

God vård av äldre diabetiker på servicehus

kvalitativ litteraturstudie

Paula Mahlberg

Examensarbete

Vård 2011

2014

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	14237
Författare:	Paula Mahlberg
Arbetets namn:	God vård av äldre diabetiker på servicehus
Handledare (Arcada):	Jari Savolainen
Uppdragsgivare:	Servicehus Rudolf, Helsingfors stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Denna studie är ett beställningsarbete för Servicehuset Rudolf i Helsingfors. Problemställningen är hur man kan främja diabetikernas vård på servicehus, och vilka kunskaper personalen borde ha för att kunna ge god diabetesvård. Metoden är en kvalitativ litteraturstudie, som har utförts med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och kategorisering.</p> <p>Den teoretiska referensramen grundar sig på Helena Leino-Kilpis avhandling (1990) om god vård, samt Simone M. Roachs teori (2002) om hur sjukskötaren visar omsorg. Arbetet är skrivet med sjukskötarperspektiv. Det innefattar litteratur och den uppdaterade Käypä hoito -rekommendationen om diabetiker och deras vård, vilka har använts som bakgrundsinformation. Det har också analyserats 14 forskningsartiklar. Det relevanta innehållet i artiklarna har delats i fyra kategorier: vård och uppföljning, livskvalitet hos äldre, förebyggande av komplikationer och hälsofrämjande åtgärder. Litteratur och forskning har sedan jämförts med varandra. Det har konstaterats att målsättningarna för diabetesvård av äldre diabetiker är desamma både i litteratur och i forskning. Dessa är regelbundna hälsokontroller, förebyggande och vård av komplikationer, samt att behålla symptomfriheten och stödja funktionsförmågan hos den äldre för att främja livskvaliteten. Regelbundna hälsokontroller inkluderar glukosnivån, lipiderna, blodtrycket, BMI:n, mängden motion, fötternas hälsostatus och den kognitiva kapaciteten. Av dessa kan man få en uppfattning hur lyckad diabetesvården är.</p> <p>Vårdaren skall, i mån av möjlighet, inkludera den äldre i diskussioner och beslut som gäller hälsan och diabetesvården. Vårdaren skall utgå från patientens resurser och behov i vården och granskningen av resultat. Som diabetologerna Markku Saraheimo och Tapani Rönnemaa (2011) konstaterar, kräver diabetesvården aktiv handling för att lyckas.</p>	
Nyckelord:	Servicehuset Rudolf, äldre diabetiker, god vård
Sidantal:	55
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	9.6.2014

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	14237
Author:	Paula Mahlberg
Title:	Good care of elderly diabetics at nursing home
Supervisor (Arcada):	Jari Savolainen
Commissioned by:	Servicehouse Rudolf, City of Helsinki
<p>Abstract:</p> <p>This study was written for Servicehouse Rudolf in Helsinki. The used method was a qualitative literature study. The study aimed to find out how good care of diabetics can be promoted at a nursing home, and what knowledge and know-how personnel should have for this purpose. The study was written from a nurse's perspective and by using qualitative content analysis and categories.</p> <p>The theoretical frame of reference is based on Helena Leino-Kilpi's master's thesis (1990) on good care, as well as a theory by Simone M. Roach (2002) on how a nurse expresses care. The study includes literature and updated information on diabetics and their health care, which have been used as background information. In addition, 14 research articles were analysed. The relevant contents in the articles were divided in four categories: health care and follow-up, quality of life, prevention of complications, and health promoting measures. Literature and research were then compared. The goals for the care of elderly diabetics are the same both in literature and research. They include regular health control, prevention and care of complications, maintaining good health and lack of symptoms, as well as supporting the functioning ability that the elderly have, in order to promote their quality of life. Regular health controls include glucose levels, lipids, blood pressure, BMI, the amount of exercise, health status of the diabetic's feet and cognitive capacity. With these markers it is possible to get an understanding how good the diabetes care is.</p> <p>Health personnel shall, within what is possible, include the elderly in discussions and decisions about their health and diabetes care. They shall always consider patients' resources and needs when taking care of them and evaluating the results. As Markku Saraheimo and Tapani Rönnemaa (2011), two Finnish diabetes specialists express it; diabetes care requires active work in order to succeed.</p>	
Keywords:	Servicehouse Rudolf, elderly diabetics, good care
Number of pages:	55
Language:	Swedish
Date of acceptance:	9 June 2014

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoito
Tunnistenumero:	14237
Tekijä:	Paula Mahlberg
Työn nimi:	Ikääntyvän diabeetikon hyvä hoito palvelutalossa
Työn ohjaaja (Arcada):	Jari Savolainen
Toimeksiantaja:	Palvelutalo Rudolf, Helsingin kaupunki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on kirjoitettu tilaustyönä Helsingissä sijaitsevalle Palvelutalo Rudolfille. Tarkoituksena on ollut selvittää, kuinka palvelutalossa asuvien diabeetikkojen hoitoa voisi parantaa, ja mitä tietoja ja taitoja hoitohenkilökunnalla tulisi olla. Metodina on ollut kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus, joka on tehty kvalitatiivisen sisältöanalyysin ja kategorisoinnin avulla.</p> <p>Teoreettinen viitekehys perustuu Helena Leino-Kilven väitöskirjaan (1990) hyvästä hoidosta, sekä Simone M. Roachin teoriaan (2002) sairaanhoitajan huolenpidosta. Työ on kirjoitettu sairaanhoitajan näkökulmasta ja siinä on käytetty taustatietona kirjallisuutta sekä päivitettyä Käypä hoito -suositusta diabeteksestä. Lisäksi on analysoitu 14 tutkimusartikkelia. Artikkelien oleellinen sisältö on jaettu neljään kategoriaan: hoito ja seuranta, ikääntyvien elämänlaatu, komplikaatioiden estäminen ja hoito, sekä terveyttä edistävät toimenpiteet. Kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita on sen jälkeen verrattu keskenään. Vertailun tuloksena voidaan todeta, että ikääntyvien diabeteksen hoidon tavoitteet ovat samat sekä kirjallisuudessa että tutkimuksissa. Näitä ovat säännölliset terveystarkastukset, komplikaatioiden estäminen ja hoito, sekä oireettomuuden ylläpitäminen ja ikääntyvän diabeetikon toimintakyvyn tukeminen elämänlaadun parantamiseksi. Säännöllisiin terveystarkastuksiin kuuluu verensokeritaso, veren rasva-arvot, verenpaine, painoindeksi, liikunnan määrä, jalkojen terveydentila ja kognitiivinen kapasiteetti. Näistä saa käsityksen, kuinka onnistunut diabeteksen hoito on.</p> <p>Hoitajan tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa diabeetikko mukaan keskusteluihin ja päätöksiin, jotka liittyvät hänen terveyteensä ja diabeteksen hoitoon. Hoidossa tulee aina olla lähtökohtana potilaan resurssit ja tarpeet. Kuten diabetologit Markku Saraheimo ja Tapani Rönnemaa (2011) toteavat, diabeteksen hoito vaatii aktiivista toimintaa onnistuakseen.</p>	
Avainsanat:	Palvelutalo Rudolf, ikääntynyt diabeetikko, hyvä hoito
Sivumäärä:	55
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	9.6.2014

INNEHÅLL

1	Inledning	8
2	Bakgrund	9
2.1	Målsättningar inom diabetesvård	9
2.2	Åldrande diabetiker	13
2.3	Livskvalitet hos äldre	16
2.4	Förebyggande av komplikationer	17
2.5	Vårdare inom äldreomsorg	20
2.6	Sammanfattning	21
3	Teoretisk referensram	24
3.1	The Six C's av Simone Roach	24
3.2	God vård	25
4	Syfte och frågeställningar	26
5	Metod	27
5.1	Val av material	28
5.2	Kategorisering	29
6	Analys	30
6.1	Vård och uppföljning	30
6.2	Livskvalitet hos äldre	33
6.3	Förebyggande av komplikationer	35
6.4	Hälsöfrämjande åtgärder	37
7	Resultat	39
8	Diskussion	42
9	Kritisk granskning	44
10	Etiska ställningstaganden	45
	Källor	47
	Tabeller	52

Tabeller

Tabell 1. Materialsökning på nätet 52

Tabell 2. Valda vetenskapliga artiklar 53

Tabell 3. Kategorisering av material 55

1 INLEDNING

Med detta arbete har jag strävat efter att kartlägga faktorer som främjar vården av äldre diabetiker som av en eller annan orsak bor på servicehus. Denna studie är ett beställningsarbete för Servicehuset Rudolf som ägs av Helsingfors stad.

Jag har jobbat som närvårdare och sjukskötare inom äldreomsorgen på vårdhem i Norge och Finland, och sedan året 2012 på Servicehus Rudolf i Helsingfors. Att skriva examensarbete om diabetes var ett naturligt val för mig pga. att jag har själv diabetes typ 1 och har hela mitt liv både läst och erfarit hur diabetesvården har utvecklats. Även om mycket har ändrats från 1980-talet när jag insjuknade, var min förståelse att livsstilsfaktorer har varit och är fortfarande väldigt viktiga i hur diabetesvården lyckas. Min uppfattning har också varit att riktlinjerna för god vård är ganska långt likadana för både diabetes typ 1 och typ 2, och därför har jag inte uteslutit någondera av dem. Enligt Käypä hoito -rekommendationen för diabetes finns det nuförtiden få skillnader mellan vården av långvarig diabetes typ 1 och typ 2, och livsstilsfaktorer är alltid viktiga i diabetesvården (Diabetes 2013 s. 3).

Med bakgrund som diabetiker och mina studier inom sjukvård var det intressant att börja jobba med äldre patienter på vårdhem och servicehus. Jag märkte snabbt att vårdarna har ofta mycket god vilja men att de önskar mera evidensbaserad information om diabetesvård. Att vårda äldre diabetiker, som har ofta också andra sjukdomar, är krävande och vårdarna kan känna sig osäkra. Detta arbete strävar efter att ge råd om omständigheterna och faktorer som sjukskötare och andra vårdare kan påverka direkt. Som blivande sjukskötare vill jag presentera mina resultat med sjukskötarperspektiv, med önskan att vårdpersonalen kan ha nytta av mina resultat. Jag hoppas också att detta arbete hjälper till att förbättra diabetikernas vård och livskvalitet på servicehus.

2 BAKGRUND

Diabetes hör till världens fortaste växande sjukdomar. Över 500.000 finländare har diabetes, och enligt en uppskattning kommer detta antal att fördubblas inom nästa 10-15 år (Diabetes 2013 s. 2). När medellivslängden har blivit högre har vi också flera äldre personer med störningar i glukosnivåer, samt flera diabetiker (Mazza 2008 s. 438). I och med den stigande åldern blir det ofta av fysiska och/eller psykiska skäl nödvändigt att diabetikern flyttar in på ett servicehus eller vårdhem. Vid detta skede i livet blir det oftast vårdpersonalens ansvar att ta hand om diabetesvården. Alla som är på något sätt involverade i diabetesvården behöver information, kunskaper och handledning.

2.1 Målsättningar inom diabetesvård

Hälsotillståndet hos den äldre diabetikern påverkar mera diabetesvården än åldern (Saraheimo & Rönnemaa 2011 s. 322). Om patienten bor på servicehus och det är andra som ansvarar för hans/hennes vård, behöver vården inte vara den enklaste möjliga.

Patienthandledning, diabetikers livsstil och medicinering är några centrala faktorer i diabetesvården. För åldrande patienter blir tyngdpunkten i diabetesvården ofta behandlingen och förebyggandet av akuta och senkomplikationer. (Lahtela 2008 s. 18) Diabetes betyder dagliga beslut, och för att kunna fatta riktiga beslut måste man mäta blodsocker, tolka mätningsresultat rätt och bedöma helheten som påverkas bl.a. av medicinering och kost (Lahtela 2008 s. 24-25).

Käypä hoito -rekommendationen för diabetes uppdaterades den 12 september 2013. Rekommendationen betonar att diabetesvården skall granskas individuellt med varje patient utgående från hans/hennes situation. I den nya rekommendationen finns det också uppdaterade målsättningar bl.a. för blodsocker, blodtryck och blodfetter. Enligt Käypä hoito -rekommendationen skall diabetikerna ha som målsättning att blodsockret är under 7 mmol/l före måltider och under 8-10 mmol/l efter måltider (Diabetesliitto 2013).

