

Behöver Alma skickas till akutmottagningen?

En kartläggning av de mest sjuka äldre med kognitiv svikt som skickas till akutmottagningen från särskilda boenden

FÖRFATTARE	Maria Björck
KURS	Examensarbete för master i Omvårdnad
	30 högskolepoäng
	Fristående kurs
	Oktober 2014
OMFATTNING	30 högskolepoäng
HANDLEDARE	Helle Wijk
EXAMINATOR	Karin Ringsberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Behöver Alma skickas till akutmottagningen? En kartläggning av de mest sjuka äldre med kognitiv svikt som skickas från särskilda boenden till akutmottagningen.
Titel (engelsk):	Is it necessary to refer Alma to the emergency department? A survey of the most ill elderly with cognitive impairment who are referred to the emergency department from nursing homes.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurs, kurskod:	Examensarbete för master i omvårdnad 30 högskolepoäng, Kurskod OM5150 / Fristående kurs
Arbetets omfattning:	30 högskolepoäng
Sidantal:	72 sidor
Författare:	Maria Björck
Handledare:	Helle Wijk
Examinerande lärare:	Karin Ringsberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Många äldre patienter från särskilda boenden som skickas till sjukhus borde kunna få vård vid en annan vårdnivå. Patienter med kognitiv svikt har svårt att medverka i beslut om vård och behandling och det finns risk att dessa patienter utvecklar konfusion, drabbas av komplikationer och ökat lidande i främmande sjukhusmiljöer. Med stöd av forskning och erfarenhet från klinisk verksamhet kan det ifrågasättas om vård på sjukhus alltid medför förbättrat hälsostatus och ökad livskvalitet för äldre, sjuka och sköra patienter med kognitiv svikt.

Syfte: Syftet med studien var att kartlägga de mest sjuka och sköra äldre patienterna, med kognitiv svikt och nedsatt beslutsförmåga, som skickas till akutmottagningen, med avseende på inskickningsorsaker, symtom och åtgärder.

Metod: Kartläggningen utfördes genom granskning av vårdbegäran som sändes till akutmottagningen och granskning av sjukhusjournaler. Resultatet presenteras med deskriptiv statistik och illustreras av patientberättelser som konstruerats med hjälp av statistiska data.

Resultat: Patienterna som skickades till akutmottagningen var svårt sjuka och sköra äldre med svårtolkade besvär. De var skröpliga, desorienterade och oroliga. Många av patienterna var för sjuka och sköra för att vara mottagliga för avancerade vårdåtgärder och det hände att patienter avled under vårdtid på sjukhuset.

Konklusion: För att inte utsätta svårt sjuka, kognitivt sviktande patienter för vårdlidande, måste transporter från särskilda boenden till sjukhus, för vård i livets slutskede, förebyggas i största möjliga utsträckning. Med bättre planering, bättre förutsättningar att bedöma patienter, fler specialistutbildade sjuksköterskor, samt om läkare haft möjlighet att göra akuta hembesök, hade flertalet av de patienter i studien som skickades till akutmottagningen, troligen kunnat vårdas på sitt boende och sluppit sjukhusvistelse.

Kliniska implikationer: För att förebygga onödiga sjukhustransporter är det brådskande att införa rutiner för planering av vården för de mest sjuka äldre. Det är ett prioriterat område att öka bemanning och kompetens inom kommunal äldreomsorg, samt att införa mobila hemsjukvårdsläkare.

Nyckelord: sköra äldre personer, kognitiv svikt, akutmottagning, specialistsjuksköterskor, kommunal äldreomsorg, vårdplaner.

ABSTRACT

Background: Many older patients who are referred from nursing homes to hospital ought to be treated for in outpatient level of care. Patients with cognitive impairment have difficulties to participate in decision-making of their own treatment, and there is a risk for these patients to develop delirium, complications and increased suffering in stressful hospital surroundings. With the support of research and experiences from clinical work it could be questioned if hospital treatment always is resulting in increased state of health and quality of life among older seriously ill patients with cognitive dysfunction.

Aim: The aim of the study was to survey the most ill and frail older patients with cognitive impairment and decreased decision-making capacity, who were referred from nursing homes to the emergency department (ED), with respect to reasons for referral, symptoms and measures.

Method: The survey was made through examining care requests sent to the ED and studying hospital records. The result is presented with descriptive statistics and illustrated by patient narratives constructed by statistical data.

Findings: The patients who were referred to the ED were severely ill and frail older people with complex illnesses. They were decrepit, confused and disturbed. Many of the patients were too weak and frail to take advantage of advanced care actions and some of the patients died during hospitalization.

Conclusion: To avoid exposing the seriously ill patients, with cognitive impairment, from suffering of care, referring from nursing homes to hospital, for end of life care, must be prevented to the extent possible.

With better planning, better conditions for patient assessments, more specially trained nurses together with mobile physicians who could have made house calls, the majority of the patients who were sent to the ED probably had been able to be cared for at the nursing homes and been spared from hospitalization.

Clinical implications: To provide against unnecessary hospital admissions it is urgent to initiate routines for care planning for the frailest older patients. It is given priority to increase staff and competence in municipal care of older people, and to introduce mobile home care physicians.

Keywords: frail older people, cognitive impairment, emergency department, specially trained nurses, municipal care, care plans.

TACK

Tack till min handledare Helle Wijk, som jag skulle vilja beskriva som min katalysator – jag har fått fria händer men hjälp att hitta min egen förmåga! Tack också för att Du har introducerat mig i sammanhang där jag har fått möjlighet att dela med mig av min studie!

Tack, Per Nordin på Skaraborgsinstitutet, för att Du har lotsat mig bland variabler och tabeller, och bidragit med konstruktiva synpunkter och uppmuntran! Och tack till Skaraborgsinstitutet som underlättar för orutinerade studenter!

Tack till mina chefer i Falköpings kommun som har varit tillmötesgående och generösa!

Och tack, min älskade stora familj, för att ni har stått ut med mig när jag förlupit hemmet för akutmottagningens arbetsrum, drunknat i artiklar och tabeller och belamrat köksbordet med utkast och referenslistor!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
VÅRDTEORETISK UTGÅNGSPUNKT	2
Lidande och vårdande	2
Helhetssyn	2
DEFINITION AV BEGREPP	3
Patient.....	3
Olika begrepp för att skildra sjuka äldre.....	4
Kognitiv svikt och demens.....	6
Nedsatt beslutsförmåga.....	7
AKTUELL FORSKNING OCH UTVECKLINGSARBETEN	7
Sjuka och sköra äldre på sjukhus	7
Förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre.....	10
SJUKSKÖTERS KOR I KOMMUNAL ÄLDREVÅRD	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
PROBLEMFÖRMULERING	16
SYFTE	16
METOD	17
URVAL	17
GENOMFÖRANDE	18
Kartläggningen	18
<i>Data inhämtat från vårdbegäran</i>	18
<i>Data inhämtat från sjukhusjournaler</i>	18
Berättelser	20
RESULTAT	21
UPPGIFTER HÄMTADE FRÅN VÅRDBEGÄRAN	21
Inskickningsorsaker enligt vårdbegäran	22
UPPGIFTER HÄMTADE FRÅN SJUKHUSJOURNALER	23
Ankomstanteckningar.....	23
<i>Medföljande</i>	24
<i>Symtomfri</i>	24
<i>Okontaktbar</i>	24

