna kvalitativa studie baserar sig på fokusintervjuer med en expertgrupp bestående av fem INR-skötare från Hemvården. Vi har använt oss av grundad teori som analysmetod vid bearbetning av data. Resultatet av studien blev en kartläggning av INR-provtagning i hemvården hos den äldre med marevanbehandling. Detta synliggörs i en figur som illustrerar styrkor och svagheter/utmaningar vid trygg marevanbehandling. Slutresultatet illustreras också i en önskemodell, som kunde ge den äldre en trygg marevanbehandling. Kriterier för rätt till INR-provtagning i hemmet blev ytterligare en ”biprodukt” av detta examensarbete.

Språk: Svenska

Nyckelord: Hemvård, marevanbehandling, INR-provtagning, den äldre.

BACHELOR´S THESIS

Authors: Svenlin-Södö Lisen, Värnström Ann-Mari och Åkerlund Heidi

Degree Programme: Health Care, Vasa

Specialization: Nursing

Supervisors: Frilund Marianne

Title: Elderly with marevantreatment in home care – a study on INR-monitoring at home

Date	May 2013	Number of pages	66	Appendices	7
------	----------	-----------------	----	------------	---

Summary

In May 2011 a law came into force, which wanted to combine home services and home health care into a single unit called home care. Because of this law, organizational changes have been made in social welfare and health care. This affects many processes in home care. The purpose of this study is to identify and develop the process surrounding elderly having Marevan treatment, in order to improve patient safety in connection with the treatment. Research questions are: What needs to be observed in the monitoring of the elderly with Marevan treatment? What are the strengths and weaknesses/challenges that exist in the current health care in relation to safe Marevan treatment for the elderly? What could a model look like that would give the elderly a safe Marevan treatment?

This qualitative study is based on focus interviews with a group of experts that consists of five INR nurses from home care. We have used grounded theory as a method of analysis in the processing of data. The result of the study was a survey of INR-monitoring in the care of the elderly with Marevan treatment at home. This is made visible in a figure that illustrates the strengths and weaknesses/challenges to safe Marevan treatment. The outcome is also illustrated in an optimal model, which would give the elderly a safe Marevan treatment. Criteria for entitlement to INR- monitoring at home were another “by-product” of this thesis.

Language: Swedish

Key words: Home care, Marevan treatment, INR-monitoring, the elderly.

FÖRORD

Detta lärdomsprov kom till efter att arbetsplatsen kontaktats och tillfrågats om behov av undersökning kring någon del i arbetsprocesserna finns. Det fanns behov av att både utreda processen kring INR-provtagning i hemvården samt utveckla informationsmaterial att användas i handledning av den äldre med marevanbehandling. Vi valde i samråd med arbetsplatsen och vår lärare att begränsa oss till det förstnämnda. Vårt lärdomsprov handlar därför om den äldre med marevanbehandling i hemvården. Lärdomsprovet blev mera omfattande än vi tänkt oss, trots att vi måste hitta ord och material med vetenskaplig evidens att utgå ifrån.

Vi vill tacka expertgruppen som medverkat med sin kunskap vid fokusgruppintervjuerna och därmed bidrog till insamlandet av datamaterial. Tack vare Er har vi nu en slutprodukt att erbjuda er arbetsplats. Vi tackar också för den professionella handledning som vår lärare bistått med, i syfte att utveckla kvaliteten på vårt lärdomsprov. Vi vill också tacka våra familjer, som har accepterat att detta lärdomsprov har tagit mycket av vår tid. Vår förhoppning är att detta lärdomsprov ska ge lite uppmuntran åt dem som arbetar inom hemvården. Vi gör som sjukskötare ett värdefullt arbete och ska vara stolta över vårt yrke. Vi ska även i framtiden erbjuda de äldre en god vård av hög kvalitet. Vi ska också ta vara på de unika människor vi möter och låta varje möte bli ett skapande ögonblick.

Ann-Mari, Heidi och Lisen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND TILL STUDIEN.....	2
3 SYFTE OCH PROBLEMPRECISERING.....	2
3.1 Etiska ställningstaganden.....	3
4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	4
4.1 Hemmet som arbetsplats.....	4
4.2 Vårdrelationen	5
4.2.1 Joyce Travelbees syn på vårdrelation	6
4.2.2 Kari Martinsens syn på omsorg.....	7
4.3 Det goda vårdandet	8
4.3.1 Det meningsbärande ansvaret.....	9
4.3.2 Den livgivande bekräftelsen.....	10
4.3.3 Tid som gemenskap	11
4.4 De inneboende hälsoresurserna.....	12
5 DET PRAKTISKA VÅRDARBETET.....	13
5.1 Vård- och serviceplanen.....	14
5.1.1 Användning av omvårdnadsdiagnoser	16
5.1.2 Fastställande av mål och förverkligande.....	17
5.2 Dokumentation och utvärdering	18
5.2.1 Bedömning med hjälp av RAI	18
5.2.2 Omvårdnadsepikris	19
6 TEORETISK BAKGRUND.....	19
6.1 Normalt åldrande	20
6.1.1 Fysiska förändringar hos den äldre	20
6.1.2 Psykiska förändringar hos den äldre	21
6.1.3 Socialt och andligt åldrande.....	22
6.2 Den äldre i hemvården.....	23
6.2.1 Marevanbehandling	23
6.2.2 Riskfaktorer	24
6.2.3 Minnesstörningar	25
6.2.4 Övriga faktorer	25
6.3 Minnessjukdomar och marevanbehandling.....	26

6.4 Information till den äldre med marevanbehandling.....	27
6.5 Ökad patienttrygghet för den äldre med marevanbehandling.....	28
7 TIDIGARE FORSKNING – STUDIENS CENTRALA BEGREPP.....	29
7.1 Trygghet.....	30
7.2 Delaktighet.....	31
7.3 Kvalitet.....	32
7.4 Ekonomi.....	33
7.5 Jämlikhet.....	34
8 METODER OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	35
8.1 Kvalitativa metoder.....	35
8.2 Grundad teori.....	35
8.2.1 Tillämpning av grundad teori.....	36
8.3 Datainsamlingsmetod.....	36
8.3.1 Fokusgruppintervjuer.....	36
8.3.2 Datainsamlingsprocessen.....	37
9 KARTLÄGGNING AV DEN ÄLDRES VÅRD.....	39
9.1 Patientprofil.....	40
9.1.1 Kriterier.....	40
9.1.2 Gemensamma nämnare.....	41
9.1.3 Uteslutande faktorer.....	41
9.2 Kartläggning av vårdkontakten.....	42
9.2.1 Inskrivning.....	42
9.3 Hembesök.....	43
9.3.1 Hemmet som arbetsplats.....	44
9.3.2 Provtagning i hemmet.....	44
9.3.3 Observation av den äldre.....	45
9.3.4Handledning av den äldre.....	45
9.4 Ordination.....	46
9.4.1 Sjukskötarens roll.....	46
9.4.2 Förverkligande av ordination.....	47
9.4.3 Information till den äldre med marevanbehandling.....	47
9.4.4 Risker med marevanbehandling.....	48

9.5 Dokumentation	49
9.5.1 Patientcentrerad dokumentation	49
9.5.2 Patientjournal	50
9.5.3 Utvärdering	50
9.6 Utskrivning	50
9.7 Värderingar som styr vården av den äldre	51
9.7.1 Kvalitet	51
9.7.2 Ekonomi	52
9.7.3 Förtroende och pålitlighet	53
9.7.4 Andra värderingar av betydelse	53
9.8 Utmaningar i vården av den äldre med marevanbehandling	54
9.8.1 Tillräckligt med resurser	54
9.8.2 Tydliga kriterier	55
9.8.3 Information till den äldre	55
9.8.4 Samarbete med andra instanser	56
9.8.5 Avslutande av tidsbunden ordination	56
10 TRYGG MAREVANBEHANDLING FÖR DEN ÄLDRE - TOLKNING AV STUDIENS RESULTAT	57
11 KRITISK GRANSKNING	62
11.1 Etiskt värde	62
11.2 Intern logik	63
11.3 Pragmatiska kriteriet	63
12 DISKUSSION	64
13 REFERENSER	67

Bilagor

1 INLEDNING

Detta lärdomsprov är ett beställningsarbete från en kommun i Västra Finlands län och innefattar en kartläggning av den äldre med INR-provtagning i hemvården. INR är en förkortning på International Normalized Ratio dvs. internationellt normaliserat förhållande. Koaguleringsförmågan i blodet anges med detta INR-värde. INR-värdet kan påverkas genom ett läkemedel, som har warfarin som verksamt substans. Studien har avgränsats till den äldre människan inom den öppna vården.

Lärdomsprovet görs i form av ett projekt och gruppen består av tre sjukskötarstuderande från Yrkeshögskolan Novia och fem sjukskötare som arbetar som INR-skötare vid Hemvården i Västra Finlands län. Avsikten är att i samarbete med dessa personer kartlägga hur INR-vårdkedjan¹ kring den äldre patienten² fungerar inom hemvården i nuläget. Projektgruppen kan därefter identifiera eventuella svaga punkter och ge ett förslag på åtgärder för att trygga patientens vård och garantera en vård av hög kvalitet. Området begränsas till INR-provtagning i hemvården sedd från sjukskötarens perspektiv. Projektet väntas leda till konkreta kriterier, som kunde finnas till grund när man avgör vem som har rätt till INR-provtagning i hemmet. I dagsläget krävs att patienten behöver en rullator inomhus för att kunna förflytta sig och det är önskvärt att man har ett INR-värde som är stabilt och ligger mellan 2 och 3. Till detta har man ytterligare fogat en bedömning från fall till fall.

Det är stora förändringar på gång i och med att hemsjukvården och hemservicen har sammanslagits till en gemensam enhet med benämning hemvård.³ Det är därför bra att granska och vid behov uppdatera de arbetsrutiner som finns inom den förnyade hemvården. Med en god struktur för vården och en fortlöpande utveckling kan det praktiska arbetet utföras effektivt och förhoppningsvis sparas också tid. När man lyfter fram de olika delar som ingår i vården av den äldre inom hemvården kan man eventuellt också skapa en ny medvetenhet om vårdandets innehåll och meningssammanhang.

¹**vårdkedja**, sammanhållen vårdepisod, en serie av samordnade vårdinsatser, inkl. patientinformation och patientundervisning, för att säkerställa adekvat utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering utan dröjsmål. Nationalencyklopedin, 2012. Org.nu 556573-8225.

²Inom hemsjukvården använder man sig av begreppet kund. Vi har valt att använda oss av begreppet patient i detta lärdomsprov.

³ Folkhälsolag 28.1.1972/66.

2 BAKGRUND TILL STUDIEN

Vid den enhet där studien utförs upprätthålls kommunal hälso- och sjukvård, socialomsorg, äldreomsorg och miljöhälsovård för människor från fyra olika kommuner. Verksamheten betjänar i nuläget ungefär 42 000 människor och sysselsätter ungefär 1 700 anställda, de flesta inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen. Social- och hälsovården leds av social- och hälsovårdsnämnden som i sin tur är underställd stadsfullmäktige och styrelsen. I nämnden finns 16 medlemmar från samarbetsområdets fyra kommuner. Social- och hälsovårdens grundvärderingar kan beskrivas med några nyckelord: jämlikhet, delaktighet, förtroende, pålitlighet, kvalitet och ekonomi. Den vision man ställt upp för år 2020 är en frisk och välmående befolkning. Detta vill man uppnå genom en social- och hälsovård som främjar trygghet och god hälsa.⁴

I maj 2011 trädde en lag i kraft i syfte att helt eller delvis kombinera hemservice och hemsjukvård till en gemensam enhet med benämning hemvård.⁵ Utifrån denna lag har man gjort organisationsförändringar inom social- och hälsovården, vilket har lett till att olika rutiner och principer borde samordnas. På arbetsplatsen vill man ha kostnadseffektiva och moderna arbetssätt samt en ändamålsenlig struktur så att en behärskad kostnadsutveckling kan iakttas.⁶ Vi utgår ifrån antagandet att en väldefinierad och välstrukturerad vård också ger en vård av hög kvalitet.

3 SYFTE OCH PROBLEMPRECISERING

Syftet med denna undersökning är att kartlägga och utveckla processen kring den äldre med marevanbehandling för att öka patienttryggheten i samband med behandlingen. Studien är en kvalitativ studie baserad på data från fokusgruppintervjuer samt vetenskaplig forskning och annan användbar litteratur.

Frågeställningar är: Vad behöver iakttas vid uppföljning av den äldre med marevanbehandling? Vilka styrkor och svagheter förekommer i den nuvarande vården i relation till trygg marevanbehandling för äldre? Hur kunde en modell se ut som ger den äldre en trygg marevanbehandling?

⁴Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad. 2011.

⁵Folkhälsolag 28.1.1972/66.

⁶Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad. 2011.

3.1 Etiska ställningstaganden

Det finns fyra huvudkrav för forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.⁷ Med informationskravet menas att vi har informerat de berörda om examensarbetets syfte och deras uppgift i projektet. Samtyckeskravet har inneburit att vi haft undersökningsdeltagarnas samtycke. Informanterna har blivit upplysta om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan utan att drabbas av negativa konsekvenser. Deltagarna har inte utsatts för otillbörlig påverkan gällande varken medverkan eller avbrytande. Beroendeförhållande har inte heller funnits mellan oss och uppgiftslämnarna. Informanterna har getts största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna har förvarats på sådant sätt att obehöriga inte kunnat ta del av dem. Alla uppgifter om identifierbara personer har antecknats, lagrats och avrapporterats så att de inte ska kunna identifieras av utomstående. Nyttjandekravet har inneburit att insamlat datamaterial endast använts i detta examensarbete. Informationen kommer inte att användas i beslut eller åtgärder som påverkar de enskilda informanterna direkt.⁸

Vi vill med vårt lärdomsprov vara med och utveckla vården så att den stödjer professionella och etiska värderingar och förhållningssätt, i enlighet med de riktlinjer som finns för sjukskötare. Vi vill också stimulera användningen av forskning gällande omvårdnad och hälsa.⁹ I vårt lärdomsprov har vi försökt att framställa materialet på ett sådant sätt att ingen ska kunna bli kränkt. Vid intervjuerna har vi beaktat etiken när vi framställt diskussionsfrågorna. Vi har inte haft någon patientintervju i detta examensarbete och därför anser vi att det inte föreligger någon större etisk risk. Vi respekterar den sakkunskap som INR-skötarna har och vi har strävat efter ett gott samarbete. Vi hoppas att vi tillsammans ska få en ökad kunskap om hur en trygg vård för den äldre med marevanbehandling ska se ut.

⁷ Vetenskapsrådet. Sid 6-14.

⁸ Andersen, I. (1998). Sid 247-249.

⁹ Svenska sjuksköterskeföreningen. (2007). Sid 9-10.

4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

I detta kapitel ska vi närmare gå in på omvårdnadens betydelse hos den äldre med marevanbehandling. En vårdrelation är en relation mellan en människa i egenskap av patient och en människa i egenskap av professionell vårdare, inom någon form av vårdverksamhet. En professionell vårdares uppgift är att främja och motivera till goda relationer i omvårdnaden av patienten samt stöda den äldres inneboende resurser i riktning mot hälsa. När man som sjukskötare inom hemvården kommer in i en människas hem bör man också vara medveten om att man riskerar att överträda gränserna för det privata. Man betonar vikten av att lära känna varandra för att uppnå en professionell vänskap och ett förtroende. Arbetet i hemvården ses som ett medskapande där det är viktigt att plantera frön, som patienten sedan får tänka över. Har man för bråttom påverkas vårdrelationen negativt.^{10 11} Som teoretisk utgångspunkt har vi använt oss av Travelbees syn på vårdrelationer och Martinsens syn på omsorg.

4.1 Hemmet som arbetsplats

I hemvården är arbetsplatsen en annan människas hem. Detta kräver stor varsamhet och vördnad för den enskilda människan och även för andra familjemedlemmar. Hemmet är en fridlyst plats och därför behöver vårdaren lov för att ta del av den äldres verklighet. Man behöver finna honom i det sammanhang han fungerar i. Man behöver också komma överens om tidpunkt för hembesöket. Vid handledningen behöver man utgå ifrån de resurser och förutsättningar som den äldre har och sträva efter att visa vägen i riktning mot hälsa. Handledningen bör alltså ta sikte på framtiden och processen bör starta inifrån människan själv och därifrån påverka sättet att leva. Detta kräver stort tålamod och stor ödmjukhet inför människans resurser. Man bör hjälpa patienten att ta till sig kunskap och därigenom hjälpa honom att hjälpa sig själv. Utgångspunkten är att börja med de viktigaste frågorna först och sedan bygga vidare på kunskapen. Vid behov bör vårdaren tillfälligt ta över ansvaret och så småningom ge tillbaka ansvaret till patienten när han är mogen för detta. När problem uppstår bör man hitta lösningar utifrån hemförhållandena och utifrån vad som är realistiskt. Vårdrelationen bör grunda sig på förtroende och vårdaren bör också sträva till att inge hopp inför framtiden.¹²

¹⁰ Lindahl, B. m.fl. 2010. 454-463.

¹¹ Snellman, I. Gedda, K.M. 2012. 714-726

¹² Hilli, Y. 2007. 105-135.

Hemmet kan också ses som en symbol för människans inre rum. I det rummet samlar människan kraft för det som ska göras utanför hemmet. Hjärtat inom en människa kan tolkas som det fredade område dit ingen annan har tillträde. Där finns källan till människans livskraft och mening. När människan möter sitt innersta väsen sker en helande process. En bestående förändringsprocess borde således ta sin början från det innersta rummet. För att vårdaren ska kunna inbjuda till en vårdrelation krävs att denne är hemmastadd i sig själv. I den naturliga vården ingår kärlek, värme och en öppen famn. En gästfri hållning skapar nämligen trivsel. Vårdaren och patienten har ett gemensamt intresse, delade värderingar och delad insikt. Det djupa som uppstår i mötet och den helande kraften som kan frigöras beror på vårdarens och patientens förmåga att dela en gemensam värld.¹³

Vårdgemenskapen kan också beskrivas som förmågan att skapa möjligheter för den andre. Viljan att vårda måste komma inifrån vårdaren. Vårdaren kan inte kräva förändring eftersom allt är frivilligt, men hon kan bilda sig en uppfattning om vad som är möjligt att genomföra utifrån patientens resurser. Vårdandets etik innebär en bekräftelse av patientens värdighet. Denne är en unik person med självbestämmanderätt. För att ett samtal ska kunna uppstå krävs en inbjudan från båda parterna. Det förutsätter också att man är läskunnig och har tagit till sig lyssnandets konst. Förtrolighet och gemenskap är viktiga ingredienser i mötet. All handling föregås av ansvar, både från patientens och från vårdarens sida.¹⁴

4.2 Vårdrelationen

Vårdrelationen påverkas av många olika faktorer. Yttre faktorer som kan påverka relationen i både positiv och negativ riktning är arbetsgemenskap och ledarskap. Arbetskamraternas rapportering kan också påverka vårdarna så att de tar med sig en förförståelse till mötet med patienten, vilket påverkar vårdrelationen. Arbetsfördelningen kan medföra ett hinder om vårdaren och patienten inte är på samma våglängd. Patientens möjlighet att välja vem hon vill anförtro sig åt begränsas också vid användningen av egenvårdsmodeller.¹⁵ Vårdrelationen ska inte vara en vänskapsrelation utan patientens hälsa och förändring i hennes tillstånd ska stå i fokus. Vårdaren ska därför bespara patienten sina egna svårigheter. Tid påverkar vårdrelationen, ibland hittar man varandra

¹³ Hilli, Y. 2007. 163-167.

¹⁴ Hilli, Y. 2007. 163-167.

¹⁵ Kasén, A. 2002. 127-129.

omedelbart och ibland behövs tid. Vårdaren bör inbjuda till samtal. I en god vårdrelation finns gensvar, uppriktighet, ärlighet och tillit. Det upplevs också meningsbärande om det finns trygghet, medvaro och en möjlighet till växt och utveckling. Tron kan också utgöra en kraftkälla.¹⁶ Närvarandet möjliggör ett samförstånd mellan vårdare och patient. I relationen kan också finnas medlidande, utan att man dömer den andres livsval. Det krävs ibland mod av vårdaren för att våga gripa in och skapa möjligheter för patienten. Genom bekräftelsen synliggör man patientens innersta önskan om att bli sedd och förstådd. Ibland innebär vårdande också skuld, när man känner sin egen otillräcklighet.¹⁷

4.2.1 Joyce Travelbees syn på vårdrelation

Joyce Travelbee (1926-1973) var en teoretiker inom vård och omsorg med en verklighetssyn som är av särskilt stort intresse idag. Detta beror på att många av hennes tankegångar, som hon redan vid 1960-talets slut presenterade och formulerade, nu har vunnit starkt gehör bland vårdpersonal. Hennes teori bygger på existentiellisk åskådning och hon tar starkt avstånd från en generaliserande människosyn. Teorins viktigaste begrepp är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Travelbee påpekar att mening gör det möjligt för människan att inte bara finna sig till rätta med sin sjukdom, utan att också utnyttja den som en stärkande och självutvecklande livserfarenhet.¹⁸

En av vårdarens viktigaste redskap består enligt Travelbee i kommunikation. Kommunikation är en ömsesidig process där man förmedlar tankar och känslor. Kommunikation är en förutsättning för att uppnå det som enligt Travelbee är målet för omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse. Interaktionen mellan patient och vårdare äger i stor utsträckning rum via kommunikationen. Syftet med kommunikation är att lära känna patienten och att utforska och tillgodose hans behov. Kommunikation kan antagligen lindra eller förstärka patientens isolering och ensamhet. Travelbee identifierar också faktorer som kan förorsaka avbrott eller olika allvarliga störningar i kommunikationen t.ex. bristande förmåga att se patienten som individ eller att undgå att uppfatta olika nivåer av mening i kommunikationen. En terapeutisk användning av sig själv kräver enligt Travelbee

¹⁶ Kasén, A. 2002. 129-140.

¹⁷ Von Post, I. 1995. 153-167.

¹⁸ Travelbee, J. 1971. 119-136.

självinsikt, förståelse av dynamiken i människors handlingar och att kunna ingripa på ett effektivt sätt. För det krävs att man har en grundläggande förståelse av människors villkor och egna värderingar.¹⁹

4.2.2 Kari Martinsens syn på omsorg

Kari Martinsen är en vårdteoretiker som beskriver omsorg som ett öppet och nära förhållande mellan två människor. Omsorg är ett moraliskt begrepp som är knutet till principen om att ta ansvar för de svaga. Omsorg innebär även en konkret situationshandling som ligger till grund för förförståelse om vad som bäst gagnar den andra personen. Det handlar om en mellanmänsklig relation mellan två individer där relationen präglas av ömsesidighet, gemenskap och solidaritet. Martinsen menar även att en förutsättning för att kunna utföra omsorg är att det finns en förståelse för den andres situation, en förståelse som växer fram ur gemensamma erfarenheter. Hon påpekar också att den som utför omsorg inte ska vänta sig något i gengäld. Omvårdnad är ett omsorgsyrke som bygger på moraliskt ansvarsfullt utövande av makt och handlar om att ta hand om de svaga.²⁰

Martinsen menar att omsorg är kärlek till din nästa, att handla för den andras bästa. Hon poängterar också att omsorg är mer än en grundhållning, den består av praktiska handlingar. Hon talat om varseblivning som grund för all förståelse. Det innebär att vara närvarande och hjälpa med alla sina sinnen. Hon poängterar betydelsen av sinnesintrycken som ger oss förståelse för hela situationen. Som sjuksköterska innebär det att tolka, artikulera och höra i den andres situation. Hon pratar om sjuksköterskan som den professionella ställföreträdaren vilket förutsätter en relation mellan den nödställda och henne själv. Martinsen påpekar också att professionellt omdöme kommer genom praktiska erfarenheter och exempelinläring. Det professionella omdömet syns i sjuksköterskans helhetsförståelse för en specifik situation där hon betraktar helheten och inte enskilda element. Professionellt omdöme kommer från träning i att vara öppen för sinnesintryck vilket kommer genom träning i att se, lyssna och beröra rent kliniskt. När man lär sig konsten att tolka så kan det goda växa fram.²¹

¹⁹ Travelbee, J. 1971. 119-136.

²⁰ Martinsen, K. 2003.

²¹ Martinsen, K. 2003.