En äldre diabetiker med god kondition och hälsotillstånd kan ha samma målsättningar som yngre, detta gäller alla under 75-åringar. Å andra sidan kan målsättningen för vården av en multisjuk äldre diabetiker vara att förbättra livskvaliteten genom att stödja funktionsförmågan och behålla symptomfriheten med god vård. (Kuisma & Reini 2008 s. 137) De primära målsättningarna för vården av en äldre diabetiker är därmed att förebygga symptom och problem som uppstår vid hyperglykemi, alltså för hög glukosnivå i blodsockret, samt att undvika snabba ändringar i glukosbalansen. Också förebyggande, tidig intervention, samt god vård av komplikationer och andra sjukdomar hör till viktiga målsättningar i vården av äldre diabetiker. (Kuisma & Reini 2008 s. 138)

Glukosvärden

John Morley skriver i boken "Clinics in Geriatric Medicine" (2008) att det finns många skäl att försöka behålla god balans i äldre diabetikers blodsockervärden. De viktigaste är att förhindra hyperglykemisk koma och att förebygga komplikationer pga. hyperglykemi. Dålig sockerbalans förorsakar också snabbt åldrande, kognitiv funktionsnedsättning, infektioner, inkontinens, dehydrering, samt brist på mineraler och spårämnen. Det har konstaterats att äldre diabetikers fysiologiska ålder är i genomsnitt 10 år mera än den kronologiska åldern. Inkontinens och dehydrering leder ofta till brist på viktiga mineraler och spårämnen. Man borde bl.a. därför se till att äldre diabetiker får tillskott av olika mineraler och spårämnen, t.ex. magnesium och zink. Brist på zink kan leda t.ex. till hyperglykemi och trycksår. Forskning tyder också på att glukos stör receptorer av endorfiner, och hyperglykemi får därför den äldre diabetikern att uppleva mera smärta. Också kognitiv svikt har ett samband till diabetes. Det har bevisats att den kognitiva funktionen förbättras om man lyckas sänka glukosnivån. (Morley 2008 s. 401)

Åldrande diabetiker kan ha svårt att upptäcka hypoglykemi, dvs. för lågt blodsocker, pga. att kännningarna avtar och blodsockret kan sjunka obemärkt. Också vissa läkemedel kan orsaka hypoglykemi, t.ex. betablockare. Äldre diabetiker behöver dessutom längre tid för att återhämta sig från hypoglykemier. En av diabetesvårdens viktiga målsättningar är därför att förhindra inte bara hyperglykemier men också hypoglykemier. (Manneri 2013 s. 19)

Blodtryck

Högt blodtryck, dvs. hypertoni, är vanligt hos diabetiker och har ett samband med övervikt (Syväne 2011 s. 4). Enligt den nya Käypä hoito -rekommendationen skall blodtrycket vara under 140/80 mmHg (Diabetes 2013 s. 10). Överläkaren Mikko Syväne på Hjärtförbundet skrev i sin artikel om blodtryck i 2011 att det optimala blodtrycket hos diabetiker är under 120/80 mmHg pga. att ”dödligheten i hjärtinfarkt och stroke fördubblas redan när nivån stiger till 140/90 mmHg, vilket är den nedre gränsen för högt blodtryck”. Andra riskfaktorer för hjärtinfarkt och stroke är höga kolesterolvärden och rökning, som i sin tur försämrar situationen. (Syväne 2011 s. 4)

Det är viktigt att hålla blodtrycket under kontroll om diabetikern får behandling med ASA (acetylsalicylsyra). Detta eftersom det kan uppstå störningar i hjärnans cirkulation vid högt blodtryck och ASA ökar risken för hjärnblödning. (Heiskanen-Haarala 2011 s. 7) Enligt Käypä hoito -rekommendationen borde användningen av ASA begränsas bara till de diabetiker som lider av hjärt- och kranskärslsjukdom. (Diabetesliitto 2013)

Diabetolog Markku Saraheimo konstaterade i sin föreläsning (2014) om vården av åldrande diabetiker att blodtrycket skall mätas både i sittande och stående ställning, och att dessa värden skall jämföras. Blodtrycksvärdet som mäts stående är det som skall följas noggrannare och behandlas. (Saraheimo 2014) Ortostati och postprandial hypotension, alltså lågt blodtryck när man stiger upp och efter måltiderna, är vanliga hos diabetiker. Därmed, bl.a. för att konstatera och förebygga fallbenägenhet, är det viktigt att mäta blodtrycket stående. (Morley 2008 s. 457) Enligt Saraheimo har de flesta diabetiker som har hypertoni oftast 3-4 olika mediciner för det (Saraheimo 2014).

Käypä hoito -rekommendationen påminner också att pga. den höga risken för hjärt- och kranskärslsjukdom, borde det vara låg tröskel att vid behov ta EKG hos vuxna diabetiker. Om det inte finns symtom, skall man ta EKG med 1-3 års mellanrum. Diabetiker är benägna att ha smärtfri iskemi, dvs. störd blodcirkulation i hjärtmuskeln, och därför är det viktigt att följa med eventuell nedsättning i funktionsförmågan. (Diabetes 2013 s. 27)

Kolesterolvärden

Alla diabetiker borde enligt den nya Käypä hoito -rekommendationen ha den dåliga LDL-kolesterolen (low-density lipoprotein) under 2,5 mmol/l. De som har i tillägg hjärt och kranskärlssjukdom, lider av njursvikt eller har annars större risk för hjärtinfarkt eller stroke, borde ha statinbehandling. Då är målsättningen för LDL-kolesterolen 1,8 mmol/l eller under. (Diabetesliitto 2013) Enligt Mikko Syväne på Hjärtförbundet borde statinerna ingå i vården av typ 2 diabetiker pga. större risk för artärsjukdomar (Vehmanen 2014 s. 17). Käypä hoito -rekommendationen påpekar också att dyslipidemi, alltså blodfettssrubning, är den viktigaste riskfaktorn för aterosklerosis. Vid diabetisk dyslipidemi förekommer LDL som väldigt små partiklar (small dense LDL, sdLDL), som är speciellt aterogena, dvs. förorsakar förkalkning i blodådrorna. Användning av statinmedicinering har konstaterats minska diabetikernas mortalitet i kardiovaskulära händelser. (Diabetes 2013 s. 24)

Diabetikernas behandling för kolesterol ger nytta också under kortare perioder av tid. Man kan ha som målsättning att kolesterolvärdena sjunker inom tre år, och när man når det, minskar också risken för tromber avsevärt. Diabetiker har i regel 2-5 gånger större risk att få hjärnpropp än icke-diabetiker, och därför är uppföljningen av kolesterolvärden viktig. Också behandling av hypertoni påverkar och minskar risken för hjärnpropp och då är det systoliska trycket det viktigare. Det ser i tillägg ut att det är bättre att värden av det systoliska och diastoliska trycket ligger närmare varandra än om det finns en stor skillnad mellan dessa två. Skillnaden räknar man med att man subtraherar det diastoliska trycket från det systoliska trycket. Resultatet kallas för pulstryck och ju större resultatet är, desto sämre är det. (Saraheimo 2014)

Det lönar sig att se på kolesterolvärdena skilt i stället för värdet för hela kolesterolet. Detta bl.a. för att triglyseriderna höjer risken för kranskärlssjukdom och förvärrar LDL-kolesterolvärdet. Man kan sänka LDL-värdet genom motion och medicinering. HDL (high-density lipoprotein) höjs när man motionerar, men också kosten spelar en viktig roll. (Saraheimo 2014) Det finns lite forskning om statinernas användning i kolesterolbehandling hos över 80-åriga, men forskning tyder på att statinerna hjälper 70–80-årigas hälsotillstånd. Också kostens betydelse är stor i kolesterolbehandlingen,

och det har bevisats att fisk och fiskolja är effektiva i behandlingen av hyperlipidemi, som betyder alltså upphöjda lipoproteiner i blodet. (Morley 2008 s. 400)

2.2 Åldrande diabetiker

Äldre diabetiker behöver lika individuell vård som yngre. Målsättningarna för diabetesvård behöver oftast inte ändras eller lättas när diabetikern blir äldre. Hälsotillståndet, tillsammans med den fysiska och kognitiva funktionsförmågan, avgör hurdana målsättningar diabetesvården kan ha. Den äldre diabetikern har ofta många andra sjukdomar och därför är det viktigt med regelbunden uppföljning för att upptäcka och hindra komplikationer. Livskvaliteten påverkas betydligt om t.ex. synet försämras pga. retinopati, dvs. förändringar i näthinnans blodkärl. Därför kan man konstatera att diabetesvården kräver aktiv handling också hos äldre diabetiker för att lyckas. (Saraheimo & Rönnemaa 2011 s. 322-323)

Fragilitet

Fragilitet är ett tillstånd som drabbar lättast en äldre person som är vid gränsen att behöva hjälp. Då behövs det bara en liten stressfaktor, antingen fysisk eller psykisk, för att personen blir i konstant behov av hjälp eller fysisk rehabilitering, och inte längre klarar av att ta hand om sig själv. Diabetes medför större risk för detta vid tidigare ålder. (Morley 2008 s. 455) Äldre diabetiker, speciellt de som lider av njursvikt, har ofta sarcopeni dvs. ålderrelaterad minskning av muskelmassa, som leder till ökad funktionsnedsättning och dödlighet (Morley 2008 s. 457).

The International Academy of Nutrition Health and Aging har validerat följande kriterier för fragilitet: extrem trötthet, brist på uthållighet, långsam gång, flera än fem sjukdomar och oönskad viktnedgång. Insulinresistens medför en extra stressfaktor för diabetikers fysik och åldrande, och påverkar negativt bl.a. muskel- och nervfunktioner, samt lungornas och hjärtats kapacitet. Det har konstaterats att detta medför en ökad funktionsnedsättning hos äldre diabetiker som bor på vårdhem. (Morley 2008 s. 455-456)

Kognitiva ändringar

Depression är vanlig hos diabetiker, och kan medföra försämring av intellektuella funktioner hos äldre personer. Resultatet kan vara oönskad viktnedgång, behov för sjukhusvård och ökad mortalitet. För att förebygga och hindra denna utveckling, är det viktigt att testa den kognitiva funktionen hos äldre diabetiker regelbundet. (Morley 2008 s. 462-463)

Kognitiv svikt och demens är vanliga hos äldre människor, och enligt forskning får diabetiker dessa problem oftare än andra. Speciellt vaskulär demens förekommer hos äldre diabetiker, men också Alzheimers sjukdom är vanlig. (Morley 2008 s. 461)

Nedsatta resultat i kognitiva tester skall leda till åtgärder, som t.ex. bättre kontroll av både glukos och blodtryck. Också användning av ASA kan vara gynnsam för att förebygga blodpropp. Demensmediciner kan hjälpa, men de har sina begränsningar. Användning av liponsyra, som är en kraftig antioxidant, har i djurprov visats förbättra den kognitiva funktionen. (Morley 2008 s. 462-463)

Näring

Käypä hoito -rekommendationen sätter som målsättning att diabetiker skall få äta mat som de själva tycker om, och som gynnar blodsockerbalansen och viktkontrollen, samt minskar risken för hjärt- och kranskärslsjukdom. Det betyder fiberrik kost med måttliga mängder mjuk fett, men bara lite socker, vita sädeslag, mättad fett, transfett och salt. (Diabetesliitto 2013)

Äldre diabetikers diet borde inkludera tillräckligt med kalcium och D-vitamin för att förebygga benskörhet, samt högt intak av protein (ca 1,2–1,5 g/kg) för att förebygga minskning av muskelmassa (Morley 2008 s. 457-459). Proteinintaget måste dock begränsas ifall den äldre har njursvikt. Då kan det vara bra att konsultera en näringsterapeut om den äldre diabetikerns diet. Åldrandet kan påverka matlusten i och med att känslan av hunger och törst försvinner (Kuisma & Reini 2008 s. 141). Vid sämre matlust är det viktigt att ha fokus på matens kvalitet i stället för kvantitet. Morley

nämner i sin artikel också äldre diabetiker som har övervikt men lite muskelmassa, personer som han kallar för "fat frail" (Morley 2008 s. 457). Då gäller det inte bara att hindra att vikten går upp. Man skall komma ihåg hur viktigt det är med motion och styrketräning för att hindra att fragiliteten utvecklas vidare.

Näring utgör sin egen helhet i diabetesvården och detta arbete går inte närmare in på näringsrekommendationerna. Det kan ändå konstateras att för diabetiker spelar måltidernas mångsidighet, regelbundhet och kolhydrater en viktig roll (Kuisma & Reini 2008 s. 140). Detta är oftast inte ett problem på servicehus och där kan det bli viktigare att vårdarna beaktar diabetikerns aptit i förhållande till medicinering och motion. När det gäller äldre diabetiker är det också viktigt att kontrollera och följa med viktcurvan. För äldre diabetiker är det oftast tillräckligt att inte gå upp men inte heller för mycket ner i vikt (Kuisma & Reini 2008 s. 141). Med uppföljning vid måltider och viktkontroll kan man hålla koll på den äldres fysiska välmående.

Motion

Motion gynnar sockeromsättningen i kroppen. Muskelträning hjälper till att insulinet får bättre effekt och glukos blir till energi i muskelcellerna. Med styrketräning kan man därmed hindra störningar i sockeromsättningen och hålla koll på vikten. (Järvinen 2012 s. 7) Motion påverkar och hindrar också neuropati. Neuropati betyder minskad funktion i nerverna både i det perifera och autonoma nervsystemet (Vinik et al. 2008 s. 407).

Regelbunden motion hjälper till att förbättra äldre diabetikers glukosbalans. Det påverkar positivt viktkontrollen, blodfetterna och blodtrycket. Om diabetikern är fysiskt i dåligt skick, är det viktigt att stödja all funktionsförmåga som finns kvar och pröva att förbättra konditionen genom vardagsmotion. (Kuisma & Reini 2008 s. 142) Det kan vara utmanande för vårdare att försöka motivera och uppmuntra den äldre att röra på sig. Då kan det hjälpa att man ber en fysioterapeut att försöka hitta en eller flera motionsformer som passar personen i fråga (Kuisma & Reini 2008 s. 142). Det kan också hända att äldre diabetiker är rädda för hypoglykemi och vill därför inte motionera. För att undvika hypoglykemi kan man vid behov ge t.ex. lite frukt, juice eller en smörgås innan diabetikern skall motionera (Kuisma & Reini 2008 s. 143). Den tidigare

nämnda minskningen av muskelmassa pga. åldern utvecklas snabbt vid immobilitet och minskad fysisk aktivitet. Uthållighetsaktiviteter är därför oerhört viktiga för att musklerna inte ska minska och försvinna. (Morley 2008 s. 460)

Om den äldre har förutsättningar att röra på sig, påverkar motionen också livskvaliteten positivt. När man åldras, påverkas kroppen på många olika sätt. Styrkan försvinner, man får sämre balans och kroppen blir stelare. (Järvinen 2012 s. 6) Med ökande ålder brukar många minska eller sluta helt med fysisk träning. Detta trots att äldre människor borde träna sin uthållighet, alltså bl.a. muskelstyrka och balans, lite mera än personer som är i arbetsför ålder. (Järvinen 2012 s. 7) T.ex. gemensam stolgympa i grupp förbättrar både uthållighet och humör, och ger positiva effekter både i ämnesomsättningen och det psykiska välmåendet. Regelbunden motionering förbättrar alltid den äldres funktionsförmåga och därmed också diabetesvården (Kuisma & Reini 2008 s. 143).

2.3 Livskvalitet hos äldre

Livskvalitet har olika betydelser för olika människor, också när de blir äldre. Varje människa har sin egen upplevelse av hur nöjd han/hon är med sitt liv och därför fokuserar detta arbete mera på äldre diabetikers funktionsförmåga, hälsa och resurser. Det kan ändå konstateras att livskvalitet innefattar också bl.a. sociala relationer, omgivningen vilken man lever i, andliga frågor och hur meningsfullt var och en upplever sitt liv (Luoma 2010 s. 74).