<i>Inläggning på vårdavdelning</i>	25
INSKICKNINGSORSAKER ENLIGT VÅRDBEGÄRAN OCH SYMTOM BESKRIVNA PÅ AKUTMOTTAGNINGEN	25
Smärta	25
Besvär från rörelseapparaten	25
Andningsrelaterade besvär.....	26
Besvär från matsmältningsorganen samt instabilt blodsocker.....	27
Psykiska funktioner och neurologiska symtom	28
Feber som inskickningsorsak och symtom på oklar infektion på AM	29
Besvär från hjärta och blodkärl	29
Vårdbegäran saknas	30
ÅTGÄRDER DOKUMENTERADE I SJUKHUSJOURNALERNA ...	31
Provtagningar och undersökningar.....	31
Operationer, gips och suturering.....	31
Syrgas, dropp och läkemedel	31
Palliativ vård, inga aktiva åtgärder och konservativ behandling.....	32
PATIENTERNAS TILLSTÅND	33
Avlidna	34
DIAGNOSER	34
BERÄTTELSEERNAS PATIENTER	36
Alma – en patient som skickades till AM med andningsbesvär, bedömdes vara i behov av palliativ vård och avled under vårdtid.....	36
Arne – en patient som skickades till AM efter en fallolycka men som inte uppvisade någon skelettskada.....	38
Nils – en patient som skickades till AM på grund av misstanke om bröstsmärtor och bedömdes vara symtomfri vid ankomsten	39
Dagny – en patient med en konstaterad hjärtinfarkt	40
DISKUSSION	42
METODDISKUSSION	42
Urval	42
<i>Kognitiv svikt</i>	42
ICF – inskickningsorsaker.....	43
Läsning av sjukhusjournaler.....	43
Deskriptiv statistik	44

Validitet	44
Metodologiska överväganden	44
RESULTATDISKUSSION	46
Beskrivningar av patienterna i vårdbegäran och sjukhusjournalerna	46
<i>Svårtolkade besvär och symtom</i>	47
<i>Distinkta besvär</i>	49
<i>Symtomfria patienter</i>	50
Berättelsernas patienter	50
Sköra äldre på sjukhus	52
<i>Beslut om sjukhusvård</i>	52
<i>Risker med sjukhusinläggningar</i>	53
Kompetens och bemanning	54
Framförhållning och planering	56
Hembesök	57
KONKLUSION	59
FORTSATT FORSKNING	60
PRAKTISK NYTTA	60
REFERENSER	61
BILAGA 1. Vårdbegäran	68
BILAGA 2. Alma	69
BILAGA 3. Arne	70
BILAGA 4. Nils	71
BILAGA 5. Dagny	72

INLEDNING

Jag har arbetat som sjuksköterska inom kommunal äldreomsorg i många år, både som patientansvarig sjuksköterska och som jour-sjuksköterska under kvällar och helger. Jag har många gånger befunnit mig i situationer där jag varit tvungen att ta ställning till om en patient behövt skickas till sjukhusets akutmottagning. Ibland har patienten varit i uppenbart behov av undersökning och behandling, t.ex. vid misstanke om fraktur, men ofta har det handlat om patienter med svårtolkade symtom såsom ansträngd andning, feber eller sänkt medvetandegrad. Jag har erfarenhet av hur det är att göra bedömningar med knapphändigt underlag och att fatta beslut om åtgärder för äldre, sköra patienter. Jag har också erfarenhet av att andra sjuksköterskor under jourtid skickat in patienter, vilka jag haft patientansvar för, där jag upplevt det som tveksamt om det verkligen var nödvändigt. Under en praktiktid vid en medicinsk akutvårdsavdelning mötte jag patienter med diffusa symtom, som blivit inskickade från särskilda boenden, och erfor hur personalen vid akutvårdsavdelningen undrade över vad de förväntades åstadkomma. Patienterna var i dåligt skick och hade upplevt det påfrestande med ambulanstransport och lång väntan på akutmottagningen. Några patienter avled på akutavdelningen, de flesta återvände till sitt boende i oförändrat eller försämrat tillstånd.

Sjuksköterskor som arbetar inom i kommunal äldreomsorg fattar beslut om omhändertagande av patienter som de inte känner och som de kanske inte tidigare träffat. Det är vanligt att patienterna lider av demenssjukdom eller kognitiv svikt vilket medför att de har nedsatt förmåga att medverka i beslut om sin egen vård och behandling. Ibland är anhöriga inte närvarande, i andra fall finns de hos patienten och är oroliga för om symtomen kan behandlas eller lindras utan sjukhusvård. Omvårdnadspersonalen larmar på sjuksköterskan när de upplever en försämring hos patienten, och har önskemål om någon form av åtgärd. Sjuksköterskan förväntas att snabbt göra en bedömning av patientens tillstånd och behov av vård, och det är inte alltid enkelt att avgöra om det är bäst för patienten att skickas till akutmottagningen eller få stanna kvar på boendet.

Dessa erfarenheter ligger till grund för mitt intresse för omvårdnaden av sjuka, äldre patienter. Det är även drivkraften bakom min önskan att bidra till att sjuksköterskor som arbetar inom kommunal äldreomsorg får förbättrat stöd i vården av de allra mest sjuka och sköra äldre.

BAKGRUND

VÅRDTEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Lidande och vårdande

Vårdandets grundmotiv är caritasmotivet, att vilja en annan människa väl (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, Eriksson, 1994, Eriksson, 2002, Wiklund, 2003). En medmänniskas lidande väcker viljan att vårda. Vårdandet bygger på ett etiskt, ett moraliskt medvetet, patientperspektiv. Det etiska patientperspektivet präglas av grundantagandet att människan är en enhet av kropp, själ och ande, och vilar på en värdegrund som kännetecknas av integritet och värdighet. Inom vårdvetenskapen utgör livsvärldsteorin en filosofisk grund och innebär att fokus riktas på hur patienten upplever sin hälsa och sitt lidande (Dahlberg m.fl., 2003, Dahlberg & Segesten, 2010). Eriksson (1994) beskriver tre olika dimensioner av lidande. Livslidande som omfattar själva livet och att vara människa, sjukdomslidande som är förknippat med sjukdom och behandling, samt vårdlidande som uppstår i vårdandet. Vårdlidandet är ett onödigt lidande som orsakas av vårdare, många gånger på grund av ett omedvetet handlande, brist på kunskap och avsaknad av reflektion (Berglund, Westin, Svanström & Johansson Sundler, 2012, Dahlberg, 2002, Eriksson, 1994, Svanström, Johansson Sundler, Berglund & Westin, 2013).

En vårdare måste vara öppen och följsam mot patientens livsvärld, vilket kan vara extra svårt då patienten lider av t.ex. demenssjukdom och inte fullt ut kan uttrycka sina känslor och önskemål (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdare har ett etiskt och moraliskt ansvar för den sårbara patienten och en skyldighet att respektera och värna patientens värdighet och integritet, vilket innebär att ”främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande och verka för ett fridfullt och värdigt avslut av livet” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010, s. 6). Inom vårdens verksamheter uppstår det ibland konflikter mellan vårdares vilja att lindra lidande och att utöva god vård med utgångspunkt i etiska och moraliska ställningstaganden, och vårdverksamhetens organisation. Om vårdare inte har förutsättningar att möta sårbara patienter, att tillgodose patienters behov och förväntningar utifrån en helhetssyn, finns risk att de upplever en moralisk stress, en samvetsstress (Lützén, Cronqvist, Magnusson & Andersson, 2003, Glasberg, Eriksson & Norberg, 2008).