4.3 Det goda vårdandet

Det goda vårdandet innehåller möjligheten att kunna tillfredsställa den äldres vårdbehov. Många vårdare talar om att kunna ge patienten det där lilla extra. Det handlar också om den äldres förnöjsamhet och livskvalitet. Den uppskattning som vårdaren får pga. den äldres förnöjsamhet ger tillfredsställelse i arbetet. För den äldre är det livskvalitet att få bo kvar i hemmet och att få ha en god hälsa. Relationer är viktiga för upplevelsen av livskvalitet och genom dessa får den äldre bekräftelse och respekt.²² Det goda vårdandet innehåller följande komponenter: vårdbehov, caring, omsorg, kompetens och intelligens, situationen, kulturen, gemensamma uppfattningar samt tid (historia, nutid och framtid). Det goda vårdandet medför välbehag i det vårdande ögonblicket. I patientens livssammanhang ingår även relationer till andra (anhöriga, medpatienter, arbetskamrater och/eller Gud). Patientens vårdbehov kan ses som en förmedling av lidande. Därigenom kan vi som vårdare lindra hans lidande och hjälpa honom mot helhet och hälsa. För att kunna göra detta måste vi förstå hans lidande i termer av begär, behov och problem och även ha en uppfattning om patientens förmåga att tolka och förstå sig själv.²³

Om vi ska förstå patientens vårdbehov krävs att han kan kommunicera dem. Det behövs också en tillit till vårdaren som person och till hans professionella kompetens. Det förutsätter att vårdaren avsätter tid till att lyssna och förstå vad patienten vill förmedla i samtalet. Det behövs en vårdare som förmedlar öppenhet genom sin närvaro och detta kan man göra genom ögonkontakt, röstläge, känslor och kroppsspråk. Det krävs mod och personlig mognad att som vårdare våga möta patientens lidande och vårdbehov. Den arbetsbörda som ofta finns inom hälso- och sjukvården hindrar ibland patienten att delge vårdaren sina vårdbehov. Genom bemötandet och bekräftelsen stärks patientens självbestämmande och självförverkligande. En tyst patient kan skydda sig själv därför att han är rädd för att bli kränkt och sårad. Vårdarens caritativa förhållningssätt blir synligt i handlingen. Genom handens gärningar kan man möta patientens begär efter kärlek, liv och mening.²⁴

För att kunna ta del av patientens värld och hans livssammanhang måste vi som vårdare kunna lyssna till hans berättelse. Samtalet bör ha en vårdande effekt. Det bör också finnas en vilja att förstå den andra människan. Tålmod, takt och finkänslighet är viktiga ingredienser i samtalet. När man formulerar tankar till ord startar en reflektion och en

²² Frilund, M. m.fl.2007.16–17.

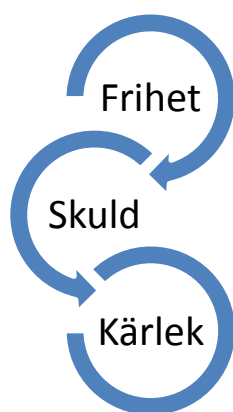
²³ Fagerström, L. 2000. 49-50, 75-80.

²⁴ Fagerström, L. 2000. 49-50, 75-80.

möjlighet till eftertanke påbörjas. Berättelsen förmedlas både verbalt och nonverbalt. Man kan också säga att man medvetandegör den egna inre världen i sin berättelse. När vi som vårdare lyssnar till patientens berättelse ger vi honom möjligheter att finna nya lösningar och hitta tillbaka till balansen i livet. Om vi som vårdare kan förmedla närhet, värme och respekt kan patienten känna tillit och en vårdande process kan ske.^{25 26}

4.3.1 Det meningsbärande ansvaret

Som sjukskötare har man ett stort ansvar för planering, förverkligande och utvärdering av vården. Vårdaren bör handla utifrån kärlek, vördnad och ansvar när hon tjänar människan och livet.²⁷ Ansvar kan ses som frihet, skuld och kärlek. Frihet innebär en inre frihet i relation till sig själv, till de val man ställs inför och till värdegrunden. Utan frihet kan människan inte handla moraliskt och ta ansvar för sig själv och sina handlingar. Människan är fri först när hon uppfattar sin begränsning. En frihet som är gränslös benämns egoism. Frihet är förbundet till skuld och kärlek i ansvarets ontologi (se figur 1 nere på sidan). Skulden är en kraft som ger människan insikt om sin egen identitet. Vägen från skuld till ansvar går via gottgörelse och kan benämnas samvete eller själsinsikt.²⁸ Kärlek eller caritas är vårdvetenskapens grundmotiv och det godas källa. Kärlekens gärning är helig och uppoffrande och dess frukter känns igen i ansvarets gärningar.²⁹



Figur 1: Answarets ontologi

²⁵ Ekebergh, M. 2012. 493-494.

²⁶ Hilli, Y. 2007. 105-135.

²⁷ Hilli, Y. 2007. 171-172.

²⁸ Wallinvirta, E. 2011. 117-145, 185-186.

²⁹ Wallinvirta, E. 2011. 117-145, 185-186.

Att som vårdare ta ansvar innebär att man inte flyr undan, utan vidkänner sin skyldighet att handla. Ansvar synliggörs i varje handling för patientens bästa och grundar sig på en tro på vad som är gott för den andra. Genom ansvarets kärleksfulla gärningar förmedlas det sanna, det sköna och det goda i vårdandets meningssammanhang.³⁰ Ansvar innebär också att lyssna till den andre. Varje människa ska ha rätt att vända sig till någon som inte dömer. Sjukskötaren blir således den som stöder och bär den andre i dennes lidande utan att förvänta sig någon motgåva. Samvaro är att föreställa sig vad den andre vill, känner, uppfattar och tänker i sitt liv och i den verklighet han lever i. Som utvald har man ett gränslöst ansvar som kallar till ett förverkligande genom kärlek. En sjukskötare som lyssnar med sitt innersta väsen älskar och värderar livet och medmänniskan.³¹ Vårdarens ansvar sträcker sig så långt att hon kan bli tvungen att låta den andre gömma sin egen sanning ett tag. Det här kan uppstå i en sådan situation där patienten inte är redo att möta sitt eget innersta och lögnen har blivit en överlevnadsstrategi.³²

4.3.2 Den livgivande bekräftelsen

Viktiga ingredienser i vårdandet är att inbjuda och bekräfta den andre. Bekräftelsen i sig är helande och förmedlar känslan av att bli tagen på allvar. Brist på bekräftelse innebär däremot förtvivlan och utestängande. Bekräftelsen har en stor betydelse i patientens upplevelse av lidande och hälsa. Vårdarens personlighet och inre trygghet är en viktig del i bekräftelsen av den andre. Att kunna känna empati och att kunna lyssna är aspekter som hör samman med bekräftelsen. Den högsta formen av bekräftande kallas livgivande. Det ökar patientens tillit och självbestämmanderätt. Bekräftelsen har i sig själv en relation till människans motivation. I mötet med den andre bör det finnas en öppenhet inför det som sker. Medmänsklighet, ärlighet och äkthet ingår i det optimala mötet, liksom känslan av att bege sig ut på djupt vatten. Priset för att ge sig hän i mötet kan också ibland gränsa till ångest och sårbarhet, men i det äkta mötet finns också möjligheten till något nytt, något skapande.³³

Om det ska bli ett möte behövs också kommunikation, verbal eller nonverbal. Kommunikation innebär att vara närvarande i nuet. I närvaron sker en konstatövning, där

³⁰ Wallinvirta, E. 2011. 117-145, 185-186.

³¹ Koskinen, C. 2011. 98-103.

³² Sjögren, R. 2012. 349-360.

³³ Nåden, D. 1998. 204-229.

sjukskötaren kan använda egna erfarenheter för att bekräfta patientens lidande och stödja hans motivation. Kommunikationen har en avgörande betydelse för patientens fortsatta väg. Värderingar och moralisk hållning har i alla tider varit styrande för den hjälp patienten får. Respekt och ansvar samt en sensitiv kommunikationsform är framträdande. Kreativitet syns i sjukskötarens handlande på en konkret nivå, men även på en övergripande nivå som kopplas till en inre drivkraft i riktning mot målet.³⁴ Kommunikationen syns i den gemenskap som uppstår mellan patient och vårdare. Den syns i relationen mellan patientens historia, nutid och framtid. Den syns också i patientens berättelse, i hans förmedlande av den värld som han lever i. Kommunikation syns i den ömsesidiga respekt som uppstår i vårdrelationen, framför allt när respekten för sig själv leder till respekt och omsorg om den andre.³⁵

4.3.3 Tid som gemenskap

Varandet innehåller tre olika tidsregioner: det som varit, det som är och det som kommer. Tiden gestaltas i relation till människan. I mötet med den andre går man utöver den egna tidens begränsningar och kan där förnimma tidens verksamma kraft. Den förlösande tiden framstår som möjligheten att bygga en bro vid mötet mellan två människor. Att få och ge tid innebär inte bara att patienten får av vår tid, utan att vi som vårdare också kan ta emot den tid patienten ger oss i form av minnesbilder.³⁶ Ger man patienten lite av sin tid så ger det lindring åt patientens lidande, man ger patienten välbefinnande för stunden.³⁷ Människans upplevelse av tiden förändras vid sjukdom där tiden begränsas. Tiden rör sig då från den livgivande tiden till den avgränsade tiden. Tid som upplevs som väntan kan ses som frånvaro av tid för gemenskap och syns som övergivenhetens ensamhet. Tiden borde i vårdandet vara en rörelse mot hälsa och helighet.³⁸

³⁴ Nåden, D. 1998. 204-229.

³⁵ Fredriksson, L. 2003. 77-78.

³⁶ Nurminen, M. 2009. 127-155.

³⁷ Nurminen, M. 2012. 286.

³⁸ Nurminen, M. 2009. 127-155.

4.4 De inneboende hälsoresurserna

I en studie har man försökt ta fram en hälsomodell för äldre. Där framkom att hälsa för äldre kan indelas i tre områden, nämligen fysisk, psykisk och socioekonomisk hälsa. Utifrån hälsa kan också urskiljas fyra konstruktioner: dagliga aktiviteter, fysisk status, emotionell hälsa och socialt engagemang. Åldrandeprocessen leder till en minskning av den fysiska funktionen och en ökning gällande förekomsten av kroniska hälsoproblem. Detta leder till olika nivåer av funktionellt beroende. Dagliga aktiviteter och fysisk status betonas därför starkt när det gäller hälsa för äldre. Isolering påverkar hälsa i negativ riktning. Emotionell hälsa och socialt engagemang var därför viktigt för upplevelsen av hälsa hos äldre. Hälsöfrämjande är således en viktig faktor i det aktiva åldrandet. Genom att ta fram indikatorer som påverkar hälsan för äldre kan man fastställa den äldres vårdbehov, utvärdera hälso- och sjukvården samt bedöma hälsotillståndet hos äldre.³⁹

Begreppet hälsa är ett dynamiskt begrepp och innehåller en strävan mot något bättre. Begreppets konkreta uttryck kan vara välbefinnande, tillfredsställelse, meningsfullhet, önsknings och funktionsförmåga. Vårdaren kan utveckla en patients hälsa genom intresse, sympati, respekt, tillåtande klimat, förståelse och kompetens. Äldre människor anser att omsorgsrelationen ska präglas av hjälpan och tillit och grundas på ett humanistiskt-altruistiskt värdesystem samt ett tillgodoseende av mänskliga behov. Förmågan till hopp är knutet till föreställningen om hur framtiden kunde se ut.⁴⁰ Hälsa som vardande är en rörelse mot enhet och helighet och är en ständigt pågående process. I den processen längtar människan efter värdighet genom den tjänst hon utför för en annan människa. Tjänandet innebär både lidande och glädje och förutsätter att de inre hälsoresurserna kommer till uttryck.⁴¹ För att väcka viljan till hälsa behöver man medvetandegöra människan om den inneboende resursen till hälsa och påverka den processen. Därmed blir människan en mera hel människa.⁴²

Hälsans inre rum finns inuti människan och därifrån spirar de goda hälsoresurserna och den goda kraften. Hälsoresurserna och den goda kraften tillvaratas genom dygderna och är en inre etisk hållning som syns i förhållandet till människor i relation till sitt eget vardande. Hälsans inre rum består av olika dimensioner: lust till liv och kraft att existera, strävan till ljus samt dygder. Dygderna är många till antalet. Visdom ger mening i hälsa och lycka i livet. Tron hjälper människan att kämpa trots tvekan i sitt liv och tvivel om den egna

³⁹ Chen, K-M., Hung, H.M., Lin, H.S., Haung, H.T. & Yang, Y.M. 2011. 2015-2025.

⁴⁰ Willman, A. 1996. 158-170.

⁴¹ Wärnå-Furu, C. 2012. 211.

⁴² Hilli, Y. 2007. 171-172.

hälsan. Mod innehåller en tillförsikt trots fruktan för sin hälsa. Kärlek innebär ett bejakande av lusten i hälsan och livet samtidigt som den är hälsans livslåga. Stoltheten utgör hälsans ryggrad, medan livsnerven består av uppriktighet. Frikostighet syns som generositet och givmildhet i förhållande till hälsan. Genom görandet utövas dygderna. Varandet innebär att tro på och ta till sig ”claritas” dvs. glädje, skönhet och ljus. Vardande innebär att man finner vägen till hälsans inre rum.⁴³

5 DET PRAKTISKA VÅRDARBETET

Det är viktigt att få det praktiska vårdarbetet att bli så välfungerande som möjligt utifrån patientens unika livssituation. Vårt handlande styrs av vårt etiska tänkande. Diskussioner kring etiken kan leda till växt och utveckling av vårdarbetet. Vardagsetiken kan beskrivas som tillgänglighet, rättvisa, ärlighet och öppenhet i kontakten med andra människor. Det krävs mod att våga lyfta fram sin egen otillräcklighet när man misslyckats i sitt handlande. Ibland kan vi som vårdare också ha ett ansvar att handleda våra arbetskamrater och försiktigt lyfta fram en handling, som är oetisk eller tanklös. I nuläget talar man också mycket om vikten av rutiner för att skapa trygghet i patientvården, även om man betonar utrymme för flexibilitet och kreativitet.⁴⁴

För att man ska uppnå en god kvalitet på det arbete som utförs krävs att arbetsplatsen är mån om att vården ska grunda sig på vetenskaplig forskning. Evidensbaserad hälso- och sjukvård är både ett förhållningssätt och en process där sjukskötaren använder sig av resultat från vetenskaplig forskning i sin verksamhet och i det dagliga arbetet. För att detta ska lyckas krävs en gemensam vilja att tillämpa forskning som underlag för beslut. När vården utformas bör man ta i beaktande patientens unika förutsättningar och den bästa tillgängliga vetenskapliga evidensen. Tre viktiga komponenter i en hälso- och sjukvård av hög kvalitet är därför evidens, vårdmiljö och en ändringsinriktad personal.⁴⁵ Evidens handlar om sanning. Vårdvetenskaplig evidens baseras på humanvetenskap och uttrycks som det sanningslika. Man strävar efter att göra vårdandet synligt i tanken dvs. huvudet, ethoset dvs. hjärtat och i de vardande gärningarna dvs. konsten. Evidens kommer från forskningsresultat men bör synliggöras i praktiken och komma patienten till del. Evidensen

⁴³ Wærnå, C. 2002. 126-144.

⁴⁴ Näsman, Y. m.fl. 2008. 50-52.

⁴⁵ Olsson, H., Sörensen, S. 2011. 276-277.

tillsammans med ethoset strävar mot det sanningslika, det goda och det sköna i vårdandets meningssammanhang.⁴⁶

5.1 Vård- och serviceplanen

I hemvården använder man sig av en vård- och serviceplan som grund för det praktiska vårdarbetet. Vård- och serviceplanen är en lagstadgad skyldighet och ett effektivt hjälpmedel då man utvecklar helhetsvården. Den är ett arbetsredskap som används för att bedöma behovet av hjälp och omvårdnad. Vård- och serviceplanen är en verksamhetsplan och ett avtal. Det är viktigt att vård- och serviceplanen skrivs ner eftersom alla därmed kan få ta del av den skriftliga kommunikationen. Den förändras inte, vilket muntlig information kan göra. Avsikten med en vård- och serviceplan är att stärka patientens förmåga att leva självständigt, att öka välbefinnandet och att ta fram klientens resurser. Vård- och serviceplanen har sin grund i patientens individuella behov och används för att tillfredsställa de fysiska, andliga och sociala behoven. Dessa utgör förutsättningar för patientens dagliga liv och välbefinnande. Det är viktigt att fundera över vilka effekter insatserna får för den enskilde och om han får tillräckligt med hjälp utifrån de egna resurserna. När ett vårdförhållande avslutas utvärderar man arbetet som har uppnåtts. Om patienten flyttar till ett annat boende eller till en annan vårdinstans ska den person som har haft hand om planen rapportera vidare. Planen kan också avslutas om döden inträffar.⁴⁷

Vid kartläggningen görs först en datainsamling gällande patienten, en granskning av ny kunskap och en identifiering av patientens problem. Kunskap om patienten fås genom observationer, interjuver, undersökningar, tester samt från intervju med patienten eller de anhöriga. Det är viktigt att anteckna uppgifterna objektivt och att åtskilja observationer och tolkningar. Uppgifter om livet och hälsotillståndet ingår som en väsentlig del. Eventuella livskriser kan ha betydelse för hemvården. Man behöver kunskap gällande vad patienten klarar av eller inte klarar av. Följande frågor är viktiga vid kartläggningen: Vem är denna människa? Hurudan är hennes livssituation? Finns bristande funktionsförmåga eller sjukdom? Är hon självständig? Upplever hon sin situation som problematisk? Vilken sjukdom har hon och kan den i så fall botas? Fastställande av den medicinska behandlingen

⁴⁶ Eriksson, K. 2012. 39-40.

⁴⁷ Päväranta, E. m.fl. 2005. 11-47.

är främst ett samarbete mellan läkare och eventuellt fysioterapeut, medan förverkligandet i högsta grad är vårdpersonalens uppgift.⁴⁸

Det krävs yrkesskicklighet hos personalen för att analysera patientens vårdbehov. Man kan inte alltid tillgodose alla behov och därför är en prioritering av dessa viktig. Behoven kan av patienten upplevas viktiga fastän de i vårdpersonalens ögon inte är det. Det kan t.ex. för patienten vara viktigt att ta hand om katten, att få läsa sin bibel eller att få gå ut på promenader. Vid INR-provtagning i hemvården bedöms om patienten har behov av hemvård eller om han kan ta sig till laboratoriet på egen hand eller med hjälp av anhöriga eller taxi. Efter behovskartläggning bedömer man de resurser som finns eller som kan aktiveras för att tillfredsställa behoven. Det är viktigt att analysera resurserna och jämföra dem med klientens behov. Vid INR-provtagning i hemvården bör man också kartlägga om patienten uppfyller kriterierna för rätt till hemvård. Man bör också bedöma om patienten har resurser att dela och ta sin medicin, om anhöriga kan vara den resursen eller om hemvården borde ha ansvaret för hela processen. Vilka kostnader detta medför för klienten bör också framgå.⁴⁹

Målen bör vara lätta att förstå och beskriva ett önskat tillstånd. De bör vara konkreta, tydliga och mätbara. Vid INR-provtagning i hemvården kan målet vara att patienten har möjlighet att bo kvar hemma eftersom hemvården sköter provtagning, ordination och medicindelning och anhöriga övervakar medicinintaget. Det är viktigt att patienten och gärna också anhöriga deltar i planeringen. Det leder till större motivation och engagemang för att nå målen. Målen samt planen för att uppnå dem skall också vara realistiska. Arbetet inom hemvården bör alltså vara målinriktat, planmässigt, effektivt och systematiskt.⁵⁰

Tydlig dokumentering är nödvändig och hjälper personalen att göra ett bra arbete. Om ett INR-värde är lågt kan det vara bra att veta om det beror på att patienten glömt att ta sin medicin. Då vet man att man kanske borde övervaka medicinintaget bättre. Uppföljning och utvärdering av planen innebär att man bedömer resultatet och gör det lättare att i fortsättningen ställa rätt mål och att utföra målinriktat arbete. Det är viktigt att fråga sig vilka resultat man kan förvänta sig av verksamheten och hur man bäst tillgodoser behoven och löser eventuella problem. Frågor som är värdefulla i en utvärdering är: Har utförda insatser bidragit till att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv? Har något förändrats som medför ändrad bedömning? Behövs en förändring av mål/beslut? Om

⁴⁸ Päivärinta, E. m.fl. 2005. 11-47.

⁴⁹ Päivärinta, E. m.fl. 2005. 11-47.

⁵⁰ Päivärinta, E. m.fl. 2005. 11-47.

målen inte uppnåtts kan det bero på tre faktorer: vård- och serviceplanen är inte rätt uppgjord, vård- och serviceplanen har inte fullföljts på överenskommet sätt eller så har målformuleringen varit fel och en ny kartläggning bör ske. Då målen nåtts har patientens funktionsförmåga förbättrats och livskvaliteten ökat. En regelbunden utvärdering påverkar servicens kvalitet och patientens välbefinnande. Det är önskvärt att alla som arbetar med patienten skall delta i utvärderingen.⁵¹

5.1.1 Användning av omvårdnadsdiagnoser

I framtiden kommer vi i Finland att börja använda oss av FinCC, i Sverige talar man om NANDA. Det innebär att sjukskötarna börjar använda sig av omvårdnadsdiagnoser istället för medicinska diagnoser. Den medicinska diagnosen beskriver sjukdom, symptom och livsprocessen i sig, medan omvårdnadsdiagnoserna beskriver patientens reaktion på sjukdom, dess symptom och behandling eller en livsprocess. Efter att datamaterialet om patienten insamlats görs en analys av sjuksköterskan, vilket benämns omvårdnadsdiagnostik. Det innebär att man hos patienten identifierar funktionsnedsättningar som uppstått pga. sjukdom eller behandling. Det kan också vara en identifiering av eventuella risker (t.ex. risk för blödning pga. marevanbehandling) eller en resurs hos patienten som man kan stöda med omvårdnadsåtgärder. Sjukskötarens diagnos kan alltså vara en problemdiagnos, en riskdiagnos eller en resursdiagnos.⁵²

Syftet med omvårdnadsdiagnoserna är att precisera patientens individuella behov med problem, risker och resurser. Man vill också kunna motivera omvårdnadsåtgärderna för patient, vårdare och närstående. I dagens vård är det många aktörer kring en patient. Det är svårt att som sjukskötare i efterhand (ibland flera dygn efteråt) förklara för en patient eller anhörig varför en åtgärd satts in, om ingen omvårdnadsdiagnos finns tillgänglig. Genom omvårdnadsdiagnostik får man statistik till vårdtyngdsmätning och en kostnadsberäkning gällande vårdens kostnader. Det har nämligen visat sig att man får en ökad förutsägbarhet om kostnader för vården genom att kombinera den medicinska diagnosen med omvårdnadsdiagnosen, eftersom en medicinsk diagnos inte automatiskt medför att alla patienter har liknande symptom och problem. Genom omvårdnadsdiagnostik identifieras också specifika områden som kan vara en utgångspunkt vid forskning.⁵³

⁵¹ Päivärinta, E. m.fl. 2005. 11-47.

⁵² Björvell, C. 2011. 91-120.

⁵³ Björvell, C. 2011. 91-120.

5.1.2 Fastställande av mål och förverkligande

Målen formulerar sjukskötaren utifrån det hon, tillsammans med patienten, har bedömt att kan åstadkommas med omvårdnaden. Målen ska vara realistiska och mätbara, dessutom ska en tidpunkt bestämmas för när en utvärdering ska ske. Efter att målen uppställts ska en omvårdnadsåtgärd göras. Med detta menas en handling som har som syfte att uppnå det uppställda målet utifrån omvårdnadsdiagnosen. Man skiljer också på planerade åtgärder och utförda åtgärder. Vid vårdhandlingen utför sjukskötaren dels åtgärder som läkaren ordinerat, dels åtgärder som hon själv eller någon annan sjukskötare ordinerat. I förverkligandet av marevanbehandling ingår provtagning samt uträkning och ordination av dos. Omvårdnadsåtgärder ska vara baserade på vetenskap och beprövade åtgärder, därför är det viktigt att sjukskötaren håller sig uppdaterad genom att läsa forskning och aktuell litteratur.⁵⁴

När sjukskötaren förverkligar marevanordinationen ingår också ett telefonsamtal, där man meddelar den ordinerade dosen samt tiden för nästa provtagning till patienten, anhöriga eller till den vårdinrättning som sköter om patientens medicindelning. Studier visar att det vid telefonsamtalet är viktigt med ett medmänskligt bemötande och att man lyckas skapa trygghet och tillit i relationen. Ömsesidighet uppnås genom dialog och gör att patienten upplever att hon får professionell hjälp samt blir tagen på allvar. Ett vänligt bemötande innebär också att telefonsamtalet präglas av tillmötesgående och förståelse. Sjuksköterskan bör ha tålmod, hon bör tala med lugn röst och ton samt visa att hon bryr sig om. Hon bör tänka på att inte stressa sig igenom telefonsamtalet eftersom patienten då känner sig åsidosatt. Hon bör ge sig tid till att lyssna och låta patienten tala klart. Hon bör också svara relevant på de frågor som patienten eventuellt kan ställa i samband med samtalet även om hon har mycket arbete som väntar.⁵⁵

I studier, där man jämför hemvård med den vård man får på vårdhem, framkommer det att man i hemvården är i behov av utveckling bl.a. när det gäller personalens interaktion med anhöriga och aktiviteter som erbjuds äldre. Anhöriga till patienter i hemvården gav också en sämre betygsättning gällande flera aspekter i anknytning till vårdkvalitet än vad anhöriga till patienter som bodde på något vårdhem gjorde. Detta kan ha naturliga orsaker och kan eventuellt avspegla mängden tid man tillbringar tillsammans i respektive

⁵⁴ Björvell, C. 2011. 91-120.

