

TIO PUNKTER

FÖR EN GOD OCH SÄKER
HEMSJUKVÅRD FÖR ÄLDRE PERSONER

Hämta denna rapport som pdf på www.swenurse.se eller www.vardforbundet.se



TIO PUNKTER FÖR EN GOD OCH SÄKER HEMSJUKVÅRD FÖR ÄLDRE PERSONER

Rapporten har på uppdrag av Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening skrivits av Karin Josefsson, legitimerad sjuksköterska, medicine doktor i klinisk äldreforskning. Karin Josefsson arbetar som universitetslektor i Mälardalens högskola, som FoU/vetenskaplig handledare i FoU i Sörmland och i enheten för Social Välfärd i Regionförbundet Örebro län.

All hemsjukvård ska bedrivas utifrån ett hälsoperspektiv och de insatser som görs ska skapa sammanhang med respekt för personens integritet och autonomi – varje person ska ha rätt att själv välja och fatta beslut om sin egen vård.

HEMMET SOM VÅRDPLATS har och kommer att få en allt större betydelse. Det har skett en utveckling mot att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i hemmet. Fler personer får också hemsjukvård, som en konsekvens av politiska beslut och vårdtagarens och anhörigas egna önskemål. Med anhöriga avses utöver familjen, även de som står vårdtagaren nära. Idag finns ungefär 250 000 personer i Sverige som får någon form av hemsjukvård varav 87 procent är äldre personer. De flesta är kvinnor. Vårdtagare i hemsjukvården har ofta åldersrelaterade sjukdomar och skador, som demens, hjärtsvikt, cancer, stroke, fraktur och trycksår och därmed stora vårdbehov. Det innebär att personalen i hemsjukvård många gånger möter äldre personer som är sköra och multisjuka samt i livets slutskede.

Idag ansvarar två tredjedelar av landets kommuner för hemsjukvården. Hemsjukvård definieras, av Socialstyrelsen, som hälso- och sjukvård när den ges i hemmet. Ansvar för de medicinska åtgärderna ska vara sammanhängande över tid. De åtgärder och insatser som ges ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvården ska också skiljas från öppen vård. I korthet innebär det att hemsjukvård är den sjukvård och rehabilitering som ges i hemmet, under vilka tider som helst på dygnet.

Hemsjukvård ger äldre personer möjlighet till ökad autonomi och livskvalitet jämfört med sjukhusvård under förutsättning att den erbjuder god och säker medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering. Vården i hemmet ska skapa trygghet, ge tillgänglighet, kompetens och samordning i en god miljö. Den

avancerade sjukvården som utförs i hemmet kräver kunskap och kvalificerad kompetens för att vara säker och trygg.

Samhället står inför en stor utmaning i och med ökningen av antalet äldre personer som kommer att ske inom en snar framtid. Äldre personers hälsa står därför allt mer i fokus. Det är hög tid att utveckla hållbara strategier för att kunna möta denna utmaning. Hemsjukvården är framgångsrik då det är tydligt vad hemsjukvården för äldre personer ska uppnå. Personalen ska veta vilka behov som äldre personer och deras familjer har.

Personalen ska också kunna beskriva sina processer, från bedömning av behoven till effekt av givna åtgärder. Utvärdering av givna åtgärder ingår i personalens arbete för att kunna följa och agera utifrån de resultat som har god effekt. I arbetet ingår även att utveckla sina processer, det vill säga bedriva förbättringsarbete.

För att klara av en äldre persons olika behov i hemsjukvården krävs samarbete mellan flera yrkesgrupper. För att hemsjukvården ska vara framgångsrik behöver personalen i hemsjukvård arbeta i team och samverka över organisationsgränserna. I rapporten diskuteras tio framgångsfaktorer som Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet anser krävs för en god och säker hemsjukvård för äldre personer:

1. Trygghet
2. Hälsa, delaktighet och miljö
3. Teamsamverkan
4. Hög omvårdnadskompetens
5. Stöd till anhöriga
6. Säker läkemedelsanvändning
7. Förebygga undernäring, fall, trycksår
8. Rätt till hjälpmedel
9. Nolltolerans mot vårdskador
10. Gränsöverskridande dokumentation

1. TRYGGHET

Vården i hemmet ska ge trygghet för den äldre personen och anhöriga. Hemsjukvården ska fungera dygnet runt, året runt, alltid med tillgång till specialistutbildad sjuksköterska och läkare.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN betonar att en god hälso- och sjukvård ska tillgodose vårdtagarens behov av trygghet. Bemötandet är viktigt för att skapa trygghet för den äldre personen i sin relation till personalen. En annan vägledande princip i hälso- och sjukvårdslagen är att vården ska bedrivas med respekt för vårdtagarens självbestämmande och integritet, att vården ska vara av god kvalitet och att vårdtagare och personal så långt det är möjligt ska planera och utföra vården tillsammans. Att vara trygg är ett grundläggande behov för alla, bland annat beskrivet i en modell av den amerikanske psykologen Maslow. Det är en förklaringsmodell för hur personer prioriterar sina behov.

I korthet innebär det att behoven på en lägre nivå, som trygghet, måste vara tillfredsställda innan högre mål, som självförverkligande, blir viktiga för personen. Vårdtagare och anhöriga i hemsjukvården, ska kunna lita på att vården fungerar dygnet runt, året runt. Det är också en trygghet för många att hemsjukvård finns och att vård i livets slutskede kan ske i hemmet. Då behövs det tillgång till läkare och sjuksköterska dygnet runt, vilket alltför ofta saknas idag. Äldre personers trygghet i hemsjukvård är en politisk fråga som behöver större uppmärksamhet.

Det ska vara självklart för äldre personer och anhöriga att känna sig säkra och ohotade när vård ges i deras hem. De äldre ska själva få välja och fatta beslut om sin egen vård, till vem de vill ge sin hemnyckel och vem som ska ge hemsjukvården.

Personalens bemötande påverkar äldre personers upplevelse av deras hälsa och välbefinnande. Det är viktigt med kontinuitet i kontakten med vårdarna för att den äldre ska känna trygghet. De äldre har beskrivit sin hälsa och ohälsa genom negativa och positiva poler – trygghet kontra otrygghet. Gott och professionellt bemötande, som kräver kvalificerad kompetens, är en faktor som påverkar äldres upplevelse av trygghet. Trygghet kan förmedlas genom personalens ord och handlingar, till vårdtagare och anhöriga genom att personalen har en gemensam värdegrund. Trygghet förutsätter en god och kvalificerad omvårdnad som vilar på en värdegrund som är styrande för vilken anda som råder i teamet.