Helhetssyn

Helhetssyn är ett begrepp som ofta används i sammanhang då vård och omvårdnad ska beskrivas. Ordet ”helhetssyn”, sprunget ur substantivet ”helhet”, betyder ”något som betraktas på en gång i hela sin omfattning utan hänsyn till enskilda detaljer” och ”ofta med särskilt stark tonvikt på

odelbarheten” (Stora svenska ordboken, 1996). Dahlberg (1994) beskriver begreppet helhetssyn som en dynamisk företeelse eftersom det är beroende av sammanhang och kontext. Helhetssyn innefattar mening och bekräftelse samt icke-reduktionism vilket innebär att helheten är mer än delarna. Den viktigaste aspekten på begreppet helhetssyn, menar Dahlberg (1994), är det ömsesidiga mötet som uppstår mellan patient och vårdare.

Människan är en helhet av dimensionerna kropp, själ och ande (Eriksson, 2000, Wiklund, 2003) och ska förstås i det sammanhang, den livsvärld, hon befinner sig i. Att ha en helhetssyn i ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär, enligt Wiklund (2003), att förstå att även om människan uttrycker sina problem som t.ex. kroppsliga eller själsliga, så påverkas alltid hela människan eftersom människan är en odelbar enhet.

I en FOU-rapport om helhetssyn i vård och omsorg om äldre konstateras att helhetssyn oftast definieras som att se den äldre personen ur ett fysiskt, psykologiskt, socialt och existentiellt perspektiv (Blomqvist, 2009). Huvudslutsatsen i rapporten kom fram till att för att bedriva vård och omsorg med en helhetssyn behöver man fördjupa sig i den äldres verklighet och sätta sig in i dennes livsvärld. Det innebär att helhetssyn är komplext och att det krävs tid och vilja för att uppnå en förståelse för den äldres önskemål och behov (Blomqvist, 2009).

DEFINITION AV BEGREPP

Patient

Personerna i studien benämns ”patienter”. Patientbegreppet har valts därför att studien ryms inom hälso- och sjukvårdens lagrum. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) används beteckningen ”patient” för de personer som söker och erhåller vård och behandling enligt HSL (SFS 1982:763). Alla personer i studien är inskrivna i kommunernas hälso- och sjukvård och har en patientansvarig sjuksköterska.

Patient betyder ”den lidande, den som tåligt fördrar och uthärdar någonting” (Eriksson, 1994, sid. 25) och har ursprungligen en innebörd som omfattar hela livet och inte endast hör samman med sjukdom. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har patientbegreppet inom vårdvetenskapen en djupare innebörd än när det vanligtvis används inom medicin och hälsoadministration. Förståelsen för en människa såsom patient, vilar på en livsvärldsteoretisk¹ grund och patientens delaktighet

¹ Livsvärld = ”Livsvärldsteorin utgör en filosofisk grundbult i den vårdvetenskapliga teorin” (Dahlberg och Segesten 2010, sid 127). ”Livsvärlden är den levda världen, erfarenhetsvärlden, som är given i all erfarenhet, tanke och handling. Att förstå livsvärlden som erfarenhetsvärld hjälper oss att förstå, förklara och beskriva både vardagsvärlden och hälsa, lidande och vårdande” (a.a., sid 145).

betonas. Patientbegreppet kan således användas för personer som befinner sig i någon form av vårdkontext (Dahlberg & Segesten, 2010).

Olika begrepp för att skildra sjuka äldre

Det blir allt fler äldre personer i samhället och andelen som når en mycket hög ålder ökar och förväntas fortsätta att öka. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) (<http://scb.se/>) var år 2013 närmare 1,9 miljoner personer i Sverige över 65 år och andelen personer över 80 år ökar, liksom även de allra äldsta. Enligt Socialstyrelsens beräkningar (2009b) förväntas andelen personer som är 90 år och äldre öka med 16 procent från år 2020 till år 2030. Ur ett samhällsperspektiv får detta betydelse eftersom antalet platser i särskilda boenden (säbo)² har minskat de senaste decennierna, allt fler äldre bor kvar i det egna hemmet (Socialstyrelsen, 2013b). Samtidigt har vårdtyngden, äldres behov av vård och omsorg, vid särskilda boenden ökat, eftersom det är de allra sjukaste och de med störst omvårdnadsbehov som beviljas en plats på ett särskilt boende (Socialstyrelsen, 2009b, 2013b).

Äldre personer nyttjar den slutna vården mer än yngre personer. Enligt beräkningar från 2009 var ungefär 5% av befolkningen över 80 år, dessa använde 30% av vårdtyngden i slutenvården och antalet vårdtillfällen för de äldsta tenderade att öka (Socialstyrelsen, 2009b). Andersson (2007) har påvisat att äldre personers sista tid i livet omfattar vård från flera olika vårdgivare. Hon konstaterade i sin studie, att det visserligen var fler personer från ordinärt boende som uppsökte sjukhus, men över hälften, 51%, av de som bodde i särskilt boende hade varit inlagda på sjukhus den sista tiden i livet. Den sista veckan i livet kulminerade antalet sjukhusperioder, oavsett patientens boendeform och 17% av personerna som bodde på särskilt boende avled på sjukhus (Andersson, 2007). Även i en annan studie (Jakobsson, 2006) framgår att över hälften av de personer som bodde i särskilt boende var inlagda på sjukhus under de sista tre månaderna i livet.

När den äldre befolkningens hälsa, och behov av vård och omsorg, diskuteras används ofta begreppen ”multisjuka äldre” och ”de mest sjuka äldre”. Begreppen har dock inte några entydiga definitioner. I en rapport från Sociala rådet (SOU 2010:48) belyses svårigheterna att definiera begreppet multisjuklighet och författarna konstaterar att definitionen är beroende av det perspektiv som forskningen eller det kliniska arbetet har. Olika kriterier används om det rör sig om ett folkhälsovetenskapligt, epidemiologiskt perspektiv, ett kliniskt perspektiv eller ett vård- och omsorgsperspektiv. Detta innebär att beräkningar av multisjuklighet varierar mycket. När

² Särskilt boende – individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

multisjuklighet definieras som ”personer över 75 år med två eller flera sjukdomar” är prevalensen 60-70% men minskar till ca 25% om multisjuklighet i stället definieras som ”förekomst av kronisk sjukdom med samtidig funktionsnedsättning”. Om multisjuklighet definieras som ”personer över 75 år med ett flertal sjukdomar som krävt flera sjukhusinläggningar under det senaste året” innefattas sju procent av sjukhuspatienterna äldre än 75 år (SOU 2010:48). Den senare definitionen av multisjuklighet används av Socialstyrelsen: ”personer 75 år eller äldre, som under de senaste 12 månaderna har varit ineliggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10” (Socialstyrelsen, 2003, s. 40).

Även begreppet ”de mest sjuka äldre” är svårt att avgränsa. Socialstyrelsen definierar ”de mest sjuka äldre” som: ”personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom” (Socialstyrelsen, 2011a, s. 9) och föreslår fyra operationella avgränsningar av gruppen som kan användas beroende på syftet med att beskriva gruppen de mest sjuka äldre. Avgränsningarna som föreslås är: personer över 65 år, 1) med omfattande sjukvård och omfattande omsorg, 2) med enbart omfattande omsorg, 3) med antingen omfattande sjukvård eller omfattande omsorg, 4) med enbart omfattande sjukvård men som av någon anledning inte är i behov av biståndsbeslutad omsorg. I omfattande sjukvård inbegrips antingen personer som betecknas som multisjuka enligt Socialstyrelsens definition, personer som vårdas fler än 19 dagar, eller har fler än tre inskrivningar i slutenvård per år eller har fler än sju besök hos specialistläkare i öppen vård per år (Socialstyrelsen, 2011a).