⁵⁵ Bonander, K., Snellman, I. 2007. 4-8.

vårdförhållande, men man bör ändå avsätta tid på att förbättra de anhörigas upplevelse av kommunikation och interaktion.⁵⁶

5.2 Dokumentation och utvärdering

Dokumenteringen av omvårdnaden bör vara patientcentrerad. Den bör innehålla vårdarens arbetsuppgifter samt den handledning och det stöd hon gett patienten. Dokumenteringen ska spegla den kliniska omvårdnaden som getts i syfte att nå de uppställda målen. Dokumentationen ska presenteras på ett logiskt sätt och nedskrivs i den takt vården ges för att garantera att all nödvändig information finns med. Vid dokumenteringen bör man tänka på att registrera variationer i vården. Man bör också tänka på att den är ett skydd för vårdgivaren och vårdtagaren och att den därför bör uppfylla rättsliga krav.⁵⁷ Personligt ansvar utgör grunden för all vårddokumentation.⁵⁸

Enligt lagen så har patienten rätt till information om sin vård och det ställer i sin tur högre krav på sjukskötarens dokumentation. Sjuksköterskan dokumenterar både det som patienten har uttryckt och sina egna iakttagelser. Alla som deltar i vården av patienten ska utifrån dokumentationen förstå vilken omvårdnad som utförts och vilken omvårdnad som planeras. Den enskilde patientens behov ska sättas i centrum och dokumentationen får inte kränka patientens värdighet. Vårdpersonal behöver därför få regelbunden skolning i hur man dokumenterar på rätt sätt. Vårdprocessfaserna skall dokumenteras och utvärderas. Vid utskrivning av patienten skall man också dokumentera hur vården fortsätter.⁵⁹ ⁶⁰ Vid utvärderingen jämför man det man förväntade sig att uppnå med vad man faktiskt uppnådde. Ibland når man målen, ibland blir man kanske tvungen att ställa upp nya och mera realistiska mål eller sätta in nya åtgärder.⁶¹ Dokumentationen sker i vård- och serviceplanen. Omvårdnaden följs upp och utvärderas med hjälp av RAI.⁶²

5.2.1 Bedömning med hjälp av RAI

RAI (Resident Assessment Instrument) är ett utvärderingsprogram som används inom äldreomsorgen. RAI används för bedömning och uppföljning av vården. Faktorer som mäts

⁵⁶ Hasson, H., Arnetz, J. E. 2011. 1423-1435.

⁵⁷ Jefferies, D. m.fl. 2010. 112-124.

⁵⁸ Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad. (2011). 6.

⁵⁹ Ehnfors, M. K. 2001. 109-110.

⁶⁰ Säätelä, S. 2011. 6-7.

⁶¹ Björvell, C. 2011. 91-120.

⁶² Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad. (2011). 6.

regelbundet och följs upp två gånger i året gäller klientens funktionsförmåga, hälsa och välbefinnande. RAI används också för att mäta kvaliteten på vården. RAI finns i flera versioner som instrument för bl.a. hemvård, boenden, långvård och inom psykiatri. Instrumentet omfattar förutom bakgrundsdata även kommunikation, fysisk funktionsförmåga, syn och hörsel, dygnsvanor, psykosocialt välbefinnande, kognitiv förmåga, sjukdomsdiagnos och läkemedelsanvändning. Några ur personalen får skolning i RAI och skall därefter sköta om RAI-bedömningen på enheten.⁶³ Inom hemvården använder man sig av RAI för utvärdering av vården av den äldre, därför kommer även den äldre med marevanbehandling i kontakt med detta utvärderingsprogram.

5.2.2 Omvårdnadsepikris

När vården avslutas ska sjukskötaren ha ett samtal med patienten. Där ingår en sammanfattning av vården under vårdperioden. Där kan också ingå råd om egenvård och mediciner samt vilken service patienten kan ha nytta av i närsamhället gällande hans hälsa. Ibland händer det sig att information tappas bort när en patient överflyttas från en vårdinstans till en annan. Dessa problem gällande informationsöverföring har man försökt hantera genom omvårdnadsepikriser. Det innebär att sjukskötaren skriver en sammanfattning gällande patientens vård samt en utvärdering av omvårdnaden under vårdperioden. Genom denna omvårdnadsepikris försöker man garantera kontinuiteten i patientens fortsatta vård. Många sjuksköterskor uppskattar epikriserna eftersom de ofta är sakliga och utan värderingar. Därmed förhindras att personliga uppfattningar överförs från ett vårdställe till ett annat och man får möjlighet att själv bilda sig en uppfattning om patienten.⁶⁴

6 TEORETISK BAKGRUND

Kärnan i hemvården är vård av den äldre. Det finns vissa drag som är typiska för den äldre patienten och dessa kommer vi att redovisa i detta kapitel. Det finns också sjukliga förändringar som kan höra samman med åldrande som t.ex. minnesstörningar. Vi kommer också att gå närmare in på den förebyggande vården och den handledning som ges till den

⁶³ Turunen, B. 2006. 21-22

⁶⁴ Björvell, C. 2011. 121-123.

äldre med marevanbehandling. Vi kommer också att kort beskriva de centrala begrepp som ingår i vården av den äldre.

6.1 Normalt åldrande

Åldrandet är inte något som kommer över en natt utan är en process som pågår under en längre tid. Det tar sig uttryck både biologiskt, psykologiskt och socialt. Åldrandet är väldigt unikt och det förekommer en stor variation mellan olika människor. Åldrandet påverkar de flesta funktioner i kroppen och förknippas ibland med något negativt när man sätter det i samband med sjukdomar och skador. De finns flera faktorer som påverkar åldrandeprocessen såsom arv, naturligt åldrande, miljöpåverkan och slumpen. Trots att åldrandet kan medföra svårigheter finns det också mycket positivt i åldrandeprocessen. Ifall man får leva länge med bibehållen hälsa ges man möjlighet att blicka tillbaka och får ännu under ålderdomen möjlighet att leva ett innehållsrikt liv.⁶⁵

6.1.1 Fysiska förändringar hos den äldre

Den åldrande människans kropp förändras hela tiden och detta kallas biologiskt åldrande. Åldrandet sker inne i våra celler och påverkar alla våra organ samt hud, skelett och muskler. Kroppens reservkapacitet minskar i och med det biologiska åldrandet och regleringsmekanismerna, dvs. blodtrycks- och temperaturreglering, försämras. Även våra sinnesfunktioner (syn, hörsel, känsel och smak) påverkas.⁶⁶ Åldrande medför ofta att avståndsbedömningen, synskärpan och synfältet försämras. Åldersrelaterade sjukdomar, såsom gråstarr och förändringar på gula fläcken, påverkar också synen. Försämrade hörsel uppkommer oftast till följd av olika skador i innerörat. Försämrade hörsel tar mycket energi av den äldre, eftersom man blir tvungen att koncentrera sig för att kunna följa med i samtal. Försämrade sinnesfunktioner gör att man med tiden kan uppleva ett visst handikapp. När de dagliga aktiviteterna minskar till följd av dessa åldersförsämringar leder det ofta till isolering.⁶⁷

Vår kroppsvikt påverkas även av åldrandet. Viktförlusten beror till stor del på att muskelvävnad ersatts med fettvävnad. Vätskemängden minskar också med ökad ålder. Uttorkning, försämrade upptagning av läkemedel och risk för fallolyckor är sådant man

⁶⁵ Berg, S., 2007. 11-13.

⁶⁶ Romoren, T., 2010. 31.

⁶⁷ Jansson, W. m.fl. 2009. 34–39.

behöver tänka på i vården av den äldre.⁶⁸ Fysiska förändringar i kroppen påverkar alltså läkemedelsdistribueringen. Det normala åldrandet eller sjukdomar påverkar organen och ger en förändring i läkemedelseffekten. Åldrandet påverkar absorptionen, upplösningen och utsöndringen eftersom mängden av receptorer och enzymer minskar. Detta gör att effekten av läkemedel blir kraftigare och att läkemedelseffekten håller i sig längre d.v.s. halveringstiden blir längre för vissa mediciner. Förändringen är förstås individuell och framskrider olika från person till person.⁶⁹

När man blir äldre minskar de maximala syretransporterna, vilket ger ett minskat syreutbyte. Hos en äldre med någon form av lung- och hjärtsjukdom påverkar detta ytterligare den dagliga aktiviteten och den allmänna konditionen.⁷⁰ För alla äldre är det viktigt att upprätthålla rörelseförmågan så länge som möjligt. Fysisk träning av muskelstyrka, balans och uthållighet har en positiv effekt på muskelmassan, bentätheten och balansen. Fysisk träning ger också bättre rörlighet. En nedsatt rörelseförmåga uppkommer ofta till följd av sjukdomar, skada, livsstil och arv. Det finns flera tillstånd som påverkar rörelseförmågan. Dessa är bl.a. störningar i lung- och hjärtfunktion, störningar i balans och kordination och störningar i psykiska, sociala eller sensoriska funktioner. Det kan också handla om störningar i nerv-, muskel- eller skelettfunktionen.⁷¹

6.1.2 Psykiska förändringar hos den äldre

Man kan även tala om ett psykologiskt åldrande eftersom äldre ofta visar tecken på att den intellektuella och kognitiva funktionen försämras. För en äldre bli inlärning, minnesförmåga och förmåga till uppmärksamhet försämrade. Detta försämrar i sin tur förmågan att hantera olika situationer.⁷² När man blir äldre förändras också självbilden.⁷³ Åldrandet medför även förlust av den identitet man haft under sitt verksamma liv. Pensioneringen leder till förlust av arbetsidentiteten och förlust av livspartner kan leda till ensamhet och risk för att insjukna i psykisk ohälsa. Förebyggande av psykisk ohälsa på äldre dagar kan ske genom social gemenskap och delaktighet. Psykisk ohälsa kan också förebyggas genom meningsfull sysselsättning, fysiska aktiviteter samt goda matvanor.⁷⁴

⁶⁸ Bravell, M. E. 2011. 118.

⁶⁹ Kivelä, S-L. 2010. 51-52.

⁷⁰ Laegheim, H. & Helbostad, J. 2010. 282.

⁷¹ Laegheim, H. & Helbostad, J. 2010. 281-289.

⁷² Bondevik, M., Nygaard, H. 2005. 31-32.

⁷³ Romoren, T. 2010. 31.

⁷⁴ Socialstyrelsen, 2008. 8.

6.1.3 Socialt och andligt åldrande

Familjerelationer förändras och utvecklas under livets gång. Vissa får möta ålderdomen med den livskamrat man delat livet med i många år medan andra möter ålderdomen ensam som ungar, ungmö, änka, änklings eller frångående. För många äldre innebär pensionering också en stor social förändring. Pensionering kan innebära att man får mera tid för varandra i parförhållandet. Den kan också ge mera tid för aktiviteter och sociala sammanhang. Men pensionering kan också leda till ensamhet och avsaknad av sociala kontakter. Ensamhet och isolering ses som troliga orsaker till avsaknad av livskvalitet på äldre dagar. Åldrandet och försämrat hälsotillstånd ökar risken för isolering. Det kan i sin tur leda till otrygghet och rädsla, minskad tilltro till andra och framför allt till sig själv. Detta kan också lätt bli en ond spiral, som gör att man isolerar sig ännu mera i hemmet.⁷⁵

Ensamhet bland äldre kan upplevas förödande men också berikande. Graneheim och Lundman⁷⁶ visar i en undersökning ett tvådelat svar på hur ensamhet påverkar äldre människor. Ensamhet är motsats till begreppet gemenskap. Att leva med de begränsningar som ensamheten medför, är för många en svår känsla. Andra kunde återigen uppleva ensamheten som befriande. Ensamhet kunde uppstå vid förlust av anhöriga eller vänner. Återkommande förluster kan ge en känsla av övergivenhet och påverkar den äldres personlighet och sociala nätverk. När kretsen av anhöriga och det sociala nätverket minskar måste den äldre lita till sin egen förmåga att klara sig själv. Den äldre kunde ändå uppleva en inre styrka och se med tillförsikt framåt, väl medveten om sina begränsningar och eventuella framtida problem. Sjuksköterskan kan känna igen ensamheten i patientens kroppsspråk eller på tomheten i ögonen. Genom att vara delaktig i patientens lidande minskar ensamheten för patienten. Man bör ändå vara medveten om att det finns patienter som valt den goda ensamheten och upplever stillhet, frid och sinnesro.^{77 78}

Åldrandet och försämrat hälsotillstånd gör ibland att människan blir intresserad av existentiella och andliga frågor. Svårigheter och förluster i livet kan också medföra att människans andlighet och gudstro förändras. Tron kan bli starkare efter sjukdomar och svårigheter eller så kan ilska och besvikelse ta över och man börjar tvivla på Guds existens. Ibland kan ett samtal om andliga och existentiella frågor med en rådgivare vara till stor hjälp. Det kan medföra att man accepterar svårigheterna och att livsglädjen kan

⁷⁵ Berg, S., 2007. 149-157.

⁷⁶ Graneheim, U., Lundman, U. 2009. 433-437.

⁷⁷ Nilsson, B. 2012. 422-433.

⁷⁸ Graneheim, U., Lundman, U. 2009. 433-437.

återvända.⁷⁹ Eriksson har en helhetssyn på människan och menar att människan består av kropp, själ och ande. För att människan skall ha en sund själ krävs att hon har goda relationer till någon form av Gud (en abstrakt annan), till andra människor och till sig själv.⁸⁰ Det är också viktigt med ett ömsesidigt erkännande av varandras värde som människor. Att erkännas är en process som är oskiljaktig från världen runtomkring.⁸¹ Man kan också med sin livssyn påverka upplevelsen av åldrandeprocessen. En studie visar nämligen att förnöjsamhet inverkar positivt på åldrandet.⁸²

6.2 Den äldre i hemvården

Den äldre patienten, som kommer i kontakt med hemvården, har ofta försämrat hälsotillstånd till följd av olika sjukdomar t.ex. minnessjukdomar, nedsatt rörelseförmåga eller en försämrad fysisk kondition med en försämrad andningsfunktion. Detta kan ibland medföra att den äldre behöver INR-provtagning i hemmet.

6.2.1 Marevanbehandling

Marevan, med verksamma ämnet warfarin, är ett läkemedel som kallas antikoagulant. Det används för att förhindra blodets koagulering då patienten har en ökad risk för tilltäppning av blodkärlen. Warfarin hindrar bildandet av de K-vitaminberoende koaguleringsfaktorerna i levern. Marevanbehandling kräver en regelbunden uppföljning med blodprovstagning. Koaguleringsförmågan i blodet anges med enheten INR. För patienten med förmaksflimmer och vid behandling av venös tromb är målnivån för INR vanligtvis 2,0–3,0. För patienter med konstklaffar är målnivån 2,5–3,5. Om målnivån är för låg finns risk för tilltäppning. Om målnivån är för hög finns ökad risk för blödning. Uppföljningen av INR-värdet görs antingen genom blodprov vid laboratoriet eller med särskilda apparater som kan användas av både vårdpersonal och av patienten själv.⁸³

Marevanbehandling är nödvändig vid flera olika sjukdomstillstånd och den ordineras alltid av en läkare. Marevan kan ordineras åt patienter med förmaksflimmer, patienter med djupa venösa tromber i de nedre extremiteterna eller patienter med lungemboli. Marevan kan också användas av patienter med artärtromber i de nedre extremiteterna, strokepatienter, hjärtinfarktpatienter, patienter med mekanisk/biologisk konstklaff i hjärtat, patienter med

⁷⁹ Grimby, A. 2002. 17.

⁸⁰ Eriksson, K. 1995. 48.

⁸¹ Eriksen, K. Å., Sundför, B., Karlsson, B., Råholm, M-B. & Arman, M. 2012. 357-368.

⁸² Kulla, G. 2009. 33.

⁸³ Finlands hjärtförbund r.f. 2010. 6.

blodkärlsprotos, patienter med kardiomyopati eller svår hjärtinsufficiens samt en del av de patienter som har ökad risk för tilltäppning.⁸⁴

Vanliga biverkningar vid marevanbehandling är blödningar, svart eller blodig avföring, blod i urin, riklig eller långvarig menstruation, illamående, uppkastningar eller diarré. Vårdbalansen vid marevanbehandling kan påverkas av K-vitamin, som finns rikligt i gröna vegetabilier, blad och örter. Därför är det viktigt med ett jämnt intag av K-vitamin och att man undviker akuta förändringar i kosten. Tranbär kan öka effekten av marevan,⁸⁵ likaså granatäppeljuice.⁸⁶ Därför bör man undvika samtidig användning av dessa. De flesta värkmediciner, som är receptfria, har interaktioner med marevan och bör undvikas. Paracetamol kan dock användas tillfälligt. Höga doser av prednisolon kan också påverka INR- värdet under warfarinbehandling.⁸⁷ Nya läkemedel kan också påverka vårdbalansen. Därför behövs tätare kontroller när nya läkemedel tas i bruk.⁸⁸

6.2.2 Riskfaktorer

I en studie framkom att fallolyckor är den största riskfaktorn när det gäller äldre och användning av marevan. Funktionell och kognitiv försämring ansågs också vara en riskfaktor. Kognitionen var av avgörande betydelse för säker läkemedelsbehandling både i praktisk mening och när det gäller patienthandledning.⁸⁹ Fallolyckor beror till stor del på psykofarmaka. Det är främst långverkande preparat som ger biverkningar såsom dåsighet, ostadighet och muskelsvaghet. Samma biverkningar kan även opiater ge. Fallolyckor kan också bero på lågt blodtryck, ortostatism, eller kan orsakas av bl.a. neuroleptika eller antidepressiva.⁹⁰ Vid användning av marevan föreligger en ökad risk för inre blödningar. Det är därför extra viktigt att förebygga fallolyckor hos äldre med marevanbehandling.⁹¹ Fallolyckor kan även orsakas av andra yttre faktorer. Det kan handla om dålig belysning, möbler, mattor, hala underlag t.ex. i duschen eller avsaknad av hjälpmedel. Fallolyckor förorsakar ofta trauma för den äldre och därför bör alla riskfaktorer tas på allvar och åtgärdas.⁹²

⁸⁴ Finlands hjärtförbund r.f. 2010. 5.

⁸⁵ Mergenhagen, K., A. m.fl. 2008. 2113-2116

⁸⁶ Andersson, M. m.fl. 2011. 483.

⁸⁷ Holmström, B. m.fl. 2009. 3442.

⁸⁸ Lääkietietokeskus. 2009.

⁸⁹ Bajorek, B. m.fl. 2006. 19-25.

⁹⁰ Fatsbon, J. 2006. 54-61.

⁹¹ Nordeng, H., Spigset, O. 2009. 173-174.

⁹² Bondevik, M., Nygaard, H. 2005. 225-240.

I en annan studie har man undersökt de äldres användning av warfarin från sjukskötarens perspektiv. Där framkom bl.a. att sjukskötare har brist på förtroende för de processer som ingår i marevanbehandlingen. Man undrade om det togs tillräckligt hänsyn till kognitiva och funktionella riskfaktorer hos äldre i samband med marevanbehandlingen. Man ifrågasatte också kvaliteten på den handledning äldre patienter fick och man efterlyste mera tonvikt på utbildning, övervakning och uppföljning av den äldre med marevanbehandling. Sjukskötarna efterlyste också bättre strategier som man kunde tillämpa för att uppnå en förbättrad marevanbehandling. Man ville få patienterna att börja använda sig mera av informationsbroschyrer och uppmuntra både patienten och anhöriga att ha en mera aktiv roll i marevanbehandlingen. Man efterlyste också en grundligare utvärdering av patientens förmåga att klara sig hemma med marevanbehandling.⁹³ Information om eventuella biverkningar och läkemedelsinteraktioner samt information om kost och marevanbehandling ansågs också vara mycket viktigt.⁹⁴

6.2.3 Minnesstörningar

Orsaker till minnesstörningar för en äldre kan vara flera. Det kan vara en minnessjukdom såsom demens eller Alzheimers sjukdom som ligger bakom. Det kan också vara en störning i sköldkörteln, en depression eller en kronisk blödning under hjärnans hårdhinna (subduralhematom) som förorsakar minnesstörningen. Minnesstörningar hos äldre kan också förorsakas av medicinbiverkningar t.ex. användning av benzodiazepiner, opiater, antipsykotiska läkemedel, starka antikolinergika, kortikosteroider, epilepsimediciner, tricykliska läkemedel, allergimediciner, metoklopramid och proklorperazin. Därför är en ordentlig utredning nödvändig när man kommer i kontakt med en äldre som har minnesstörningar.⁹⁵ För den äldre med marevanbehandling kan minnesstörningar medföra att effektivare övervakning av medicinintaget behövs.

6.2.4 Övriga faktorer

För den äldre med marevanbehandling är det viktigt med ett regelbundet intag av olika födoämnen. Studier visar att äldre både på åldringshem och i hemvården lider av undernäring. De flesta äldre äter bara tre huvudmål och ett mellanmål. Dessutom går det

⁹³ Bajorek, B. m.fl. 2006. 19-25.

⁹⁴ Nordeng, H., Spigset, O. 2009. 173-174.

⁹⁵ Kivelä, S. 2010. 173-174.

alltför lång tid mellan kvällsmålet och frukosten, ibland över 12 timmar.⁹⁶ Vid stigande ålder kan de flesta äldre bevara förmågan att njuta av god mat och inse vikten av näringsrik kost men för flertalet innebär åldrandet även undernäring, felnäring, dehydrering eller övervikt. Undernäring är ett av de större problemen för den äldre och uppkommer oftast till följd av medicinering, sjukdomar och minskad aptit. Kroppens basala ämnesomsättning minskar med åldern genom minskad muskelmassa, lägre basalmetabolism samt minskat energibehov. Energibehovet minskar främst när det gäller kolhydrater och fetter medan vitamin och mineralbehovet består. Minskat intag av näring, speciellt kalorier och proteiner, ger äldre undernäring och resulterar i förlust av fett och muskelvävnad. Detta ger i senare skede generella försvagningar som nedsatt immunförsvar och ökad infektionskänslighet⁹⁷.

Det framkommer också i en studie att patienter inte tar till sig tillräckligt med information om marevanbehandling. Warfarin minskar risken för att insjukna i stroke och förebygger venösa trombosser/embolier, men äldre patienter kunde inte förklara med någorlunda exakthet motiven för sin warfarinbehandling. Bland yngre var kunskapen högre och för en liten del betydligt högre. Patienten hade också lite påverkansmöjligheter i beslutet att påbörja marevanbehandling utan förlitade sig på experterna. Hälften av deltagarna i en studie hade bara kunskap på låg nivå om risker och fördelar med marevanbehandling. Mindre än hälften kunde namnge någon specifik nytta, risk eller livsstilsförändring som kunde associeras med warfarinbehandling. Många sade också att de följer sjukskötarens rekommendationer och har litet intresse av att lära sig desto mera.⁹⁸

6.3 Minnessjukdomar och marevanbehandling

Människosyn, värderingar, kunskaper, erfarenheter och förväntningar påverkar hur vi bemöter andra människor. När man bemöter en person med minnessjukdomar bör man vara känslomässigt närvarande i mötet. Man bör försöka se människan med hennes alldeles egna livshistoria, personlighet och behov. Vi möter i första hand en unik människa och inte en person med en minnessjukdom. Det avgörande i samvaron är förmågan att vara en medmänniska, som är närvarande och tillgänglig. Ett sätt att bli bättre på bemötande är att man blir bättre rent kunskapsmässigt, med ökad förståelse för olika beteenden.⁹⁹ Det är viktigt att försöka tolka de positiva och negativa känslor som kan ligga bakom olika

⁹⁶ Sortland, K. m.fl. 2009. 25-29.

⁹⁷ Brodtkorb, K. 2010. 250-254.

⁹⁸ Dantas, G. C. m.fl. 2004. 1-9.