Omvårdnadsforskning har visat att äldres upplevelse av en lugn och rogivande omgivning påverkade deras upplevelse av hälsa. Omvänt förstärktes de äldres upplevelse av ohälsa, då omgivningen var störande och orolig. Tempot i vården påverkar känslan av trygghet, genom att vården känns mer eller mindre tillgänglig. Det är lättare att känna sig trygg i en hemlik miljö, vilket givetvis med lätthet kan uppnås då vården ges i hemmet jämfört med sjukhusvård. Ett exempel är vården av äldre personer med demens som ställer höga krav på omvårdnad, då sjukdomen bland annat karaktäriseras av svårigheter att via sinnena tolka och förstå omgivningen. Det leder lätt till att omgivningen upplevs splittrad och i delar. Därför blir det en extra utmaning för vårdarna att personer med demens känner sig trygga.

Oavsett vårdbehov och livssituation ska den äldre kunna lita på att få den vård som behövs, när den behövs. Förutsättningen för att känna sig trygg när den äldre är kvar i sitt hem, har sin egen säng och närheten till sina saker, anhöriga och kända närmiljö, borde vara stor. När det handlar om anhörigas trygghet, torde det viktigaste stödet för dem vara att hemsjukvården fungerar bra.

2. HÄLSA, DELAKTIGHET OCH MILJÖ

All hemsjukvård ska bedrivas med inriktning att vara funktionsstödjande, funktionshöjande och ha ett hälsofrämjande perspektiv. Bemötandet är viktigt för att skapa tillit och trygghet för den äldre personen i sin relation till personalen.

ATT ÄLDRA INNEBÄR EN NATURLIG FÖRLUST av funktionsförmågor, vilket kan leda till att äldre personer vill, men inte alltid kan. Därför kan nedsatta funktioner behöva kompenseras, genom funktionsstödjande och funktionshöjande åtgärder. Att kompensera en nedsatt funktion kan vara att se till att äldre personer har välfungerande glasögon och hörapparat eller annat som underlättar det dagliga livet. Det krävs en hög kompetens i att känna till friskt och sjukt åldrande samt hur förluster kompenseras. Olika faktorer som påverkar åldrandet, som nedsatt hörsel, nedsatt fysisk och psykisk kapacitet, bidrar till minskat självbestämmande. Vårdarna behöver kompetens för att kunna se kopplingen mellan funktion och autonomi samt vikten av att arbeta funktionsstödjande och funktionshöjande med ett hälsofrämjande perspektiv.

Inom hemsjukvården ska ett hälsofrämjande perspektiv råda. Flera forskare som definierat hälso-begreppet, menar att vid hälsa råder det balans mellan en persons handlingsförmåga och dennes mål för handling. Hälsa kan definieras som att må bra och att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att kunna förverkliga sina vitala mål. Funktionsstödjande och funktionshöjande åtgärder är starkt kopplat till äldres personers hälsa. Det krävs kvalificerad kompetens för att inse innebörden av hälsa och vad som påverkar hälsan samt att bedöma funktion, föreslå åtgärder och följa upp dessa.

Ett hälsofrämjande perspektiv i hemsjukvården kan utgå från ett salutogent förhållningssätt. Ett salutogent synsätt har fokus på friskfaktorer, det vill säga faktorer som är viktiga för en positiv utveckling och för att äldre ska må och fungera bra. Ett salutogent synsätt i hemsjukvården är att:

- förklara hälsa och vad som främjar hälsa
- identifiera och förklara skyddande faktorer och processer, som bidrar till en riktning mot hälsa
- identifiera kompetenser och resurser som bidrar till att begränsa problemutveckling och hantera problem och svårigheter som begränsar skadeverkningarna och främjar hälsa
- ställa frågor om vad det är som gör att vi överlever trots problem, svårigheter och motgångar.

Självbestämmande har sin grund i humanistiska och demokratiska värderingar. Alla har rätt att besluta i frågor som gäller sitt eget liv. För att hemsjukvården ska vara god och säker, ska den äldre personen i hemsjukvården vara delaktig, ha inflytande i sin vård, vara självbestämmande samt ha valfrihet. Det handlar om att ha kontroll över sitt eget liv. Inom hemsjukvården är det viktigt att den äldre behandlas utan tvång.

Egenmakt är förunnat den som har adekvat kunskap. Hälso- och sjukvårdslagen betonar att vårdtagaren har rätt till information om sitt hälsotillstånd och om vilka olika behandlingsmetoder som finns. Informationen ska vara anpassad till individen och om det finns flera likvärdiga behandlingsmetoder ska vårdtagarens få välja. När den äldre personen i hemsjukvården har självbestämmande, ges personen möjlighet att handla utifrån dennes värderingar. Därför är det viktigt att den äldre personen har kunskap, som den sökt själv och/eller fått genom information och undervisning. I hemsjukvården behövs således personal med god pedagogisk kompetens för att informera och utbilda vårdtagare och anhöriga, vilket är ett av målen i sjuksköterskeutbildningen.

När effektiviteten, som rutiner, prioriteras kan det innebära att äldre personers inflytande hindras. Det kan vara att äldre personer läggs i sängen mot sin vilja, för att det ska ske innan nattperso-

nalen kommer. Att ta tandborsten ifrån en äldre person som borstar sina tänder för långsamt kan på samma sätt rättfärdigas av personalen genom att hänvisa till tidsbrist. Personalens rättfärdigande av dessa situationer är logiska utifrån sociala och moraliska normer om att prioritera effektivitet och rutiner, framför den äldres inflytande. Men det är oacceptabelt då det innebär att den äldres inflytande begränsas.

Föreningen Bra Vård för Äldre (BraVå) menar att delaktighet kräver en inbjudan, som "här är jag och jag finns för dig". Inbjudan utgör en grund för att en hemsjukvård i samsyn ska uppnås. Följsamhet kan inte nås om inte samsyn först erhållits. För att den äldre ska vara delaktig krävs alltså någon form av deltagande. BraVå menar att delaktighet i vården inte bara innebär att den äldre har tillgång till information och undervisning om sitt hälsotillstånd och olika vårdinsatser. Det är lika viktigt att den äldre vet var informationen finns om de tjänster äldre har rätt till och om hur beslut som rör vården kan överklagas.

Hälsa kan ses som en relation mellan den äldre personens förmåga, mål och den miljö där målen ska uppnås. I och med det blir det viktigt att miljön är anpassad till den äldres förmåga, som bostadsanpassning där trösklar tas bort, sängen höjs och toalettförhöjning sätts in.

3. TEAMSAMVERKAN

För en god och säker hemsjukvård behövs team som samverkar över organisationsgränserna i en gemensam beslutsprocess, utan begränsningar angående hälsotillstånd eller funktionsnedsättning. Planeringen av vården sker efter bedömning av vårdbehov av teamets medlemmar. En yrkesgrupps perspektiv på vårdtagarens behov räcker inte, det behövs en ödmjuk insikt om värdet av flera perspektiv. Teamet ska formas utifrån vårdtagarens behov.