Projektet ”De äldres livskvalitet” genomfördes vid Kuntokallio Centrum för gerontologisk utbildning och forskning i början av 2000-talet. Projektets syfte var bl.a. att kartlägga ”hur de äldres livskvalitet ter sig inom olika boendeformer”. Projektet definierade livskvalitet som ”en känsla av välbefinnande, mening och lycka.” Den första delrapporten i detta projekt var en kvalitativ studie skriven av Sanna Grönfors om hur äldre människor på institution upplever lycka. Grönfors skriver hur lyckans innebörd förändras under livets gång. (Grönfors 2000 sammanfattning) De intervjuade menade att lycka innebär bl.a. att acceptera sitt liv, känna sig lugn, trygg och tillfredsställd, känna sig självständig och att ha självbestämmanderätt (Grönfors 2000 s. 12). Det höjer också livskvaliteten om man kan glädja sig över den tiden som finns kvar och se sitt liv som

gott. Majoriteten av de äldre i undersökningen hade hittat detta lugn. (Grönfors 2000 sammanfattning)

Äldre människor som bor på institution kan uppleva att de största hinder för god livskvalitet är ensamhet, depression, fysiska sjukdomar och känslan av att inte ha tillräckligt med hjälp (Luoma 2010 s. 82). När människan blir äldre är det viktigt att vara smärtfri, orka njuta av livet, kunna röra på sig och uppleva att man har tillräckligt med hjälp (Luoma 2010 s. 77). Då är det också lättare att uppfatta att man har god hälsa. Också känslan att ha kontroll över sitt liv är viktig, speciellt när vardagen styrs i stor grad av vårdare och anhöriga (Luoma 2010 s. 78).

Hos dementa kan livskvaliteten förbättras genom att erbjuda möjligheter för olika aktiviteter utgående från individens resurser och intressen. Detta stödjer inte bara den fysiska funktionsförmågan utan ger också upplevelsen av att kunna och lyckas, som i sin tur främjar känslan av kontroll. Också känslan av att bli sedd och accepterad är lika viktig för dementa som för människor utan minnesstörningar. (Luoma 2010 s. 85)

2.4 Förebyggande av komplikationer

Diabetes kan förorsaka komplikationer som är antingen akuta (hypoglykemi, ketoacidosis och hyperosmolärisk hyperglykemisk syndrom), eller som utvecklas långsamt. Ketoacidosis betyder absolut brist på insulin i kroppen. Hyperosmolärisk hyperglykemisk syndrom (som tidigare kallades för hyperosmolär icke-ketotisk koma) är den allvarligaste akuta formen av hyperglykemi hos typ 2 diabetiker. Detta syndrom är ett tillstånd av dehydrering som är orsakad av hyperglykemi, och som gör hyperglykemin värre. Följden kan vara allvarlig vävnadskada i flera organer, vilket kan leda till döden. (Diabetes 2013 s. 23-24)

Komplikationer som utvecklas långsammare är dyslipidemi, hypertoni, hjärt- och kranskärslsjukdomar, nefropati, retinopati, neuropati, samt diabetiska fotsår. (Diabetes 2013 s. 23-32) Dyslipidemi beror på kolesterolvärden och den genomgicks redan tidigare, likaså blodtrycket. Detta arbete går inte närmare in på hjärt- och kranskärslsjukdomar, som innefattar också iskemiska hjärninfarkter, samt perifera och

aterotrombotiska artärsjukdomar. Det kan ändå konstateras att diabetiker har stor risk att få hjärt- och kranskärlssjukdomar, och deras prognos är värre än för non-diabetiker (Diabetes 2013 s. 27).

Neuropati

Diabetes förorsakar ofta nervändringar som kallas för neuropati. Det är en vanlig komplikation och den främsta orsaken till amputationer hos diabetiker. Neuropati leder oftare till sjukhusvård än alla andra komplikationerna sammanlagt. (Vinik et al. 2008 s. 407) Tidigare forskning tyder på att ändringar i nervernas funktionsförmåga kan hindras om man tar itu med neuropati i ett tidigt skede. Man vet t.ex. att det finns ett samband mellan brist på vitamin B12 och klinisk neuropati (Vinik et al. 2008 s. 420). Därför är det viktigt att se till att diabetikerna får tillräckligt med vitaminer i kosten eller som kosttillskott.

I dagens läge finns det ingen effektiv behandling till neuropati. Behandling av hyperglykemi kan påverka neuropati på ett positivt sätt, samt minska diabetikers benägenhet för infektioner. Användning av statiner och fibrater verkar också skydda funktionsförmågan av det perifera nervsystemet. Detta gäller speciellt äldre diabetiker som har större nytta av användningen av statiner än yngre, pga. större risk för kardiovaskulära sjukdomar. (Vinik et al. 2008 s. 422) Neuropati förorsakar ofta smärtor. Speciellt hos äldre diabetiker är det viktigt att funktionsförmågan i dagliga sysselsättningar inte hindras pga. neuropati, och detta kräver tillräcklig smärtlindring samt fysisk träning för ökad muskelkraft och balans. (Vinik et al. 2008 s. 430-431)

Neuropati och hög inflammationsbenägenhet kan också påverka och förorsaka skador i diabetikers fötter. Fotvård hör därför till god diabetesvård och skall utföras av en professionell fotterapeut eller legitimerad fotvårdare. (Aro et al. 2010 s. 40) Hög ålder höjer risken att få problem med fötterna när huden blir tunnare och torrare, och naglarnas flexibilitet minskar. God fotvård betyder att vårdaren kontrollerar, tvättar och torkar fötterna noga varje dag. (Kuisma & Reini 2008 s. 145) Betydelsen av daglig fotvård blir oerhört viktig när det gäller äldre med dålig balans i diabetesvården och ändringar i kroppen pga. både åldern och sjukdomen (Aro et al. 2010 s. 42). I tillägg till

grundvården borde läkaren undersöka cirkulationen och nervfunktionen i fötterna minst 1-2 gånger om året (Aro et al. 2010 s. 43).

I boken "Ikäihmisen diabetes" (2010) konstateras det att diabetikern har en sk. riskfot om det finns känslobortfall, cirkulationsstörningar eller belastningsändringar i fötterna. När diabetikern har konstaterats ha riskfötter, blir det viktigt att kontrollera att det t.ex. inte finns stenar i skorna. Vårdarna skall se till att diabetiker med riskfötter inte går barfota, ens hemma hos sig, och använder sockor tillsammans med skorna. Om det uppstår hårda knölar eller vårtor i fötterna skall diabetikern eller vårdaren inte försöka ta dem bort själv, utan vända sig till en professionell fotvårdare eller -terapeut. Vid tecken på inflammation skall man kontakta läkare samma dag. Fotvårdens huvudmålsättning är att förebygga infektioner och det lyckas bäst med att hålla huden hel. (Aro et al. 2010 s. 42-43)

Nefropati

Vid nefropati blir filtrationsförmågan i njurarna svagare. Ett tidigt tecken för det kan vara att diabetikern har svullna ben. Med att mäta kreatininvärdet kan man kontrollera hur bra njurarna fungerar. Nefropati kan också leda till diabetisk hypertoni som behöver medicinering bl.a. för att skydda njurarna, hjärtat och cirkulationen i hjärnan. Vid behandlingen av diabetisk hypertoni är huvudsaken att blodtrycket är lägre på morgonen än på kvällen. Detta för att hjärtat har fått vila på natten och blir inte överansträngt. (Saraheimo 2014)

Mikroalbuminuri betyder första stadiet i nefropati, i vilket protein som kallas albumin börjar utsöndras i urin mera än vad som anses normalt. Vid mikroalbuminuri är värdet hos män över 2,5 mg/mmol och hos kvinnor över 3,5 mg/mmol. Det bästa sättet att kontrollera mängden albumin och kreatinin i urinet är att testa urinet som samlats under natten. (Rönnemaa 2011 s. 426-427) Detta kan vara krävande för äldre diabetiker och då kan man alternativt testa urinet genast på morgonen med en teststicka. Denna metod är nog inte lika tillförlitlig (Rönnemaa 2011 s. 427). Följande stadiet i nefropati kallas för proteinuri, och då har mängden albumin ökat i urinet. Efter detta stadium har njurarna

redan mycket svagare förmåga att rensa blodet för restprodukter och slutar så småningom att fungera. Detta kallas för uremi, dvs. njursvikt. (Rönnemaa 2011 s. 426)

Mikroalbuminuri kan åtgärdas med god balans i diabetesvård och vård av hypertoni. Också medicinering med bl.a. ACE-hämmare, som påverkar blodtrycket, samt kosten, där mängden protein har minskats, spelar en viktig roll. Om kreatinivärdet i blodet är över 150 mikromol/l eller det utsöndras mycket protein i urinet, skall diabetikern skickas till en nefrolog. Om kreatinivärdet i blodet är över 500 mikromol/l, har diabetikern uremi och måste börja på dialys. (Rönnemaa 2011 s. 429-430)

Andra risker

Alkohol utgör en hälsorisk för äldre personer bl.a. pga. kroppens försvagade ämnesomsättning. Diabetikern kan också ha andra sjukdomar och använda mediciner vars effekt kan antingen bli starkare eller svagare i och med att man dricker alkohol. (Hyttinen 2010 s. 49) Alkohol sänker blodsocker och det blir svårt att avgöra om diabetikerns beteende beror på hypoglykemi eller berusning. Långvarig alkoholförbruk höjer i tillägg blodtryck och blodfettvärden, och kan i och med dess energitillförsel leda till övervikt. (Aro et al. 2010 s. 36)

Munnens hälsa påverkas av dålig glukosbalans, som gör det lättare för den äldre att få karies och infektioner i munnen. Också munntorrhet pga. mediciner kan bli ett problem för äldre diabetiker. (Kuisma & Reini 2008 s. 145-146) Käypä hoito-rekommendationen konstaterar att diabetikers munhälsa skall kontrolleras med högst 6 månaders mellanrum. Detta för att god munhygien och -hälsa är viktig för glukosbalansen. Parodontit, dvs. bakterieinfektioner i tändernas stödjevävnader, höjer blodsockret och högt blodsocker förvärrar infektioner. (Diabetes 2013 s. 36)

2.5 Vårdare inom äldreomsorg

Vårdare inom äldreomsorg skall kunna stödja och främja den äldre människans funktionsförmåga. Vårdare skall också kunna motivera patienten och informera om vården, samt koordinera, planera och rapportera om vårdens målsättningar,

framskridande och ändringar. (Vähäkangas 2010 s. 153) Vårdplanen är grunden för allt vårdarbete. Vårdaren utgår från patientens behov i identifieringen av målsättningar, den praktiska vården och granskningen av resultat. (Vähäkangas 2010 s. 146)

Information som vårdare använder för att fatta beslut i vårdarbete baserar sig på empiri, etik, estetik och personliga erfarenheter och kunskaper. I vårdarbete som främjar den äldres funktionsförmåga använder man empirisk information för att planera vården. Man vet bl.a. att vård med målsättningar, vårdarens uppmuntrande, samt gott samarbete mellan alla som är involverade i vården minskar bl.a. trycksår hos äldre som bor på institution. Det har också konstaterats att om de äldre får stöd och handledning som utgår från deras resurser, ökar det deras aktivitet och deltagande i socialt umgänge. (Vähäkangas 2010 s. 149)

Vårdarens etik betyder hans/hennes värden och principer som formar grunden till hur man arbetar. När man arbetar hälsofrämjande, ser man den äldre som en likvärdig, deltagande person. Det är också viktigt att vårdaren uppfattar sig själv som en del av vårdprocessen där alla har gemensamma målsättningar och principer för att främja den äldres funktionsförmåga. Estetisk information betyder inom vården de egenskaper och kunskaper som vårdaren använder i sitt arbete. Det betyder både kunnande och hur vårdaren är i sitt möte med den äldre. (Vähäkangas 2010 s. 149)

Vårdarens egen utveckling i sitt arbete, samt alla erfarenheterna han/hon har fått med sig, utgör den personliga informationen som man kan utnyttja i vården. T.ex. sättet hur vårdaren möter den äldre, motiverar och har syn på helheten i vårdarbetet hör till den personliga informationen. (Vähäkangas 2010 s. 150)

2.6 Sammanfattning

Äldre diabetikers fysiska och psykiska hälsotillstånd, samt funktionsförmåga avgör hurdana målsättningar diabetesvården har. Diabetiker åldras snabbare pga. sin sjukdom och bl.a. därför är det viktigt med regelbunden uppföljning för att upprätthålla god livskvalitet. (Saraheimo & Rönnemaa 2011 s. 322-323, Morley 2008 s. 401) Primära målsättningar för diabetesvården av äldre är att förebygga hyperglykemi, undvika

snabba ändringar i glukosbalansen, samt att förebygga och vårda komplikationer (Kuisma & Reini 2008 s. 138, Morley 2008 s. 401, Manneri s. 19). Om man lyckas sänka glukosnivån hos den äldre, förbättras den kognitiva funktionen (Morley 2008 s. 401).

Depression, kognitiv svikt och demens är vanliga hos äldre diabetiker. För att förebygga negativ utveckling i den kognitiva funktionsförmågan är det viktigt att den blir testad regelbundet. Ifall testresultatet är negativt, skall man börja med bättre kontroll av glukos och blodtryck. (Morley 2008 s. 461-463) Också hypertoni är vanlig hos diabetiker och behöver alltid uppföljning (Saraheimo 2014). Den kan leda till hjärt- eller hjärninfarkt, speciellt tillsammans med andra riskfaktorer, som höga kolesterolvärden och rökning (Syväne 2011 s. 4). Målsättningen för LDL-kolesterolvärdet är under 2,5 mmol/l. Vid hög risk för hjärtinfarkt eller stroke är målsättningen för LDL-kolesterolen 1,8 mmol/l eller under. (Diabetesliitto 2013)

Äldre diabetiker har ofta ålderrelaterad minskning av muskelmassa, som leder till ökad funktionsnedsättning och dödlighet. Också insulinresistens försämrar bl.a. muskel- och nervfunktioner, samt lungornas och hjärtats kapacitet (Morley 2008 s. 456-457). Äldre diabetikers kost skall gynna blodsockerbalansen och viktkontrollen, samt minska risken för hjärt- och kranskärslsjukdom. Detta lyckas med fiberrik kost med måttliga mängder mjuk fett. (Diabetesliitto 2013) Det är viktigt med tillräckligt med kalcium och D-vitamin. Proteinintaget skall vara ca 1,2–1,5 g/kg för att förebygga minskning av muskelmassa. (Morley 2008 s. 457-459) Ifall den äldre har njursvikt, måste man begränsa proteinintaget. Måltidernas mångsidighet, regelbundhet och kolhydrater är viktiga (Kuisma & Reini 2008 s. 140-141).