⁹⁹ Cars, J., Zander, B. 1998. 36-37.

beteenden. Det finns god anledning att anta att förmågan att känna och att uttrycka sina känslor är väl bevarade även i sjukdomens senare stadier. Vårdarens förhållningssätt, vid mötet med den äldre med minnessjukdomar, har mycket stor betydelse för hur mötet upplevs.¹⁰⁰

Att möta och bemöta en människa, som kanske inte förstår varför du finns där eller varför hon inte själv klarar av att göra vad som skall göras, kan ibland vara svårt. Ofta finns ilska, aggression, förtvivlan och en känsla av vanmakt inom den äldre med en minnessjukdom. Dessa känslor måste respekteras och bemötas med förståelse. Genom bemötandet visar man respekt för personen. Personen med minnessjukdom känner om du lyssnar eller om du bara hör på henne. Samtalet bör bli ett möte mellan dig och personen med minnessjukdom. Påpeka aldrig att den äldre med minnesstörningar beter sig olämpligt. Det är möjligt att hon inte kommer ihåg vad hon gjort, även om det bara gått några sekunder. Ett påpekande kan istället skapa olustkänslor och frågor, vilket i sin tur skapar frustration och irritation. Vissa situationer kan upplevas som kränkande och förnedrande för personer med minnessjukdomar. Om svåra situationer uppstår, undvik att säga ”vänta så skall jag hjälpa dig” eller ”om jag gör det går det snabbare”. Tala direkt till personen med minnessjukdom och samtala inte över huvudet.¹⁰¹

Bemötande är väldigt centralt i en god omvårdnad. Människans självkänsla kan stärkas eller urgröpas i mötet med en annan person. Bemötande ligger nära det vi kallar bekräftelse. En person med minnessjukdom blir särskilt sårbar för och beroende av omgivningens bemötande som en följd av minneslösheten. Bemötande kan bli gott om vi försöker förstå hur livsvärlden ser ut för personer med minnessjukdomar. Kommunikationssvårigheter försvårar detta och vårdare går ofta in i bemötande utifrån hur de själva uppfattar situationen. Ett gott bemötande förutsätter dock att vi vet något om hur personen med minnessjukdom uppfattar en situation. Den kan liknas vid att kliva ur sin egen livsvärld och stiga in i den andres livsvärld.¹⁰²

6.4 Information till den äldre med marevanbehandling

Vid handledning av den äldre bör sjukskötaren ha kunskaper om hur äldre kan ta till sig informationen på bästa möjliga sätt. Det framkom i en studie¹⁰³ att äldre behöver en

¹⁰⁰ Edberg, A. m.fl. 2002. 13-14.

¹⁰¹ Abrahamsson, B. M. 2003. 83-86.

¹⁰² Holst, G. 2002. 98-99.

¹⁰³ Rigdon, A. 2010. 433-441.

anledning för sin inläring. Motivation att lära kommer från tron på att kunskapen kan vara användbar. Man rekommenderar i studien material som kan tas hem för inläring, eftersom äldre vuxna är bättre på självstyrt lärande. Minskad energinivå hos äldre medför behov av kortare sessioner, man rekommenderar att man lära ut det mest viktiga först. Det visade sig också att upprepningar förstärkte inläringen. Undervisning som omfattade både patient och anhöriga resulterade i att anhöriga blev mera engagerade i att hjälpa patienten att införliva inläringen även hemma. Informationsmaterialet hjälpte sjuksköterna att hantera tiden mera effektivt vid handledningen.¹⁰⁴ Den vuxne motiveras till lärande genom inre belöningar som ökat självförtroende, tillfredsställelse och livskvalitet. Han är också redo att lära sig det han upplever som nödvändigt för att hantera sitt liv. Den vuxne ser sig också som ansvarig för sitt eget liv vilket underlättar inläring. Tidigare erfarenheter kan leda till stora skillnader i inlärningsförmågan, handledningen bör därför vara individanpassad. Den vuxna orienterar sin inläring kring utmaningar och problem samt det han har nytta av i sitt liv.¹⁰⁵

6.5 Ökad patienttrygghet för den äldre med marevanbehandling

Hälsofrämjande vård på ålderns höst handlar inte bara om att behandla och förebygga sjukdomar utan den innebär även att man förebygger och bevarar människans hälsa, funktionsnivå och livskvalitet. Det kan handla om att anpassa miljön, stärka motståndskraften, stimulera de förmågor som finns och bidra på alla möjliga sätt så att den äldre kan uppleva välbefinnande på äldre dagar. Det förebyggande arbetet kan delas in i två kategorier. Främst handlar det om förebyggande åtgärder så att den äldre skall få ett så långt liv som möjligt och behålla funktionsförmågan så länge som möjligt. Man arbetar med ett förebyggande arbetssätt redan i ung ålder genom att påverka livsstilen och förebygga t.ex. fallolyckor. Den andra kategorin innebär att man bevarar funktionen och livskvaliteten hos de som redan är drabbade av funktionsnedsättning eller kroniska sjukdomar. Här arbetar man också med förebyggande åtgärder och försöker påverka livsstilen, men detta är inte av lika stor betydelse. För den äldre med sjukdom och funktionsnedsättning är det viktigt att målsättningarna fortsätter att vara god vård och upplevd och livskvalitet. I den äldres förebyggande vård bör man sätta fokus på egenvården eftersom den egna insatsen är av stor vikt. Den äldre kan redan i ett tidigt skede påverka sin ålderdom genom hälsosamma levnadsvanor och hälsofrämjande

¹⁰⁴ Rigdon, A. 2010. 433-441.

¹⁰⁵ Ahl, H. 2004. 52-77.

beteende. En sund livsstil hindrar onödiga förslitningar på kroppen samt förebygger uppkomst av sjukdomar och skador. En sund livsstil bevarar också en normal funktionsförmåga.¹⁰⁶

Sekundärt förebyggande arbete handlar om att vidta åtgärder när skadan redan har skett. Målet med sekundärt förebyggande arbete är att skadan eller sjukdomen inte skall behöva hända igen. Det kan vara att förebygga fall för den äldre som redan fallit en gång eller att förebygga ännu en stroke för den som redan har drabbats av stroke. Förebyggande arbete som riktar sig till äldre sker genom kampanjer, böcker och broschyrer, reklam i radio och television samt genom hembesök eller läkarbesök vid hälsocentralen. Förebyggande åtgärder kan även handla om att söka hjälp hos andra som också drabbats. Det kan vara någon form av stödgrupper som t.ex. sorgegrupper, andra patient- och självhjälpsgrupper, stödgrupper för demenssjuka eller anhöriggrupper. Sjukskötarens uppgift är att kartlägga förhållanden som kan hota den äldres hälsa och funktionsnivå genom att vidta olika åtgärder för att förebygga och upprätthålla god hälsa för den äldre.¹⁰⁷

7 TIDIGARE FORSKNING – STUDIENS CENTRALA BEGREPP

Organisationens etiska värdegrund styr verksamheten, visar vart man vill nå och vad man har för mål. Den borde finnas nedtecknad och synlig för att alla skall vara medvetna om den och kunna granska om de egna arbetsrutiner är i samklang med den värdegrund som finns. Värdegrunden inom social- och hälsovården bygger på den humanistiska människosynen. Den innebär respekt för alla människors lika värde, rätt till ett gott bemötande och att den enskilda patientens behov sätts i centrum.¹⁰⁸ Genom en utvärdering ges svar på hur målen blir uppfyllda. Snellman och Gedda skriver i sin studie att ett centralt mål för patienten är en värdegrund för omvårdnad som harmoniseras med principen om lika människovärde och rätten att uppleva ett meningsfullt liv.¹⁰⁹ Alla människor har grundläggande behov oberoende av kultur eller historia. Maslow har namngett människans grundläggande basbehov. De fysiologiska behoven handlar om behov av föda, vätska och syre. Trygghetsbehovet innefattar behov av trygghet, säkerhet och rutiner. Gemenskaps- och kärleksbehovet innebär ett behov av tillgivna relationer i

¹⁰⁶ Ranhoff, A. 2010. 135-145.

¹⁰⁷ Ranhoff, A. 2010. 135-145.

¹⁰⁸ Dahl, I. S. m.fl. 1991. 59-68.

¹⁰⁹ Snellman, I. Gedda, K.M. 2012. 714-726.

anknytning till andra människor. Självpuppskattningsbehovet grundar sig dels på egen visshet om den egna kompetensen och dels på andras uppskattning i form av strävan efter status. Självförverkligandebehovet innebär ett behov av att få utveckla sina egna talanger, att få inrikta sitt liv för andras väl och söka en djupare förståelse av det mänskliga livet. Är de grundläggande behoven tillfredsställda känner vi trygghet i vardagen.¹¹⁰

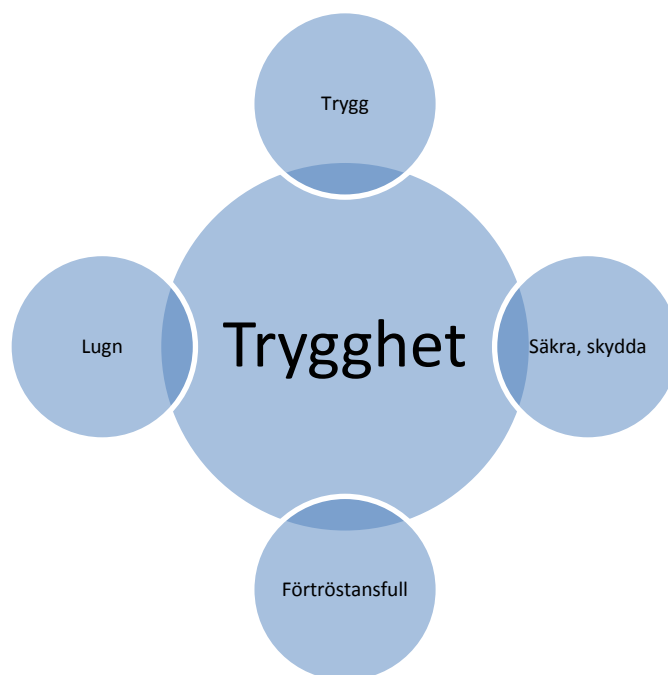
7.1 Trygghet

Trygghet benämns i ordböcker som det att vara trygg. Ordet trygg förklaras med orden göra trygg, skydda och säkra. Andra benämningar som kommer från ordet trygg är lugn och förtröstansfull.¹¹¹ Detta illustreras i figur 2 på nästa sida. Patienten har rätt att få stöd och bekräftelse utifrån sitt eget trygghetsbehov. Känsломässig trygghet innebär att man upplever ett positivt förhållande till de personer man känner sig trygg med, beroende av eller känsломässig fäst vid. Beroende på livssituation har vi olika behov av trygghet i vardagen. För att kunna uppleva trygghet är det viktigt att man kan förutse vad som kommer att hända inom den närmaste framtiden. Vårdaren bör därför skapa förutsättningar för en god omvårdnad i en trygg miljö. En god vård innehåller ett vänligt och respektfullt bemötande. Tryggheten synliggörs genom att man förmedlar värme och medmänsklighet i en ansvarstagande vårdrelation. Det är också viktigt att man ser hela människan och inte bara det yttre skalet.¹¹²

¹¹⁰ Segersten, K. 1994. 20.

¹¹¹ Svenska Akademien. 2006. 1001. Svenska språknämnden och Nordstedts ordbok. 2003. 1234. Bonniers svenska ordbok. 1991. 587. Söderströms & C: o. 1958. 1681. Nordiska uppslagsböcker. 1960. 717. Svenska språknämnden. 1989. 807.

¹¹² Bruce, A., Lind, E. 1991. 36. Social- och hälsovårdsverket i Jakobstad (u.å.). 5. Om trygghet – säker trygghet i alla relationer. 2012.



Figur 2: Trygghetsbegreppet utifrån ordböcker

7.2 Delaktighet

Patienten har rätt till delaktighet i vården och de vårdbeslut som gäller honom själv. Vård och behandling ska utformas i samråd med patienten och information skall ges gällande behandling och vårdresultat. Patientens självbestämmanderätt beaktas enligt grundläggande principer i lagen om patientens ställning och rättigheter.¹¹³ Genom delaktighet ökar patientens trygghet. För personer med minnessjukdomar bör självbestämmanderätten respekteras, men självbestämmanderätten får inte leda till att vården försummas.¹¹⁴ Patienten ska göras delaktig i sin egen vård vid både diagnostik och planering om han inte är medvetlös eller förvirrad. Vid dessa tillstånd gäller ansvaret istället att värna om patientens integritet och välbefinnande, gärna i samråd med anhöriga. När man som vårdare ser risker, som patienten inte är medveten om, har man som vårdpersonal ansvar för att patienten informeras om dessa. Ibland måste man gå emot patientens önskningar om patienten inte vill ha den vård som bedöms som nödvändig av läkare och sjukskötare. Detta kan t.ex. gälla en patient med suicidrisk.¹¹⁵

¹¹³ Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785.

¹¹⁴ Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad. (2011). 5.

¹¹⁵ Björvell, C. 2011. 86-87.

7.3 Kvalitet

Målet för Kaste-programmet¹¹⁶ (2012-2015) är att skillnaderna i välfärd och hälsa minskar och att tjänsterna inom social- och hälsovården ordnas klientorienterat och ekonomiskt hållbart. Detta uppnås bl.a. genom bättre tjänster för äldre människor.¹¹⁷ Kvalitet betyder att vården är kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad, effektiv, jämlik, trygg och säker samt ges i rimlig tid. Kvalitetstänkandet bör bli en del av vårdens vardag. Vid kvalitetsarbete är det viktigt att patientens röst blir hörd eftersom han står i centrum och därför är feedback från patienten nödvändig. För att kunna utveckla kvaliteten i verksamheten måste man alltid analysera nuläget. Man bör sätta upp mål för arbetet i riktning mot kvalitet och målen skall vara på sådan nivå att alla förstår dem. Arbetsrutinerna bör göras synliga och processtänkande är viktigt. Dokumentering av principer och omsorgsrutiner är ett måste och en utvärdering av verksamheten bör utföras.¹¹⁸

En god kvalitet på vård och omsorg kan nås om personalen har goda kunskaper om den person som behöver vård. Denna kunskap kan man få genom en grundläggande intervju med patienten eller med någon anhörig. Livsberättelsen bör innehålla namn, personnummer, uppgifter om anhöriga, släktskap, vem som medverkat vid intervjun och vem som gjort den. För att få en heltäckande bild av personen bör också följande finnas med: uppgifter om föräldrar och syskon, skola och yrkesutbildning, arbete, bostad och hemort, fritidsintressen samt händelser som betytt något speciellt.¹¹⁹

Man har gjort en undersökning om användandet av omvårdnadsdokumentation som grund för kvalitetsutveckling inom vården. Det visade sig att endast hälften av cheferna inom vården använde omvårdnadsdokumentationen som grund för kvalitetsutveckling, en större del använde dokumentationen för statistiska ändamål. Kvalitetsutveckling är nödvändig för att leverera en god och patientsäker vård. Det viktigaste verktyget för kommunikation och kvalitetsutveckling är patientjournalen, som kan ses som en källa till information om vården. Det visade sig vara svårt att hitta viktig information eftersom det fanns en stor mängd rutinmässiga anteckningar. Det skulle därför vara önskvärt med en mera likartad

¹¹⁶ Kaste-programmet är ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården. Det är ett strategiskt verktyg för att leda den Finländska social- och hälsovårdspolitiken.

¹¹⁷ Social- och hälsovårdsministeriet. 2008.

¹¹⁸ Dahl, I., S. m.fl. 1991. 17-20, 44, 46, 59-68.

¹¹⁹ Abrahamsson, B. 2003. 70-71.

dokumentering av vården baserad på praxis och vård. Man borde också diskutera vilka fördelar informationen och dokumentationen ger patienten.¹²⁰

Man har också gjort en studie för att förbättra säkerheten och effekten av warfarin genom att tillämpa bästa möjliga evidens vid warfarinbehandling. I den studien granskade man den nuvarande praxisen kring warfarinbehandling mot den bästa evidensbaserade praxisen för att identifiera och prioritera vilka områden som borde förbättras. Man utvecklade två rutinbeskrivningar för warfarinbehandling som integrerades i praktiken. Man utvecklade också självstudiematerial, som personalen kunde använda sig av för att utveckla sin kunskap kring läkemedelsbehandlingen. Slutligen delegerades processen till apoteken för övervakning och rutinmässig rapportering i ett kvalitetsforum. Projektet ledde till betydande framsteg i behandlingsprocessen hos de patienter som fått handledning innan warfarinbehandlingen påbörjades. Det ledde också till ökat intresse och acceptans av sjuksköterskeledda, evidensbaserade initiativ gällande kvalitetsförbättring inom organisationen.¹²¹

Ett aktivt deltagande av patienter, anhöriga och personal i bedömning, vårdplanering, utvärdering och utvecklande av praxis förbättrar vården och uppmuntrar till en öppen kultur. Man bör se till att processer och vårdssystem är lämpliga för individen och inte förorsakar skada dvs. är patientsäkra. För att personalen ska kunna känna trygghet och våga rapportera risksituationer och incidenter krävs förtroende gentemot ledningen i organisationen. Rapporterna bör användas med fokus på att förbättra och utveckla vårdprocesserna med syfte att skydda både patienten och vårdpersonalen. Det är viktigt att vi som vårdpersonal kan erbjuda vård där de mänskliga rättigheterna och värdigheten bibehålls och skyddas.¹²²

7.4 Ekonomi

Ekonomi påverkar alla beslut som berör folkhälsan. De flesta ekonomiska analyser visar att resurserna inte räcker till för att tillfredsställa alla våra önskemål, därför tvingas man hela tiden prioritera. Under de senaste decennierna har hälsoekonomin studerats mycket eftersom resurserna är begränsade. Hälsoekonomin studerar frågeställningar gällande hur resurserna skall användas för att främja folkhälsan. Flera faktorer har påverkat ekonomin den senaste tiden. Detta är t.ex. en generell lägre tillväxt, arbetslöshet samt att kostnaderna

¹²⁰ Törnvall, E., Wilhelmsson, S. 2008. 2116-2124.

¹²¹ Duff, J., Walker, K. 2010. 234-244.

¹²² Grimshaw, K. 2012. 27-30.

inom social- och hälsovården stigit markant pga. dyrare behandlingsmetoder och läkemedelskostnader. Därför har det blivit allt viktigare hur man fördelar resurserna inom hälso- och sjukvårdsområdet.¹²³

7.5 Jämlikhet

Det finns ett behov av mera forskning om jämlikhet i vården. I en litteraturstudie som gjorts talar man om jämlikhet på teoretisk nivå, vilket innefattar både människans universella värde och jämlikhet på distributionsnivå: lika möjligheter, förutsättningar och resultat. I jämlikhet på funktionell nivå talas om kritik av jämlikhet på distributionsnivå, skillnad i kontext, makt och omvårdnad. Kritiken syftar på oförenlighet mellan teori och praktik. Kontexten väcker frågor om varje omvårdnadssituation i relation till jämställdhet och inbegriper de delaktiga parterna. Makt förstås som kunskaper, färdigheter och befogenheter som skapar skillnader i jämlikhet mellan vårdare och patient. Omvårdnad innehåller relationen mellan minst två personer och måste granskas med tanke på jämlikhet. Jämlikhet är ett centralt begrepp inom omvårdnadsetiken. Även om jämställdhet anses komplex på den funktionella nivån och inte har nåtts i praktiken, har strävan efter jämlikhet ett värde i sig själv.¹²⁴

Det finns ojämlikhet inom vården relaterad till kön, ålder, ekonomi och ursprungsland. Dessutom finns det ojämlikhet med tanke på geografiska skillnader. Användandet av nationella vårdprogram och nationella riktlinjer är bra i kampen för jämlikhet, eftersom detta gör att patienten inte kan argumentera sig till annan behandling än vad diagnosen motiverar. Vården blir också, genom användningen av dessa vårdprogram och riktlinjer, lika över hela landet oberoende av vem patienten är. Det är ändå viktigt att individualisera dessa program så att man kan möta kulturella skillnader och uppnå jämlikhet. Kvalitetsregister, innehållande feedback till vården, påverkar också jämlikhet och en patientsäker vård i positiv riktning. Det finns också hälsoskillnader mellan dem som är lågutbildade och dem som är högutbildade. Rökning och hög alkoholkonsumtion är kopplade till svag position i samhället och därför borde man motverka detta i de lägre socioekonomiska grupperna.¹²⁵

¹²³ Andersson, I., Eljertsson, G. 2009. 317.

¹²⁴ Kangasniemi, M. 2010. 824-832.

¹²⁵ Lövtrup, M., Ohlin, E. 2010. 3113-3114.

8 METODER OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Vårt lärdomsprov är en kvalitativ studie, där vi använder oss av fokusgruppintervjun som datainsamlingsmetod. Datamaterialet har sedan analyserats med grounded theory (grundad teori). I detta kapitel kommer vi att närmare beskriva hur vi gick till väga under hela processen för att få en produkt, nämligen vårt examensarbete om den äldre med INR-provtagning i hemvården.

8.1 Kvalitativa metoder

Kvalitativa metoder kännetecknas av närhet till undersökningsobjektet. Man försöker förstå det man undersöker inifrån och således få en utökad kunskap om undersökningsobjektet. I detta fall är undersökningsobjektet den äldre med marevanbehandling i hemvården. Som forskare måste man kunna balansera mellan ett inre och ett yttre perspektiv dvs. mellan att förstå och att förklara. Kvalitativa metoder innebär att man objektivt försöker förklara något. Man ska beskriva det som är viktigt att veta för att kunna förstå det man undersöker. Kvalitativa metoder ska innehålla citat som visar informanternas tankar och funderingar kring det som ska undersökas. Kvalitativa metoder bygger alltid på en viss förförståelse av det fenomen som man ska undersöka och det blir således en utmaning att försöka lägga denna förförståelse till sidan och kritiskt granska materialet utan att leta efter bekräftelse på sin egen förförståelse. I den kvalitativa intervjun baserar man sig på en manual, men undersökningspersonerna kan själva rätt långt styra hur intervjun utvecklas. Miljön har stor betydelse för att intervjun ska lyckas på bästa sätt. Vid kvalitativ intervju använder man sig också av någon form av inspelning, för att kunna använda sig av den stora informationsmängden på bästa sätt.¹²⁶

8.2 Grundad teori

Grundad teori (grounded theory) är en analysmetod som används vid bearbetning av data. Den är en vetenskaplig teori och består av en samling satser som beskriver ett område. Med grundad teori utvecklas mellanteorier. Den skall vara grundad i data och förklara mänskligt beteende. Med grundad teori vill man få kategorier, egenskaper och interna relationer. Man strävar till att uppnå en mättnad gällande datamaterialet. Grundad teori kan handla om processer och dessa bör vara föränderliga. Teorin måste vara relevant och kunna

¹²⁶ Holme, l.m.fl. 1997.99–109.

användas i praktiken. Dataanalysen innehåller kodning, minnesanteckningar och sortering.¹²⁷

8.2.1 Tillämpning av grundad teori

Vi har använt oss av grundad teori (grounded theory) i vårt arbete genom att göra intervjuer och sedan söka kunskap kring de områden vi hittat i vårt intervjumaterial. Kunskap har vi hittat i evidensbaserade forskningar, doktorsavhandlingar samt i faktaböcker. Därefter har vi gjort ytterligare intervjuer och fortsatt att söka kunskap. På så sätt har vi byggt vidare på kunskapen vi fått och fördjupat den. Det skulle ännu ha funnits möjlighet att fundera mera kring hemvårdens framtid, men det får eventuellt någon annan studerande söka material kring i framtiden. Vi anser att materialet är mättat i den form som det är i nu.

8.3 Datainsamlingsmetod

Detta lärdomsprov har kommit till genom fokusgruppintervjuer med en expertgrupp. Fokusgruppintervju är en datainsamlingsmetod där man använder sig av flera intervjupersoner och har ett bestämt fokus för intervjuerna. Varje fokusintervjutillfälle bygger på det föregående och är således en fortsättning på detta.

8.3.1 Fokusgruppintervjuer

I detta lärdomsprov består fokusgruppen av fem personer. När man använder sig av denna form av datainsamlingsmetod är målet inte att nå samförstånd om det fenomen man undersöker utan man vill istället få fram olika uppfattningar och åsikter. En fördel med gruppinteraktionen är att den vanligtvis frambringar mera spontant material än en individuell intervju gör vilket kan leda till att det utskrivna intervjumaterialet kan bli ganska omfattande.¹²⁸ Denna grupp, som medverkar vid fokusintervjuerna, har blivit utvald eftersom de har fått skolning gällande INR-provtagning och sköter denna i praktiken. Expertgruppen har en mångårig erfarenhet i arbetslivet och alla är i grunden sjukskötare. De flesta har arbetat länge på den nuvarande arbetsplatsen och är trygga i sitt arbete. Gruppen arbetar inom hemvården, men är utplacerade på två olika ställen. INR-provtagningen utförs både i enskilda patienters hem och på olika boenden. Rutinerna

¹²⁷ Hartman, J. 2001. 45-56, 115-116.

¹²⁸ Kvale, S., Brinkman, S. 2009. 166.

varierar lite från arbetsplats till arbetsplats. Slutledningarna från dessa fokusgruppintervjuer är induktiva. Det innebär att man går från upptäckter i verkligheten, sammanför dem till allmänna principer, vilka sedan bildar en teori.¹²⁹

8.3.2 Datainsamlingsprocessen

Vid det första mötet, som hölls i början av september 2012, deltog avdelningschefen för den öppna vården, ordinarie och tillförordnade hemvårdsledarna samt vår handledande lärare från skolan. Vid mötet diskuterade vi vad vårt lärdomsprov skulle handla om, vad syfte och frågeställningar skulle röra sig kring samt satte upp ramar för vårt arbete. Vi kom överens om att lärdomsprovet skulle ses utifrån sjukskötarens perspektiv. Efter mötet började vi arbeta med vår idéplan. Vi fann tre olika temaområden i anslutning till vårt syfte och vår frågeställning. Utifrån dessa temaområden gjorde vi intervjufrågor som senare pilottestades på våra klasskamrater (bilaga1).