Begreppet ”sköra äldre” används allt oftare för att beskriva äldre personer som har många sjukdomar och funktionsnedsättningar (Gustafsson, 2012, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2013). Begreppet har olika definitioner beroende på i vilket sammanhang patientgruppen studeras, men har det gemensamt att det beskriver åldrade personer med minskad reservkapacitet för vilka det finns ett samband mellan hög ålder, multisjuklighet och funktionsnedsättningar. Graden av skörhet kan variera över tid, men personerna är sårbara och har svårare att klara fysiska och psykiska påfrestningar. De sköra äldre löper stor risk för sjukhusinläggningar, institutionsboende och att avlida inom kort tid (Gustafsson, 2012, SBU, 2013). Vicente, Ekebergh Castren, Svensson & Wireklint Sundström (2011) menar att begreppet skörhet (eng. frailty) kan användas för att beskriva det tillstånd som brukar kallas ”nedsatt allmäntillstånd” och föreslår att skörhet bör inkluderas som en ICD-10-SE-diagnos.

I föreliggande studie används företrädesvis begreppen ”de mest sjuka äldre” och ”sköra äldre” vid beskrivning av den studerade patientgruppen. När referenser återges används de begrepp som förekommer i referenserna.

Kognitiv svikt och demens

De kognitiva funktionerna innefattar bl.a. minne, varseblivning, problemlösning, uppmärksamhet och förmågan att hantera information och kunskap (Nationalencyklopedin, 1993). Det är vanligt att äldre personer drabbas av kognitiv svikt av olika grad i samband med sjukdom och sjukhusvistelse, och personer med demenssjukdom löper större risk att drabbas av en försämrad kognition (Nilsson, 2013, Söderqvist, 2007).

Demens är ett samlingsnamn för ett flertal symtom som orsakas av olika sjukdomar och skador i hjärnan. Demens brukar delas in i tre huvudgrupper såsom primärdegenerativa sjukdomar där Alzheimers sjukdom dominerar, vaskulär eller blodkärls-demens och demens orsakad av andra sjukdomar eller skador som påverkar hjärnan t.ex. alkoholdemens. Det finns också blandformer där personer har flera typer av demenssjukdom (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013). Enligt Svenskt demenscentrum (www.demenscentrum.se) beräknas närmare 150 000 personer lida av demenssjukdom. Risken att drabbas av demenssjukdom ökar med stigande ålder och närmare hälften av alla över 95 år har en demenssjukdom. Det finns fler kvinnor med demenssjukdom, dels beroende på att kvinnor löper större risk att drabbas och dels beroende på att kvinnor lever längre än män (Basun m.fl., 2013). I Sverige bor ungefär hälften av alla personer som lider av demenssjukdom på särskilda boenden. (Socialstyrelsen, 2009b).

Många patienter med misstänkt demens utreds inte enligt de riktlinjer som finns (SveDem, 2014, Trysell, 2013). I studier som rör äldre med kognitiv svikt kan det därför vara svårt att avgränsa urvalet till endast personer med demens. Detta konstaterar också Svenskt demenscentrum (2010) i den rapport som gjorts på uppdrag av Socialdepartementet som underlag för en framtida lagstiftning om tvångs- och skyddsåtgärder i vården av demenssjuka personer. I rapporten föreslås att begreppet ”allvarlig kognitiv störning” skall användas vid bedömning av en persons rättshandlingsförmåga³, i stället för att enbart använda demensbegreppet (Svenskt demenscentrum, 2010). I föreliggande studie används begreppet kognitiv svikt, för de personer som beskrivits vara desorienterade eller lida av demenssjukdom.

³ Rättshandlingsförmåga = en persons förmåga att fatta ett välgrundat beslut i en specifik fråga (Svenskt Demenscentrum)

Nedsatt beslutsförmåga

I Socialstyrelsens rapport (Socialstyrelsen, 2011b) om livsuppehållande behandling diskuteras svårigheterna med att bedöma om en person är beslutskapabel och otydligheterna i lagstiftningen kring patienter med nedsatt beslutsförmåga. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är tydlig med att vården skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet och ska tillgodose patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763). En patient får inte påtvingas vård och behandling mot sin vilja, om det inte sker inom ramen för lagstadgad tvångsvård eller nödrätt. Vården skall erbjuda behandling, men patienten har rätt att avstå från vård och behandling. När det gäller patienter med kognitiv svikt som avböjer vård och behandling blir bristerna i lagstiftningen uppenbara. Läkaren måste då försöka finna ut om patienten tidigare uttryckt önskemål och om det inte är möjligt ska läkaren ”på grundval av patientens diagnos och prognos bedöma om det motsvarar vetenskap och beprövad erfarenhet att inleda eller fortsätta en ny livsuppehållande behandling” (Socialstyrelsen, 2011b s. 46).

Om en patient inte vill ha den vård och behandling som erbjuds, behöver det inte innebära att personen har nedsatt beslutskompetens (SBU, 2013). Den äldre personen kan ha värderingar, baserade på erfarenheter från ett långt liv, som grund för beslut att avstå behandling. Det är viktigt att varken påtvinga den äldre vård och behandling, eller att underlåta att behandla, med hänvisning till autonomin hos en person med kraftigt nedsatt beslutsförmåga (SBU, 2013).

AKTUELL FORSKNING OCH UTVECKLINGSARBETEN

Sjuka och sköra äldre på sjukhus

Det finns många studier och undersökningar som visar på risker och problem förknippade med att äldre personer, och framför allt äldre med demens eller förvirring, transporteras till sjukhusens akutmottagningar, samt vårdas inom slutenvården (Codwell, 2010, Condelius, 2009, Nilsson, 2013, Ranhoff & Linnsund, 2005, Rutschmann, Chevalley, Zumwald, Luthy, Vermeulen, & Sarasin, 2005, Samaras, Chevalley, Samaras, & Gold, 2010, Sampson, Blanchard, Jones, Tookman, & King, 2009, SBU, 2013 Socialstyrelsen, 2006, Söderqvist, 2007).

Socialstyrelsen (2006) gjorde en verksamhetstillsyn vid ett stort antal av sjukhusens akutmottagningar. Man granskade hur patienter över 80 år omhändertogs, vid besök på akutmottagningarna. Utredarna fann att kunskapen hos personalen om att hög ålder är en riskfaktor i sig, var bristfällig. Äldre har en sämre reservkapacitet och drabbas snabbare av organsvikt än yngre, ett snabbt och adekvat omhändertagande kan därför vara livsavgörande för en äldre person. Vid färre än hälften av de granskade sjukhusen fanns riktlinjer om att speciella hänsyn bör tas till

patientens ålder vid prioriteringar, oavsett diagnos. Det saknades också personal med geriatrisk kompetens. Socialstyrelsen lyfte fram en rad områden inom akutmottagningarnas verksamhet som behöver förbättras, bland annat kunskap om åldrandet, ansvarstagandet för den geriatriska patienten från ankomsten till akutmottagningen fram till inläggning på en vårdavdelning, samt dokumentationen (Socialstyrelsen, 2006). I en annan rapport från Socialstyrelsen (2013a) om väntetider vid sjukhusens akutmottagningar, liksom i SBU:s (2013) rapport, framgår det att den totala vistelsetiden på akutmottagningarna genomgående var längre för gruppen personer över 80 år. Orsakerna till detta skulle kunna vara att ” patienten lågprioriteras på grund av att tillståndet bedöms som mindre akut, har en svårbedömd symtombild, behöver en tidskrävande behandling och/eller på grund av brist på vårdplatser får vänta på att bli inlagd” (SBU, 2013, Socialstyrelsen, 2013a, s. 15).