Motion ger insulinet bättre effekt så att glukos blir till energi i muskelcellerna. Styrketräning är ett bra sätt att hindra störningar i sockeromsättningen och hålla koll på vikten. (Järvinen 2012 s. 7) Man skall stödja all funktionsförmåga som den äldre har kvar. (Kuisma & Reini 2008 s. 142) Det är viktigt att komma ihåg att minskning av muskelmassa utvecklas snabbt vid immobilitet och minskad fysisk aktivitet (Morley 2008 s. 460).

Om man är smärtfri, orkar njuta av livet, kan röra på sig och uppleva att man har tillräckligt med hjälp, är det lättare att uppfatta att man har god hälsa. Också känslan att ha kontroll över sitt liv är viktig, speciellt om man är beroende av vårdare och anhöriga (Luoma 2010 s. 77-78). Livskvaliteten på institution kan förbättras genom att erbjuda möjligheter för aktiviteter utgående från individens resurser och intressen. Upplevelsen av att kunna främja känslan av kontroll. Också känslan av att bli sedd och accepterad är viktig. (Luoma 2010 s. 85)

Nefropati drabbar allt fler diabetiker när filtrationsförmågan i njurarna blir svagare. Ett tecken för nefropati som vårdare kan uppmärksamma är om diabetikern har svullna ben. (Saraheimo 2014) Mikroalbuminuri kan åtgärdas med god balans i glukosvärden, vård av hypertoni, samt medicinering och kost (Rönnemaa 2011 s. 426-427). Också neuropati leder ofta till sjukhusvård (Vinik et al. 2008 s. 407). Man skall ta itu med den tidigt, och börja t.ex. med vitamintillägg B12, vars brist man vet har ett samband till klinisk neuropati (Vinik et al. 2008 s. 420). Också behandling av hyperglykemi påverkar neuropati positivt, och minskar risken för infektioner (Vinik et al. 2008 s. 422). Neuropati förorsakar ofta smärtor och kan hindra funktionsförmågan (Vinik et al. 2008 s. 430-431). Den kan också förorsaka skador i diabetikers fötter. Därför skall man vid behov vända sig till en fotterapeut (Aro et al. 2010 s. 40). I tillägg till grundvården skall läkaren 1-2 gånger i året kontrollera att det inte finns t.ex. känslobortfall eller cirkulationsstörningar i fötterna (Aro et al. 2010 s. 42-43).

Vårdare skall stödja och främja den äldre människans funktionsförmåga, motivera patienten och informera om vården, samt koordinera, planera och rapportera om vårdens målsättningar, framskridande och ändringar (Vähäkangas 2010 s. 153). Man skall utgå från patientens behov i identifieringen av målsättningar, den praktiska vården och granskningen av resultat (Vähäkangas 2010 s. 146). Om de äldre får stöd och handledning som utgår från deras resurser, ökar det deras aktivitet och deltagande i socialt umgänge. När vårdaren arbetar hälsofrämjande, ser han/hon den äldre som en likvärdig, deltagande person. Det är viktigt att alla i vårdprocessen har gemensamma målsättningar och principer för att främja den äldres funktionsförmåga. (Vähäkangas 2010 s. 149)

3 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram för denna studie har det valts tanken ”caring is the human mode of being” av Sister M. Simone Roach, samt hennes definition av omsorg. I tillägg till sjukskötarens sätt att visa omsorg är också begreppet god vård en del av den teoretiska referensramen.

3.1 The Six C's av Simone Roach

Sister Simone M. Roach skriver i boken *Caring, The Human Mode of Being* (2002) att hennes ”six C's” föddes från frågan vad sjukskötaren gör när han/hon visar omsorg (Roach 2002 s. 43). Dessa bokstäver står för följande ord: medkänsla (compassion), kompetens (competence), tillit (confidence), samvete (conscience), engagemang (commitment) och uppträdande (comportment) (Roach 2002 s. 43). Speciellt kompetens och engagemang är viktiga inom diabetesvården. När man har kompetens, är det lättare att lita på sina kunskaper, men också ha självkritik. Samvete påverkar hur högt man prioriterar olika arbetsuppgifter, och vilket omdöme man har om sitt ansvar. Sakligt uppträdande borde vara en självklarhet, men den skall också nämnas som en grundutgångspunkt för god vård. Att ha medkänsla eller medlidande är bra så länge det inte hindrar sjukskötaren från att agera professionellt.

Simone Roach skriver i boken ”*The Human Act of Caring*” (1987) att människan bryr sig om andra för att hon är en människa. Roach menar att kunskapen att bry sig och visa omsorg utvecklas ända från att man är nyfödd till erfarenheterna man får senare i livet och som studerande. Enligt Roach kan vårdstuderandena få sin kapacitet att visa omsorg förstärkt och uppmuntrad, eller förtryckt och hämmad. Detta har enligt henne mycket med rollmodeller att göra, hurdant exempel man får till sitt professionella beteende. Roach menar att alla utbildningsprogram inom vård har samma mål, att ge studerandena ett professionellt sätt att visa omsorg genom goda kunskaper. (Roach 1987 s. 8)

Att en äldre människa måste flytta till ett vårdhem eller servicehus kan vara stressande och även livshotande. Bara det att man har förlorat sin förmåga att ta hand om sig själv kan vara tillräckligt hårt, och att bli beroende av andras hjälp upplevs ofta som väldigt

negativt och påverkar människans livskvalitet. Det uppstår ofta senast då ett behov att hitta mening i livet och behålla sin värdighet. Andlighet kan enligt Simone Roach vara ett sätt för den äldre människan att uppleva livet som meningsfullt trots sina funktionshinder. (Roach 1997 s. 137)

Vårdrelationen mellan vårdaren och en äldre människa kräver tillit, respekt och diskretion. Vårdaren skall ta den äldres psykiska och fysiska förmågor, samt behov i beaktande. Livserfarenhet, utbildning, tankar kring hälsa och välmående, samt förhoppningar och drömmar är exempel på faktorer hos både vårdaren och den äldre som påverkar vårdrelationen. Det finns en fara att vårdaren är nöjd med sig själv och antar att han/hon vet bäst vad den äldre behöver, speciellt i institutionsvård. (Roach 1997 s. 142-143) Sister M. Simone Roach skriver vidare i sin bok "Caring from the Heart" (1997) att "humanistisk vård för äldre i institution är en stor utmaning". Hon menar att fast man nuförtiden har åtminstone i teorin tagit i bruk ett holistiskt tankesätt, baserar sig vården i institutioner fortfarande i stor del på äldre människornas fysiska behov. Respekt och självbestämmanderätt är enligt Roach ofta försummade. (Roach 1997 s. 136) Roach menar att äkta omsorg för äldre människor betyder att de har fått delta i diskussionerna och beslut som gäller deras hälsa, enligt deras bästa förmåga. Roach lägger till att människan utvecklas livet ut, att livet är egentligen erfarenheten av att bli. (Roach 1997 s. 146)

3.2 God vård

Rapporten Hoidon laadun mittaaminen (1995) berättar hur ett undersökningsprojekt på Åbo universitet startades på 1990-talet för att utveckla klinisk vård på sjukhus. Det gjordes ett verktyg för att mäta kvaliteten i vården från patienternas synvinkel och som fick namnet Hyvä Hoito. (Leino-Kilpi et al. 1995 s. 1) Patienterna menade att några av de viktigaste egenskaperna hos vårdarna var noggrannhet, ärlighet, vänlighet och intresse för patienter. Patienterna uppskattade högt också vårdarnas kompetens. (Leino-Kilpi et al. 1995 s. 174)

Före det ovannämnda projektet skrev Helena Leino-Kilpi sin avhandling (1990) vid Åbo universitet om god vård. Hennes arbete heter "Hyvän hoitamisen

arviointiperusteet” och dess syfte var att forma en struktur och eget system med begrepp för att beskriva grunderna för att bedöma god vård. Leino-Kilpi formade sex huvudkategorier av sitt empiriska forskningsmaterial för att beskriva mänskligt agerande inom vård, och för att sedan analysera relationerna mellan dem: 1) vårdaren, 2) hans/hennes egenskaper, 3) agerande riktat mot människan och uppgiften, 4) vårdarens sätt att agera, 5) förutsättningen för agerandet, samt 6) målsättningen. Leino-Kilpi anser i sin avhandling att alla dessa komponenter är lika viktiga och alla behövs för att beskriva god vård. (Leino-Kilpi 1990 s. 134) Hennes forskning var grundläggande i sitt fält men den hade också praktiska resultat. Med strukturering av empirisk information kunde Leino-Kilpi få läsaren medveten om vårdens kvalitet och påverka själva vårdandet. Ett centralt resultat i Leino-Kilpis forskning var att kärnan i god vård är relationen mellan vårdare och patient. Här spelar bl.a. initiativ- och ansvarstagande en viktig roll. (Leino-Kilpi 1990 s. 113)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Olav Dalland tar i sin bok om metodik (2008) upp skillnaden mellan tema och problem. Han konstaterar att vi beskriver ett tema och löser problem. (Dalland 2008 s. 114) Syftet är därmed att kunna beskriva det man skall skriva om, och att problem- eller frågeställningen är sättet hur man kommer djupare in i temat. Det används metodik enligt både Olav Dalland och Dag Ingvar Jacobsen i denna studie, och undersökningsprocessen följer Jacobsens tankar kring den. Jacobsen skriver i sin bok ”Förståelse, beskrivning och förklaring” (2007) att det är frågeställningen som styr metodvalet (Jacobsen 2007 s. 14). Undersökningsprocessen börjar enligt Jacobsen med att utveckla en eller flera frågeställningar, och efter det gå vidare till valet av undersökningsuppläggnings. (Jacobsen 2007 s. 14-15) Syftet, eller temat, för detta arbete är vården av äldre diabetiker på servicehus, och avsikten är att kartlägga faktorer som främjar deras vård.

Frågeställningarna är följande:

- hur kan man främja diabetikernas vård på servicehus?
- vilka kunskaper borde personalen ha för att kunna ge god diabetesvård?

Jacobsen skriver att varje frågeställning skall tillfredsställa tre krav innan man går vidare med undersökningen: frågeställningarna skall vara spännande, enkla och fruktbara (Jacobsen 2007 s. 41-42). Det är ett högt krav att frågeställningar skall vara spännande, det borde räcka med att de är intressanta. Jacobsen konstaterar vidare att när man arbetar med sin undersökning, leder upptäckten ofta till att man börjar ställa flera frågor och måste omformulera de ursprungliga frågeställningarna (Jacobsen 2007 s. 9). Det är också viktigt att den som undersöker klargör sin förståelse och sina förväntningar som utgör premisserna för arbetet (Jacobsen 2007 s. 10). Därför har det i inledningen tagits upp hur och varför det ovannämnda temat blev valt.

5 METOD

Denna studie har utförts som en kvalitativ litteraturstudie, med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och kategorisering. Elo och Kyngäs konstaterar i sin artikel "The qualitative content analysis process" (2007) att med innehållsanalys kan man få nya insikter och en god bild av fakta som kan fungera som praktiskt verktyg (Elo & Kyngäs 2007 s. 108). De menar också att denna metod är lika lätt eller svår att använda som den som använder den bestämmer att den skall vara (Elo & Kyngäs 2007 s. 108).

En kvalitativ metod passar bra för detta arbete pga. att, som Jacobsen uttrycker det: "kvalitativa metoder är öppna och flexibla och lämpar sig väl när man vill utveckla ny kunskap och djupare förståelse" (Jacobsen 2007 s. 15). Jacobsen efterlyser systematik i undersökningsprocessen, pga. att man skall kunna hantera den informationen som man får (Jacobsen 2007 s. 16).

Det var klart från första början att intensiv design skulle användas i detta arbete. Det betyder att man går på djupet och försöker att få fram en så heltäckande förståelse som möjligt av ett fenomen (Jacobsen 2007 s. 61). Innehållsanalysen är baserad på hermeneutiken, att försöka klargöra och ge mening till det som man ser som oklart eller svårt.

Dalland menar att den förståelsen och de erfarenheterna som undersökaren har om temat som han/hon undersöker är en resurs och inte ett hinder för arbetet (Dalland 2008 s. 58).

I hermeneutiken skall man försöka se helheten i det man undersöker, och detta har varit en utmaning i denna studie. Det är fint att kunna använda sin egen förståelse som ett verktyg för att nå en bredare helhet. Detta sätt att arbeta kallas för den hermeneutiska spiralen (Dalland 2008 s. 58). Också Jacobsen talar om hermeneutisk analys och konstaterar att man skall växla mellan delarna och en större helhet när man analyserar med ett hermeneutiskt tolkningssätt (Jacobsen 2007 s. 134).

5.1 Val av material

Det har gjorts en extensiv och systematisk litteratursökning för att samla in material om diabetes, vård av äldre över huvud taget, samt vård av åldrande diabetiker. De första litteratursökningarna gjordes i november-december 2013, och 10 vetenskapliga artiklar blev valda från flera olika databaser (se Tabell 1). Efter presentationen av planen för detta arbete blev det klart att det skulle behövas mera material för analysen. En ny litteratursökning gjordes på databasen Cinahl (Ebsco) och fyra artiklar blev valda.