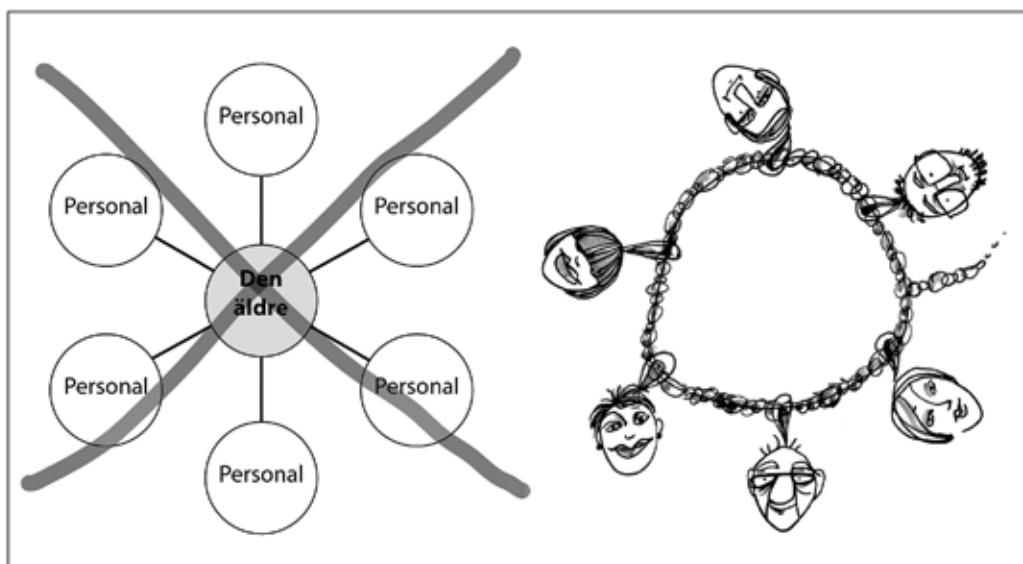
I kärnteamet bör arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast, specialistutbildad sjuksköterska och vårdpersonal ingå tillsammans med vårdtagaren och anhöriga.

EN FÖRUTSÄTTNING för en god och säker hemsjukvård för äldre personer är ett team med personal som har kvalificerad kompetens och som samverkar. Teamarbete överbryggar gränser och främjar kontinuiteten i hemsjukvården. Kontinuitet är ett villkor för en god och säker hemsjukvård som gör att behov kan upptäckas i tid, särskilt med tanke på att de äldre kan ha sammansatta och varierande behov, vara sköra, och multisyka eller i livets slutskede. Att kunna samarbeta i team med andra yrkesgrupper är en nödvändig kärnkompetens för dem som utbildas till att arbeta i hälso- och sjukvård. Alla utbildningsprogram inom vård bör innehålla teamarbete och samverkan.

För att hemsjukvård för äldre personer ska vara god och säker, ska respektive yrkesgrupps kompetens används fullt ut. Den specialistutbildade sjuksköterskan är en nyckelperson i både vården och omsorgen om den äldre. Sjuksköterskan ansvarar för att leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet. Läkaren, som bör vara specialistutbildad, ska självklart ingå teamet. Från och med år 2007 ska landstinget, enligt hälso- och sjukvårdslagen, sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarens medverkan i ordinära boende om kommunen har tagit över ansvaret för hemsjukvården. Idag finns det avtal för läkares medverkan i ordinärt boende i 49 procent av Sveriges kommuner.

Ett kärnteam kan beskrivas som ett team som bär på den kärnkompetens som behövs specifikt i hemsjukvård för äldre personer. Kärnteamet ska arbeta nära vårdtagarna och vara lättillgängligt för dem och deras anhöriga. Fler som bör ingå i kärnteamet förutom specialistsjuksköterskan är arbetsterapeut, sjukgymnast, vårdpersonal, vårdtagaren och anhöriga. Utöver kärnteamet bör team/yrkesgrupper arbeta som konsulter, som smärtteam, demensteam och dietister. Teamen ska kunna vara mobila genom att tekniska tjänster används.

Vårdtagaren är en auktoritet utifrån kunskapen om sig själv och det samma kan gälla anhöriga. Vårdtagaren och anhörigas kompetens och erfarenhet ska tas tillvara för att möta den äldres behov av hemsjukvård. Därför inkluderas vårdtagaren och anhöriga (om vårdtagaren vill) i ett väl fungerande team. Det är dags för ett paradigmskifte i synsättet på team. Med andra ord, synsättet med att vårdtagaren finns i mitten ändras till att vara "en del i länken", det vill säga "en del i teamet", se figur på sidan 7.



Figur. Team – utifrån gammalt och nytt synsätt.

Illustration: Sara Pettersson, ur boken *Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg* (Josefsson, 2009).

Teamet i hemsjukvården ska samverka över organisationsgränserna i en gemensam beslutsprocess, utan begränsningar angående hälsotillstånd eller funktionsnedsättning. Sjuksköterskan har kompetensen för att samordna allt från omsorgsbehov och omvårdnadsbehov till kontakter med specialistsjukvård. Specialistutbildade sjuksköterskor ska ha en tydligare uppgift inom hemsjukvården för att samordna insatser och stödja den äldre i vård- och omsorgskontakterna. Socialstyrelsen föreslår också att en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar införs i hemsjukvården för att tillgodose vårdtagarens behov av samordning av olika vårdinsatser. Teamet ska utöva och förbättra hemsjukvården. Personalen ska ha kompetens för att balansera mellan närhet och distans i relationen till vårdtagaren och anhöriga i hemmet.

4. HÖG OMVÅRDNADSKOMPETENS

Vårdtagare i hemsjukvården har ofta en komplex sjukdomsbild med kombinationer av flera symtom och funktionsnedsättningar och nedsatt kognitiv förmåga. Detta kräver en hög och bred omvårdnadskompetens av specialistutbildade sjuksköterskor. Tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor ska finnas för att samordna och leda omvårdnaden och identifiera behov utifrån forskning och utveckling.

EN VANLIG FÖRESTÄLLNING i Sverige är att nya generationer pensionärer är friskare än tidigare generationer. Men det stämmer inte. Tvärtom har andelen mycket sköra personer i åldern 77 år och äldre i Sverige ökat markant mellan 1992 och 2002. Hälsan och funktioner avtar märkbart från 75–80 års ålder. Nästan alla sjukdomar är åldersrelaterade och 87 procent av vårdtagarna i hemsjukvård är äldre. Därför har vårdtagare i hemsjukvården åldersrelaterade sjukdomar och skador som demens, hjärtsvikt, cancer, stroke, fraktur och trycksår. Andra vanliga diagnoser är kronisk hjärtsvikt, diabetes mellitus och efter kirurgiska ingrepp som by-pass, höftfraktur och grå starr.