Svårigheterna att bedöma och diagnosticera sjuka och sköra äldre patienter beskrivs i en schweizisk studie (Rutschmann m.fl., 2005). I denna framkom att äldre, sköra patienter som kom till akutmottagningen utan specifika symtom ofta blev underdiagnostiserade. I studien framgår vidare att intagningsorsaken benämndes ”ohållbar hemsituation” efter sedvanlig triagering⁴. När en mer noggrann diagnostisering gjordes, som tog hänsyn till den äldres hela sjukdomsbild och funktionsförmåga, upptäcktes en rad olika sjukdomstillstånd som borde krävt ett omedelbart omhändertagande, t.ex. hjärtsvikt, lungemboli, stroke, sepsis och lunginflammation. Enligt studien berodde orsaken till underdiagnostiseringen framför allt på frånvaro av typiska symtom. Eftersom det är vanligt att äldre patienter har flera olika sjukdomar, nedsatt funktionsförmåga och ibland en försämrad kognition så löpte de en stor risk att bli inadekvat bedömda och behandlade när de anlände till sjukhusets akutmottagning (Rutschmann m.fl., 2005). För att bedöma äldre multisjuka patienter, som ofta har en diffus symtompresentation och ett komplext samband mellan sjukdom och psykosociala problem, behövs väl utprovade bedömningsinstrument (Samaras m.fl., 2010).

I en norsk studie (Ranhoff & Linnsund, 2005) konstateras att endast sjukhemspatienter med höftfraktur eller allvarlig anemi, på grund av gastrointestinal blödning, nästan alltid har nytta av sjukhusinläggning. De allra flesta andra patienter som bor på sjukhem, särskilt patienter med svår demens och nedsatt förmåga att kommunicera, bör få lindrande behandling på sjukhemmet. Artikelförfattarna menar att även om det finns fog för sjukhusinläggningar i en del fall så är sjukhusvistelse i sig en risk för gamla och sköra patienter. Tillstånd som lunginflammation, hjärtsvikt och allvarliga infektioner bör kunna diagnostiseras och behandlas på boendena om tillräckliga resurser ges. Författarna framhåller vikten av att ha en planering och framförhållning

⁴ Triage = process för att systematiskt indela patienter utifrån medicinsk angelägenhetsgrad för att bedöma vårdbehov och vårdnivå. (Medicinsk ordbok)

inför akuta sjukdomstillstånd för enskilda patienter på boendena. De skriver: ”Praxis i sykehjemmen kan trolig forbedres ved å øke legetjenstene og kunnskapen om lindrende behandling samt ved at behandlingsnivå ved akutt sykdom planlegges i samråd med pasient og pårørende.” (Ranhoff & Linnsund, 2005, s. 1844). Det kan vara en fara för den äldre att utsättas för besvärliga undersökningar och behandlingar. Det är också förenat med en ökad risk att falla, att drabbas av funktionsnedsättning samt att utveckla förvirring och oro hos patienter som läggs in på sjukhus. Sjukhusinläggningar bland de äldre bör därför förebyggas i så stor utsträckning som möjligt (Condelius, 2009, Ranhoff & Linnsund, 2005).

En brittisk longitudinell kohortstudie (Sampson m.fl., 2009) visar att patienter med demens som uppsökte medicinsk akutvård löpte större risk att dö kort efter sjukhusvistelsen, än patienter med intakt kognition. En stor del av patienterna med demens kom från särskilda boenden, s.k. ”nursing homes”. De vanligaste orsakerna till att denna patientgrupp kom till akutmottagningen var att de drabbats av lunginflammation eller urinvägsinfektion. Enligt studien borde dessa sjukdomstillstånd kunnat behandlas på boendena om det funnits tillräckligt med resurser i kommunen. Forskarna vill inte bedöma om det var nödvändigt att skicka patienterna till akutmottagningen, men eftersom många avled kort efter sjukhusvistelsen var vården inte livsförlängande. De menar att många troligen hade åtnjutit en bättre vårdkvalitet om de fått vara kvar i en känd miljö på sina boenden (Sampson m.fl., 2009). I en annan brittisk studie, kom forskaren fram till att patienter med demenssjukdom ofta upplevde sjukhusvistelser som påfrestande och utmattande (Codwell, 2010). Patienterna hade svårt för nya och obekanta miljöer och upplevde sjukhusavdelningen som stökig och bullrig. Många patienter kände sig kränkta och hamnade i situationer som utlöste oro och aggressioner. Enligt studien upplevde sjuksköterskorna och undersköterskorna på avdelningen att de försökte ge en god omvårdnad, men att de var fast i rutiner och vanor. De saknade utbildning och träning i att möta demenssjukas behov. (Codwell, 2010).

I en studie (Söderqvist, 2007) om patienter som vårdades för höftfrakturer, visades att patienternas kognitiva förmåga var bristfälligt dokumenterad av sjuksköterskorna, trots att den var betydelsefull för patienternas omvårdnad och prognos. Patienter med nedsatt kognitiv funktion hade betydligt större risk att utveckla trycksår efter en höftfrakturopoperation än patienter med intakt kognition. De hade också en högre dödlighet, sämre funktionsförmåga och sämre hälsorelaterad livskvalitet efter sjukhusvistelsen än övriga patienter (Söderqvist, 2007).

Även Nilsson (2013) beskriver att äldre patienters kognitiva förmåga varken observerades eller dokumenterades på ett tillfredsställande sätt utan ofta baserades på subjektiva bedömningar som

inte alltid var samstämmiga. Nilsson konstaterar också att personalen som arbetade inom den akuta sjukvården upplevde att vården av äldre patienter med kognitiv svikt var lågt prioriterad och att ”varken organisation, miljö, planering, resurser eller formellt stöd finns för att kunna erbjuda den goda vården till dessa sårbara äldre” (Nilsson, 2013, s.39).

Lågt prioriterade patienter känner sig utsatta och sårbara och har behov av att vara trygga och kunna hantera sin situation under väntetiden på akutmottagning (Dahlén, Westin & Adolfsson, 2012). Känslan av utsatthet och sårbarhet kan också förstärkas om sjuksköterskor främst ägnar sig åt medicinska och tekniska uppgifter och brister i förmågan att skapa vårdande möten med patienterna (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003).

Förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beviljat medel till försöksverksamheter, för att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre (SKL, 2010, 2014, Socialstyrelsen, 2014). De flesta projekten har syftat till att på olika sätt förbättra samordningen av vården mellan olika vårdnivåer och huvudmän. Ett exempel är ”Samverkan i Örnsköldsvik”, ett projekt som innefattat ett nära samarbete mellan primärvård, kommun och sjukhus med fokus på att de sjuka äldre ska få vård på rätt vårdnivå, vid rätt tid, av rätt kompetens och där de känner sig trygga. En av målsättningarna var att andelen patienter som kommer till akutmottagningen, som hade kunnat vårdas på en annan vårdnivå, skulle minska tack vare förebyggande vårdplaneringar och prehospital triagering. En annan målsättning var att vårdmiljön och omhändertagandet på akutmottagningen för de patienter som verkligen behöver komma dit skulle förbättras, för att minska risker och komplikationer hos sköra äldre. Flera av målsättningarna har uppnåtts och de förändringar som varit förbättringar har permanentats. Ett annat projekt som stöttats av SKL är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, Göteborgs stad och fyra kringliggande kommuner för att ge multisjuka äldre vård på rätt vårdnivå och vid rätt tid genom en förbättrad vårdkedja. Det planerades bland annat för mobila team med sjuksköterska och läkare som skulle kunna göra hembesök, samt rutiner för direktinläggning på sjukhus. Målsättning var även i detta projekt att minska antalet besök på akutmottagningarna och sjukhusinläggningar för de multisjuka äldre. Många delar i projektet har slutförts medan andra delar alltjämt pågår. Antalet hembesök har inte visat sig öka, men rutin för direktinläggning har permanentats. Ytterligare ett SKL-projekt med syfte att minska sjukhusinläggningar och besök på akutmottagningen har genomförts i Uppsala, genom ett samarbete mellan landstinget och kommunen. Ett mobilt hembesöksteam bestående av läkare och sjuksköterska har utvecklats och permanentats. Från början gjordes hembesök endast i de äldres egna hem, men på speciella indikationer enligt framtagna kriterier görs hembesök även i särskilda