Vid det följande mötet deltog expertgruppen, som bestod av fem INR-skötare, och undertecknade (bilaga2). Inför detta möte hade vi gjort upp en Power Point-presentation, som vi på grund av tekniska problem istället skrev ut till deltagarna. Denna presentation innehöll vår idéplan och de temaområden, som vi skulle hålla fokusintervjuerna kring. Vi höll intervjuer och diskuterade kring följande temaområden: patientprofil, vårdkontakt och värdegrunder (bilaga3). På detta möte informerades informanterna om att deltagandet är frivilligt och att man har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta medför några följder för informanterna. Vi redovisade också hur materialet kommer att användas samt att det insamlade datamaterialet kommer att förstöras när lärdomsprovet är godkänt. Vi skyddade deltagarnas integritet i detta lärdomsprov genom att inte redovisa enskilda åsikter så att någon utomstående skulle kunna identifiera dem. Därför har alla ord och uttryck förändrats till standardsvenska i citaten som ingår i vårt lärdomsprov. Informanterna undertecknade också vid detta möte ett tillstånd för inspelning av intervjuer (bilaga4). Detta behövdes eftersom vi videofilmade alla intervjuer och skrev ut dem efteråt. Efter varje möte skrevs också ett mötesprotokoll, utifrån anteckningar som gjorts, och detta protokoll sändes till alla informanter. Uppdragsgivaren och handledande lärare undertecknade också ett uppdragsavtal för lärdomsprov (bilaga5).

¹²⁹ Olsson, H., Sörensen, S. 2011. 48.

Vid det tredje mötet deltog endast tre av INR-skötarna, eftersom de andra hade arbete som måste utföras. Vid detta möte redovisade vi materialet från senaste möte och informanterna kunde komplettera det som lämnat oklart eller de missförstånd som uppstått. Vi hade inför detta möte ritat upp en sammanfattning av vårdkedjan för den äldre med marevanbehandling i hemvården. Denna sammanfattning (bilaga 6) visade vi sedan åt expertgruppen för förändringar och godkännande. Vi hade sedan intervjuer och diskussioner kring dokumentering och telefonkontakt, vårdaren och vårdrelationen samt värderingar.

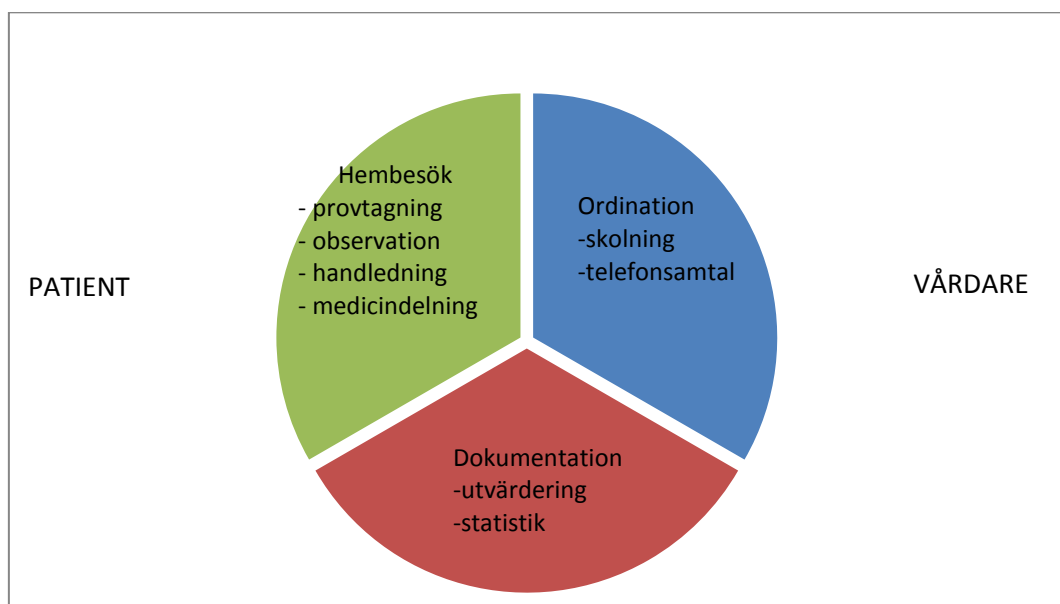
Efter alla möten har materialet skrivits ut och analyserats. Vi har försökt hitta de olika kategorier och underkategorier som framkommit i intervjumaterialet. Dessa kategorier kommer vi att presentera i resultatdelen. Utifrån de kategorier som steg fram har vi sedan sökt teoretiskt material. Detta har förverkligats genom att dela upp uppgifterna mellan oss studerande. Vissa av oss har haft mera ansvar för insamlande av material, vissa har haft mera ansvar gällande sammanställningen. Detta har varit ett system som har fungerat för oss. Under hela processens gång har vi fått värdefull handledning av vår lärare.

Vi samlades till möten med fokusgruppen tills vi upplevde att vi uppnått en mättnad gällande datamaterialet. Vi studerande har även samlats regelbundet och analyserat och reflekterat kring materialets innehåll under hela processen. Utifrån fokusgruppintervjuerna steg tre huvudkategorier fram i datamaterialet (se figur 3 i resultatdelen). Dessa presenteras närmare och mera ingående i resultatdelen. Dessa tre huvudområden var hembesök, ordination och dokumentering. Dessa områden byggde också på värderingar samt relationen mellan patient och vårdare. För att förvissa oss om att vi har med det viktigaste materialet med i vårt arbete har vi även ritat upp en tankekarta kring den vårdande kontexten för patienten med marevanbehandling i hemvården. Som källor till vårt arbete har vi använt vetenskapliga artiklar och forskning samt annan användbar litteratur. Slutligen har vi bearbetat vårt material, tagit bort och lagt till samt flyttat om text, tills vi upplevde att vi var nöjda med slutresultatet.

9 KARTLÄGGNING AV DEN ÄLDRES VÅRD

I följande kapitel ska vi redogöra för de områden som steg fram vid analys av material från fokusgruppintervjuerna nämligen hembesök, ordination och dokumentation (se figur 3 på nästa sida). Resultatet visar att hembesöket innehåller provtagning i hemmet, observation och handledning av den äldre samt delning av mavevan i patientens dosett. Ordinationen bygger på skolning och förverkligas ibland genom hembesök med medicindelning och ibland genom ett telefonsamtal till den äldre eller till den medicinsvarige sjukskötaren på den vårdinrättning där den äldre bor. Slutligen ingick också dokumentation och utvärdering av vården samt bokföring av statistik i vården av den äldre med mavevanbehandling. I resultatet framkom också vilka värderingar och vilken värdegrund som genomsyrar och påverkar vården av de äldre och detta presenteras närmare i detta kapitel. Resultatet visade även på många utmaningar som man ställs inför i det praktiska vårdarbetet och det kommer vi också att beskriva mera ingående längre fram i kapitlet.

UTMANINGAR I DET PRAKTISKA VÅRDARBETET



VÄRDEGRUND SOM GENOMSYRAR VÅRDARBETET

Figur 3: Huvudkategorier utifrån fokusgruppintervjuerna

9.1 Patientprofil

De äldre med marevan behandling i hemvården har flera gemensam nämnare, nämligen **hög ålder** och **försämrat hälsotillstånd**. Försämrat hälsotillstånd är ofta orsaken till att de har blivit beviljade provtagning i hemmet. Hälsoproblemen kan vara av fysiska, psykiska eller sociala skäl. Fysiska skäl, i form av **nedsatt fysisk funktionsförmåga**, gör att de inte kan ta sig till laboratoriet på egen hand. **Nedsatt psykisk förmåga** kan också medföra oförmåga att ta sig ut i samhället. Sociala skäl, såsom **ensamhet och avsaknad av hjälpgivande anhöriga** kan också vara en bidragande orsak till varför man inte kan ta sig till laboratoriet på egen hand. Det är en **jämn könsfördelning** bland patienterna med INR-provtagning i hemvården, det är lika många män som kvinnor som har behov av provtagning i hemmet. Dessa patienter kan ha många olika diagnoser i bakgrunden. De vanligaste diagnoserna som den äldre med marevanbehandling i hemvården har är förmaksflimmer, stroke och hjärtinfarkt. Det kan också vara en klaffoperation, som är orsaken till att marevanbehandling påbörjats. Vid klaffoperationer är det ofta frågan om en tidsbunden ordination.

”Det är lika mycket män som kvinnor. De har oftast hög ålder.”

”Det är ju de här med förmaksflimmer, stroke, hjärtinfarkt och de som varit med om klaffoperationer.”

”De har en nedsatt rörelseförmåga eller någon minnessjukdom som gör att de inte kan fara till laboratoriet. Psykiska problem är inte ett kriterie i sig, utan det är beroende på situationen”

9.1.1 Kriterier

Det har varit lite oklart kring vem som har rätt till INR-provtagning i hemvården. Det finns i dagens läge **inga tydliga kriterier** för vem som har rätt till INR-provtagning i hemvården. Det har **avgjorts från fall till fall** utifrån den observation och bedömning som görs vid ett hembesök. I nuläget använder man sig av påståendet att om man använder sig av en **rullator inomhus** så kunde det vara ett tecken på att man är i behov av hemvård vid INR-provtagning. Det skulle också vara önskvärt att patienten hade ett stabilt INR-värde som ligger mellan 2 och 3. I praktiken fungerar det inte att ha ett sådant krav utan patienten får INR-provtagning i hemmet även om han har ett väldigt varierande INR-värde. Man skulle ändå gärna se att systemet för vem som har rätt till INR-provtagning i hemvården skulle vara så rättvist som möjligt.

”Kriterierna oklara för sköterskor och läkare. Man vill att det ska vara lika åt alla... rättvist.”

”När man gör ett hembesök så ser man om de behöver INR-provtagning i hemvården.”

”De som går med rullator inomhus har fått provtagning i hemmet.”

”Det är önskvärt att de har ett stabilt INR-värde, men det fungerar inte i praktiken.”

9.1.2 Gemensamma nämnare

Det finns vissa gemensamma nämnare hos dem som har rätt till INR-provtagning i hemmet. Den äldre kan ha en funktionsnedsättning som gör att **rörelseförmågan är begränsad**. Därför har de svårt att ta sig ut till en väntande bil eller taxi. De har också svårt att förflytta sig från fordonet in till sjukhusets laboratorium. Det finns också äldre som har **nedsatt andningsförmåga**. Detta gör att det blir för belastande att ta sig till laboratoriet. Ytterligare finns det äldre som har en **nedsättning i kognitionen**. De kan vara så minneslösa att de inte minns att fara till laboratoriet. De kan också ha svårigheter att orientera sig dvs. hitta till laboratoriet. Ibland kan ett besök till laboratoriet bli så påfrestande för både patienten och vårdaren att det inte anses vara värt det. I enstaka fall kan även psykisk ohälsa medföra att INR-provtagning beviljas i hemvården. Det är viktigt att man **utvärderar rätten till INR-provtagning i hemvården för den äldre med marevanbehandling från fall till fall**.

”Ofta är det rörelseförmågan som är nedsatt, att de inte kan fara till laboratoriet. Man orkar inte gå några meter ut till bilen eller vid sjukhuset.”

”Att gå från bilen till laboratoriet tar så på andningen.”

”Det finns ju de som är väldigt minneslösa och inte hittar till laboratoriet. Då får man fundera på om man kanske borde fara hem och ta INR-värdet.”

9.1.3 Uteslutande faktorer

Det finns flera olika faktorer som gör att man inte har rätt till provtagning i hemmet. Hemvård ska inte ges till personer som inte kan röra sig så pass mycket att de klarar av att ta sig till laboratoriet med hjälp av anhöriga eller taxi. Orkar man gå i trapporna mellan övre och

nedre våningen eller ut på en promenad, så borde man också orka gå ut till ett väntande fordon. Vårdpersonalen hamnar ofta i ett dilemma när patienten eller anhöriga fordrar hemvård och man inte har tydliga kriterier att hänvisa till. Patienten kan tycka att det är enklare att betala en engångsavgift till hemvården istället för att betala för taxin. Anhöriga kan också tycka att det underlättar för dem om hemvården sköter provtagningen. Men bekvämlighet för patienten eller anhöriga är inget kriterium som ska ge rätt till hemvård.

”De kan säga när man kommer: Tur att jag inte var ut och gå. Om de kan ta sig till laboratoriet med taxi ska de göra det.”

”Det är så bekvämt när vi kommer. Det är inget kriterie att ingen kör dem.”

9.2 Kartläggning av vårdkontakten

All vårdkontakt som sker runt patienten bygger på den vårdrelation som uppstår kring vårdaren och patienten. En professionell vårdare är kompetent, trygg i sig själv och i sin yrkesroll. INR-provtagning i hemvården består av många olika komponenter. Efter analys av datamaterialet framkom att vårdkontakten för den äldre med marevanbehandling består av tre huvuddelar. Den första delen innehåller **hembesök hos den äldre**. Den andra delen innehåller analys av provsvar samt av **ordination** av marevandos. För denna uppgift krävs särskild skolning. Den tredje delen är **dokumentering** i patientjournalen.

”En professionell vårdare är kompetent, trygg i sig själv och sin yrkesroll”

”Hon inger förtroende, det här behärskar jag.”

”De får en bra helhetsvård.”

9.2.1 Inskrivning

Den äldre med marevanbehandling kommer i kontakt med hemvården på olika sätt. Det vanligaste är att en **inremedicinsk avdelning kontaktar hemvården**. Det kan vara nya patienter, som just har fått en ordination på marevan. Det kan också vara patienter, som varit i **kontakt med hemvården sedan tidigare** och efter någon sjukhusvistelse återkommit med en eventuell medicinförändring. Vid hög ålder där funktionsförmågan blivit nedsatt och patienten inte längre klarar av att bo hemma kan det bli aktuellt med **flytt**

till någon form av stödboende eller åldringshem. Hemvården ansvarar också för INR-provtagning där och kommer för INR-provtagning på vissa bestämda dagar.

”En inremedicinsk avdelning kontaktar oss.”

”Det kan vara en klient som har haft marevan i många, många år och så händer någonting. Kanske bryter han benet, får någon allvarlig sjukdom eller blir opererad, så att han inte klarar av att fara till laboratoriet. Då kan det komma från honom själv”

”Vi sköter också klienter från olika boenden och åldringshem.”

Den äldre med marevanbehandling kan också komma i kontakt med provtagning i hemvården på andra sätt. Det kan t.ex. vara ett **team inom hemvården** som tar kontakt med INR-skötaren eftersom de upplever att patienten inte längre klarar av att fara till laboratoriet för provtagning. Det kan också vara en **anhörig** som upplever att det inte längre är möjligt att få patienten med till provtagning. Ibland kan det också vara **patienten själv** som tar kontakt eftersom han kommit till den insikten att han inte klarar av att fara till laboratoriet pga. någon operation eller någon olyckshändelse.

”Ett annat team inom hemvården kontaktar oss”

”Det kan vara anhöriga som inte orkar längre eller också kan det vara den äldre själv som kontaktar.”

9.3 Hembesök

Ifall man uppnår en eller flera kriterier för INR-provtagning i hemmet så kommer en sjukskötare och tar INR-provet i hemmet. Ifall provsvaret har varit avvikande kan en sjukskötare göra ett nytt hembesök senare under dagen och ändra i dosetten. Ifall man har stabilt INR värde så tas proven med 3-4 veckors mellanrum. Hembesöket är tidsmässigt kort och oftast görs inga andra vårdåtgärder samtidigt.

”Hembesöken är oftast på en tisdag, men vid behov far man på hembesök andra dagar också.”

”Vi får ha max 5 veckor mellan INR-provtagningarna. Men vanligtvis är det 3-4 veckor.”

9.3.1 Hemmet som arbetsplats

Hembesöket består av flera olika delar. Förutom INR-provtagning är observation en viktig del av det arbete sjukskötaren utför i hemmet. Man bör observera eventuella biverkningar av marevanbehandlingen. Sjukskötaren ska också handleda den äldre i riktning mot en optimal hälsa och rehabilitering ingår som en naturlig del i vården.

”Vi observerar blödningar, näsblod och blåmärken. Man följer också med om de har blod i avföringen.”

”Rehabiliterande synsätt i hemvården.”

9.3.2 Provtagning i hemmet

Vid provtagning inom hemvården används en mätare som kallas CoaguChek. För att få ett värde tar man ett prov från patienten finger genom att sticka patienten med en ”nål” och sätta den första bloddroppen på en specialsticka, som är ämnad för INR-apparaten. Värdet syns efter en stund i apparatens display. Apparaten är tillförlitlig. Värdet noteras därefter och sjukskötaren tar med sig provsvaret för att kunna analysera och dokumentera senare på eftermiddagen.

”Man pickar och får ett värde med INR-apparaten.”

”Apparaten är så noga, den piper med detsamma om man har för liten droppe.”

Svaret som står på displayen analyseras. Man strävar till att INR värdet skall ligga mellan 2 och 3. Om värdet är avvikande försöker man utreda orsaken genom att diskutera med patienten. En orsak till avvikande värde kan vara att den äldre ätit något som påverkat INR-värdet. Det kan också vara någon infektion eller någon interaktion av en nyss påbörjad medicin som påverkat värdet. Ifall värdet är för högt kan man ta bort marevantabletten från dosetten och hålla en paus tills INR-värdet är på vårdnivå.

”Man får diskutera med detsamma när man tar INR-värdet och det är för högt: har du ätit något speciellt eller ändrat någon medicinering? Varför är det så där nu?”

”Observerar och frågar upp att de har förstått.”

”Vid ett högt värde tar man bort marevan- tabletten från dosetten och sätter marevanet på paus.”

Vid provtagningen är tiden ofta så begränsad att man inte hinner med några andra vårdåtgärder än att mäta INR-värdet med en apparat som kallas Coagu Chek. Sjukskötaren har med apparaten vid hembesöket och får efter att ha tagit provet genast svar som kan analyseras och dokumenteras. I hemvården bör man som sjukskötare också arbeta aseptiskt för att förhindra smittspridning.

”Vi utför inga andra morgonsysslor under INR-dagarna.”

”Vi har handskar då vi tar prov och byter mellan varje patient.”

”Desinfektionsmedel på händerna.”

9.3.3 Observation av den äldre

Det är viktigt att observera patienten med tanke på eventuella biverkningar förorsakade av marevanbehandlingen. Om värdet är avvikande försöker man utreda orsaken genom att diskutera med patienten. Har de glömt att ta medicinen eller finns det andra orsaker till avvikande värde? Kan ändrade matvanor eller någon infektion ligga till grund för avvikande värde? Man diskuterar även ifall det påbörjats någon ny medicin som eventuellt kan påverkat värdet. INR skötaren har möjligheten att vid oklarheter kontakta läkare för konsultation.

”Vi observerar på samma gång och vid behov kontaktar vi läkaren.”

”Vi observerar medicinintaget och ser i dosetten om de glömt att ta tabletten.”

9.3.4Handledning av den äldre

Vid hembesöket är det viktigt att informera och handleda patienten gällande sådant som har betydelse i anslutning till marevanbehandlingen. Man bör tänka på den förebyggande vården och handleda patienten så att exempelvis fallolyckor förebyggs. Detta kan göras

genom att t.ex. hjälpa patienten att få nödvändiga hjälpmedel i hemmet. Man bör också tänka på att förebygga riskfaktorer som kan leda till de sjukdomar, som kräver marevanbehandling.

”Varför de har marevan påsatt, det är det många som frågar. Vi går ofta igenom hjärtförbundets broschyr.”

”Har hon problem med rörelseförmågan kanske hon bryter benet, därför är det viktigt med hjälpmedel.”

9.4 Ordination

All marevanbehandling påbörjas av en läkare. Sjukskötarna i hemvården har däremot fått särskild skolning för att ordinera marevandoson för den äldre med INR-provtagning i hemvården. Denna skolning har de fått av en läkare, som också ansvarar för sjukskötarnas dosering. Läkaren gör stickprov då och då. Ordination av dos görs utifrån det provsvar som fås vid den provtagning som utförs under hembesöket. Sjukskötaren räknar ut den exakta dosen i milligram och fördelar marevanet jämnt under veckan i enlighet med läkarens anvisningar.

”Vi har fått skolning av läkaren att ordinera marevan”

”Läkaren tar också stickprov då och då.”

”Det ska räknas ut i milligram och fördelas jämnt under veckan.”

9.4.1 Sjukskötarens roll

Sjukskötaren i hemvården har en viktig roll i den äldres vård. Eftersom många människor bor ensamma och har försämrat minne så har sjukskötaren många uppgifter. Sjukskötaren bör informera, ringa och påminna om laboratoriebesök eftersom många har lite sociala kontakter eller är utan anhöriga. Som sjukskötare bör man inge förtroende och vara lyhörd för patientens önskningar.

”Många har bara oss. De litar på oss.”

”Fråga upp om de har förstått, ringa och påminna”

9.4.2 Förverkligande av ordination

Ordination av marevandosens sker på eftermiddagen vid hemvårdens lokaler. Vid akuta förändringar i ordinationen kontakter INR-skötaren patienten eller boendet via telefon, så att medicinförändringar kan göras i patientens dosett. Om det gäller en patient som bor hemma och inte kan ändra i sin medicindosett själv, kan också en sjukskötare åka hem till patienten och ändra marevandosens i patientens dosett. Om INR-provsvaret är inom vårdnivå så bibehåller man den marevanordination man haft under de följande veckorna samt ger en ny tid till nästa provtagning. Därefter skriver man ut antikoagulationsbladet och skickar det hem till patienten via post.

”Vi ordinerar marevandosens och delar läkemedlet i dosetter.”

”Vi ordinerar och sätter en ny tid, vanligtvis inom 3-4 veckor. Därefter printar vi ut en ny lista och postar den till klienten. På eftermiddagen ringer vi och meddelar marevanordinationen.”

9.4.3 Information till den äldre med marevanbehandling

I vården av den äldre med marevanbehandling är handledning en viktig del. När marevanbehandlingen påbörjas får de äldre ofta så mycket information att någon del lätt tappas bort. Ofta vill patienterna veta varför marevanbehandlingen påbörjats och hur länge de ska ta medicinen. De är oroliga över innehållet i marevantabletterna och har ofta hört att marevan innehåller warfarin och kan förorsaka blödningar. Det är viktigt att informera och handleda den äldre kring kostens betydelse vid marevanbehandling och ha ett mångsidigt födointag. Det är också viktigt att informera och handleda kring olika mediciners och naturpreparats interaktioner med marevan samt regelbundenhet vid tidpunkt för intag av marevantabletten. Det finns mediciner som stärker marevanets effekt t.ex. acetylsalicylsyra, vissa antibiotika och svampmediciner, vissa kolesterolmediciner och klopidogrel. Det finns också mediciner som försvagar marevanets effekt t.ex. diuretika, spirinolakton och vissa epilepsimedikiner.

Infektioner, feber och diarré påverkar INR-värdet och detta bör man ta i beaktande och informera patienten om. Det är också viktigt att undvika riklig alkoholkonsumtion i samband med marevanbehandling. Marevanbehandling är inget hinder för att den äldre ska kunna resa. Det finns möjlighet att kontrollera INR-värdet på annan ort om betalningsförbindelse ordnas.

"Varför de får marevan påsatt, det är det många som frågar. De vet inte hur länge de ska äta medicinen. De upplever ibland att det är farligt. Att det är råttgift och att de kan förblöda."

"Information om samverkan mellan mediciner. De passar inte alltid de där naturpreparaten. Information om tid på dygnet när de tar det och regelbundenhet vid matintag."

"De dricker ibland rödvin på jul och midsommar, då har de högre värden. Feber med infektion, diarré och uppkastningar påverkar värdet."

"Om man kollar INR-värdet på någon annan ort måste man ha en betalningsförbindelse."

9.4.4 Risker med marevanbehandling

Det är viktigt att patienten känner till vilka eventuella biverkningar han ska vara extra uppmärksam på vid marevanbehandling. Man bör vara observant på eventuella blåmärken, eftersom detta kan vara en biverkan vid marevanbehandling och kan tyda på en blödning. Den äldre bör därför handledas i en trygg användning av hjälpmedel för att undvika risk för fallolyckor och skador. Det bör också påpekas för den äldre att han alltid ska nämna om sin marevanbehandling när han besöker tandläkare, läkarmottagning eller ska till sjukhuset för någon åtgärd eller operation på grund av blödningsrisken. Den äldre bör också informeras om hur olika sjukdomar påverkar marevanbehandlingen. Hos en cancerpatient kan det vara svårt att få ett bra värde. Han bör informeras om hur viktigt det är att t.ex. hålla sitt blodtryck på rätt nivå med medicinering och egenvård för att undvika komplikationer.