Det blev snabbt klart att sökorden ”diabetes” och ”older” räckte inte pga. att artiklarnas fokus var ofta på medicinering. Sökningen breddes först med sökorden ”quality of life” och sedan också ”nursing home”. Den sista sökningen som gjordes med sökorden ”diabetes” och ”nursing home” gav bästa resultat. Sökkriterierna var i alla sökningar att artiklarna skulle vara relevanta för denna studie, tillgängliga i sin helhet utan kostnader, publicerade mellan åren 2003 och 2013, samt granskade och godkända av andra akademiska forskare. Antalet valda artiklar för studiens analys blev sammanlagt 14 vetenskapliga artiklar (se Tabell 2).

Jacobsen beskriver insamlandet av kvalitativ data som ”ett induktivt förhållningssätt till datainsamling” (Jacobsen 2007 s. 49). Induktion betyder att man tar specifik information och drar slutsatser som kan tillämpas mer generellt (Elo & Kyngäs 2007 s. 108). Induktion fungerade bra i detta arbete pga. att det kom fram mycket detaljerad information från litteraturen. Det är enligt Jacobsen viktigt att man försöker samla in material på ett öppet sätt och inte styra det som samlas in (Jacobsen 2007 s. 49). Vid denna fas blir undersökningsprocessen enligt Jacobsen interaktiv, dvs. att undersökaren kan ändra på frågeställning medan undersökningen pågår (Jacobsen 2007 s. 50).

Jacobsen konstaterar att flexibiliteten i den kvalitativa metoden kan bli ett problem om undersökaren får en känsla att man aldrig blir färdig med insamlandet av material (Jacobsen 2007 s. 52). Det är också viktigt att kunna bedöma pålitligheten av källdokument, för det påverkar hela arbetet (Jacobsen 2007 s. 91). Vid genomgången av böcker, artiklar och forskningar som hade samlats in för denna studie blev det nödvändigt att avgöra hur man skulle använda det insamlade materialet. Böckerna med generell information om åldrandet och diabetesvården skulle användas som bakgrundsinformation och forskningsartiklarna med mer specifik information om olika aspekter inom diabetesvården skulle bli analyserade (se Tabell 1) med fokus på frågeställningarna i denna studie. Efter analysen av artiklarna skulle jämförelsen mellan bakgrundsinformationen och forskningsartiklarna bli presenterad i resultaten. Till slut skulle hermeneutiken användas i diskussionen om detta arbete och dess resultat.

Jacobsen menar att två centrala frågor i analysering av kvalitativ data är hur man skall tolka dokumentens innehåll och hur man skall systematisera all den information som man får fram. Enligt Jacobsen är nyckeln till detta att försöka hitta likheter och skillnader i synpunkterna som kommer fram. (Jacobsen 2007 s. 134)

5.2 Kategorisering

Kategoriseringen börjades med att välja huvudkategorier enligt de viktigaste temana i denna studie. Denna fas är enligt Elo och Kyngäs viktig för att kategorierna skall vara representativa för materialet och ge en tillförlitlig bild av innehållet (Elo & Kyngäs 2007 s. 112). Detta har väldigt mycket med arbetets trovärdighet att göra. Detta konstateras också i artikeln ”The qualitative content analysis process” (2007), där det påpekas att varje forskare tolkar sitt material från sitt eget perspektiv, men också att resultaten beror på hurdan analytisk kunskap och hurdana insikter forskaren har (Elo & Kyngäs 2007 s. 113). Att hitta förnuftiga kategorier i en stor mängd material är krävande. Jacobsen konstaterar att denna fas är nödvändig för att skapa struktur i texten (Jacobsen 2007 s. 139). Kategorierna i detta arbete blev: 1) Vård och uppföljning, 2) Livskvalitet hos äldre, 3) Förebyggande av komplikationer och 4) Hälsofrämjande åtgärder. Under dessa kategorier skulle det relevanta innehållet sedan samlas, enligt representativa nyckelord (se Tabell 3).

Forskningsartiklarna visade sig ha innehåll som kunde klart delas i de fyra kategorierna. Arbetssättet som valdes var att gå igenom varje artikel och skriva om de delarna som var relevanta för varje kategori. Detta blev grundligt gjort eftersom all den insamlade informationen blev först skrivet ner innan man kunde fortsätta med arbetet. Detta underlättade emellertid tankearbetet om vilka delar som skulle sist och slutligen bli med i arbetet. Under den första kategorin Vård och uppföljning inkluderades det information om diabeteskontroll, uppföljning med olika tester och vårdens kvalitet. Den andra kategorin Livskvalitet hos äldre handlar bl.a. om hur förbättrad HbA1c, dvs. medelvärde för blodsockret under de senaste 4-6 veckorna påverkar äldre diabetiker, den kognitiva funktionsförmågan och depression. Kategorin Förebyggande av komplikationer fick en lång lista med underkategorier, allt från hypo- och hyperglykemier till demens, stroke, njursvikt och dålig sårhäkning. Den sista kategorin, Hälsöfrämjande åtgärder, innehåller information om t.ex. kostens och motionens betydelse, men också om vårdarnas kunskaper.

6 ANALYS

Denna analys presenterar innehållet i de 14 forskningsartiklar som blev valda för detta arbete. De viktigaste punkterna i dessa artiklar tas upp enligt de valda kategorierna.

6.1 Vård och uppföljning

Äldre diabetiker är en sårbar patientgrupp som är ofta beroende av andra i sin vård (Annersten Gershater et al. 2011 s. 220, Sinclair et al. 2010 s. 1055). God vård med regelbundna hälsokontroller, förebyggande åtgärder och vård av komplikationer, samt god livskvalitet är huvudmålsättningar i diabetesvården (Annersten Gershater et al. 2011 s. 221). Man kan utvärdera diabetesvården genom att mäta glukosnivån, antalet ordinerade läkemedel, fötternas hälsostatus, blodtrycksnivån, BMI:n och mängden fysisk träning. Man har konstaterat att det finns möjlighet för övermedicinering av äldre diabetiker när vårdpersonalen sköter medicineringen men de äldre har minskad matlust. Dokumentation spelar en viktig roll, eftersom bristfällig dokumentation kan leda till sämre kvalitet i vården. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 220-223)

American Geriatrics Society (AGS) rekommenderar att HbA1c-tester skall tas hos äldre diabetiker minst en gång i året, samt att lipiderna skall mätas och diabetikers ögonbotten kontrolleras 1-2 gånger per år (Thorpe et al. 2012 s. 644). Regelbundna HbA1c-tester är en viktig del av diabetesvården för att man skall kunna förebygga sjukhusvård. Väldigt höga HbA1c-värden leder till diabetisk ketoacidosis, dålig sårhäkning, samt nedsatt syn och nedsättning av intellektuella funktioner. (Thorpe et al. 2012 s. 645) Typ 2 diabetes associeras med försämrad intellektuell kapacitet, och det har genom forskning konstaterats att tätare kontroll på blodsocker och förbättrad HbA1c speglas i förbättrad kognitiv funktionsförmåga (Luchsinger et al. 2011 s. 445). Låga HbA1c-värden tyder i sin tur på upprepade hypoglykemier som vårdpersonalen inte kunnat uppmärksamma (Thorpe et al. 2012 s. 645). Enligt amerikansk forskning är HbA1c-värdet den enda faktorn som direkt påverkar den kognitiva funktionsförmågan hos äldre diabetiker, av både typ 1 och 2 (Luchsinger et al. 2011 s. 446).

Enligt forskning förebygger regelbunden kontroll och behandling av LDL-kolesterolet effektivt bl.a. kardiovaskulära händelser och nedgång i funktionsförmåga. Glukoskontroll och kolesteroltester verkar i tillägg vara speciellt viktiga för dementa diabetiker som har antipsykotisk medicinering, och vars metabolism löper större risk att försämrats. (Thorpe et al. 2012 s. 645) Forskning om dementa diabetikernas diabetesvård har visat att hjärtsjukdomar, depression och nefropati är vanliga. Komplikationer är överlag vanligare hos dementa än hos icke-dementa diabetiker, och en stor del av patienterna behöver vård på sjukhus eller på ett vårdhem. (Thorpe et al. 2012 s. 647) Man har genom forskning kunnat konstatera att demenspatienter med diabetes får mindre uppföljning än andra diabetiker. Diabetes höjer också sannolikheten att få demens. (Thorpe et al. 2012 s. 645, Quinn et al. 2009 s. 1628-1629) Det finns i dagens läge lite förståelse hur dessa två hälsoproblem påverkar vården. Det kan ändå konstateras att när demensen utvecklas, och individen har också andra sjukdomar, blir diabetesvården lätt undanskydd. (Thorpe et al. 2012 s. 648-649)

Den viktigaste bristen på diabeteskontroll hos äldre, dementa diabetiker på vårdhem gäller HbA1c- och ögonbottenkontroller. (Thorpe et al. 2012 s. 644-648, Quinn et al. 2009 s. 1631-1632) Den äldres livskvalitet kan förbättras genom regelbunden ögonbottenfotografering där man uppmärksammar och tar itu ändringar i synet, vilka

kan påverka t.ex. beteendet och den kognitiva förmågan hos en dement diabetiker. (Thorpe et al. 2012 s. 645)

En undersökning om vården av nyinflyttade äldre diabetiker på amerikanska vårdhem publicerades år 2009. Resultatena visade att äldre diabetiker fick bättre vård på vårdhem än året innan när de bodde hemma. Forskarna menade att vårdhem hade fasta rutiner för hälsokontroller och tester för diabetiker men också här konstaterades det, att om det var någonting mera akut som tog fokuset från diabetes, följdes inte rutinerna för diabetes. Diabetesvård på institution påverkas också av kostnader och förväntad nytta. (Quinn et al. 2009 s. 1628-1629)

God diabetesvård och dess uppföljning betyder att man tar i mån av möjlighet den äldre diabetikern med i vården. En undersökning gjordes år 2010 för att ta reda på hurdan kunskap äldre, typ 2 diabetiker hade om sin sjukdom och hur de tog hand om sig själva. Man tog i beaktande den kognitiva funktionsförmågan hos dessa äldre och kom fram till att en femtedel av de intervjuade hade nedsatt kognitiv funktionsförmåga, som resulterade i sämre förståelse för diabetesvård. Också denna undersökning poängterar att det finns många faktorer i lyckad diabetesvård, bl.a. glukoskontroll, årlig läkarkontroll och regelbunden kontroll för eventuell utveckling mot retinopati och/eller neuropati. Det konstateras att ju längre den äldre har haft diabetes, desto större är risken för komplikationer. (Hewitt 2010 s. 117)

En artikel om negativa läkemedelhändelser i medicineringen av äldre diabetiker på vårdhem publicerades i 2012. Frank Milligan, seniorlektor på Bedfordshire Universitet i Luton, hade gått igenom rapporter om negativa läkemedelhändelser på vårdhem i Storbritannien från år 2005 till 2009. Resultatet var 684 rapporter om användning av insulin och 84 rapporter om perorala diabetesmediciner. De vanligaste felen gällde felaktig eller oklar dos, av vilka det fanns 173 rapporter om insulin, med ett dödsfall som resultat, och 20 rapporter om användning av perorala diabetemediciner. (Milligan 2012 s. 38) Milligan konstaterar hur viktig målsättning patientsäkerhet är, och att diabetiker som bor på institution är en utsatt patientgrupp som har en tydlig risk att få felaktig dos eller styrka av sina mediciner. Sårbarheten hos äldre diabetiker som bor på institution beror enligt Milligan bl.a. på det att patienterna är multisjuka och har komplex medicinerings.

(Milligan 2012 s. 39-40) Milligan menar att det stora antalet rapporter för negativa läkemedelhändelser är oroväckande pga. att händelserna kan leda till hypoglykemi eller hyperglykemi med allvarliga konsekvenser för patienternas hälsa. (Milligan 2012 s. 43)

God vård och uppföljning inkluderar också uppföljning av det mentala tillståndet. Diabetiker har stor risk att drabbas av depression, och detta gäller speciellt diabetiker med komplikationer. Det kan vara svårt att skilja depression från demens pga. att depression-liknande drag hos diabetiker kan också vara ett av de första tecken på demens. (Evans & Sastre 2009 s. 2-3) På amerikanska vårdhem har ungefär hälften av invånarna demens. Det har också bekräftats att diabetesvården blir mindre aggressiv när patienten blir dement. En hypotes är att när en diabetiker flyttar in på institution blir diabetesvården annorlunda pga. att det är en allmänläkare som ansvarar för den, i stället för en specialist, t.ex. en endokrinolog. Äldre diabetiker får inte över huvud taget den vården som t.ex. AGS sätter som målsättning. (Quinn et al. 2009 s. 1629) Detta är ett betydligt fynd pga. att enligt en annan amerikansk undersökning hade antalet diabetiker på vårdhem ökat från 16% till 23% från år 1995 till 2004. Enligt denna undersökning hade år 2004 en fjärdedel av alla amerikanska 65-åringar och äldre som bodde på vårdhem eller servicehus diabetes. (Zhang et al. 2010 s. 724-726)

Den grundläggande diabetesvården blir nog enligt amerikansk forskning oftast bättre för äldre diabetiker när de flyttar in på institution, men t.ex. ögonbottenkontroller blir sällsynta pga. att de måste göras annanstans än där de äldre bor (Quinn et al. 2009 s. 1631). Inflyttning på vårdhem eller annan institution kan ge mera nytta för äldre diabetiker som inte är dementa. Det antyds också att antalet odiagnostiserade diabetiker kan vara högt på amerikanska vårdhem. (Quinn et al. 2009 s. 1632) Man konstaterar i en forskningsrapport att för att kunna bevara hög kvalitet inom vården, använda resurser effektivt och behålla hög livskvalitet för de äldre behöver man god dokumentation av vården (Annersten Gershater et al. 2011 s. 225).