boenden. Teamen fungerar som ett stöd i bedömningen av om patienten kan vårdas på plats eller behöver åka till sjukhus. De kan också göra undersökningar och vidta behandlingsåtgärder. I samband med utvärderingar har önskemål framkommit från personal, om tillgång till hembesöksteam även under kvällar och helger, samt att teamet ska utrustas ytterligare för att kunna utföra mer avancerade undersökningar och behandlingar (SKL, 2010, 2014).

Även utanför SKL:s regi har det bedrivits projekt och försöksverksamheter, som lett fram till förbättringar för de mest sjuka äldre. En studie vid Södersjukhuset, inom Stockholms läns sjukvårdsområde, har syftat till att ge geriatriska patienter rätt vård på rätt vårdnivå (Vicente, 2008, 2013). Utgångspunkten för studien var att äldre med lindriga eller kroniska sjukdomstillstånd, eller social svikt, många gånger blir lågprioriterade när de kommer till akutmottagningen. De får ofta vänta i många timmar, vilket leder till ökat lidande och ökad risk för komplikationer, såsom fallolyckor och trycksår. Studien har resulterat i utvecklandet av ett triageringsverktyg för ambulanspersonal, som ska användas för att styra äldre patienter direkt till rätt vårdnivå (Vicente, 2008, 2013). Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg pågår ett liknande projekt som benämns "Åldersstigen" (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2010) och som har fokus på äldre patienter som söker vård på grund av nedsatt allmäntillstånd och ohållbar hemsituation. Målsättningen är även i denna studie, att redan i ambulansen bedöma patientens vårdbehov och styra patienten till rätt vårdinstans. Patienterna körs direkt till en geriatrisk vårdavdelning för att undvika onödiga besök på akutmottagningen.

Inom Vårdsamverkan Skaraborg, som är ett samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommunalförbund, har det tillsatts en arbetsgrupp för samverkan inom geriatrik. Arbetsgruppen har till uppgift att följa de mål och mått som är framtagna lokalt och nationellt, för att förbättra vård och omsorg om de mest sjuka äldre. De målområden som fokuseras handlar om vård på rätt nivå, patientsäkerhet och samsyn mellan vårdgivare för personer över 65 år, som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården (Vårdsamverkan Skaraborg, 2012). I kommunerna som ingår i närvårdsområdet Västra Skaraborg har det införts ett närsjukvårdsteam med ansvar för multisjuka patienter, och i en av kommunerna verkar även en mobil hemsjukvårdsläkare som gör hembesök. Närsjukvårdsteamet ska skapa trygghet för både patienter och vårdpersonal och vid utvärderingar har det visat sig att antalet öppenvårdsbesök och sjukhusinläggningar har minskat. Utvärdering och kostnadskalkyl för närsjukvårdsteamets arbetssätt har skett med hjälp av projektmedel från SKL (Närvård Västra Skaraborg, 2014).

SJUKSKÖTERS KOR I KOMMUNAL ÄLDREVÅRD

Hälso- och sjukvården i kommunerna har förändrats och blivit alltmer avancerad (Socialstyrelsen, 2008). Tillgången till läkare och sjuksköterskor är inte alltid tillräcklig. En sjuksköterska kan, enligt Socialstyrelsen (2008), ansvara för upp till 400 patienter inom hemsjukvården i ordinärt och särskilt boende. Det innebär att den goda vården och patientsäkerheten riskeras.

Redan 2003 beskrev Larsson Kihlgren, Fagerberg, Skovdahl & Kihlgren (2003) att sjuksköterskor i den kommunala äldrevården känner sig ensamma och ansvarstygda. De framhöll också hur viktigt det är, att sjuksköterskor känner sig trygga i sin yrkesroll och litar till sin kompetens, när de ska bedöma äldre sjuka patienters hälsotillstånd. Att ha otillräcklig kunskap om patienten, kan leda till att sjuksköterskorna känner sig osäkra och fattar förhastade beslut om transport till sjukhus. Författarna belyste också sjuksköterskornas uppfattning om hur betydelsefullt det är med planering av vården kring patienterna och att på förhand fatta beslut om hur ett försämrat tillstånd ska handläggas, samt att dokumentationen är utförlig och lättillgänglig. Även omgivningens och organisationens stöd för sjuksköterskornas arbete, liksom läkarmedverkan, lyftes fram som viktiga faktorer för att sjuksköterskor ska kunna känna sig trygga i sin roll och fatta välgrundade beslut om patienters vård och behandling (Larsson Kihlgren m.fl., 2003).

Karlsson, Ekman och Fagerberg (2009) visade i en intervjuundersökning, att sjuksköterskor i den kommunala äldrevården ofta arbetar ensamma och snabbt måste göra bedömningar av äldre svårt sjuka patienters hälsotillstånd. Även om sjuksköterskorna i undersökningen uttryckte en stolthet över sitt arbete, beskrev de också att de upplevde etiska konflikter och kände sig frustrerade över situationer där de förväntades fatta beslut om den äldre patientens vård, men saknade mandat att bestämma över t.ex. bemanning av omvårdnadspersonal. Sjuksköterskorna beskrev sig själva som ensamma fixare, som ska klara att lösa alla praktiska bekymmer kring den äldre patienten (Karlsson m.fl., 2009). I en annan studie om hur nattsjuksköterskor i kommunal vård upplevde vårdandet i sitt arbete (Gustafsson, Asp & Fagerberg, 2009), framkom det också att sjuksköterskorna kände sig ensamma. De mötte ofta komplexa omvårdnadsbehov, hos de sköra äldre patienterna och förväntades snabbt lösa problem. De beskrev att de utsattes för etiska dilemman och att de förväntades ta ansvar både för patientens välbefinnande och för de närståendes, samt även för övrig vårdpersonals situation. Nattsjuksköterskorna agerade som konsulter och kände sig utlämnade till omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen initierade kontakten med sjuksköterskorna och sjuksköterskorna var också tvungna att lita på personalen, eftersom de inte hade tid att vara överallt på samma gång (Gustafsson m.fl., 2009).

I ytterligare en studie, som belyser sjuksköterskors erfarenheter av att utöva palliativ vård inom kommunal äldreomsorg (Törnqvist, Andersson & Edberg, 2012), beskrev sjuksköterskorna att de hade begränsade befogenheter och bristfälligt stöd i vården av svårt sjuka och döende äldre patienter. Vården skildrades som splittrad mellan olika verksamheter med oklara ansvarsområden. Sjuksköterskorna uttryckte brister i läkarnas förståelse, tillgänglighet och ansvarstagande, vilket ibland ledde till att patienter skickades till sjukhus trots att sjuksköterskorna ansett att de hade kunnat vårdas i sitt boende, om de fått adekvata ordinationer för att ge lindrande behandling. De menade vidare att sjuksköterskor behöver grundliga kunskaper och erfarenhet inom avancerad omvårdnad och palliativ, vård för att arbeta i kommunal verksamhet. Studien belyser att sjuksköterskans roll och befogenheter i den kommunala vården behöver stärkas och kompetensen måste tillvaratas och utvecklas, om svårt sjuka och döende äldre ska kunna vårdas i hemmet. (Törnqvist m.fl., 2012).