"T.ex. vid en operation eller en cardioversion meddelar vi att marevanet ska lämnas bort i X antal dagar."

"Man kollar huden så att de inte har en massa blåmärken."

"Det är sällan man får ett bra värde på en cancerpatient."

9.5 Dokumentation

Under hembesöket dokumenterar sjukskötaren INR-värdet. På eftermiddagen analyseras och dokumenteras värdet i patientens journal på antikoagulationsbladet och besöket dokumenteras i KH-TOTS. Sjukskötaren har då också möjlighet att diskutera med andra INR-skötare ifall hon känner sig osäker i sina ordinationer. Efter ordinationen skrivs ett nytt antikoagulationsblad ut med ordination samt en ny tid och sänds hem åt patienten. En god dokumentering gör att man har rätt riktning på vården, förhindrar många missförstånd och undviker vårdfel.

”Det är på antikoagulationsblanketten och KH-TOTS man dokumenterar. Ett nytt antikoagulansblad printas ut och sänds hem till klienten tillsammans med en ny tid för provtagning.”

9.5.1 Patientcentrerad dokumentation

Den äldre står i centrum i all dokumentering dvs. dokumentationen är patientcentrerad. Rutiner i dokumentationen gör att arbetet för sjukskötarna underlättas. Vårdpersonalen poängterar hur viktigt det skulle vara att alla dokumenterar på rätt ställe. Iakttagelser noteras i patientjournalen och den specifika marevanordinationen dokumenteras på antikoagulationsblanketten. Om marevan har ordinerats för en viss tid ska datumet för avslutande av läkemedelsbehandlingen noteras noggrant för att undvika missförstånd. Vid fokusgruppintervjuerna framkom också att ansvaret, för att den äldre med marevanbehandling ska få en trygg läkemedelsbehandling, ofta ligger på sjukskötarna. En stor del av de äldre i hemvården har en nedsatt kognition och kan därför inte vara ansvarig för sin marevanbehandling. Oklarheter i dokumentationen leder ibland till extra arbete för INR-skötarna eftersom man måste utreda ordinationerna.

”Man vet inte vad de fått och hur många mg. Då skall vi reda upp detta och ordinerar.”

”Kollar efter vad jag ordinerat när patienten får en blödning, kan det ha något med det att göra?”

”Det är nog vår sak att kolla upp det, patienten själv reagerar inte. Man kan inte lämna det åt patienten själv i den här åldersgruppen.”

9.5.2 Patientjournal

Hembesöket dokumenteras alltid i patientjournalen. Där dokumenteras också om det varit något speciellt med patientens mående som framkommit under hembesöket eller annat som vårdpersonalen behöver veta. Det kan noteras om patienten ätit något särskilt de senaste dagarna som har påverkat marevanvärdet. Det kan också vara ett påpekande om att patienten haft feber på grund av någon infektion eller haft diarré och att detta därför lett till avvikande värden vid INR-provtagningen. Ordination av marevandos och ny tid dokumenteras på antikoagulationsblanketten. Till dokumentering hör också att statistikföra besöken. All dokumentering är också viktig för att patienten ska kunna debiteras med rätt avgift.

"Efter besöket dokumenterar vi om det var något speciellt med måendet."

"Hembesök statistikför vi ju. Det är för betalningen. Det är statistik på hur många besök vi har: vilka som kostar, vilka som har en vård- och serviceplan."

9.5.3 Utvärdering

Det är viktigt med en fortlöpande utvärdering av vården. Med ett halvt års mellanrum görs en RAI-utvärdering av de patienter som har rätt till hemvård och har en vård- och serviceplan. Det görs inte specifikt för de äldre med INR-provtagning i hemmet utan allmänt för de äldre med hemvård. Utvärdering görs också ifall vården avslutas eller patienten avlider.

"RAI på alla patienter med vård- och serviceplan med ett halvt år emellan."

9.6 Utskrivning

När den äldre inte är i behov av INR-provtagning i hemmet längre blir han utskriven från hemvården (ifall han inte har andra orsaker än INR-provtagning som ger honom rätt till hemvård). Orsaken till utskrivningen kan vara att **marevanbehandlingen varit tidsbunden**. Utskrivning kan också bero på att läkaren **avslutar medicineringen** eftersom patienten inte längre har behov eller nytta av den. En annan orsak kan också vara att **den äldre motsätter sig vården**. Patientens **rätt till hemvård kan också vara begränsad till**

en viss tid på grund av någon tillfällig nedsättning i funktionsförmågan. Andra orsaker till att patienten utskrivs kan också vara att han **flyttar till en anstalt**, där man själva sköter om provtagning och ordination t.ex. en bäddavdelning. Hemvården avslutas naturligt när **patienten avlider**.

"Patienterna utskrivs när marevanordinationen avslutas."

"Efter en operation får de hemvård en begränsad tid tills de börjar komma igång igen."

"När de flyttar till ett annat boende eller dör avslutas vårdkontakten "

"Nog har vi haft ett par fall som vi måste avsluta det helt enkelt, eftersom de motsätter sig vården."

9.7 Värderingar som styr vården av den äldre

Social- och hälsovårdsverket beskriver sin verksamhet med följande nyckelord: kvalitet, jämlikhet, delaktighet, förtroende, pålitlighet och ekonomi. Vid fokusgruppintervjuerna framkom att man hade en verksamhet som byggde på dessa värderingar. Kvalitetstänkandet var väl integrerat i verksamheten och det fanns system som gjorde att kvaliteten upprätthölls på en hög nivå. Den ekonomiska aspekten styrde också sjuksköterna i deras dagliga arbete. Man försökte få ett tillförlitligt resultat och var medvetna om de ekonomiska begränsningarna. Man planerade vården och valet av körrutt för att spara tid och därmed pengar. Patientens delaktighet i sin egen vård betonades i mån av möjlighet. Ibland kunde patienten avsäga sig vården på eget ansvar emot vårdarnas vilja. Förtroende och pålitlighet var ingredienser som genomsyrade hemvården. Vårdarna upplevde att patienterna litade på deras sakkunskap och kände sig trygga med ordinationerna. Man upplevde att klienterna var nöjda med den vård och omsorg de fick. Det var svårt att beskriva hur jämlikhet kom till uttryck i vården även om den nog tas i beaktande i vården av den äldre.

9.7.1 Kvalitet

För att uppnå en god kvalitet i vården krävs att vårdarna strävar till att arbeta på samma sätt. Skolning av samma läkare och ett egenvårdarsystem gör att patienten garanteras bästa möjliga vård. Uppföljning av ansvarig läkare genom stickprov gör också att kvaliteten

utvärderas och vid behov förbättras. INR-värdet som fås med hemsjukvårdens apparater kontrolleras regelbundet så att de överensstämmer med provsvar från laboratoriet. Praktiskt fungerar detta så att man tar ett INR-värde med hemsjukvårdens apparat samma dag som man kommer från laboratoriet och dubbelkontrollerar samma patient. Alla patienter ska regelbundet dubbelkontrolleras. Eftersom en vårdare sköter hela processen själv med provtagning, ordination och dokumentation så minskar riskerna för missförstånd mellan vårdarna. En annan sjukskötare kan dock fara hem till patienten och ändra i hans medicindosett, eftersom tiden inte räcker till. Vården är professionell och av god kvalitet.

”Vi har fått skolning av samma läkare att ordinera marevan. Läkaren tar stickprov på oss ibland.”

”Det görs kontroller av varje patient regelbundet, alltså dubbelkontroll. Vi tar värdet med vår apparat, samma dag kommer hemlabben och tar ett blodprov.”

”Vi har inga mellanhänder i INR-processen, vi sköter det från början till slut. Det är professionell vård av hög kvalitet.”

9.7.2 Ekonomi

Sjukskötarna vid hemvården anser att vården förverkligas utifrån ett kostnadseffektivt och modernt arbetssätt. Man försöker välja material och förbruka dessa med tanke på ekonomin. Man kör inte fram och tillbaka från en sida av staden till den andra utan har ett ekonomiskt tänkande vid planering av körrutt. På det viset sparar man in den kilometerersättning som ska utbetalas. Det är också billigare att betala lön åt en sjukskötare, som fått skolning gällande marevanordination, än att betala lön åt en läkare för att utföra detta arbete. Man försöker också tänka på klienten när det gäller ekonomin. Med en vård- och serviceplan behöver man inte betala någon avgift för hembesöket. Man planerar också in hemvårdsbesöken så att man kan göra INR-provtagning samtidigt om det är möjligt, på så sätt kan man undvika att klienten måste betala dubbel avgift.

”Kostnadseffektivt och modernt arbetssätt inom INR-vården: Ja, absolut!”

”Man gör upp en körrutt och kör i en cirkel. Tiden påverkar kostnaderna.”

”När vi ordinerar så tar det inte upp läkartiden.”

”Hemvårdens besök kostar om de inte har serviceplan.”

9.7.3 Förtroende och pålitlighet

Förtroende och pålitlighet är viktiga ingredienser i vårdrelationen. Om man ska kunna erbjuda en god vård behöver man uppnå ett förtroende i vårdrelationen. Inom hemvården upplever man att de äldre litar på vårdpersonalen och deras kompetens. Det är inte ofta man ifrågasätter ordinationen, men visst händer det ibland att patienten säger hur han vill att ordinationen skall se ut. Man upplever att patienten är delaktig i den vård han får inom hemvården. Delaktigheten syns bland annat i rätten att vara med och bestämma tidpunkt för hembesöket. Man respekterar de äldres rutiner och matvanor. Det är personalens skyldighet att informera om saker av betydelse i anslutning till marevanbehandlingen, men patienten väljer själv om han följer rekommendationerna eller inte. Han bestämmer också vilka levnadsvanor han har och man försöker anpassa vården utifrån dessa. Patienten har självbestämmanderätt och det yttersta ansvaret. Han kan välja att avsäga sig vården trots att han skulle ha en klar fördel av den. När man är av olika åsikter diskuterar man för att uppnå samförstånd.

”De har självbestämmanderätt. Det är min sak att ordinera det som jag anser är rätt, men det är deras sak att ta det som de vill. De försöker nog få oss att ordinera som de vill ha det, så på det viset är de nog delaktig.”

”Mycket bygger på det här förtroendet. Överlag så har de nog förtroende för oss. De litar på att det är lika tillförlitligt som när läkarna ordinerar. De tror på att man har kunskap.”

9.7.4 Andra värderingar av betydelse

Man försöker arbeta utifrån Social- och hälsovårdsverkets värderingar för att ge den äldre med marevanbehandling en god vård och omsorg. Andra värderingar som kom fram vid fokusgruppintervjuerna, utöver de tidigare nämnda, var tillit och ansvar. Att patienten känner tillit till personalen är av stor vikt och har mycket med bemötandet att göra. Tillit gör att den äldre slappnar av och kan känna sig trygg i vården. Han kan också uppleva ett större välbefinnande och vågar därmed delge vårdpersonalen sina tankar och funderingar.

Det är ett stort ansvar som åläggs sjukskötaren i och med INR-provtagning och ordination. Ibland kan en patient med marevanbehandling ha ett INR-värde på vårdnivå och ändå få en blödning eller infarkt. Då kan man ibland som sjukskötare uppleva att ansvaret är väldigt stort. Man kan ha en skuld känsla över att det gick som det gick. Man funderar fram och tillbaka ifall något gått snett i processen och om man kunnat göra något annorlunda. Man

kan som sjukskötare ibland fundera över vilken effekt medicinen har haft när de ändå fått en blödning eller infarkt. Ansvar et innebär också att reda ut varför ett värde avviker från vårdnivån och om det är något man har förbiset. Man har också ansvar för att informera och handleda den äldre samtidigt som man bör följa upp om han förstått informationen. Allt detta förverkligas i en anda av kärlek gentemot den människa man har framför sig.

"De litar på oss och tror att vi kan. Det är mycket hur man bemöter dem också."

"När en patient dör... kollar efter vad jag har ordinerat, har det med saken att göra. De kan ha hur bra värde som helst när de dör, efter att ha fått propp eller hjärnblödning."

"När man har det inom vårdnivå, inte ska det komma något då tycker man. Då blir man besviken, till vilken nytta."

9.8 Utmaningar i vården av den äldre med marevanbehandling

Under intervjuerna har det framkommit flera utmaningar som personalen kommer i kontakt med i sitt arbete. Det är bland annat utmaningar gällande vilka kriterier som ska gälla för att ha rätt till INR-provtagning i hemvården. Det är också utmaningar i anslutning till dokumentation, medicinering samt informationsöverföring mellan vårdinstanser. Tillräckligt med resurser inom hemvården och information till den äldre är också utmaningar man blir tvungen att hantera i hemvården.

9.8.1 Tillräckligt med resurser

Tidsbrist och personalresurser gör att hembesöken kan upplevas korta och stressiga och den optimala vården blir svår att uppnå. Trots tidspress försöker personalen ändå ge sig tid för samtal med den äldre vid hembesöket. Många äldre saknar sociala kontakter eftersom de lever ensamma och kan ha mistat sin livskamrat. Problem med rörelseförmågan kan också medföra att man mister den sociala kontakten och inte har möjlighet att delta i verksamhet som ordnas för äldre. Hemvårdens besök blir därför något som man ser fram emot. Ett fullt schema innebär också att man inte har så mycket tid att avvara för hembesöket. Man måste snabbt vidare till nästa besök trots att de äldre ofta framför önskemål om vårdåtgärder som de gärna ville ha åtgärdade på samma gång. Det kan vara allt från blodtrycksmätning till sårvård. Klientantalet är ofta ganska stort på en arbetsdag. Det kan vara allt från 10-28 besök på en förmiddag och därför måste tiden prioriteras rätt.

Personalen känner sig underbemannad och i nuläget finns det inga ekonomiska resurser för att utöka personalbemanningen, men man kunde eventuellt utöka antalet INR-dagar istället.

”Varje gång säger de att man skulle kunna se om såret eller utslagen eller ta blodtrycket. Men det går inte på samma gång.”

”Det går ju inte i praktiken heller att vi skulle ha så många INR-dagar för personalen räcker inte till. Det är resursbrist.”

”De får en bra vård. Just den sociala biten är där också. Man märker nog att de har behov av att prata. Man tar ju sig den tiden och sitter och funderar med dem.”

”Emellanåt sväller det ut när man har 28 stycken på en tisdagsförmiddag.”

9.8.2 Tydliga kriterier

De flesta som blir äldre eller deras anhöriga skulle gärna se att man kommer hem och mäter INR-värdet istället för att de själva ska ta sig till laboratoriet. Därför skulle det underlätta för INR-skötarna ifall man hade tydliga kriterier att hänvisa till när man skall besluta om vem som har rätt till INR- provtagning i hemmet. Idag kan man uppleva att de som har anhöriga som har kontakter också har bättre möjligheter att påverka att just deras anhörig blir beviljad INR-provtagning i hemmet.

”Oklart för både vårdpersonal och anhöriga vilka kriterier som gäller.”

”Problemet är att de flesta vill ha INR-provtagning i hemmet. Man måste hitta en gräns.”

”De kan ha en anhörig som är bra på att prata.”

9.8.3 Information till den äldre

Eftersom patientgruppen till stor del består av äldre så kan man uppleva att informationen inte alltid har uppfattats. Den första informationen får patienten vid läkarbesöket när behandlingen börjar. För en äldre med nedsatt kognition bör informationen komma flera gånger och vårdpersonalens uppgift blir att kontrollera att informationen uppfattats och upprepa vid behov. Det är viktigt att även ta anhöriga med i diskussionen för att de kan

stödja den äldre i hans vardag. I lärdomsprovet har det framkommit, genom diskussioner med INR-skötarna, att en stor del av INR-patienterna har en nedsatt kognition. Därför bör informationsmaterialet vara lämpad för korta sessioner och istället flera till antalet. I hemvården används hjärtförbundets broschyr för marevanbehandling vid informationstillfället.

”Läkaren informerat, men de kommer inte riktigt ihåg. Vi informerar detsamma många gånger.”

”De har fått broschyren men stoppat undan den... vi ger dem en ny broschyr om marevanbehandling.”

9.8.4 Samarbete med andra instanser

En annan utmaning som personalen många gånger ställs inför uppkommer när patienten utskrivs från någon avdelning. Det kan uppstå brister i kommunikationen mellan olika instanser vid utskrivningen. Detta kan medföra att man från hemvårdens sida inte är medveten om att en patient har kommit hem. När man så börjar ta reda på det kan man upptäcka att patienten blivit utskriven redan en vecka tidigare. Troligtvis är det stress eller annan orsak som gör att man glömt att ta kontakt med hemvården. Det kan också vara så att man inte noterat att patienten har marevanbehandling och är i behov av provtagning vid utskrivning från annan vårdinstans. Brister i kommunikationen kan också leda till att vårdpersonalen inte vet hur hans fortsatta vård ska se ut.

”De glömmar att meddela ifall de blivit utskrivna. Ibland har vi kommit på det själv, vart har denna tagit vägen? Då börjar vi kolla upp, vi har inte fått något meddelande och det kan ha varit en vecka sen vi skulle ha tagit provet”

9.8.5 Avslutande av tidsbunden ordination

För vårdpersonalen skulle det vara önskvärt med tydligare rutiner kring ordinationen eftersom detta skulle underlätta deras arbete. Bristande dokumentation gör att det blir en utmaning att reda ut vilka ordinationer patienten har och när läkemedelsbehandlingen ska avslutas. Det behövs en tydlig ordination på vilken marevandos patienten ska ha. Det behöver också vara tydligt utskrivet hur länge läkemedelsbehandlingen ska pågå. Ifall ordinationen är tidsbunden så borde patienten få en läkartid till det utsatta datumet för

avslutande av läkemedlet. På så sätt undviks att läkemedelsbehandlingen försätter i onödan. Ibland kan man komma i kontakt med dem som har ätit marevan i flera år eftersom ingen har kontrollerat ordinationen eller så har inget slutdatum blivit utsatt.

”Få mera rutiner när det gäller att sätta ut slutdatum eller vid fortlöpande ordination. Patienten kan ha varit på sjukhus och tagit INR-värdet men de har inte fått någon ordination när de farit hem. Ibland finns ordinationen endast på avdelningarnas egna sidor.”

”Avslutningsdatumet är ibland inte insatt på medicinlistan. På antikoagulationsbladet ska avslutningsdatumet vara högst upp på bladet.”

”Mera kontroller för de som bara skall äta ett halvt år.”

10 TRYGG MAREVANBEHANDLING FÖR DEN ÄLDRE - TOLKNING AV STUDIENS RESULTAT

Åldrande är en process som pågår under en längre tid. Det kan medföra en försämring både fysiskt, psykiskt och socialt, men åldrande kan också medföra mycket positivt.¹³⁰ Det finns studier som påvisar att förnöjsamhet kan påverka åldrandet i en positiv riktning.¹³¹ Kognitionen hos den äldre är av stor betydelse för att marevanbehandlingen ska lyckas på bästa sätt.¹³² En trygg läkemedelsbehandling för den äldre förutsätter också att hela processen bygger på den senaste forskningen inom hälso- och sjukvården och således kommer den äldre tillgodo.¹³³ En evidensbaserad hälso- och sjukvård ska vid utformningen av en god vård kunna balansera mellan en patients unika förutsättningar och forskning med den bästa tillgängliga vetenskapliga evidensen.¹³⁴ För att detta ska vara möjligt måste man som vårdpersonal regelbundet delta i skolningar som ordnas på arbetsplatsen eller på annan ort samt hålla sig uppdaterad genom att läsa nya forskningar.¹³⁵ En hälso- och sjukvård som är evidensbaserad står aldrig stilla, utan utvecklas fortlöpande.

Man har från hemvårdens sida efterlyst tydliga kriterier för vem som har rätt till INR-provtagning i hemmet. Tidigare har riktlinjerna varit att man går med rullator inomhus samt en önskan om ett stabilt INR-värde. Till detta har man fogat en bedömning från fall

¹³⁰ Berg, S., 2007. 11-13.

¹³¹ Kulla, G. 2009. 33.

¹³² Bajorek, B. m.fl. 2006. 19-25.

¹³³ Eriksson, K. 2012. 39-40.

¹³⁴ Olsson, H., Sörensen, S. 2011. 276-277.

¹³⁵ Björvell, C. 2011. 91-120.

till fall. Kriterierna för rätt till INR-provtagning i hemvården kunde i fortsättningen gälla de patientgrupper som steg fram vid fokusgruppintervjuerna. Dessa var patienter som begränsas av nedsatt rörelseförmåga, nedsatt andningsförmåga eller nedsatt kognition. Till detta kunde man också tillfoga en bedömning från fall till fall som tidigare. Att man har någon av ovannämnda funktionsnedsättningar ska automatiskt inte ge rätt till INR-provtagning i hemvården utan ska mera ses som utgångspunkter. Man ska heller inte stänga möjligheterna för någon patient att få INR-provtagning i hemvården pga. att han inte tillhör någon av dessa patientgrupper. Bedömningen från fall till fall kunde ändå ge den rättigheten om det anses vara nödvändigt på basen av någon välgrundad orsak.

Man har utvecklat rutinbeskrivningar i vården för att få en så trygg läkemedelsbehandling som möjligt vid marevanbehandling.¹³⁶ Det är viktigt att man har rutiner på arbetsplatsen eftersom detta gör att riskerna med läkemedelsbehandlingen minskar och att läkemedelsbehandlingen blir så trygg som möjligt för patienten. Tydlig dokumentering är också en förutsättning för en trygg läkemedelsbehandling.¹³⁷ Man borde kontrollera om ordinationen är fortlöpande eller tidsbunden när man kommer i kontakt med patienter med marevanbehandling. Det är också viktigt att dokumentera variationer i vården.¹³⁸ När patienten överflyttas till någon annan instans, som sköter om marevanbehandlingen, är det bra om en sköterskerapport kunde göras.¹³⁹ Det är också viktigt att sända med en uppdaterad medicinlista och antikoagulationsblanketten till den nya instansen.

Hälsofrämjande och handledning är viktiga delar i vården av den äldre med marevanbehandling. Hälsofrämjande innebär att förebygga och främja hälsa, funktionsnivå och livskvalitet.¹⁴⁰ Dagliga aktiviteter betonas starkt i det hälsofrämjande arbetet, medan isolering påverkar hälsan negativt.¹⁴¹ Hälsa är en ständigt pågående process där vi som vårdare bör hjälpa den äldre att medvetandegöra de inre resurserna och förutsättningarna.^{142 143 144} Det kunde vara önskvärt att ta fram lättfattlig information som gagnar de patientgrupper man möter vid INR-provtagning i hemvården. Det framkommer nämligen i studier att den äldre har svårare med inläring än yngre personer.¹⁴⁵ De har

¹³⁶ Duff, J., Walker, K. 2010. 234-244.

¹³⁷ Päivärinta, E. m.fl. 2005. 11-47

¹³⁸ Jefferies, D. m.fl. 2010. 112-124.

¹³⁹ Björvell, C. 2011. 121-123.

¹⁴⁰ Ranhoff, A. 2010. 135-145.

¹⁴¹ Chen, K-M., Hung, H.M., Lin, H.S., Haung, H.T. & Yang, Y.M. 2011. 2015-2025.

¹⁴² Wärnå-Furu, C. 2012.211.

¹⁴³ Hilli, Y. 2007. 171-172.

¹⁴⁴ Hilli, Y. 2007. 105-135, 163-167.

¹⁴⁵ Rigdon, A. 2010. 433-441.

lättare att minnas visuellt material och behöver kortare undervisningssessioner som är flera till antalet.

Det framkom också i en studie¹⁴⁶ att patienter inte vet orsaken till marevanbehandlingen och inte heller är tillräckligt motiverad för att lära sig mera. Där har vi som sjukskötare en viktig uppgift att få var och en av de äldre motiverade till marevanbehandling. Vid marevanbehandlingen bör sjukskötaren, förutom uträkning och delning av marevan i läkemedelsdosetten, också dubbelkontrollera efteråt. Aseptiken ingår också som en viktig del i hela läkemedelsbehandlingen. Studier visar också att kvaliteten på vården vid marevanbehandling kan ifrågasättas.¹⁴⁷ Sjukskötare efterlyser mera tonvikt på utbildning, övervakning och uppföljning av den äldre med marevanbehandling.¹⁴⁸ Det är ett stort ansvar man har som sjukskötare^{149 150 151} och arbetet måste få ta den tid det tar. Det krävs en omfördelning av resurserna om man måste lämna arbetet på hälft eller slarva igenom det för att hinna med allt. Tyvärr styrs även hälso- och sjukvården av den ekonomiska situationen och prioriteringar måste göras för att resurserna ska räcka till.¹⁵² Det framkommer också i studier att fallolyckor är den största riskfaktorn vid marevanbehandling¹⁵³ och förebyggandet av dessa är därför av största vikt.