Av dem som dör årligen i Sverige är ungefär 60 procent äldre än 80 år. Att många personer uppnår en hög ålder innebär även en ökad risk för multisjuklighet. Dessa behov visar på de komplexa och omfattande kompetenskrav i hemsjukvården, som kräver specialistkompetens i omvårdnad. Det behövs tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor dygnet runt. Men idag är det alltför ofta för få sjuksköterskor, en sjuksköterska kan ansvara för upp till 400 vårdtagare.

Personalen förväntas att utföra god hemsjukvård till en oerhört blandad grupp vårdtagare, utan begränsningar för sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning. Därför behöver sjuksköterskor fördjupa sig inom olika områden, som till exempel vård av personer med demens, diabetes, inkontinens, smärta och vård i livets slutskede. Personalens kompetens är den enskilt viktigaste faktorn för kvaliteten, säkerheten och tryggheten i hemsjukvården för äldre. Det är därför högst otillfredsställande att alltför många sjuksköterskor i kommunens äldrevård saknar specialistkompetens och att många av omvårdnadspersonalen inte har formell kompetens. När vårdpersonalen inte har tillräcklig utbildning bör sjuksköterskan använda sin pedagogiska funktion för att höja omvårdnadskompetens genom att informera, handleda och undervisa.

Sjuksköterskans omvårdnadskompetens präglas av ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. En sjuksköterska som är expert utmärks just genom sin helhetssyn, den höga förmågan att oberoende av regler prioritera och agera. Denna kompetens behövs i hemsjukvården. En god omvårdnad förutsätter att personalens kunskaper tas tillvara fullt ut och att organisationen stödjer arbetet så att vårdskador och arbetsskador undviks.

Sjuksköterskan har en legitimation utfärdad av Socialstyrelsen. Legitimationen ger sjuksköterskan auktoritet att ansvara för omvårdnad. I sjuksköterskans arbete ingår att utföra omvårdnad, att kunna bedöma och besluta när en åtgärd är relevant. Det ingår också i sjuksköterskans arbete att ansvara för att leda och samordna patientnära omvårdnad. Därför har sjuksköterskan en nyckelroll i hemsjukvården för att den äldre ska kunna få tillgång till hög omvårdnadskompetens.

Den svenska omvårdnadsforskningen har under flera år producerat kunskap om äldre personers behov, som hälsa, kroppsnära omvårdnad, sårvård, sömn, trycksårsprefylax, törst och ätande. Sjuksköterskan arbetar kunskapsbaserat genom att förebygga, trösta, stödja, lindra, åtgärda och behandla. Det är en självklart att aktuell omvårdnadsforskning och omvårdnadsutveckling ska implementeras i hemsjukvården. Fler specialistutbildade sjuksköterskor behöver anställas i hemsjukvården, annars finns det risk för att kraven på god hemsjukvård inte kan upprätthållas och att patient-säkerheten äventyras.

När sjuksköterskor är för få hinner de inte vara nära den äldre och delta i omvårdnaden. Det leder till att sjuksköterskor ofta arbetar som konsult, långt ifrån den äldre. Det försämrar kvalitet och

riskerar säkerheten i vården, särskilt då många i personalen saknar formell kompetens. När sjuksköterskan arbetar som konsult är den äldre personen den största förloraren. Den äldre får inte tillgång till sjuksköterskans omvårdnadskompetens och den uppövade kliniska blicken för att observera och bedöma komplexa behov av omvårdnad, habilitering och rehabilitering.

Det saknas ännu nationella kriterier för kompetenskrav i äldrevård. Däremot finns kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre. BraVå® – Bra vård för äldre, beskriver vad som kännetecknar god vård och omsorg för äldre. Dokumentet vänder sig till alla som har ett intresse av äldres vård och omsorg, särskilt till en enskild äldre, samt dennes anhöriga, beslutsfattare och vårdpersonal.

5. STÖD TILL ANHÖRIGA

Anhöriga är en given resurs i hemsjukvårdsteamet och ska få stöd i sin situation tidigt, så att de kan känna sig trygga och delaktiga i vården. De ska ha en fast vårdkontakt i teamet samt tillgång till informations- och kommunikationsverktyg, för bland annat distanskonsultation och relevanta nätverk.

NÄSTAN VAR FJÄRDE PERSON i Sverige som är över 55 år hjälper äldre, sjuka eller personer med funktionsnedsättning i eller utanför sitt hem. Det är 650 000 personer. Den äldres behov känner anhöriga bäst till och de är oftast experter på deras behov. Anhöriga har erfarenheter såväl av snabba förändringar av den äldres livssituation som av själva vårdkedjan, där ansvaret för olika insatser fördelas och förflyttas mellan olika sjukvårdshuvudmän. De kan ge viktig information till personalen och är en viktig källa till kunskap om den äldres livshistoria. Anhöriga är självklara partners och resurser i hemsjukvården. En del anhöriga blir partners till personalen, en del är experter med stor kunskap medan andra har inte behov av personalen, vilket både kan vara en tillgång och en utmaning för personalen.

Enligt socialtjänstlagen ska anhöriga erbjudas stöd. Den förebyggande ansatsen ska vara utgångspunkten när det gäller stödet till anhöriga som vårdar, hjälper eller stödjer en närstående. All personal ska ha ett anhörigperspektiv och uppmärksamma anhörigas situation och behov av stöd i ett tidigt skede. Om de anhöriga inte orkar med sin situation, torde hälso- och sjukvården i Sverige stå inför ett sammanbrott. Det ingår i personalens arbete att bemöta och möta anhöriga väl och erbjuda dem stöd så att de ska känna sig trygga och klara av sin situation. Anhöriga ska därmed genom stöd få en förbättrad livssituation och minskad risk att drabbas av ohälsa.

Anhöriga har sociala, praktiska och medicinska behov. En god och säker hemsjukvård utmärks av att personalen är medveten om risken att anhöriga upplever små möjligheter att agera när den äldre människan får vård. Personalen behöver arbeta aktivt för att anhöriga ska få goda möjligheter att vara delaktiga i, och ha inflytande över, sin och den äldre vårdtagarens situation. För att kunna ge det bästa stödet måste personalen samarbeta med anhöriga. Anhöriga vet bäst hur de har det och vilket stöd de behöver. Men det betyder inte att det är oviktigt att personalen ger råd till anhöriga för att minska eventuell stress och oro. Vilken typ av stöd som behövs är individuellt. Beteende och ADL-förmåga hos den äldre är av betydelse vid bedömning och utformning av anhörigstöd.

Det är viktigt att till exempel ta hänsyn till den anhörigas kön, ekonomi, egna hälsa och hjälpbehov. Den anhörigas sociala nätverk och sociala samvaro är också av betydelse. Stöd till anhöriga måste kunna anpassas till hur behov av stöd till anhörig förändras.