Socialstyrelsen (2012a) konstaterar att grundutbildning inte är tillräckligt för sjuksköterskor i kommunal äldreomsorg. Det behövs specialistkunskaper, trots detta har endast 1,6 procent av sjuksköterskorna i den kommunala vården en specialistutbildning inom vård av äldre. Enligt Edberg och Ernsth Bravell (2012) blir vården av de äldre på särskilda boenden alltmer avancerad. Många patienter lider av kognitiv svikt och många vårdas i livets slutskede, vilket ställer stora krav på personalen. För att klara en god vårdkvalitet behöver kompetensen bland sjuksköterskor och omvårdnadspersonal ökas och personaltätheten höjas (Edberg & Ernsth Bravell, 2012).

Riksföreningen för sjuksköterskan i äldreomsorg har tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening (2012) tagit fram en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom vård av äldre. I denna framhålls bl.a. att sjuksköterskan ska bidra till en säker vård för de äldre och förebygga vårdskador. Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre ska ha fördjupade kunskaper om åldrandet och de äldres sjukdomar och planera vård och omvårdnad utifrån den äldres livssituation och behov. Det betonas också att specialistsjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat, leda och utveckla omvårdnadsarbetet, samt leda och samordna teamarbete inom vården av de äldre.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ansökan om etikprövning har gjorts hos regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (<http://www.epn.se/sv/goeteborg/om-naemnden/>). Enligt etikprövningsnämndens beslut, diarienummer 616-13, bedömdes projektet inte falla inom etikprövningslagens tillämpningsområde. Studien innefattar inte heller forskning på människor på ett sådant sätt att den omfattas av personuppgiftslagen. Studien har genomförts i enlighet med Vetenskapsrådets regler och riklinjer (Vetenskapsrådet, 2011) och Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Den journalgranskning som genomförts har resulterat i deskriptiv statistik och inga persondata presenteras. Tillstånd till journalgranskning har sökts och inhämtats hos verksamhetschefen för akutkliniken vid ett medelstort sjukhus i södra delen av Sverige. Personuppgifter har hanterats enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Vid databehandling har namn och personuppgifter ersatts med kodnummer och lagrats i register. Data förvaras i brandsäkra skåp på institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet och sparas i 10 år för att möjliggöra eftergranskning. Citat från journalanteckningar är avidentifierade och omformulerade för att inte vara spårbara. Endast ansvariga för studien kommer att ha tillgång till kodnyckeln och datamaterialet.

Informerat samtycke har inte inhämtats från forskningspersonerna av nedanstående skäl. Ett av inklusionskriterierna i kartläggningen var att patienten led av någon form av kognitiv svikt, vilket innebär att patienten har svårt att ta emot information och att avge samtycke. Kartläggningsperioden är dessutom retrospektiv och eftersom patientgruppen utgörs av de mest sjuka och sköra äldre är det många av patienterna som avlidit under vårdtiden, eller registrerats som avlidna i journalen, vilket innebär att de avlidit innan tiden för journalgranskningen. Det förefaller också mest etiskt att inte i efterhand söka upp dem av dessa äldre personer, med nedsatt kognition, de som fortfarande är i livet, och fråga dem om samtycke i efterhand. Även om studien är retrospektiv och endast redovisar data på gruppnivå, finns det en eventuell risk att enskilda personer, eller deras familjer, skulle kunna uppleva oro om de informeras om medverkan i studien. Det är inte säkert att de patienter som kartlagts i studien, som fortfarande är i livet, kommer att kunna dra någon direkt nytta av resultatet, men om resultatet får genomslag och påverkar vården av de mest sjuka äldre i en positiv riktning kan det leda till bättre planering och omhändertagande av den enskilda patienten.

Det kan också finnas en risk att resultatet från studien kan väcka frågor och oro hos såväl vårdpersonal som allmänhet. Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor skulle kunna känna sig

ifrågasatta när besluten att skicka patienter till sjukhus diskuteras. Äldre personer och anhöriga till personer på särskilda boenden skulle kunna uppleva oro över att de inte erbjuds rätt vård vid rätt vårdnivå och om beslut om vård och behandling är korrekta. Avsikten med kartläggningen var inte att ifrågasätta enskilda sjuksköterskors bedömningar, utan att lyfta fram ett underlag som kan belysa de svårigheter som personal inom kommunal äldreomsorg ställs inför.

PROBLEMFORMULERING

Patienter med kognitiv svikt har svårt för att redogöra för sin situation och sin hälsa och har svårt för att medverka i beslut om sin vård och behandling. Personal inom kommunal äldreomsorg saknar stöd och resurser för att bedöma försämring av hälsotillstånd och vårdbehov hos sjuka och sköra äldre patienter med kognitiv svikt. Detta leder ofta till transport till akutmottagningen, med ökad risk för dessa patienter att utveckla konfusion och drabbas av komplikationer och ökat lidande i en främmande sjukhusmiljö. Med utgångspunkt i min egen erfarenhet och med stöd av beskrivna forskningsresultat under inledande avsnitt, kan det därför ifrågasättas om transport till akutmottagningen eller inläggning på sjukhus alltid medför förbättrat hälsostatus, ökad livskvalitet och förlängd överlevnad för svårt sjuka, äldre patienter med kognitiv svikt. Trots omfattande forskning om sjuka och sköra äldre patienter generellt, saknas det specifika studier som fokuserar situationen för äldre patienter med kognitiv svikt som skickas till sjukhus, från särskilda boenden.

SYFTE

Syftet med studien var att kartlägga de mest sjuka och sköra äldre patienterna, med kognitiv svikt och nedsatt beslutsförmåga, som skickas till akutmottagningen, med avseende på inskickningsorsaker, symtom och åtgärder.

- Vilka besvär beskrivs i vårdbegäran, som orsaker till att patienter med kognitiv svikt skickas från särskilda boenden till akutmottagningen?
- Hur beskrivs patienternas tillstånd och symtom, på akutmottagningen och på vårdavdelningarna, i sjukhusjournalerna?
- Vilka åtgärder vidtas för dessa patienter enligt sjukhusjournalerna?

METOD

Studien består av två delar. Den första delen är en kartläggning där data redovisas med deskriptiv statistik på gruppnivå. Den andra delen innehåller berättelser, konstruerade patientfall, för att synliggöra människorna bakom siffrorna och ge studien en sinnlig inramning. Sandelowski (1991) menar att berättelser är verklighetstroga fiktioner, som liksom all mänsklig återgivning bygger på tolkning, och är av värde i sjuksköterskors forskning. Upplägget är inspirerat av Ingela Josefsons (2011, 2013) tankar om berättelsen som utgångspunkt i föreningen mellan teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap. Josefson menar att berättelser kan belysa svåra problem och dilemman där människors omdöme ställs på prov i den praktiska verkligheten. Vetenskaplig kunskap måste förenas med erfarenhetsbaserad kunskap, ”det är när tanke och känsla ingår en förbindelse som kunskapen får liv” menar Josefson (2011, 2013).