Sjukskötaren bör skapa förutsättningar för en god omvårdnad i en trygg miljö.^{154 155 156} En god vårdrelation ska kännetecknas av trygghet, medvaro och en möjlighet till växt och utveckling.¹⁵⁷ Genom delaktighet ökar tryggheten för den äldre.¹⁵⁸ En förutsättning för en välfungerande interaktion mellan patient och vårdare är en förmåga till kommunikation, menar Travelbee.¹⁵⁹ Kommunikation sker i nuet och kan beskrivas som en konstutövning, ett skapande, som rör sig i riktning mot hälsa.^{160 161} Martinsen återigen talar om att ha omsorg och handla för den andres bästa i det praktiska vårdarbetet.¹⁶² Ett gott bemötande

¹⁴⁶ Dantas, G. C. m.fl. 2004. 1-9.

¹⁴⁷ Nordeng, H., Spigset, O. 2009. 173-174.

¹⁴⁸ Nordeng, H., Spigset, O. 2009. 173-174.

¹⁴⁹ Hilli, Y. 2007. 171-172.

¹⁵⁰ Wallivirta, E. 2011. 117-145, 185-186.

¹⁵¹ Koskinen, C. 2011. 98-103.

¹⁵² Andersson, I., Eljertsson, G. 2009. 317.

¹⁵³ Bajorek, B. m.fl. 2006. 19-25.

¹⁵⁴ Bruce, A., Lind, E. 1991. 36.

¹⁵⁵ Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad. 2011. 5.

¹⁵⁶ Om trygghet – säker trygghet i alla relationer. 2012.

¹⁵⁷ Kasén, A. 2002. 129-140.

¹⁵⁸ Social- och hälsovårdsverket, Jakobstad 2011. 5.

¹⁵⁹ Kirkewold, M. 1992. 130-147.

¹⁶⁰ Nåden, D. 1998. 204-229.

¹⁶¹ Nurminen, M. 2009. 127-155.

¹⁶² Kirkevold, M. 2000. 196-203.

innebär att stiga ur sin egen livsvärld och istället stiga in i den andres värld.¹⁶³ Den livgivande bekräftelsen ökar patientens tillit och självbestämmanderätt och påverkar patientens motivation.¹⁶⁴ Studier påvisar också att man även i framtiden borde satsa på att få anhöriga mera involverade när det gäller planering och förverkligande i vården av den äldre.¹⁶⁵ Ett aktivt deltagande av patient, anhöriga och personal i bedömning, vårdplanering, utvärdering och utvecklande av praxis förbättrar kvaliteten på vården.¹⁶⁶

Vårt handlande styrs av vårt etiska tänkande och därför behöver vi också reflektera kring detta.¹⁶⁷ Genom att sätta upp höga mål för verksamheten tror vi att vi kan ge de äldre en trygg marevanbehandling även i framtiden. Målen för kvaliteten bör därför vara högt ställda i vårdarbetet. Intresset och acceptansen för sjuksköterskeledda, evidensbaserade initiativ till kvalitetsförbättringar har ökat.¹⁶⁸ Kvalitetstänkande bör integreras i vårdens vardag¹⁶⁹ och omvårdnadsdokumentation användas som grund för kvalitetsförbättring.¹⁷⁰

Nationella vårdprogram och nationella riktlinjer är ett bra hjälpmedel i kampen för jämlikhet, även om det också är viktigt att beakta individuella och kulturella skillnader.¹⁷¹ Den lagstadgade vård- och serviceplanen är ett bra hjälpmedel vid utvecklande av helhetsvården.¹⁷² Att använda sig av omvårdnadsdiagnostik hjälper också sjukskötaren att identifiera risker, resurser eller funktionsnedsättningar hos patienten.¹⁷³ Dokumenteringen fungerar också som ett rättsligt skydd för både vårdgivaren och vårdtagaren¹⁷⁴ medan omvårdnadsepikriser är till hjälp för att garantera kontinuiteten i den fortsatta vården.¹⁷⁵ En modell som kunde ge den äldre en trygg marevanbehandling presenteras på nästa sida.

¹⁶³ Holst, G. 2002. 98-99.

¹⁶⁴ Nåden, D. 1998. 204-229.

¹⁶⁵ Bajorek, B. m.fl. 2006. 19-25.

¹⁶⁶ Grimshaw, K. 2012. 27-30.

¹⁶⁷ Näsman, Y. m.fl. 2008. 50-52.

¹⁶⁸ Duff, J., Walker, K. 2010. 234-244.

¹⁶⁹ Dahl, I., S. m.fl. 1991. 17-20, 44, 46, 59-68.

¹⁷⁰ Törnvall, E., Wilhelmsson, S. 2008. 2116-2124.

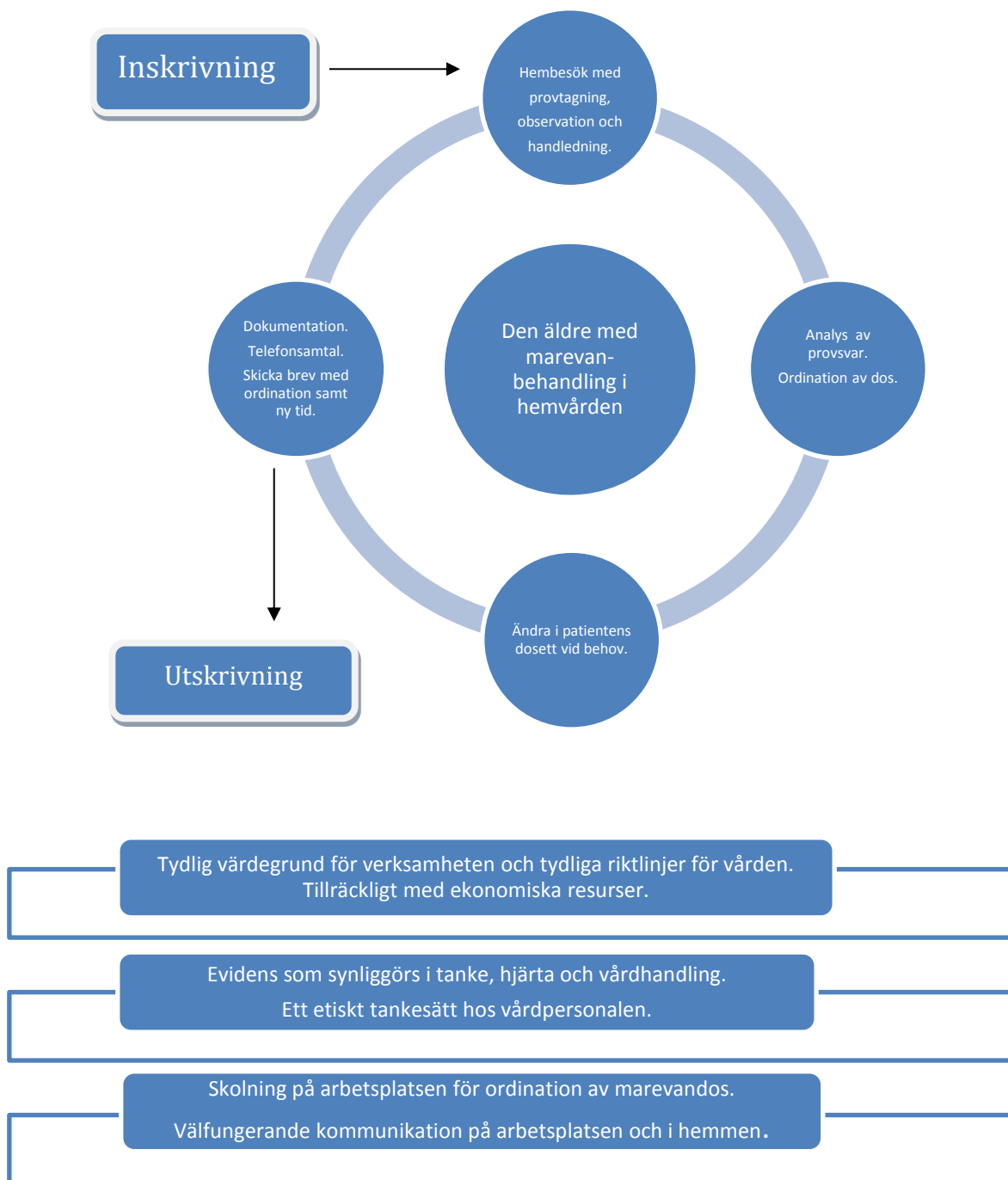
¹⁷¹ Lövrup, M., Ohlin, E. 2010. 3113-3114.

¹⁷² Päiväranta, E. m.fl. 2005. 11-47.

¹⁷³ Björvell, C. 2011. 91-120.

¹⁷⁴ Jefferies, D. m.fl. 2010. 112-124.

¹⁷⁵ Björvell, C. 2011. 121-123.



Figur 4: Modell som kunde ge den äldre en trygg marevanbehandling

11 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel kommer vi att ta upp tillförlitligheten i den teoretiska studien utgående från Larssons (2008) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Kvalitetskriterierna som vi valt att ta upp är: etiskt värde, pragmatiska kriteriet och intern logik. Då vi kritiskt granskar den litteratur vi använt oss av i arbetet anser vi att de artiklar vi valt är pålitliga, eftersom de är hämtade från databaserna Ebscos Academic Search Elite, Cinahl samt GreenFile. Dessa är databaser för vetenskapliga artiklar och forskning. De artiklar som vi valde är från 2004-2012.

11.1 Etiskt värde

Enligt Larsson är kvalitetskriterier intresset att få ny kunskap och skydda de personer som deltagit i forskningen enligt det humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsområdets föreskrifter. Att det är så hänger säkert ihop med att man i dessa studier kommer människor så nära och konkret att individer mycket lätt kan kränkas integritetsmässigt. Här uppstår då frågan om hur informanterna skall skyddas. Vi har valt att aidentifiera individer, platser och institutioner, så att de inte kan identifieras. I vårt arbete har vi tagit i beaktande den etiska aspekten vid hanteringen av intervjumaterialet samt vid resultatredovisningen så att ingen behöver känna sig kränkt. Alla uppgifter om identifierbara personer har antecknats, lagrats och avrapporterats så att de inte ska kunna identifieras av utomstående. De uppgifter som insamlats används endast för detta forskningsändamål.

I kvalitetskriterier framkom det vidare att högt etiskt värde oftast minskar på kvaliteter i en forskning. Det kan uppstå en konflikt mellan validitet och etik. Etiken kan slå en bro mellan till synes svärförenliga intressen och utveckla vår förmåga till kritiskt och konstruktivt tänkande. Ett viktigt steg i den etiska analysen är att vi försöker precisera olika handlingsalternativ eller tänkbara lösningar. Dessa bedöms sedan, mot bakgrund av det aktuella faktaunderlaget och de normer och värderingar man enats om.¹⁷⁶ Värderingarna i samhället förändras ständigt. Många gamla förebilder lever kvar inom människorna, medan de yttre omständigheterna förändras på ett sådant sätt att dessa förebilder måste prövas och omprövas i en allt snabbare takt. Frågan om prioriteringar inom vården har kommit att bli en av denna tids centrala frågor och förklaringarna till detta är flera.

¹⁷⁶ Larsson, S. 2008 171-172.

11.2 Intern logik

Med intern logik menas att det finns en jämvikt mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik enligt Larsson (2008). Det finns en slutsats under den allmänna harmonin, vilket innebär att forskningsfrågorna är ledande för datainsamlingen och dataanalysen. Således behöver man inte binda sig till speciella metoder. Det skall finnas en röd tråd genom hela arbetet.¹⁷⁷

I vår studie har vi använt frågeställningar som: Vad behöver iakttas vid uppföljning av den äldre med marevanbehandling? Vilka styrkor och svagheter förekommer i den nuvarande vården i relation till trygg marevanbehandling för äldre? Hur kunde en modell se ut som ger den äldre en trygg marevanbehandling? För att få svar på dessa frågor har vi som datainsamlingsmetod använt intervjuer med projektgruppen. Innan intervjuerna genomfördes testades intervjufrågorna genom en pilotstudie på flera utomstående personer, för att se om frågorna var bra.

För att sammanställa resultatet har vi använt oss av material från fokusgruppintervjuerna. Vi anser att forskningsfrågorna passar in och är överensstämmande med studiens resultat. Som teoretisk bakgrund har vi använt artiklar från 2004- 2012 som är accepterade för publikation. I examensarbetet har vi valt att använda oss av Joyce Travelbee och Kari Martinsen teorier.

11.3 Pragmatiska kriteriet

Det pragmatiska kriteriet handlar om validitetskriterier i en kvalitativ studie där vikten läggs vid följderna av de resultat som kommit fram. Larsson hänvisar i sitt kapitel till Howe och Eisenhart. Ett av kriterierna som föreslås är ”extremt värde” och det betyder att man har kunnat förmedla sina resultat till praktiken och vilken betydelse den har för verkligheten. Resultaten i forskningen skall vara användbara i verkligheten enligt Larsson.¹⁷⁸

Ett lyckat resultat skall ses som ett nytt sätt att se på verkligheten. Resultatet i denna forskning är användbart i praktiken eftersom den är uppbyggd av det material som vi har fått ihop från de intervjuer som vi gjort med de som är professionella inom området. I

¹⁷⁷ Larsson, S. 2008. 168-170.

¹⁷⁸ Larsson, S. 2008. 185-186.

resultatdelen framkom att personalen upplever att det är tidsbrist och att man ofta jobbar ”mot klockan”. Vi undrar därför om man kunde sprida ut INR-dagarna över hela veckan och kombinera dessa med andra vårdåtgärder? Kunde man således minska antalet besök och därmed också minska kostnaderna för patienten? Under de andra hembesöken finns det mera tid för samtal och handledning och detta innebär för patientens del färre antal vårdare som kommer på hembesök.

Personalen upplever att informationen mellan olika instanser är många gånger bristfällig, ofta träffar man på patienter där ingen läkare har satt slutdatum för marevanbehandlingen. Det är svårt att göra något åt andra arbetsplatser men man kunde själva införa rutiner för att förebygga problemet t.ex. vid oklar ordination kan man boka en läkartid där man har möjlighet att diskutera fortsatt marevanbehandling.

12 DISKUSSION

Vi har alla arbetat många år inom vården. Därför är vi medvetna om att det finns en viss risk för övertolkning och att vi har mycket förförståelse med oss i detta lärdomsprov. Vi har ändå försökt ta upp sådant som ingår i teoridelen utifrån de fokusgruppintervjuer som vi har gjort. Vi har också försökt ta med evidensbaserad forskning i vårt arbete och hoppas att arbetsplatsen har nytta av detta. Vid fokusgruppintervjuerna hade vi social- och hälsovårdverkets värderingar som grund och utgick från dessa i intervjufrågorna. Detta har eventuellt styrt materialet lite. Vi har också försökt beskriva vården runt den äldre med marevanbehandling utifrån de nyaste forskningsresultaten. Vi överraskades av materialets omfång kring en så här liten vårdhandling. För att kunna ge patienten en god vård bör man som sjukskötare vara medveten om vilka värdegrunder som finns för den egna verksamheten. Sjukskötaren bör ha tagit till sig värdegrunderna och tillämpat dem i praktiken.¹⁷⁹

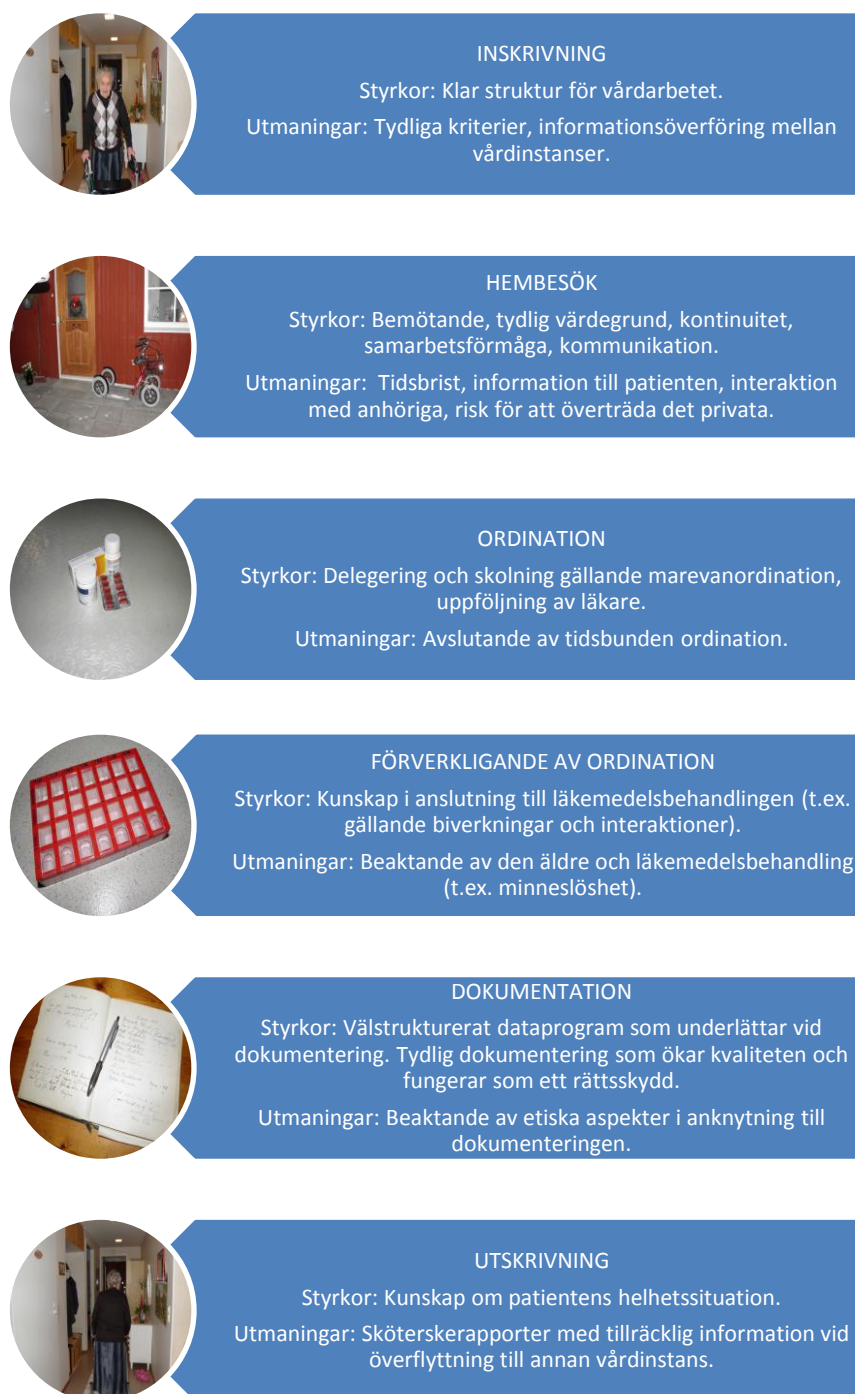
Utgående från det material vi fått vid fokusgruppintervjuerna har vi försökt kartlägga hur den nuvarande vården för den äldre med marevanbehandling ser ut i hemvården. Vårdkontakten med hembesök, ordination och dokumentation hade klara strukturer. Det gick också smidigt att kartlägga varifrån patienten kommer när han behöver INR-provtagning i hemvården och vart han utskrivs när vårdförhållandet avslutas. Man har goda

¹⁷⁹ Social-och hälsovårdsverket i Jakobstad. 2011. 5.

värderingar och värdegrunder som styr vårdarbetet och god kännedom om vilka element som bör ingå i den goda vården. Utöver social- och hälsovårdsverkets nyckelord kunde också andra värden synliggöras såsom ansvar, tillit och trygghet. Kriterierna för vem som har rätt till INR-provtagning i hemvården var väldigt otydliga, men när man granskade materialet från fokusgruppintervjuerna steg ändå tre patientgrupper fram.

När det gäller utmaningar man ställs inför i hemvården i relation till den äldre med marevanbehandling steg fem områden fram. Dessa gällde vem som har rätt till INR-provtagning i hemvården, avslutande av tidsbunden ordination, dokumentation och informationsöverföring mellan vårdinstanserna, tillräckligt med resurser i hemvården samt utmaningar gällande information till INR-patienten.

Syftet med denna undersökning var att kartlägga och utveckla processen kring den äldre med marevanbehandling för att öka patienttryggheten i samband med behandlingen. Vi har utvecklat en modell (modell 4) som skall kunna användas i vården av patienter med marevanbehandling. Modellen beskriver en trygg vård för patienter med marevanbehandling. Vi hoppas att den kunde användas som rutinbeskrivning i praktiken och kanske bli till hjälp vid inskolning av ny personal. Vi hoppas också att denna produkt kunde användas som underlag för vidare undersökningar. Man kunde eventuellt utveckla lättfattligt handledningsmaterial till den äldre med marevanbehandling. I vårt arbete framkom nämligen att de äldre behöver mera visionella hjälpmedel och kortare handledningstillfällen för att lättare kunna ta till sig information. Vi har försökt ta fram en annan modell för styrkor och utmaningar i dagens modell i relation till trygg marevanbehandling för äldre, vilket redovisas på nästa sida (modell 5).



Figur 5: Modell som illustrerar styrkor och utmaning i hemvården.

13 REFERENSER

- Abrahamsson, B.M. (2003). *Demens- Omsorg och omvårdnad*. Bonniers. Stockholm.
- Ahl, H. (2004). Motivation och vuxnas lärande. En kunskapsöversikt och problematisering. *Forskning i fokus*, 24. Myndigheten för skolutveckling. Kalmar, Lenanders Grafiska Ab.
- Andersen, I. (1998). *Den uppenbara verkligheten. Val av samhällsvetenskaplig metod*. Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, I. & Ejlertsson, G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap*. Lund, Studentlitteratur.
- Andersson, M., Lindh, J. (2011). Granatäppeljuicekan interagera med warfarin. *Läkartidningen*, 9-10. (109), 484. (hämtad 10.10.2012).
- Bajorek, B. Krass, I., Ogle, S. J., Duguid, M. J. & Shenfield, G. (2006). Warfarin use in the elderly: the nurses' perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 3(23).19-25. Accepted for publication: June 2005. Sökord: warfarin and nursing.
- Berg, S., (2007). *Åldrandet, Individ, familj, samhälle*. Liber
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering. En praktisk handbok*. Lund, Studentlitteratur AB.
- Bonander, K., Snellman, I. (2007). Telefonmötets vårdrelation. *Vård i Norden*, 4 (27). Publiceringsnummer 86. 4-8.
- Bondevik, M., Nygaard H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Studentlitteratur.
- Bonniers svenska ordbok. (1991). Malmström, S., Györki, I. & Sjögren, P. (red). Femte upplagan. Stockholm, Bonnier Fakta bokförlag AB.
- Bravell, M.E., (2011). *Äldre och åldrandet. Grundbok i Gerontologi*. Gothia förlag
- Brodtkorb, K., ingår i Kirkevold, M., Brodtkorb K. & Hylén R. A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Liber förlag.

- Bruce, A., Lind, E. (1991). *Om vård begrepp och mening*. Bokförlaget Natur och Kultur.
- Cars, J., Zander, B. (1998). *Fånga stunden*. Andra upplagan. Liber.
- Chen, K-M. , Hung, H.M., Lin, H.S., Haung, H.T. & Yang, Y.M. (2011).Development of the model of health for older adults. *Journal of advanced nursing*.2015-2025. Accepted for publication 5 February 2011. Sökord: older and adult.
- Dahl, I. S., Hasselgren, A. M. (1991). *Kvalitet i vården*. Lund. Studentlitteratur.
- Dantas, G. C., Thompson, B. V., Manson, J. A., Tracy, C. S. & Upshur, R. EG. (2004). Patients´perspective on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BMC*. Accepted: 21 July 2004. Databas: Nelli. Sökord: warfarin.
- Duff, J., Walker, K. (2010). Improving the safety and efficacy of warfarin therapy in a metropolitan private hospital: A multidisciplinary practice improvement project. *Contemporary Nurse* 2 (35). 234-244. Accepted 14 december 2009. Sökord: Care process and INR.
- Edberg, A. (2002). Ingår i: *Att möta personer med demens*. Lund. Studentlitteratur. Andra red. Nordberg, A., Zingmark, K., Rahm-Hallberg, I., Almberg, B., Jansson, W., Asplund, K., Normann, K., Blomqvist, K., Skovdahl, K., Kilgren, M., Sjöbäck, B.
- Ehnfors, M. (2001). *Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*.(Red. Pehrsson, A., L). Förlaghuset Gothia Stockholm.
- Famil Practice* 5(15). (hämtad från Nelli-portalen 14.10.2012). Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/5/15>
- Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. Ingår i: Wiklund Gustin, L., Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur.

Eriksen, K. Å., Sundför, B., Karlsson, B., Råholm, M-B. & Arman, M. (2012). Recognition as a valued human being: Perspectives of mental health service users. *Nursing Ethics* 19 (3). 357-368.

Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. Ingår i: Wiklund Gustin, L., Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm. Liber utbildning.

Fagerström, L. (2000). *Patientens vårdbehov. Att förstå och mäta det omätbara*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi. Vasa.

Fastbom, J. (2006). *Äldre och läkemedel*. Liber.

Feldt, M. (2010). Kommunikation – en säkerhetsfråga. *Läkartidningen* 7(107). 411.