Anhöriga ska informeras om det stöd som finns och hur de ska göra för att de ska få hjälp och stöd. Det behövs ett varierat utbud av stöd till anhöriga, allt från att personalen förhör sig om hur de anhöriga mår till att medverka till att de kan få kontinuerliga avlösningssatser under en längre tid. Ett första steg kan vara att hjälpa anhöriga att bli medvetna om sin situation, vad den innebär för dem, deras levnadsförhållande och vilka behov av hjälp och stöd som de kan behöva.

Vissa anhöriga behöver främst hjälp med insatser till den närstående för att orka med vardagen, eller för att få tid för sig själv eller att umgås med andra. För andra anhöriga kan det handla om att få information och kunskap för att känna sig trygga i att hjälpa den närstående. Många anhöriga vill få stöd genom att prata om sin situation, enskilt eller i grupp. Stöd kan även handla om att anhöriga får möjlighet till något som bryter vardagsmönstret, som ger vila, stimulans och omväxling.

Informationen och råd ska vara kunskapsbaserade. Ett nationellt anhörigcentrum har inrättats i Kalmar. Centrat är en samarbetsresurs för att utveckla framtidens anhörigstöd. På deras hemsida ges information om anhörigstöd (www.anhorig.se).

6. SÄKER LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Tillgång till fler sjuksköterskor är nödvändigt för korrekt läkemedelsbehandling och hantering, liksom dokumentation, kontinuitet och samverkan. Vid delegering ställs specifika yrkeskrav på sjuksköterskan att utbilda, instruera och handleda personalen. När delegering sker ska reell möjlighet finnas att regelbundet följa upp den givna delegeringen, och därmed kontrollera att uppgiften utförts på ett säkert sätt.

EN VIKTIG DEL AV HEMSJUKVÅRDEN för äldre personer handlar om att tillgodose deras behov av läkemedelsbehandling. Läkemedelsförbrukning ökar med stigande ålder. Äldre kan ha dålig syn och hörsel som kan leda till att det är svårt att ta till sig all information om intag och om de olika medicinernas verkan, med felaktig läkemedelsanvändning som följd. Åldersförändringar påverkar både läkemedlets omsättning, det vill säga hur de tas upp, fördelas, bryts ner och utsöndras, och deras effekt på kroppen. Det kan leda till att läkemedelseffekten blir starkare (toxicitet), svagare, uteblir eller blir av annat slag än den avsedda (biverkning).

Vanliga läkemedelsproblem hos äldre personer är oklar indikation, olämpliga läkemedel, olämplig beredningsform, bristande dosanpassning, riskfyllda läkemedelskombinationer, interaktioner mellan läkemedel och sjukdom, underbehandling, bristande följsamhet och bristande uppföljning.

Vanliga läkemedelsbiverkningar är hjärtsvikt, blodtrycksfall, njurpåverkan, blödningar, magblödning, förvirring, yrsel och fallskador. Det behövs fler specialistutbildade sjuksköterskor i hemsjukvård för att uppnå att rätt läkemedel används och att behandlingen följs upp och omprövas regelbundet.

Två tredjedelar av äldre personer inom hemsjukvården förskrivs läkemedel som kan ge upphov till förvirring, och användningen av läkemedel som bör undvikas, har ökat. Dubbelanvändning och ordination av tre eller fler olika psykofarmaka har samtidigt ökat. Det är inte ovanligt att det blir läkemedelsfel när äldre personer byter läkare och vårdform. Forskning har visat att äldre personer som flyttats mellan sjukhus och kommunens hemsjukvård eller sjukhem i genomsnitt hade mer än tio mediciner var. Varje gång den äldre bytte vårdform uppstod två läkemedelsfel. Den äldre fick fel läkemedel eller rätt läkemedel i fel doser, eller fick inget läkemedel alls.

Att äldre patienter får olämpliga läkemedel, som bensodiazepiner är ett annat problem. Det finns rapporter som talar för att 15–22 procent av inläggningar på medicinkliniker beror på läkemedelsbiverkningar, som dessutom är den fjärde till sjätte vanligaste dödsorsaken.

Personalen ska känna till att god omvårdnad kan ersätta eller komplettera medicinsk behandling i form av läkemedel. Däremot kan läkemedelsbehandling aldrig ersätta god omvårdnad. Sjuksköterskor med utbildning i förskrivningsrätt kan förskriva läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2001:16. Vilka läkemedel som får förskrivas och på vilka indikationer framgår av bilagan till SOSFS 2007:15. För att denna kunskap ska komma de äldre till nytta och användas fullt ut måste kunskapen kopplas till sjuksköterskan som har kunskapen och inte som idag till den tjänst som sjuksköterskan har.

Läkemedel ska ordningsställas och administreras av sjuksköterska. Läkemedelsadministreringen bör endast ske efter delegering från sjuksköterska. Vid delegering läggs ett stort ansvar på sjuksköterskan att lita på personalens bedömningar. Det här ansvaret kan vara svårt och stressande för sjuksköterskan, särskilt om personalen inte har adekvat utbildning. Risken är stor för läkemedelsfel. Antalet delegeringar per sjuksköterska är ofta så omfattande att det strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift, vilket är oacceptabelt. Ändå är det vanligt att sjuksköterskan delegerar att ge läkemedel, då antalet sjuksköterskor är för få. Utan delegeringar skulle det idag inte finnas tid till alla uppgifter som sjuksköterskan ska utföra i hemsjukvården.

Delegeringen av hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras av Socialstyrelsen. Det ställs specifika yrkeskrav vid delegering i hemsjukvård. Sjuksköterskan ska ha möjlighet att regelbundet följa upp

den givna delegeringen och därmed kontrollera att uppgiften utförs på ett säkert sätt. Vid delegering ska också sjuksköterskan få utrymme att utbilda, instruera och handleda personalen. När delegering sker ska också reell möjlighet finnas att regelbundet följa upp den givna delegeringen, och därmed kontrollera att uppgiften utförts på ett säkert sätt. Delegering handlar både om att en enskild personal tar eget ansvar och att arbetsgivaren skapar utrymme för att personalen kan följa de föreskrifter och den regleringen som gäller.

För en säker läkemedelshantering behövs läkare och specialistutbildade sjuksköterskor dygnet runt. När sjuksköterska saknas läggs ett stort ansvar att göra medicinska bedömningar på omvårdnadspersonalen. Den äldre personen ska vara delaktig i sin läkemedelsbehandling och ta eller få rätt läkemedel och rätt dos i rätt tid. Riktlinjer för läkemedelshantering ska upprättas och följas, så att till exempel aktuell läkemedelsbehandling överensstämmer med ordination.

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras regelbundet där den äldre är delaktig. Men Socialstyrelsen poängterar att trots ökad omfattning av läkemedelsgenomgångar har det överlag inte skett någon märkbar förbättring. Därför föreslås att läkemedelsgenomgångar genomförs på ett annat sätt. Det är inte tillräckligt att genomgångarna görs, utan det viktigaste är hur de görs.