6.2 Livskvalitet hos äldre

Valerie Wilson har undersökt äldre diabetikers åsikter om diabetesvården genom att intervjua 25 diabetiker i åldern 72-84. Hon konstaterar att äldre diabetiker lider ofta av

depression och nedsatt kognitiv funktionsförmåga som påverkar deras livskvalitet. Dessa tillsammans hindrar den äldre att ta hand om sig själv och kan leda till andra problem, som kan ha t.ex. med kost, motion och hygien att göra. (Wilson 2012 s. 33-34) Livskvaliteten kan lida om de fysiska förutsättningarna för ett gott liv begränsas. Vi vet t.ex. att många hjärnfunktioner blir sämre hos äldre diabetiker, vilket betyder att den kognitiva kapaciteten minskar som en komplikation till diabetes (Suzuki et al. 2006 s. 558). Livskvalitet till diabetikern och hans/hennes anhöriga påverkas direkt av den kognitiva funktionsförmågan (Evans & Sastre 2009 s. 1). Hyperglykemi försämrar den kognitiva förmågan och påverkar ofta också sinneslaget till den äldre (Evans & Sastre 2009 s. 3). Både hyper- och hypoglykemier påverkar och begränsar livskvaliteten till den äldre diabetikern negativt, och skall därför förebyggas (Thorpe et al. 2012 s. 645).

En japansk undersökning gjordes i 2004 för att studera om psykologiska aspekter hos äldre diabetiker var riskfaktorer för utveckling av stroke. Forskarna Araki, Murotani, Kamimiya och Ito gjorde en prospektiv kohortstudie på 376 diabetiker som var i genomsnitt i 75-års åldern. Studien hade en uppföljningsperiod på tre år. Resultaten visade att låga värden på den använda Philadelphia Geriatric Center (PGC) moralskalan antydde en klar risk för stroke. PGC-skalan används för att värdera subjektivt välmående hos äldre människor. Moral betyder i denna kontext optimism eller pessimism som människan känner för framtiden, åldrandet och eventuella problem som dessa kan medföra. Skalan innehåller både positiva och negativa känslor. Forskarna kunde konstatera att lågt välmående hos äldre diabetiker resulterar i nedsatt funktionsförmåga i förhållande till bl.a. medicinering, näring och sociala kontakter. (Araki et al. 2004 s. 205-206)

Också en spansk undersökning bekräftar att den kognitiva förmågan påverkas av hjärnskemi. Hjärnskemi, dvs. stroke, är en vanlig följd av cerebrovaskulär sjukdom, som räknas till diabeteskomplikationer. Om en äldre diabetiker får ett stroke, är det vanligt att han/hon får som följd antingen vaskulär demens eller Alzheimers sjukdom. Det finns insulinreceptorer i hjärnan och det har konstaterats att när kroppen inte längre har förmågan att utnyttja insulin pga. störningar i metabolismen, ökar kroppens insulinproduktion. Man har genom forskning kunnat bevisa att speciellt områdena för minne och lärande i hjärnan tar skada av dessa ändringar. (Evans & Sastre 2009 s. 3)

En annan forskning som kan nämnas är ett projekt som i 1995 bekräftade hur gingseng rotväxt kunde förbättra livskvaliteten till äldre diabetiker. Det gavs 100-200 mg gingseng rot extract till två grupper patienter med diabetes typ 2 och en placebopreparat till en tredje grupp. Gingseng förbättrade inte den kognitiva funktionsförmågan men det rapporterades förbättrad sinneslag och motivation, samt lägre glukosvärden i de grupperna som fick gingseng. Den gruppen som fick större dos (200 mg) hade också lägre HbA1c efter testperioden. (Evans & Sastre 2009 s. 8-9)

6.3 Förebyggande av komplikationer

Det kan vara svårt att registrera hypoglykemi hos äldre diabetiker eftersom symptomen blir mindre tydliga med stigande ålder (Evans & Sastre 2009 s. 3). Det gjordes en studie bland äldre i särskilt boende i Sverige år 2006 för att kartlägga förekomsten av hypoglykemier bland diabetiker typ 2, och observera utsättning av insulin och perorala diabetesläkemedel. Det blev 32 individer med medelåldern 84 år med i studien. De flesta hade nedsatt kognitiv funktionsförmåga, och hade tidigare haft kardiovaskulära komplikationer. Patienterna var med andra ord i livets slutskede med en kort förväntad återstående livslängd. Av de 32 diabetikerna hade 10 tablettbehandling, 17 insulinbehandling och 5 kombinationsbehandling med både insulin och tabletter. För att fastlägga dygnsprofilen kontrollerades blodsockret på morgonen (fastande), 2 timmar efter frukost, vid läggdags och på natten (ca kl. 2). Natlig hypoglykemi ansågs vara blodsockervärdet 4,4 mmol/l eller under. Hypoglykemier orsakar vanligen nedsättning i intellektuella funktioner, och kan ge oro och agitation. Det antyds att man borde, under kontrollerade former, kunna minska eller avveckla diabetesbehandling hos multisjuka diabetiker av typ 2 som är i livets slutskede och har låga HbA1c-värden. (Östgren et al. 2009 s. 1649-1650) Under en 3 dygn lång observationsperiod hade 22 patienter minst en episod av hypoglykemi. Utsättande eller minskning av diabetesmediciner kunde fullföljas hos 24 individer under en observationstid på 3 månader. Utvecklingen av HbA1c kontrollerades under 6 månader av alla 32 som började undersökningen. HbA1c:n steg endast 0,6 % hos dem som fullföljde utsättandet eller minskningen av sin diabetesmedicinering, och sjönk 0,5 % i den gruppen som fortsatte med sin medicinering. Resultatet bekräftar tidigare forskning från svensk äldrevård att det finns ”en tendens till överbehandling av diabetespatienter, med frekventa hypoglykemier som

följd.” (Östgren et al. 2009 s. 1649-1650) Man skall komma ihåg att hypoglykemier kan vara farliga för äldre i livets slutskede som lider av hjärt-kranskärslsjukdomar pga. att hypoglykemin ”kan orsaka både hjärtarytmier och plötslig död”. (Östgren et al. 2009 s. 1651)

Det är viktigt att vårdpersonalen identifierar och aktivt förebygger komplikationer och hälsorisker. Förebyggande åtgärder och vård av komplikationer hör till huvudmålsättningar i diabetesvården. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 221, Thorpe et al. 2012 s. 645) Det har konstaterats genom forskning att i USA utgör hjärt -och kranskärslsjukdomar den största komplikationsrisken för diabetiker på vårdhem. Det antyds också att njurrelaterade symptom är mycket vanligare hos diabetiker än hos andra patienter. (Zhang et al. 2010 s. 727) Användning av kolesteroltester kan effektivt hjälpa till att förebygga kardiovaskulära händelser, sjukhusvård och nedsatt funktionsförmåga. Att fortsätta med regelbunda kolesterol- och HbA1c-tester hos dementa diabetiker har visat sig gynna speciellt patienter med antipsykotisk medicinering, vilkas metabolism måste uppföljas noggrant. (Thorpe et al. 2012 s. 645)

Som det har konstaterats tidigare, har äldre diabetiker en stor risk för att den kognitiva funktionsförmågan försämras. Det finns en hypotes att inflammatoriska mekanismer spelar en viktig roll i många ålderrelaterade sjukdomar som medför kognitiv nedsättning. Hypotesen får stöd av flera undersökningar som tyder på att det finns ett samband mellan inflammatoriska faktorer i kroppen och kognitiv funktionsnedsättning. (Suzuki et al. 2006 s. 558) Man kan sakta utvecklingen av kognitiv funktionsnedsättning hos äldre diabetiker genom tätare kontroll på glukosnivå, vilket resulterar i förbättrad HbA1c (Luchsinger et al. 2011 s. 445). God uppföljning av hälsotillståndet hos den äldre diabetikern hjälper också till att främja dennes livskvalitet.

Det gjordes en undersökning i Nederländerna år 2009-2010 om neuropatisk smärta hos äldre diabetiker som bor på vårdhem. Resultatena visade att neuropatisk smärta är vanlig och den borde uppmärksammas bättre på vårdhem. (van Kollenburg et al. 2012 s. 1418-1420) Det konkluderades att neuropatisk smärta blandas lätt med somatisk smärta och att det finns inga specifika och standardiserade kriterier för att diagnostisera neuropatisk smärta. Neuropatisk smärta förorsakas av en skada eller sjukdom som

påverkar det somatiska nervsystemet. (van Kollenburg et al. 2012 s. 1418) Det har i tillägg konstaterats i tidigare forskning att neuropatisk smärta är mera intensiv än kronisk smärta utan neuropatiska komponenter. Den behandlas med många olika mediciner pga. att det finns ingen specifik medicin som är effektiv för majoriteten av patienter. Smärta är ofta underdiagnostiserad hos dementa, men också äldre diabetiker utan kognitiv funktionsnedgång kan anse smärta som en del av åldrandet och mena att de skall leva med den. Smärta påverkar livskvaliteten väldigt negativt. Därför är det viktigt att man försöker hitta den rätta medicineringen för diabetiker med neuropatiska smärtor. (van Kollenburg et al. 2012 s. 1419)

6.4 Hälsöfrämjande åtgärder

Den svenska undersökningen om hypoglykemier hos äldre typ 2 diabetiker lyfter också upp personalens kunnande i förhållande till äldre diabetikers välmående. Hypoglykemier hos äldre kan vara svåra att identifiera, speciellt om de har begränsad förmåga att kommunicera och/eller har perioder när de är oroliga eller agiterade. (Östgren et al. 2009 s. 1651) Natliga hypoglykemier är en utmaning inom vården och för att kunna ingripa behövs några natters kontrollperiod, då nattvårdaren mäter den äldres blodsocker t.ex. vid 2-tiden.

Man kan också ställa frågan hur högt den äldre diabetikerns HbA1c får stiga utan att den förorsakar symptom på hyperglykemi. Svenska LäkeMedelsverket föreslår ett värde på 8% som övre gräns, men detta gäller bara när målet är ”symptomfrihet och inte kardiovaskulär prevention”. Då kan det vara lättare för den äldre att må bra och få gott omhändertagande i livets slutskede. (Östgren et al. 2009 s. 1651)

Diabetikerna ansåg i Valerie Wilsons undersökning att hälsovårdspersonalen inte behandlar dem som individer och inte riktigt förstår hur man behandlar diabetes av olika typer. Många av de intervjuade blev irriterade när vårdpersonalen menade t.ex. att en överviktig diabetiker har diabetes typ 2. Undersökningen väcker tankar om hur verkligheten inom diabetesvården kan upplevas av äldre patienter. Wilsons undersökning påpekar också att de flesta intervjuade äldre diabetiker ansåg att de kunde ensamma ta hand om sig själva, fast de samtidigt kunde konstatera att de inte var lika

skarpa som förr. (Wilson 2012 s. 35-36) Det är därmed viktigt att vårdpersonalen tar reda på hurdana kunskaper den äldre diabetikern har, och hur länge han/hon har haft diabetes. Det blir en bra utgångspunkt att bygga en vårdrelation och skraddarsy den efter den äldres resurser och svagheter, såsom man skulle göra också med en yngre diabetiker. (Wilson 2012 s. 37)

Enligt forskning finns det ett samband mellan neuropatisk smärta och dålig livskvalitet. Forskarna menar att neuropatisk smärta hos äldre kräver intensiv behandling och ett terapeutiskt förhållningssätt är därför nödvändigt. (van Kollenburg et al. 2012 s. 1421) Man kan konstatera att diabetiker och patienter som har haft ett stroke har oftare neuropatiska smärtor än andra äldre (van Kollenburg et al. 2012 s. 1423). Det konstateras också att smärta hos stroke-patienter kan få mera uppmärksamhet än hos diabetiker. Neuropatisk smärta ser ut att vara över huvud taget underdiagnostiserad hos diabetiker. (van Kollenburg et al. 2012 s. 1424)

Enligt en svensk undersökning är sjukskötarens dokumentation av diabetesvården inom hemsjukvården bristfällig och vårdprocessen följs inte. Författarna efterlyser i sin undersökningsrapport bättre rutiner för vårdokumentation, som enligt dem borde inkludera en klar struktur för planering, utföring och utvärdering av hälsokontroller (glukos, HbA1c, vikt, nutrition). Också dokumentation av komplikationer (regelbunden blodtrycksmätning, skyddande fotvård), samt undervisning av vårdpersonal inom diabetesvård är viktiga. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 220) För detta ändamål måste vårdprocessen vara tydlig och syfta på patienternas säkerhet. Vårdprocessen betyder här utvärdering av patienternas behov, målsättningar och diagnoser, samt själva planerandet, utförandet och utvärderingen av vården. Undersökningen poängterar betydelsen av ett välfungerande samarbete inom vårdteamet och påpekar att välgjord dokumentation av de ovannämnda delarna av vårdprocessen underlättar samarbete mellan olika grupper som jobbar för patientens bästa. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 221)

Magdalena Annersten Gershater, Ewa Pilhammar och Carin Alm Roijer skriver också hur sjukskötare behöver stöd i rollen som ansvariga för diabetesvården av multisjuka patienter. Det påpekas att det är oftast vårdassistenter som utför själva vården, istället

för sjukskötare, men att de ansvarar inte för planeringen och utvärderingen av vården och dess målsättningar. Det konstateras att sjukskötare skall kunna ta ansvar för vårdprocessen, och handleda och undervisa resten av vårdpersonalen på ett konstruktivt sätt. Det påpekas också att dokumentation kan vara ett bra verktyg för att systematisera vårdprocessen, eftersom det behövs god kommunikation för att delegera och koordinera vårdens målsättningar och utvärdering. Detta underlättar också ledelsens uppgift att bedöma arbetet. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 224)

7 RESULTAT

Denna studie visar att det finns många viktiga aspekter som vårdare av äldre diabetiker skall kunna och komma ihåg. Bakgrundslitteraturen visar helheten hur god vård skall se ut, och forskningsartiklarna lyfter fram enskilda faktorer som påverkar och/eller kan förbättra diabetesvården.

Litteraturen presenterar några viktiga målsättningar för vården av multisjuka äldre diabetiker. Dessa är bl.a. att behålla symptomfriheten och stödja funktionsförmågan för att förbättra livskvaliteten hos den äldre, samt att undvika snabba ändringar i glukosbalansen och att förebygga och ta hand om eventuella komplikationer (Kuisma & Reini 2008 s. 137-138). Också enligt forskning är regelbundna hälsokontroller, förebyggande åtgärder, vård av komplikationer och god livskvalitet huvudmålsättningar i diabetesvården (Annersten Gershater et al. 2011 s. 221). Genom att mäta glukosnivån, antalet ordinerade läkemedel, fötternas hälsostatus, blodtrycksnivån, BMI:n och mängden fysisk träning kan man konstatera hur lyckad diabetesvården är (Annersten Gershater et al. 2011 s. 223). Det togs upp i både bakgrundslitteratur och forskning att i god diabetesvård och dess uppföljning skall de äldre, i mån av möjlighet, delta i diskussionerna och beslut som gäller deras hälsa, enligt deras bästa förmåga (Roach 1997 s. 146, Hewitt 2010 s. 117).