Finlands författningssamling. Folkhälsolag 28.1.1972/66.

Finlands författningssamling. Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785.

Finlands Hjärtförbund r.f. (2010). *Marevanbehandling*. Broschyr för utdelning.

Frilund, M., Nyberg-Sundqvist, Å. & Haga, B. (2007). *Vård av äldre – en källa till glädje. Vårdpersonalens arbetsmotivation och arbetstillfredsställelse i äldreomsorg i Pedersöre och på demensboendet Sylviahemmet i Kronoby*. Svenska yrkeshögskolan. Serie B,1. 16-17, 20-21.

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo, Åbo Akademi förlag.

Graneheim, U., Lundman U. (2009) Experiences of loneliness among the very old: The Umeå° 85Y project. Department of Nursing. Vol. 14, No. 4, May 2010, 433–438 DOI: 10.1080/13607860903586078

Grimby, A., (2002). *Sorg och stöd bland äldre*. Socialdepartementets utredningar Om Psykisk ohälsa. (Projektnummer 2000/654) Sveriges pensionärsförbund.

Grimshaw, K. (2012). Safeguarding older patients. *Nursing older people* 7(24). 28-30.
Date of acceptance: 18 June 2012. Sökord: quality of care.

Hartman, J. (2001). *Grundad teori. Teori generering på empirisk grund*. Studentlitteratur, Lund.

Hasson, H., Arnetz, J. E. (2011). Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20. Blackwell Publishing Ltd. 1423-1435. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03469.x. Accepted for publication: 24 July 2010. Sökord: Homecare.

Hilli, Y. (2007). *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Åbo, Åbo Akademis förlag.

Holme, I. Magne, S. & Bernt, K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Översättning: Björn Nilsson. Studentlitteratur, andra upplagan.

Holmström, B., Johansson, H. & Frykman, V. (2009). Prednisolon påverkar waranmedicinering. *Läkartidningen*. 50. (106), 3442. (hämtad 15.10.2012)

Holst, G. (2002). *Att möta personer med demens*. Lund. Studentlitteratur. Andra red.
Edberg, A., K., Nordberg, A., Zingmark, K., Rahm-Hallberg, I., Almberg, B., Jansson, W., Asplund, K., Normann, K., Blomqvist, K., Skovdahl, K., Kilgren, M., Sjöbäck, B.

Illustrerad svensk ordbok. (1958). Molde, B. (red). Söderström & C: o Förlagsaktiebolag, Helsingfors. Andra reviderade upplagan. Sverige, Bokförlaget Natur och Kultur.

Jansson, W., Nordell, E., Engelheart, S., Nordlund A. (2009). *Fallprevention, riskfaktorer och åtgärder för att förhindra fallolyckor bland äldre*. Liberförlag.

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16.112-124. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x. Accepted for publication: Oktober 2009. Sökord: documentation and of care.

Kangasniemi, M. (2010). Equality as a central concept of nursing ethics: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 824-832. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00781.x. Accepted: 31 December 2009. Sökord: quality and documentation.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo Akademis förlag. 127-140.

Kirkevold, M., Brodtkord K. & Hysten R. A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Liber förlag.

Kirkevold, M. (1992). *Omvårdnadsteorier*. Tredje upplagan. Studentlitteratur. Lund.

Kivelä, S-L. (2010). *Vi äldre människor och våra mediciner*. Kirjapaja.

Koskinen, C. (2011). *Lyssnande. En vårdvetenskaplig betraktelse*. Åbo, Åbo Akademis förlag.

Kulla, G. (2009). *Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige*. Göteborg, Äldreinstitutet.

Kvale, S., Brinkman, S., (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. (2008).

www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/-/julkaisu/1063089

Lagerheim, H. & Helbostad, J. Ingår i: Kirkevold, M., Brodtkord K. & Hysten R. A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Liber förlag.

Larsson, S. (2008). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Tredje upplagan Lund: Studentlitteratur.

Lindahl, B., Lidén, E. & Lindblad, B-M. (2010). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20.454-463. Accepted for publication: 25 April 2009. Sökord: documentation and of care.

Lääkietokeskus. (2009). Marevan. Orion Pharma.

http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1843&i=ORION+PHARMA_MAREVAN%2c+MAREVAN+FORTE

Lövtrup, M., Ohlin, E. (2010). Vården kan göra mer för att minska ojämlikheten. *Läkartidningen* 49(107). 3113-3114.

Martinsen, K., (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.

Mergenhagen, K. A. & Sherman, O. (2008). Elevated International Normalized Ratio after concurrent ingestion of cranberry sauce and warfarin. *There Am J Health-Syst Pharm*, (65), 2113-2116. (Hämtad 11.10.2012)

Nationalencyklopedin. Vårdkedja. (2012). Org.nu 556573-8225.

<http://www.ne.se/sok?q=v%C3%A5rdkedja>

Nilsson, B. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Red. Wiklund - Gustin, L., Bergblom, I. Studentlitteratur.

Nordeng, H., Spigset, O. (2009). *Farmakologi och farmakologisk omvårdnad*. Studentlitteratur.

Nordiska uppslagsböcker.(1960). Palmér, J., Friedländer, H. (red). *Ord för ord. Svenska synonymer och uttryck*. Stockholm, Kungliga boktryckeriet P. A. Norstedt & söner.

Nurminen, M. (2009). *Tid och det tidlösa i tiden. En framflytande vårdvetenskaplig teorigestaltning*. Åbo. Åbo Akademis förlag.

Nurminen, M. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Red. Wiklund-Gustin, L., Bergblom, I. Studentlitteratur.

Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst.* Department of Caring Science. Åbo Akademi University. Vasa, Oy Fram Ab.

Näsman, Y., Lindholm, L. & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik – vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande. *Vård i Norden*, 2(28). Publiceringsnummer 88. 50-52.

Olsson, H., Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* Stockholm, Liber Ab.

Om trygghet - säker trygghet i alla relationer. (2012).

<http://www.omtrygghet.se/trygghet-i-vardagen/>(hämtad 14.11.2012)

Päiväranta, E., Haverinen, R. (2005). *Vård- och serviceplan inom äldreomsorgen.* En handbok för personal inom social- och hälsovården samt service ansvariga. Social och hälsovårdsministeriet, kommunförbundet, Stakes.11- 47.

Ranhoff, A., ingår i Kirkevold, M., Brodtkord K. & Hylén R. A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten.* Liber förlag.

Rigdon, Ann Shields., (2010). Development of Patient Education for Older Adults Receiving Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (4). 433-441.

Romoren, T., Ingår i: Kirkevold, M., Brodtkord K. & Hylén R. A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten.* Liber förlag.

Segersten, K. (1994). *Patientens upplevelse av trygghet och otrygghet.* Segerstens förlag.

Sjögren, R. (2012). Ansvar. Ingår i: Wiklund Gustin, L., Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Studentlitteratur AB.

Snellman, I. Gedda, K. M. (2012). *The value ground of nursing*. Nursing Ethics. 714-726
Accepted Nov. 2012. Sökord: nursing. (hämtad 3.4.2013)

Social- och hälsovårdsministeriet. (2008)

www.stm.fi/sv/under_arbetsutvecklingsprojekt/kaste. Hämtad 31.03.2013.

Social- och hälsovårdsutskottets betänkande 42/2004 rd. Regeringens proposition med förslag till lagar om temporär ändring av socialvårdslagen och folkhälsolagen.
http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/shub_42_2004_p.shtml

Social- och hälsovårdsverket. Jakobstad. (2011). *Kotihoito - vård i hemmet*. Hämtad 10.10.2012. <https://www.sochv.jakobstad.fi/index.php3?use=publisher&id=1070&lang=1>

Socialstyrelsen (2008). Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamhet och insatser. Hämtad 20.11.2012.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8850/2008-131-20_200813120.pdf

Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L. & Berglund, A. (2009). Eldre personers ernäring och matintak ved et sykehjem – en pilotstudie. *Vård i Norden. Nordic journal of nursing research*. (29), 25-29. (hämtad 10.10.2012) Godkjent for publisering 13.11.2009.

Steinar, K. & Brinkmann, S. (2009). Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur AB, Lund. Andra upplagan.

Svenska Akademien. (2006). *Svenska Akademiens ordlista över svenska språket*. Stockholm, Norstedts Akademiska Förlag.

Svenska sjuksköterskeföreningen. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm.
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
(hämtad 9.10.2012)

Svenska språknämnden. (1989). Johannisson, T., Lundgren, K. G. (red). *Svensk handordbok. Konstruktioner och fraseologi*. Svenska språknämnden och Esselte Studium Ab.

Svenska språknämnden och Nordstedts ordbok. (2003). *Svenskt språkbruk. Ordbok över konstruktioner och fraser*. Stockholm, Norstedts Akademiska Förlag.

Säätelä, S. (2011). *Reflektioner kring vårddokumentation*. Vård i fokus. Ekenäs Tryckeri.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company

Turunen, B. (2006). *Handbok för folkhälsan äldreomsorg*. Tryckeriet Multiprint. Helsingfors.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 2116-2124. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x. Accepted for publication: 26 June 2007. Sökord: documentation and of care.

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tryck: Elanders Gotab. ISBN: 91-7307-008-4. Tillgänglig:

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (hämtad 9.10.2012)

Von Post, I. (1995). Vårdarens upplevelse av värdighet och värdekonflikter i patientvården. Ingår i: K., Eriksson (red.), *Mot en caritativ vårdetik*. (5),153-167. Vårdforskning. Institutionen för vårdvetenskap. Reports from the Department of Caring Science. Vasa.

Wallivirta, E. (2011). *Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammanhang*. Åbo, Åbo akademis förlag.

Wiklund - Gustin L., Bergbom I., (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur.

Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Forskning och Utveckling. Vårdförbundet SHSTF. Stockholm, AB Grafiska Gruppen.

Wärnå, C. (2002). *Dygd och hälsa*. Åbo, Åbo Akademis förlag.

Wärnå-Furu, C. (2012). *Hälsa*. Ingår i: Wiklund Gustin, L., Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur AB.

**UPPDRAGSAVTAL FÖR LÄRDOMS PROV
MELLAN STUDERANDE OCH UPPDRAGSGIVARE****UPPGIFTER OM STUDERANDE**

Namn Heidi Åkerlund, Lisen Svenlin-Södö, Ann-Mari Värnström
Adress 68810 Ytteresse
Telefon 050 3650387 050 4127643 0503441645
E-post heidi.akerlund@novia.fi lisen.svenlin-sodo@novia.fi ann-mari.varnstrom@novia.fi
Utbildningsprogram Vård

LÄRDOMS PROV

Arbetsnamn
Tidtabell 04.09.2012-31.5.2013

UPPDRAGSGIVARE

Företag/organisation Social- och hälsovårdsverket i XXXXXXXXXX äldreomsorgen
Handledare/kontaktperson XXXXXXXXXX
Adress _____
Telefon _____ E-post _____

HANDLEDARE FRÅN YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

Handledande lärare Marianne Frilund
Telefon 050 5759405 E-post marianne.frilund@novia.fi

Avtalsvillkor för examensarbete

Avtal mellan studerande och uppdragsgivare.

1.Handledning och ansvarsfördelning

Studerande ansvarar för examensarbetets genomförande och resultat. Yrkehögskolan Novia ansvarar för att studerande får såväl ämnesmässig som vetenskaplig handledning. Ifall uppdragsgivaren önskar konsultation av handledaren kommer man överens om detta separat. Uppdragsgivaren ansvarar för att studerande får behövligt material, information och eventuellt övrigt stöd som behövs i processen.

2. Upphovsrätt

Studerande har upphovsrätt till sitt examensarbete i enlighet med Lagen om upphovsrätt (8.7.1961/404).

3. Offentlighet samt affärs- och yrkeshemligheter

Ett godkänt examensarbete är offentligt och bör sammanställas så att det inte innehåller affärs- och yrkeshemligheter eller andra sekretessbelagda myndighetshandlingar enligt Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (21.5.1999/621). Affärs- och yrkeshemligheter samt sekretessbelagda uppgifter ska sparas som bakgrunds-material så att man vid vitsordsbedömning kan beakta såväl den offentliga som den sekretessbelagda delen av examensarbetet.

Studeranden och uppdragsgivaren förbinder sig att hemlighålla all sådan konfidentiell information samt alla sådana affärs- och yrkeshemligheter som

framkommit såväl före, under och efter uppdraget. Sekretessen gäller även dokument och myndighetshandlingar. Sekretessplikten gäller i 5 år.

Studerande har ansvar för att uppdragsgivaren bereds tillfälle att bekanta sig med det färdiga examensarbetet minst 14 dagar före publicering. På basen av denna förhandsgranskning ska uppdragsgivaren avge en skriftlig redogörelse för de delar i examensarbetet som inte får publiceras.

Presentationstillfället för examensarbetet är offentligt. Studerande har tillsammans med uppdragsgivare ansvar för presentationens innehåll.

Studerande bär ansvar för att det godkända examensarbetet överläts till uppdragsgivaren i önskat format samt att examensarbetet lämnas in i elektronisk format till Novias bibliotek för uppladdning till yrkehögskolornas webbliotek Theseus.

4. Arbetsförhållande och ersättning

Om uppdraget innefattar ett eventuellt arbetsavtalsförhållande med tillhörande lön och/eller annan ersättning, bör studerande och uppdragsgivare avtala separat om detta. Ifall det inte finns ett arbetsavtalsförhållande med uppdragsgivaren har den studerande en olycksfallsförsäkring via Yrkehögskolan Novia.

5. Tillämpad lag och konfliktlösning

Tillämpning av detta avtal enligt gällande lag i Finland och tvist rörande tolkning och/eller tillämpning av detta avtal avgörs av tingsrätt.

VI HAR GEMENSAMT KOMMIT ÖVERENS OM ATT LÄRDOMSPROVET FÖRVERKLIGAS PÅ DET SÄTT SOM BESKRIVS OVAN

3 / 10 20 12

Lisou Vuorimäki - Sofia Petrusson An - Mai Vänttinen
Studerande

08 / 10 20 12

XXXXXXXXXX
Uppdragsgivare

BILAGA/ARBETSPLAN FÖR LÄRDOMSPROV

Yrkehögskolan Novia
PB 6, Fabriksgatan 1
65201 Vasa
Tfn (06) 328 5000 (växel)
www.novia.fi

Föredragningslista vid fokusgruppintervjun 8.10.2012

1. Mötet öppnas. Presentation av deltagarna.
2. Uppdragsavtal för lärdomsprov och tillstånd för inspelning av intervjuer undertecknas.
3. Genomgång av idéplan.
4. Genomgång av temaområden.
5. Kartläggning av patientprofil.
6. Kartläggning av vårdkontakten.
7. Kartläggning av värderingar som ligger till grund för en god vård.
8. Övrigt att tillägga.
9. Mötet avslutas.

TILLSTÅND FÖR INSPELNING AV INTERVJUER

I vårt lärdomsprov gällande ”kartläggning av INR-processen i hemvården” kommer vi att göra intervjuer med 5 INR-skötare som arbetar inom Hemvården. Dessa intervjutillfällen filmas och skrivs senare ut och analyseras.

Vi har informerat de medverkande om den aktuella undersökningens syfte, deras uppgift i projektet och villkor för deltagandet. Deltagandet är frivilligt och de har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta medför negativa följder för dem. Vi garanterar konfidentialiteten genom att förvara personuppgifterna så att inga obehöriga kan ta del av dem. Alla uppgifter om de medverkande antecknas, lagras och avrapporteras så att de inte kan identifieras av utomstående. Uppgifterna som insamlats används endast i vårt lärdomsprov och förstörs sedan när lärdomsprovet blivit godkänt.

Vi samtycker till att delta i undersökningen enligt ovanstående text.

XXXXXX XXXXXX

XXXXXX XXXXXX

XXXXXX XXXXXX

XXXXXX XXXXXX

XXXXXX XXXXX

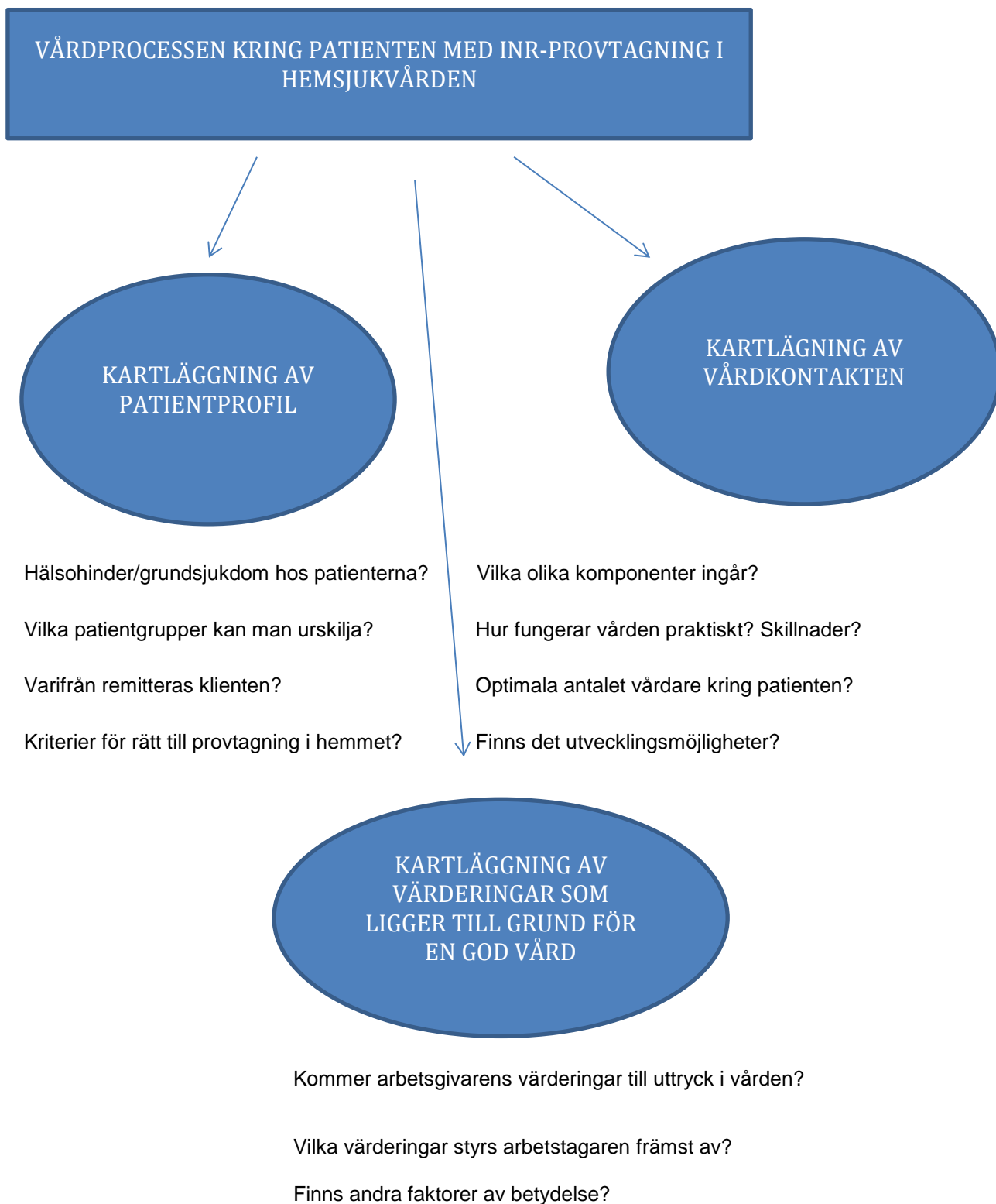
Vi lovar att hantera materialet enligt ovanstående text.

Lisen Svenlin-Södö

Ann-Mari Värnström

Heidi Åkerlund

TEMAOMRÅDEN I LÄRDOMSPROVET



Kartläggning av vårdkontakten kring patienten med INR-provtagning i hemvården

1. Beskriv vårdkontakten! Vilka praktiska vårdåtgärder ingår i den?
2. Vilken information bör patienten få i anslutning till INR-provtagning och läkemedelsbehandling?
3. Hur får han information i dagens läge? Borde något göras annorlunda?
4. Vad händer om patientens INR-värde är utanför referensvärdet eller väldigt ostabilt?
5. Finns det skillnader i arbetssätt mellan er INR-skötare?
6. Vad anser ni är det optimala antalet vårdare i kontakten med patienten? Hur ser det ut idag? Hur många vårdare är inblandad och vem gör vad?
7. När avslutas vårdkontakten med patienten?
8. Kunde något förbättras i denna process?
9. Annat du vill tillägga gällande vårdkontakten?

Kartläggning av värderingar som ligger till god grund för vården.

De värderingar som ligger till grund för upprätthållandet och utvecklandet av social- och hälsovården kan beskrivas med följande nyckelord: kvalitet, jämlikhet, delaktighet, ekonomi, förtroende och pålitlighet. Visionen fram till år 2020 är en välmående och frisk befolkning. Detta uppnås genom en social- och hälsovård, som främjar trygghet och god hälsa, med iakttagande av kostnadseffektiva och moderna arbetssätt samt ändamålsenlig struktur så att kommunernas beslut om en behärskad kostnadsutveckling iakttas.

1. Hur beaktar man social och hälsovårdsverkets värderingar i vården av en patient med INR- provtagning?

– Hög kvalitet och god service är en förutsättning för god hälsa och välbefinnande för alla. Finns hög kvalitet och god service i vården av en patient med INR- provtagning?

– Har alla rätt till samma vård?

– Får patienten vara delaktig under planeringen av vården/i vården?

– Hur syns förtroendet i vården?

– Hur syns pålitlighet i vården?

2. Genom att främja trygghet och god hälsa skall vi få en välmående och frisk befolkning!

– Hur beaktas tryggheten i vården av en patient med INR- provtagning?

– Hur beaktas god hälsa i vården av en patient med INR- provtagning?

3. Har den ekonomiska aspekten betydelse för vården av patienten med INR- provtagning?

– Kan man ge en god vård med en liten budget?

– Kan vi tänkas göra förändringar i vår arbetsätt för att nå en billigare lösning?

4. Finns det andra aspekter av betydelse för vården?

Kartläggning av patientprofilen

Diskussion om hur den typiska patienten med marevanbehandling inom hemvården ser ut. Finns det typiska drag eller någon speciell sjukdom som är mera representerad.

1. Kan ni beskriva den ”typiske” INR-patienten?
2. Vilka är de vanligaste grundsjukdomarna hos den äldre med INR-provtagning?
3. Vilka hälsohinder är vanligast förekommande?
4. Är det någon särskild patientgrupp som är mera representerad?
5. Vilka kriterier gäller för att i nuläget få INR-kontroll hemma?
6. Hur påverkar den fysiska ohälsan rätten till INR– provtagning i hemmet?
7. Kan psykisk ohälsa vara ett kriterium för att få INR-provtagningen hemma?
8. Varifrån remitteras klienten?
9. Är avtalen med klienten tillsvidare?
10. Kan avtalen avbrytas om hälsan förbättras?
11. Hur påverkar åldern besluten om rätt till INR- provtagning hemma?

Den äldre med marevanbehandling i hemvården!

Bilaga 6

INSKRIVNING VARIFRÅN:

- En inremedicinsk avdelning
- Åldringshem/servicehem/boende
- Någon ur teamet/hemvården kontaktar
- En anhörig tar kontakt
- Patienten själv tar kontakt

UTMANINGAR:

- Vem har rätt till INR-provtagning i hemvården
- Avslutande av tidsbunden ordination
- Dokumentation och information mellan vårdinstanser
- Tillräckligt med resurser kring INR-provtagning
- Information till den äldre

KRITERIER:

- Rörelseförmåga som begränsar
- Andningsförmåga som begränsar
- Kognition som begränsar
- Bedömning från fall till fall

Ordination av dos

- telefonkontakt



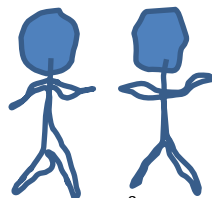
ANSVARIG LÄKARE

- skolning av personal

VÅRDKONTAKTEN:

Hembesök med

- provtagning
- observation
- handledning



PATIENT-VÅRDARE

Hembesök-medicindelning

Dokumentation

- statistik (ev. RA1x2/år)



Antikoagulationsblankett + ny tid

- postas eller förs hem



KVALITET - JÄMLIKHET - DELAKTIGHET - FÖRTROENDE - PÅLITLIGHET - EKONOMI

UTSKRIVNING:

- Marevanbehandlingen tidsbunden
- Rätt till hemvård begränsad till viss tid
- Vägrar ta emot vård
- Flytt till anstalt
- Exitus

Föredragningslista vid fokusgruppintervjun 29.10.2012

1. Mötet öppnas.
2. Presentation av sammanfattning utifrån föregående möte. Diskussion och eventuellt förändringar/tillägg.
3. Diskussion kring dokumentering och telefonkontakt.
4. Diskussion kring vårdaren – vårdrelationen.
5. Diskussion kring värderingar.
6. Övrigt att tillägga.
7. Mötet avslutas.