För en säker läkemedelshantering behöver personalen också goda kunskaper om läkemedels effekter hos äldre, vilket bör erbjudas av lärosäten och arbetsgivaren. För att undvika läkemedelsfel behövs en god samverkan mellan olika vårdformer och en gränslös dokumentation.

7. FÖREBYGGA UNDERNÄRING, FALL, TRYCKSÅR

Det förebyggande arbetet är nödvändigt i hemsjukvården. Undernäring, fall och trycksår är områden som utgör risker för äldre personer. Riktlinjer och hög kunskap behövs för att anpassa vården och vårdmiljön, för att undvika undernäring, fall och trycksår. Personalen ska arbeta systematiskt och samtliga äldre personer bör riskbedömas. Betydelsen av ätande, närande och god mat och dryck samt måltidsmiljön ska tas på allvar.

ATT IDENTIFIERA OCH FÖREBYGGA fall, undernäring och trycksår bland äldre personer är nödvändigt. Det blir lätt dominoeffekter, en undernärd äldre person har lättare att falla, att få höftfraktur och löper större risk att utveckla trycksår. Personalen behöver ha kvalificerad kompetens och arbeta i team, för att klara av det riskförebyggande arbetet som behövs för en god och säker hemsjukvård.

Undernäring är ett tillstånd som uppkommit av ett för litet, för stort eller obalanserat intag av energi, protein eller andra näringsämnen med en ökad risk för sjuklighet. Kroppens försvarsförmåga minskar vid undernäring, risken för trycksår ökar, muskelmassan minskar vilket leder till en nedsatt funktionell förmåga. Det leder till minskat välbefinnande, ökad vårdtyngd och förlängd vårdtid.

Många äldre personer riskerar att utveckla undernäring. Forskning visade att en tredjedel av äldre personer var undernärda när de flyttade in i kommunens äldreboende. Äldre personer med försämrad hälsa, bör uppmärksammas när det gäller mat och näringsintag. De kan ha nedsatt förmåga att planera, handla och laga mat. Vid nedsatt minne, kan det vara svårt att minnas vilken mat som finns hemma och hur länge den stått i kylen. Matlådor levererade till hemmet kan vara svårt då den äldre personen kan glömma bort att äta.

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för hälsa. Kost ska ses som en del av omvårdnad och av medicinsk behandling. Betydelsen av att äta närande och god mat och dryck i en god måltidsmiljö måste tas på allvar. Maten bör vara en glädjekälla. Äldre personer har rätt till en bedömning av deras näringstillstånd och att få en anpassad behandling efter sina förutsättningar att tillgodogöra sig mat och dryck.

Fall är den främsta orsaken till olyckor hos äldre personer. Det är oftast kvinnor som drabbas. I snitt dör tre äldre personer dagligen till följd av fallolyckor. Det är mer än dubbelt så många som dör i trafiken. Fem gånger fler hamnar på sjukhus efter fallolyckor än efter olyckor i trafiken. Fallolyckor bland äldre personer kostar samhället 14 miljarder, då en försämrad livskvalitet också räknas in.

Äldre personer faller oftast genom att halka, snubbla eller snava på plant underlag. Ofta är det till synes triviala saker som olyckligt utformade och placerade möbler, trösklar, mattkanter och hala golv som orsakar fallet. Själva kroppsskadan orsakas oftast av hårda golv och annat underlag. Fall leder ofta till höftfraktur, den tredje största diagnosgruppen bland äldre personer som orsakar flest vårdtyngd. En höftfraktur ger upphov till akut lidande. Hälften av dem som överlever en höftfraktur återfår aldrig normal funktionsnivå. Var fjärde tvingas flytta till en annan boendeform. En höftfraktur innebär en merkostnad för landsting och kommuner på 150 000–200 000 kr under första året.

Fall som inte leder till kroppsskador kan leda till begränsad aktivitet. Det är lätt att bli otrygg och rädd vid fall, vilket kan leda till dåligt självförtroende, inaktivitet, depression, ökat hjälpberoende och social isolering.

Trycksår definieras som en lokaliserad skada av huden och underliggande vävnad orsakad av tryck, skjuv, friktion, fukt eller en kombination av dessa faktorer. Trycksador uppkommer där ben ligger nära hud, vanligtvis över rygglut, hälar, skulderblad, bakhuvud och sittbensknölar. Trycksår kan utvecklas mycket snabbt och orsaka smärta, ångslan, orenhet, lidande, vårdberoende och nedsatt livskvalitet. Ett trycksår medför längre vårdtider och ökade vårdkostnader. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt.

Äldre personer löper stor risk att få trycksår, särskilt om de är sängliggande, rullstolsburna, sitter

i stol under stor del av dagen, är uttorkade, undernärda, inkontinenta, har förhöjd kroppstemperatur, fuktig hud, nedsatt känsel, nedsatt cirkulation i underben/fötter, haft trycksår eller genomgått en operation som tagit lång tid. Trycksår kan uppkomma av andra orsaker och den gemensamma faktorn är att huden inom ett visst område har utsatts för ett sådant tryck att blodtillförseln blivit störd. Personer i livets slutskede får ofta trycksår då blodcirkulationen i huden minskar och styrs till centrala organ i kroppen.

Äldre vårdtagare i hemsjukvård ska kunna lita på att personalen har kompetens i att identifiera risk för och förebygga undernäring, fall och trycksår. Ett viktigt led i förebyggande arbete är att fortlöpande bedöma den äldres näringstillstånd och risk för fall och trycksår. Bedömning och beslut om förebyggande åtgärder ska ske tillsammans med den äldre personen och anhöriga. Bedömning ska ske vid första mötet med den äldre personen, fortlöpande och i samband med försämrat hälsotillstånd.

Nationella och internationella riktlinjer måste tillämpas och följas i det förebyggande arbetet i hemsjukvården. Riktlinjer ska ange hur rutiner ska tillämpas. I förebyggande arbetssätt ingår systematik, struktur och synliggörande av resultat. Alla äldre personer i hemsjukvården bör riskbedömas, genom klinisk bedömning och evidensbaserade instrument. Personalen behöver utbildning och träning i att använda bedömningsinstrumenten.

Alla som löper risk att bli undernärda, falla och få trycksår bör få personligt anpassad förebyggande vård. Teamet och samverkan över gränser är ovärderlig. Sjuksköterskan har det övergripande ansvaret för den äldres omvårdnad och bedömer omvårdnadsbehov utifrån identifierad risk. En översyn av riskfaktorer i hemmet bör göras av arbetsterapeut med påföljande förebyggande åtgärder. Träning av muskelstyrka, balans och gångförmåga föreskrivs av sjukgymnast eller av personal som handleds av sjukgymnast. Bedömningarna ligger till grund för fortsatt vårdplanering där en gränsöverskridande dokumentation är avgörande. Dokumentation av riskbedömningar behöver förbättras och systematiseras.