Enligt forskning förebygger regelbunden kontroll och behandling av LDL-kolesterolet effektivt bl.a. kardiovaskulära händelser och nedgång i funktionsförmåga. (Thorpe et al. 2012 s. 645) Käypä hoito -rekommendationen påpekar i tillägg dyslipidemi som den viktigaste riskfaktorn för aterosklerosis (Diabetes 2013 s. 24). Regelbundna

hälsokontroller och -tester hör till god diabetesvård. I tillägg till lipiderna, rekommenderas det att HbA1c-tester tas minst en gång i året, samt att ögonbottenkontrollen görs 1-2 gånger per år. (Thorpe et al. 2012 s. 644) Statiner och annan mediciner, samt regelbunden motion påverkar positivt viktkontrollen, blodfetterna och blodtrycket. Det är viktigt att stödja all funktionsförmåga som den äldre har kvar, och pröva också att förbättra konditionen genom vardagsmotion. (Kuisma & Reini 2008 s. 142)

Enligt amerikansk forskning får äldre diabetiker med demens mindre hälsokontroller på vårdhem än icke-dementa diabetiker (Quinn et al. 2009 s. 1628-1629, Thorpe et al. 2012 s. 644). Det antyds att även om det finns fasta rutiner på vårdhem för hälsokontroller för diabetiker, följs inte rutinerna för diabetes om det finns någonting mera akut som tar fokuset från diabetes. Detta kan ha allvarliga hälsokonsekvenser för många diabetiker. (Quinn et al. 2009 s. 1628-1629) Enligt forskning blir den grundläggande diabetesvården ändå ofta bättre för äldre diabetiker när de flyttar in på institution. Inflyttning på vårdhem eller annan institution kan med andra ord ge mera nytta för äldre diabetiker som inte är dementa. (Quinn et al. 2009 s. 1631-1632)

Hyperglykemi är en komplikation som försämrar den kognitiva förmågan och påverkar också sinneslaget till den äldre (Evans & Sastre 2009 s. 3, Suzuki et al. 2006 s. 558). Hyper- och hypoglykemier påverkar och begränsar livskvaliteten till den äldre diabetikern och skall förebyggas (Thorpe et al. 2012 s. 645). Forskning tyder också på att äldre diabetiker lider ofta av depression och nedsatt funktionsförmåga. Lågt välmående påverkar den äldres livskvalitet genom att hindra den äldre att ta hand om sig själv, vilket kan leda till andra problem. (Wilson 2012 s. 33-34, Araki et al. 2004 s. 205-206) Enligt Simone M. Roach upplever många äldre det stressande att bli beroende av andras hjälp. Det kan uppstå ett behov att hitta mening i livet och behålla sin värdighet. Andlighet kan vara ett sätt för den äldre människan att uppleva livet som meningsfullt trots sina funktionshinder. (Roach 1997 s. 137)

När människan blir äldre är det viktigt att vara smärtfri, orka njuta av livet, kunna röra på sig och uppleva ha tillräckligt med hjälp (Luoma 2010 s. 77). Hyperglykemi får den äldre diabetikern att uppleva mera smärta (Morley 2008 s. 401). Enligt forskning kräver

neuropatisk smärta intensiv behandling och ett terapeutiskt förhållningssätt för att inte påverka livskvaliteten negativt (van Kollenburg et al. 2012 s. 1421). Tidigare forskning tyder på att ändringar i nervernas funktionsförmåga kan hindras om man tar itu med neuropati i ett tidigt skede, t.ex. med tillskott av vitamin B12 (Vinik et al. 2008 s. 420). Enligt forskning är neuropatisk smärta underdiagnostiserad hos diabetiker (van Kollenburg et al. 2012 s. 1424). Neuropati kan i tillägg förorsaka problem med fötterna hos äldre diabetiker. God, daglig fotvård har därför stor betydelse, speciellt när det gäller patienter med dålig glukosbalans och ändringar i kroppen, både pga. åldern och sjukdomen. Läkaren borde undersöka cirkulationen och nervfunktionen i diabetikers fötter minst 1-2 gånger om året. Huvudmålsättningen för fotvården hos äldre diabetiker är att förebygga infektion. (Aro et al. 2010 s. 42-43) Regelbundna hälsokontroller är viktiga också för att förbättra sårhäkning (Thorpe et al. 2012 s. 645). Risken finns att problem med fötterna hos en multisjuk diabetiker leder till amputation. Därför är det viktigt att man ger skyddande vård för att förebygga och hindra lidande. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 224)

Munhälsa togs inte upp i den forskning som detta arbete innefattar, men litteraturen lyfter upp betydelsen av god mynhygien och -hälsa hos diabetiker. Parodontit, dvs. bakterieinflammationer i tändernas stödjevävnader, höjer blodsockret och högt blodsocker förvärrar inflammationer. Därför konstateras det att diabetikers munhälsa skall kontrolleras med högst 6 månaders mellanrum (Diabetes 2013 s. 36).

Det fanns bara en undersökning med i denna studie som tog upp patientsäkerheten på institution. Resultaten visade att äldre diabetiker är, trots den goda vården, en utsatt patientgrupp pga. en tydlig risk att få felaktig dos eller styrka av sina mediciner. Sårbarheten hos äldre diabetiker som bor på institution konstaterades bero på det att patienterna är ofta multisjuka och har komplex medicinering. (Milligan 2012 s. 39-40)

Vårdarnas roll och kunskaper inom äldreomsorgen diskuteras mycket i litteraturen. Vårdare skall bl.a. stödja och främja den äldre människans funktionsförmåga (Vähäkangas 2010 s. 153). Om man lyckas motivera och uppmuntra den äldre till regelbunden motionering utgående från hans/hennes resurser, förbättrar det alltid funktionsförmågan och därmed också diabetesvården (Kuisma & Reini 2008 s. 143).

Det påpekas också att vårdplanen är grunden för allt vårdarbete (Vähäkangas 2010 s. 146). Vårdaren skall utgå från patientens resurser och behov i den praktiska vården och granskningen av resultat (Vähäkangas 2010 s. 146, Wilson 2012 s. 37). Enligt Helena Leino-Kilpis avhandling är relationen mellan vårdare och patient kärnan i god vård. Här spelar bl.a. initiativ- och ansvarstagande en viktig roll. (Leino-Kilpi 1990 s. 113) Detta inkluderar också dokumenteringen av vården. Det kan konstateras att ”god dokumentation av vårdhandlingar är avgörande för att behålla hög kvalitet inom vården, effektiv användning av resurser och hög livskvalitet” (Annersten Gershter et al. 2011 s. 225). Resultatena i denna studie kan sammanfattas med diabetologerna Markku Saraheimos och Tapani Rönneimas ord: diabetesvården kräver aktiv handling för att lyckas. (Saraheimo & Rönneima 2011 s. 322-323)

8 DISKUSSION

Enligt Simone Roach visar sjukskötaren omsorg med medkänsla, kompetens, tillit, samvete, engagemang och uppträdande (Roach 2002 s. 43). Speciellt kompetens och engagemang är viktiga inom diabetesvården. Rapporten Hoidon laadun mittaaminen (1995) berättar hur patienterna menade att vårdarnas kompetens, samt vänlighet och intresse för patienter hörde till de viktigaste egenskaper hos vårdarna (Leino-Kilpi et al. 1995 s. 174).

Roach påpekar detsamma som tas upp i bakgrundslitteraturen, att äldre människor kan uppleva det väldigt negativt att bli beroende av andras hjälp. Detta påverkar livskvaliteten och det kan uppstå ett behov att hitta mening i livet. (Roach 1997 s. 137, Luoma 2010 s. 77-82) Att ta den äldres resurser och intressen i beaktande kan vara en god utgångspunkt för att förbättra livskvaliteten på institution, likaså förmedla känslan av att den äldre bli sedd och accepterad (Luoma 2010 s. 85, Roach 1997 s. 142-143).

Enligt en undersökning finns det lite forskning om hurdan vård dementa diabetiker på servicehus får, och hur beslut om diabetesvård i livets slutskede fattas. Det har inte heller forskats om hur äldre diabetikers testresultat (bl.a. HbA1c) används inom olika boendeformer. (Thorpe et al. 2012 s. 649-650) Det behövs mera forskning om dessa områden. Genom forskning har man kunnat konstatera att äldre amerikanska diabetiker

får över huvud taget inte den vården som t.ex. AGS sätter som målsättning för dem (Quinn et al. 2009 s. 1629). Dessa skulle vara intressanta teman att undersöka här i Finland, hur riktlinjerna följs och hur äldre diabetiker vårdas, i hemsjukvården eller på vårdhem.

Grundregeln i diabetesvården av äldre har varit att vården skall vara så enkel som möjligt för att den äldre klarar av att ta hand om sig själv. Man kan diskutera om detta är förnuftigt ifall patienten bor på servicehus och det är andra som ansvarar för hans/hennes vård. Också enligt den nya Käypä hoito -rekommendationen skall diabetesvården granskas med varje patient utgående från hans/hennes situation (Diabetesliitto 2013).

Enligt denna studie innebär lyckad diabetesvård på servicehus att den äldre diabetikern har regelbunden glukoskontroll, årlig läkarkontroll, samt regelbunden ögonbottenfotografering och kontroll av fötterna, för att man skall kunna förebygga och behandla retinopati och/eller neuropati. Också lipiderna skall mätas 1-2 gånger per år (Thorpe et al. 2012 s. 644). Regelbundna kontroller är inte nödvändiga bara för att förebygga komplikationer, de ökar också livskvaliteten hos äldre diabetiker (Hewitt 2010 s. 117-120).

Man kan diskutera om diabetesvårdens kvalitet på institution påverkas för mycket av kostnader och förväntad nytta, som forskning tyder på (Quinn et al. 2009 s. 1628-1629). Också forskningsresultat som visar att diabetesvården kan bli undanskydd i fall diabetikern diagnostiseras demens väcker tankar om vårdens kvalitet (Thorpe et al. 2012 s. 648-649). En möjlig förklaring för rutinmässig diabetesvård kan vara att på vårdhem är det oftast en allmänläkare som ansvarar för vården, i stället för t.ex. endokrinolog (Quinn et al. 2009 s. 1628-1629). Det kan diskuteras om diabetikerna på vårdhem skulle få nytta av att t.ex. diabetesskötare skulle konsulteras åtminstone vid behov.

Amerikansk forskning antyder att antalet odiagnostiserade diabetiker är högt på vårdhem (Quinn et al. 2009 s. 1632). Jag har uppfattningen att detta inte är situationen i Finland, där regelbundna blodsockertester ingår ofta i vården av äldre som hör till

riskgrupp för diabetes pga. övervikt, liten mängd fysisk aktivitet, ohälsosam kost och/eller rökning.

Den svenska undersökningen om sjukskötarens dokumentation av diabetesvård motsvarar mina erfarenheter från vårdhem och servicehus. Jag menar att det behövs bättre rutiner för vårddokumentation inom diabetesvård också i Finland. Jag upplever att speciellt dokumentation av komplikationer (sårvård, regelbunden blodtrycksmätning, skyddande fotvård), samt handledning av vårdpersonal i dessa vårdhandlingar, och över huvud taget om diabetesvård, är viktiga. Vårdprocessen är inte alltid tydlig, och patienternas bästa och deras säkerhet borde diskuteras mera. Välfungerande samarbete inom vårdteamet betyder god kommunikation, och resulterar i välgjord vårddokumentation (Annersten Gershater et al. 2011 s. 224).

Forskning tar upp sjukskötarens roll som ansvarig för diabetesvården av multisjuka patienter. Det antyds att sjukskötarens behöver stöd i denna roll för att kunna ta ansvar för vårdprocessen, samt handleda och undervisa resten av vårdpersonalen. (Annersten Gershater et al. 2011 s. 224) Jag menar att också rollen och ansvarstagande av andra vårdare är viktig speciellt pga. att det är ofta andra än sjukskötare som utför vårdhandlingarna. Helena Leino-Kilpi menar i sin avhandling "Hyvän hoitamisen arviointiperusteet" att vårdaren och hans/hennes egenskaper, samt vårdens målsättning är viktiga komponenter i god vård. God vård innefattar också bl.a. vårdarens sätt att agera gentemot patienten. Leino-Kilpi konstaterar också att förutsättningen för agerandet utgör en del av god vård. (Leino-Kilpi 1990 s. 134) Förutsättningarna för olika vårdhandlingar i vården av åldrande diabetiker på servicehus kan variera, men med detta arbete hoppas jag kunna påverka dem positivt.

9 KRITISK GRANSKNING

Jag har använt både källkritik och självkritik i detta arbete. Det betyder att jag har använt vetenskaplig forskning, som är granskad och godkänd av akademiska forskare, som källa och insett att min tidigare kunskap inom området och därmed förväntningar har styrt arbetets gång. Jacobsen konstaterar att ingen kvalitativ undersökning håller högre kvalitet än material som har samlats in och använts i undersökningen (Jacobsen

2007 s. 160). Han skriver vidare att validiteten hos data är starkt beroende av källor som man har använt (Jacobsen 2007 s. 160). Olav Dalland skriver att man skall efteråt se på sin metod med kritiska ögon för att se hur bra den fungerade och om arbetet lyckades ge svar till frågeställningarna (Dalland 2008 s. 89). Jag menar att kvalitativ litteraturstudie passade bra som metod för mitt tema och syfte, medan t.ex. enkätintervju kunde ha varit bra alternativ för att kartlägga t.ex. hur diabetesvården ser ut på servicehus, eller hurdana utmaningar vårdare upplever att de har i sitt arbete.