8. RÄTT TILL HJÄLPMEDEL

Vårdtagaren och anhöriga ska ha rätt till hjälpmedel och rätt kompetens, på lika villkor i hela landet.

FUNKTIONSFÖRMÅGOR FÖRLORAS NATURLIGT i åldrandet, som nedsatt rörlighet, syn, hörsel och kognitiv förmåga. Vid riktigt hög ålder kan det ofta finnas flera funktionsnedsättningar samtidigt. Det kan leda till att äldre personer har viljan, men inte förmågan. Mot den bakgrunden är det inte förvånande att ungefär 70 procent av dem som använder hjälpmedel är äldre.

Idag finns det en ökad medvetenhet om rehabiliteringens betydelse, inklusive bostadsanpassning och hjälpmedel. Det kan ses som en rörelse från ett mer passiviserande förhållningssätt till ett aktiverande och stödjande rehabiliteringsarbete. Äldre personer ska ges möjlighet att leva ett aktivt, självständigt och tryggt liv. Att ha förmågan är starkt kopplat till äldre personers hälsa och självbestämmande, samt för ett aktivt, självständigt och tryggt liv. Att ha förmågan trots funktionsnedsättningar förutsätter tillgång till hjälpmedel. Tekniska hjälpmedel och bostadsanpassning kan öka förmågan att utföra dagliga aktiviteter och öka upplevelsen av självständighet. Fysiska och psykiska belastningar kan minska, liksom hjälpbehovet och avlasta anhöriga. De äldre kan också känna sig tryggare och lättare utföra dagliga aktiviteter. Om den som bedömts vara i behov av hjälpmedel ges möjlighet att vara delaktig, genom att själv välja vilket hjälpmedel som önskas, ökar dess välbefinnande. Idag pågår en försöksverksamhet om fritt val av hjälpmedel, där en rekvisition delas ut, så att den som behöver hjälpmedel själv kan köpa det som önskas.

Landstingen och kommunerna är skyldiga, enligt hälso- och sjukvårdslagen, att erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Fördelningen av ansvaret varierar i landet. Det är många olika aktörer inblandade, exempelvis medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), syncentral och vårdcentral. Därför är det särskilt viktigt att det finns system och samverkan så att den äldre och anhöriga får rätt hjälpmedel och möter rätt kompetens. Och villkoren ska vara lika i hela landet. Hjälpmedlen ska vara lika lättillgängliga för alla och individuellt anpassade. Den äldre och anhöriga bör få hjälp att lära sig använda hjälpmedlet. För att traditionellt trygghetslarm ska vara effektivt krävs att användaren har förmåga att klara av det själv. Äldre med demenssjukdom ska få tekniska hjälpmedel tidigt i sjukdomsprocessen. Vid förskrivning av hjälpmedel till en äldre person måste hänsyn tas till funktionsnedsättning, miljön, uppgiftens krav och hjälpmedlets utformning.

Hjälpmedel är en del av hemsjukvården och kan inte frikopplas från andra vård- och behandlingsinsatser. Hjälpmedel kan delas in i de som behövs för att kunna klara av dagliga livet och de som kopplas till en vårdinsats eller behandling. Det finns många hjälpmedel som gör det lättare för äldre personer och för anhöriga, som glasögon, robot, rullator, teknikstöd och bredband. Det som är bra för den äldre, underlättar oftast också för anhöriga. En orsak till att äldre personer flyttar till särskilda boenden är att anhöriga inte orkar längre.

En av förutsättningarna för att vårdtagaren med funktionsnedsättning ska kunna delta självständigt i samhällslivet och bestämma över sin dag, är att hemsjukvården består av personal med kvalificerad kompetens. De ska veta vad som är friskt och sjukt åldrande och hur funktionsnedsättningar kompenseras. Det krävs hög kompetens för att se sambanden mellan att ha förmågan och aktivt liv, hälsa, självbestämmande och trygghet. Även för att bedöma behov av insatser, prova ut, anpassa, välja hjälpmedel, initiera specialanpassning, handleda, träna och informera samt följa upp och utvärdera funktion och nytta krävs personal med kvalificerad kompetens. Teamet har en viktig roll.

En annan förutsättning för att äldre personer med funktionsnedsättning ska kunna delta självständigt i samhällslivet och bestämma över sin dag, är tillgång till en hjälpmedelsverksamhet som har tillgång till ett ändamålsenligt sortiment.

9. NOLLTOLERANS MOT VÅRDSKADOR

Hemsjukvården måste präglas av hög säkerhet och kvalitet – alltid använda bästa metod, undersöka risker och vidta åtgärder för att förebygga – aldrig skada och följa effekten av insatta resurser både på individ- och på systemnivå.

VÅRDEN HAR EN HÖG RISKNIVÅ och en av grundprinciperna är att ingen ska komma till skada. Ändå drabbas ungefär 100 000 vårdtagare per år av vårdskador i Sverige och för ungefär 3 000 av dem kan vårdskadan ha varit en bidragande dödsorsak. Allt fler äldre får avancerad vård och behandling i hemmet. Av den orsaken måste hemsjukvården ha väl utvecklade system och rutiner så att vårdtagare inte utsätts för skador. Det är väl dokumenterat att bristande omvårdnads- och medicinska resurser samt brister i kompetens innebär risker för en god och säker vård av äldre personer. En god omvårdnad förutsätter att personalens kunskaper tas tillvara fullt ut och att organisationen stödjer arbetet så att vårdskador och arbetsskador undviks.

En hemsjukvård med hög säkerhet utmärks av teamsamverkan, hög omvårdnadskompetens, säker läkemedelsanvändning, förebygger risker, säkra och individanpassade hjälpmedel samt gränsöverskridande dokumentation. Vårdarbetet ska kunskapsbaseras och arbetet med ständiga förbättringar och kvalitetsutveckling ska fortlöpande pågå. För att säkerställa att ny kunskap och bättre metoder kommer vårdtagare till godo i största möjliga utsträckning behövs förbättringskunskap. I säkerhetsarbetet ska vårdskador förebyggas med hjälp av risk- och händelseanalyser. Patientsäkerhetsarbete, förbättringsarbete och kvalitetsutveckling är områden som är nödvändiga kärnkompetenser för dem som utbildas till att arbeta i hälso- och sjukvård. Därför ska dessa områden ingå i vårdutbildningar.

Det går inte att blunda för att det förekommer fysiskt och verbalt våld i vård för äldre personer. Den som utövar våld kan vara vårdtagaren, anhörig eller personal. Våld i vården rimmar illa med en god vårdkvalitet och ett gott beteende. Våld kan därför vara tabubelagt. Personalen kan även ha problem med att identifiera våldet. Det finns därför en risk för att allt våld inte rapporteras. Våld ska tas på allvar och får aldrig accepteras i hemsjukvården. Arbetsgivaren ska erbjuda personalutbildning i att skapa förebyggande rutiner och i att hantera våld.

Socialstyrelsen ger information, verktyg och metoder för arbetet med patientsäkerhet. Det behövs system och rutiner på arbetsplatsen för att personalen ska hålla sig uppdaterad om Socialstyrelsens författningar.

10. GRÄNSÖVERSKRIDANDE DOKUMENTATION

Dokumentationen ska följa vårdtagaren över organisationsgränser och vårdformer, oavsett regelverk. Lagstiftningen måste främja samarbetet mellan kommun och landsting. Dokumentationssystem måste vara tillgängligt för den personal som deltar i hemsjukvården så att insatta åtgärder kan följas upp och nödvändiga förbättringar kan göras i vården. Vårdtagaren och anhöriga dokumenterar vården i vårdtagarens vårdbok.

MÅNGA ÄLDRE PERSONER i hemsjukvården är sköra och multisjuka eller i livets slutskede. De har ofta komplexa behov, vilket kräver en kontinuitet för att upptäcka behov och förändrade behov i god tid. En väl fungerande dokumentation, tillgänglig för den personal som ingår i vården, är nödvändigt.

Under 1990-talet genomfördes huvudmannaskapsreformer inom vård- och omsorgsområdet, för att skapa ett tydligare ansvar för personer med långvariga och sammansatta behov av vård och omsorg. Reformerna innebar emellertid också att ett tidigare sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvård delades och fick till följd att lyda under två lagar, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Detta ställer krav på samordning och samverkan mellan de båda huvudmännen. De förväntade samordningsvinsterna har inte uppnåtts fullt ut. Orsakerna är dels rådande lagstiftning, dels att det fortfarande finns parallella organisationer, särskilt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. Det är allvarligt att vården och omsorgen om äldre personer alltför ofta har samverkansproblem mellan vårdgivare och vårdnivåer. Denna tudelning gör att äldre personer i behov av vård och omsorg och anhöriga lätt hamnar "mellan stolarna".

Ofta är många vårdgivare och utförare engagerade i samma vårdtagare. Det medför att det finns olika journaler. Det förekommer att dokumentation inte finns tillgängliga för personalen som är delaktig i den äldres vård. I slutänden drabbar det den äldres och anhörigas välmående. Även säkerheten riskeras när dokumentationen inte fungerar väl.

Till följd av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel krävs en förbättrad samverkan och gränsöverskridande dokumentation. Dokumentationen måste följa vårdtagaren över organisationsgränser och vårdformer. Dokumentationssystemen ska vara tillgängliga för den personal som deltar i hemsjukvården så att insatta åtgärder kan följas upp och förbättringar genomföras. Rutiner måste skapas för hur personalen dygnet runt ska komma åt innehållet i journaler. Det är speciellt viktigt när flera olika vårdgivare och utförare är involverade under olika tider på dygnet och ännu inte har kommunicerande journalsystem.

En god och säker hemsjukvård förutsätter en samlad dokumentation, som är tillgänglig för all personal utifrån vårdtagarens behov. Det är inte rimligt att uppgifter dubbelförs i flera olika journaler eller formulär. Det förekommer fortfarande att olika yrkesgrupper gör separata anteckningar om samma vårdtagare vilket äventyrar patientsäkerheten.

Dokumentationen av omvårdnad behöver också förbättras och systematiseras, då den är viktig för vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Utvecklingen underlättas avsevärt, om en sjuksköterska får ett särskilt ansvar för dokumentationen. Den äldre personen i hemsjukvården ska själv ha tillgång till den egna dokumentationen.

Dokumentationen bör följa vårdtagaren, inte vårdgivare och utförare av vården. Därför föreslår Vårdförbundet i den vårdpolitiska idén att alla vårdtagare får en egen sammanhållen vårddokumentation som kallas *Min Vårdbok*. *Min Vårdbok* ska nås av alla behöriga vårdgivare för relevant information i rätt tid på rätt plats, efter medgivande av vårdtagaren.

LITTERATURTIPS

Batalden, P. & Stoltz, P. (1993). *A framework for Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement knowledge to Test Changes in Daily Work*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 19 (10), 424–452.

Boman, I-L. Nygård, L. & Borell, L. (2007). *Tekniska hjälpmedel och bostadsanpassning. För äldre med funktionsnedsättning i ordinärt boende – en kunskapsöversikt*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.hi.se

BraVå, (2010) *Bra vård för äldre. Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.bravard.nu

Bååth, C. (2008). *Vara steget före: Bedömning av patienters smärta, näringsstillstånd och hudkostym*. Doktorsavhandling, Karlstad universitet, Karlstad.

Drevenhorn, E (red.) (2010). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

From, I. (2007). *Experiences of health and care when being old and dependent on community care*. Licavhandling, Avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet, Karlstad.

Gyllensvärd, H. (2009). *Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

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

James, I. (2010). *Bakom rutinerna: kunskap och omvårdnadspraxis i mänskliga gränssituationer*. Doktorsavhandling, Hälsoakademin, Örebro universitet, Örebro.

Josefsson, K. (2006). *Municipal elderly care: Implications of registered nurses' work situation, education, and competence*. Doktorsavhandling, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm.

Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg*. Stockholm: Gothia förlag.

Lundin-Olsson, L. & Rosendahl, E. (2008). *Att förebygga fallolyckor bland äldre personer*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.vardalinstitutet.net

Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review 50, 370-396.

Nationellt Kompetenscentrum. (2010). *Anhöriga*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.anhoriga.se

Senior alert. (2010). *Om Senior alert*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.ucr.uu.se/senioralert

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg*. Prevention och behandling. Rapport 11. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2005). *Anhörigas röster. Om att se, förstå och stödja anhöriga till äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Vilka förutsättningar finns det att bedriva en hemsjukvård med god kvalitet?* Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2009). *Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 30 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdregionen*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2010). *Patientsäkerhet*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.socialstyrelsen.se

SOSFS 1997:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för att utveckla vården*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Omvårdnad för äldre. Rapport från Hearing år 2009*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.swenurse.se eller www.vardforbundet.se

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009). *Läkemedel för äldre behöver särskild uppmärksamhet*. Tillgänglig 15 maj, 2009, från www.skil.se.

Vårdförbundet. (2010). *Det här vill Vårdförbundet*. Tillgänglig 25 augusti, 2010, från www.vardforbundet.se

TIO PUNKTER FÖR EN GOD OCH SÄKER HEMSJUKVÅRD FÖR ÄLDRE PERSONER



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



Vårdförbundet
Box 3260
103 65 Stockholm
Tfn 08-14 77 00
www.vardforbundet.se