Resultatena som jag har fått och tyngdpunkterna som jag har valt att fokusera detta arbete på beror på mina val i litteratursökningsfasen, samt min förförståelse om vad som är viktigt. Jag menar ändå att jag har nått mitt syfte att hitta konkreta och evidensbaserade anvisningar för lyckad vård av äldre diabetiker. Därmed anser jag att mitt arbete har relevans för arbete inom äldreomsorg och är generaliserbart för att kunna användas också på andra servicehus. Jag menar med andra ord att mitt arbete har hög extern validitet. Enligt Jacobsen betyder extern validitet att ”upptäckterna från en undersökning kan generaliseras” (Jacobsen 2007 s. 166). Jag har lärt mig mycket medan jag har läst och skrivit om diabetesvård, och ju mera man lär sig, desto mera vill man veta.

10 ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Jag menar att mitt arbete är tillförlitligt för att det baserar sig på vetenskaplig forskning och hälsomyndigheternas rekommendationer. Jag skrev denna studie enligt Arcadas skrivregler och följde de forskningsetiska riktlinjerna och principerna. Det betyder att jag var noggrann med källhänvisningarna och använde mycket tid för att bearbeta och analysera den informationen som jag fick fram från litteraturen.

Enligt Olav Dalland finns det etiska utmaningar i alla faser av en undersökning. Han menar att man skall redan i början av en undersökning ställa sig frågan om vem som kommer att ha nytta av resultaten. (Dalland 2008 s. 235) I detta arbete var det klart från början att jag skulle försöka få fram information som vårdarna på Servicehuset Rudolf kan ha nytta av. Eftersom undersökningsmetoden är en litteraturstudie, behövde jag inte fundera på etiska frågor t.ex. kring informanter och deras anonymitet. Det var emellertid

viktigt för mig att reflektera över min syn på diabetesvård på servicehus, på gott och ont. Jag var därmed medveten om hur mina åsikter om vårdens olika sidor kunde påverka denna studie och dess resultat. Jag försökte annars också under hela processen reflektera över hur min förförståelse och mina värderingar kunde påverka resultaten. Bland annat därför funderade jag att det kunde ha varit bra att jobba tillsammans med någon annan för att få med en annan tolkning på resultaten. Jag menar ändå att mitt arbete uppfyller kravet på reliabilitet vad som gäller den informationen som jag lyckades samla.

Olav Dalland konstaterar att det är oftast studeranden själv som får den största nyttan av ett examensarbete. Han menar ändå att ifall det finns en uppdragsgivare för arbetet, är det skäl att studeranden presenterar sina resultat för denna organisation. (Dalland 2008 s. 236) Denna studie blir vid en senare tidpunkt presenterad för personalen på Servicehuset Rudolf. Hoppeligen upplever vårdarna att studien och dess resultat är användbara i vården av äldre diabetiker. En ödmjukare önskan är att studien har lyckats väcka tankar om hur vårdarbetet med åldrande diabetiker kan förbättras.

KÄLLOR

- Annersten Gershter, Magdalena; Pilhammar, Ewa & Alm Roijer, Carin. 2011, Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, nr 25, s. 220-226.
- Araki, Atsushi; Murotani, Yukari; Kamimiya, Fumi & Ito, Hideki. 2004, Low well-being is an independent predictor for stroke in elderly patients with diabetes mellitus. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, nr. 2, s. 205-210.
- Aro, Eliina; Huhtanen, Jaana; Ilanne-Parikka, Pirjo; Kokkonen, Leena. 2010, *Ikäihmisen diabetes – Hyvän hoidon opas*, 3 uppl., Tammerfors: Suomen Diabetesliitto ry, 74 s.
- Dalland, Olav. 2008, *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3 uppl., Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 299 s.
- Diabetes*. 2013, Käypä hoito -suositus 12.9.2013, Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 41 s.
- Diabetesliitto*. 2013, Diabeteksen Käypä hoito –suositus on päivitetty, publicerad 23.9.2013. Tillgänglig:
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/diabeteksen_kaypa_hoito_suositus_on_paivitetty.5521.news?12_o=80 Hämtad 15.3.2014
- Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. 2007, The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107–115.
- Grönfors, Sanna. 2000, *Åldringars upplevelser av lycka – En kvalitativ studie om hur åldringar på institution upplever lycka*, Kuntokallio, 45 s.

- Heiskanen-Haarala, Irma. 2011, Individuell behandling med aspirin. I: *Diabetes*, svensk bilaga i nr 2, s. 7.
- Hewitt, J.; Smeeth, L.; Chaturvedi, N.; Bulpitt, C. J. & Fletcher, A. E. 2010, Self management and patient understanding of diabetes in the older person. I: *Diabetic Medicine*, nr. 28, s. 117-122.
- Hyttinen, Hanna. 2010, Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. I: P. Voutilainen & P. Tiikkainen, red., *Gerontologinen hoitotyö*, 2. uppl., Helsingfors: WSOYpro Oy, s. 42–56.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur AB, 316 s.
- Järvinen, Virve. 2012, Bli inte liggande på soffan trots hög ålder. I: *Diabetes*, svensk bilaga i nr 9, s. 6–7.
- Kuisma, Veja & Reini, Leena. 2008, Iäkkään diabeetikon hoidonohjaus. I: T. Rintala, S. Kotisaari, S. Olli & R. Simonen, red., *Diabeetikon hoidonohjaus*, Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 137–148.
- van Kollenburg, Esther G. P.; Lavrijsen, Jan C. M.; Verhagen, Stans C.; Zuidema, Sytse U.; Schalkwijk, Annelies & Vissers, Kris C. P. 2012, Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: A retrospective chart review. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, nr. 8, s. 1418-1425.
- Lahtela, Jorma. 2008, Diabetes sairautena. I: T. Rintala, S. Kotisaari, S. Olli & R. Simonen, red., *Diabeetikon hoidonohjaus*, Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 11–25.

- Leino-Kilpi, Helena. 1990, *Hyvän hoitamisen arviointiperusteet*, Helsingfors: Valtion painatuskeskus, 161 s.
- Leino-Kilpi, Helena; Walta, Leena; Helenius, Hans; Vuorenheimo, Jaana & Välimäki, Maritta. 1995, *Hoidon laadun mittaaminen*, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 212 s.
- Luchsinger, José A.; Palmas, Walter; Teresi, Jeanne A.; Silver, Stephanie; Kong, Jian; Eimicke, Joseph P; Weinstock, Ruth S. & Shea, Steven. 2011, Improved diabetes control in the elderly delays global cognitive decline. I: *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, June nr. 15(6), s. 445-449
- Manneri, Tuija. 2013, 70+ Konditionen avgörande, inte åldern. I: *Diabetes*, svensk bilaga nr 2, s. 19-20.
- Mazza, Angela D. 2008, Insulin Resistance Syndrome and Glucose Dysregulation in the Elderly. I: J.E. Morley, red., *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia: W.B. Saunders Company, s. 437-454.
- Milligan, Frank. 2012, Diabetes medication incidents in the care home setting. I: *Nursing Standard*, vol. 26, nr. 29, s. 38-43.
- Morley, John E. 2008, Diabetes, Sarcopenia, and Frailty. I: J.E. Morley, red., *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia: W.B. Saunders Company, s. 455-469.
- Quinn, Charlene C.; Gruber-Baldini, Ann L.; Port, Cynthia L.; May, Conrad; Stuart, Bruce; Hebel, Richard; Zimmermann, Sheryl; Burton, Lynda; Zuckerman, Ilene H.; Fahlman, Cheryl & Magaziner, Jay. 2009, The role of nursing home admission and dementia status on care for diabetes mellitus. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, nr. 9, s. 1628-1633.
- Roach, M. Simone. 1987, *The Human Act of Caring*, Ottawa: Canadian Hospital Association, 163 s.

- Roach, M. Simone. 2002, *Caring, The Human Mode of Being*, 2 uppl., Ottawa: CHA Press, 166 s.
- Rönnemaa, Tapani. 2011, Diabeteksen vaikutukset elimistössä. I: P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane, red., *Diabetes*, 7. uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 393-454.
- Saraheimo, Markku. 2014, *Ikäihmisen diabeteksen hoito* [muntl.]. Föredrag 17.3.2014.
- Saraheimo, Markku & Rönnemaa, Tapani. 2011, Ikäihmisen diabetes. I: P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane, red., *Diabetes*, 7. uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 321-328.
- Sinclair, A. J.; Armes, D. G.; Randhawa, G. & Bayer, A. J. 2010, Caring for older adults with diabetes mellitus: characteristics of carers and their prime roles and responsibilities. I: *Diabetic Medicine*, nr 27, s. 1055-1059.
- Suzuki, Mari; Umegaki, Hiroyuki; Ieda, Satsuki; Mogi, Nanaka & Iguchi, Akihisa. 2006, Factors associated with cognitive impairment in elderly patients with diabetes mellitus. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.54, nr 3, s. 558-559.
- Syvänne, Mikko. 2011, Hälsan påverkas av högt blodtryck på många olika sätt, *Diabetes*, svensk bilaga i nr 2, s. 4-5.
- Thorpe, Carolyn T.; Thorpe, Joshua M.; Kind, Amy J. H.; Bartels, Christie M.; Everett, Christine M. & Smith Maureen A. 2012, Receipt of Monitoring of Diabetes Mellitus in Older Adults with Comorbid Dementia. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 60, nr. 4, s. 644-651.
- Vehmanen, Mari. 2014, Rätt kolesterolmedel genom försök och misstag. I: *Diabetes*, svensk bilaga i nr 1, s. 17.

- Vinik, Aaron I.; Strotmeyer, Elsa S.; Nakave, Abhijeet A. & Patel, Chhaya V. 2008, Diabetic Neuropathy in Older Adults. I: J.E. Morley, red., *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia: W.B. Saunders Company, s. 407–435.
- Vähäkangas, Pia. 2010, Toimintakykyä edistävä hoitotyö. I: P. Voutilainen & P. Tiikkainen, red., *Gerontologinen hoitotyö*, 2. uppl., Helsingfors: WSOYpro Oy, s. 145–170.
- Zhang, Xinzhi; Decker, Frederic H.; Luo, Huabin; Geiss, Linda S.; Pearson, William S.; Saaddine, Jinan B.; Gregg, Edward W. & Albright, Ann. 2010, Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing home residents in the United States: 1995-2004. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, nr. 4, s. 724-730.
- Östgren, Carl Johan; Sjöblom, Peter; Tengblad, Anders; Löfgren, Ulla-Britt; Rosenqvist, Ulf & Mölstedt, Sigvard. 2009, Fördel minska diabetesbehandling hos svårt multisjuka med lågt HbA1c. I: *Läkartidningen*, vol. 106, nr. 24-25, s. 1649-1651

TABELLER

TABELL 1 Materialsökning på nätet

Sökmotor/databas	Sökord	Antal träffar	Datum
Cinahl (Ebsco)	“diabetes in the elderly”	21 st.	29.11.2013
Academic Search Elite EBSCO	”diabetes” och ”older”	544 st.	29.11.2013
Cochrane Library	“diabetes mellitus”	146 st.	29.11.2013
OvidSP (Arcada Journals Ovid Nursing Collec- tions)	diab* older	39 st.	29.11.2013
SveMed+	”diabetes” och ”äldre”	109 st.	29.11.2013
PubMed	”diabetes”, ”older” och ”nursing home”	30 st.	29.11.2013
Academic Search Elite EBSCO	”diabetes”, ”older” och “quality of life”	36 st.	2.12.2013
Cinahl (Ebsco)	“diabetes” och “nursing home”	38 st.	14.4.2014

TABELL 2 Valda vetenskapliga artiklar

Cinahl (Ebsco) (2 st.)

1. **Low well-being is an independent predictor for stroke in elderly patients with diabetes mellitus** (Journal of the American Geriatrics Society, 02/2004)
2. **Factors associated with cognitive impairment in elderly patients with diabetes mellitus** (Journal of the American Geriatrics Society, 03/2006)

Academic Search Elite EBSCO (3 st.)

1. **Evaluation of the care received by older people with diabetes** (Nursing Older People, 05/2012)
2. **Self-management and patient understanding of diabetes in the older person** (Diabetic Medicine, 01/2011)
3. **Caring for older adults with diabetes mellitus: characteristics of carers and the prime roles and responsibilities** (Diabetic Medicine, 09/2010)

Cochrane Library (1 st.)

1. **Effect of the treatment of type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia** (Cochrane Library, 01/2003)

OvidSP (1 st.)

1. **Diabetes medication incidents in the care home setting** (Nursing Standard, 01/2012)

SveMed+ (1 st.)

1. **Fördel minska diabetesbehandling hos svårt multisjuka med lågt HbA1c** (Läkartidningen nr 24-25, 2009)

PubMed (1 st.)

1. **Improved diabetes control in the elderly delays global cognitive decline**
(Journal of Nutrition Health and Aging, 06/2011)

Academic Search Elite EBSCO (1 st.)

1. **Receipt of monitoring of diabetes mellitus in older adults with comorbid dementia** (Journal of the American Geriatrics Society, 04/2012)

Cinahl (Ebsco) 14.4.2014 (4 st.)

1. **Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation** (Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011; vol. 25)
2. **Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: A retrospective chart review** (Journal of the American Geriatrics Society 08/2012)
3. **Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing home residents in the United States: 1995–2004** (Journal of the American Geriatrics Society 04/2010)
4. **The role of nursing home admission and dementia status on care for diabetes mellitus** (Journal of the American Geriatrics Society 09/2009)

TABELL 3 Kategorisering av material

Kategori	Nyckelord (st.)	Artiklar
Vård och uppföljning	Diabetes control (3) Quality of care (6)	8 st.
Livskvalitet hos äldre	Improved HbA1c (2) Quality of life (5) Depression (5)	7 st.
Förebyggande av komplikationer	Cognitive function (10) Dementia (8) Cardiovascular disease (6) Stroke (6) Nephropathy (8) Retinopathy (8) Neuropathy (3) Ketoacidosis, hyperglycemia (5) Hypoglycemia (9) Dehydration (1) Poor wound healing (3)	12 st.
Hälsofrämjande åtgärder	Nutritious food (3) Managing blood glucose levels (5) Group therapy (1) Antidepressant medication (1) Exercise training (3) Treating patients as individuals (1) Understanding diabetes care (2)	5 st.