URVAL

Kartläggningen gjordes vid ett medelstort sjukhus i södra delen av Sverige, där akutmottagningen (AM) har ca 52 000 besök per år. Urvalet bestod av samtliga patienter med kognitiv svikt från särskilda boenden, som anlände till akutmottagningen med en vårdbegäran⁵ (Bilaga 1), under en tolv månadersperiod, 2011-10-01–2012-09-30. En vårdbegäran i det IT-baserade systemet för samordnad vårdplanering indikerar att patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård, samt att en sjuksköterska har varit involverad i samband med att patienten skickats till sjukhus. Tolv månader valdes för att få med variationer i patientflödet som kan uppstå beroende på årstider, semestertider, influensaperioder osv.

För att inkluderas i studien skulle patienterna komma från särskilda boenden, de som kom från ordinärt boende, korttidsboende eller någon typ av gruppboende för funktionshindrade, exkluderades. Det skulle framgå av vårdbegäran att patienten led av någon form av kognitiv svikt (Svenskt Demenscentrum, 2010). I vårdbegäran finns en kolumn med frågor om aktuellt status med rutor att bocka i för ”ja” ”nej” och ”delvis”. De patienter där frågan ”desorienterad” var ifylld med ”ja” eller ”delvis” inkluderades. Även personer för vilka det noterats i rutan för ”hälsoläge” att de led av en demenssjukdom, eller där det framgick att de bodde på en demensavdelning, inkluderades.

⁵ Vårdbegäran = begäran om erhållande av hälso- och sjukvård. (Socialstyrelsens termbank)

GENOMFÖRANDE

Kartläggningen

Data inhämtat från vårdbegäran

Patienternas personnummer, kön, hemkommun och datum för ankomst till akutmottagningen antecknades, liksom de beskrivna aktuella besvär och hälsotillstånd som föranlett sjukhusbesöket. Någon nedre åldersgräns för inkludering sattes inte, alla som kom från särskilda boenden med kognitiv svikt medräknades. För att kategorisera besvär som beskrivits i vårdbegäran har övergripande rubriker ur dokumentationssystemet ”Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa” (ICF) använts (Socialstyrelsen, 2003). Det är ett klassificeringssystem som utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) och som är tänkt att bidra till ett gemensamt och standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och hälsa (Socialstyrelsen, 2012b). Rubrikerna har hämtats från förteckningen ”kroppsfunktioners” olika kapitel. De kapitel som innefattade många olika tillstånd delades upp i underrubriker. Till exempel var kapitel ”hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner” för övergripande, varför det delades upp i underrubriker för att åtskilja andningsrelaterade besvär, hjärt-kärlbesvär, problem med blodtryck och blödningar. Ett annat exempel är ”värmereglerande funktioner” som ryms i kapitlet ”matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner” och innefattar feber. För att beskriva ”fall” valdes kapitlet ”förflyttning” från förteckningen ”aktivitet och delaktighet” (Socialstyrelsen, 2003). Förutom dessa kapitel och underrubriker, konstruerades ytterligare tre rubriker för att täcka in orsaker, som inte rymdes inom rubrikerna som hämtats från ICF. (Tabell 1).

Data inhämtat från sjukhusjournaler

För de patienter som inkluderats i studien inhämtades data från sjukhusjournalerna. Läkarnas intagningsanteckningar granskades, liksom läkarnas epikriser och sjuksköterskornas omvårdnadsepikriser för de patienter som blev inlagda. Vid journalgranskningen noterades om patienterna blev inlagda, vårdtid och vårdavdelningar. De symptom som beskrevs vid ankomsten noterades, liksom de mest förekommande åtgärderna och behandlingarna, samt patienternas tillstånd, så som det beskrevs i journalerna. För de patienter där det fanns ICD-10-SE-koder (Socialstyrelsen, 2010), noterades de för huvuddiagnoserna, bi-diagnoser noterades inte. Om patienten avlidit under vårdtid, eller var registrerad som avliden i journalsystemet enligt uppgift från folkbokföringsregistret vid tidpunkten för granskningen, registrerades det. En anteckning gjordes också om det dokumenterats i journalen om patienten anlände ensam till AM eller hade någon

Tabell I. Övergripande förteckningar, kapitelrubriker och underrubriker enligt ICF, vad de kan innefatta samt exempel på text i vårdbegäran.

<u>FÖRTECKNING ENLIGT ICF*</u>	<u>KAPITELRUBRIKER ENLIGT ICF</u>	<u>UNDERRUBRIKER ENLIGT ICF</u>	<u>INNEFATTAR</u>	<u>EXEMPEL</u>
KROPPSFUNKTIONER	1. Psykiska funktioner		Medvetanderubbningar, bortfallssymtom, kramper, förvirring	"går inte att väcka", "sned i ena mungipan", "mycket orolig"
	2. Sinnesfunktioner och smärta	Smärta		"bröstmärtor", "ajjar sig när hon reser sig"
	4. Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings- immunsystems- och andningsfunktioner	Hjärtfunktioner, Blodtrycksfunktioner, Funktioner i blodbildningssystemet och det immunologiska systemet, Andningsfunktioner		"bröstmärtor", "oregelbunden puls", "Hb 80", "blödning från tarmen", "häsig andning", "rosslig och bubblig i bröstet"
	5. Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	Värmereglerande funktioner, Endokrina funktioner = Instabilt blodsocker	Besvär från mag-tarmkanalen, feber, högt blodsocker, lågt blodsocker	"kräkning", "vattentunna diarréer", "ont i magen", "behandlas för UVI men har fortf. feber"
	6. Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner			"kan inte kissa", "behandlas för UVI men har fortf. feber", "illaluktande flytningar"
	7. Neuro-muskulo-skeletala och rörelserelaterade funktioner		Besvär från muskler, leder och skelett	"kan inte belasta hö. ben", "ajjar sig när hon reser sig", "svullen vä. arm efter fall"
	8. Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer			"rodnad, svullnad och värmeökning hö. vad", "fallit och slagit upp ett jack i bakhuvudet"
AKTIVITET OCH DELAKTIGHET	4. Förflyttning		Fall	"fallit och slagit upp ett jack i bakhuvudet", "ramlat på toaletten, smärta i hö. höft"
<u>ÖVRIGA INSKICKNINGSORSAKER</u>				
Planerat besök				Återbesök för kompletterande undersökning
Övrigt				Tandprotes i halsen, intox, besök med remiss
Vårdbegäran saknas				

* Förteckningen "Kroppsfunktioner" innehåller flera för granskningen valda kapitelrubriker medan förteckningen "Aktivitet och delaktighet" endast innehåller kapitelrubriken "Förflyttning" som innefattar "Fall".

medföljande. Ingen åtskillnad i datainsamlingen gjordes mellan sjuksköterskors och läkares epikriser och eftersom sjuksköterskornas anteckningar från AM var knapphändiga granskades inte dessa. Daganteckningar och t.ex. operationsberättelser eller remissvar från sjukhusvistelsen granskades inte.

Eftersom patientunderlaget utgjordes av inkomna vårdbegäran och sjukhusjournaler under en viss tidsperiod, kunde samma person återkomma vid flera tillfällen. Av det skälet används begrepp som t.ex. ”patientbesök”, ”sjukhusbesök” och ”vårdtillfälle” för att tydliggöra att data kan innefatta samma patienter upprepade gånger.

Vid genomgången av vårdbegäran antecknades först alla uppgifter på papper. Därefter granskades sjukhusjournalerna för de inkluderade patientbesöken. Även uppgifter från journalerna noterades på papper. När materialet var insamlat registrerades det i statistikprogrammet Epi-Info (CDC, 2014). Under registreringen i statistikprogrammet öppnades åter vårdbegäran och journalerna för att kontrollera och komplettera data. Datamaterialet presenteras med deskriptiv statistik som antal och andelar, medelvärden och medianberäkningar och illustreras med figurer och tabeller.

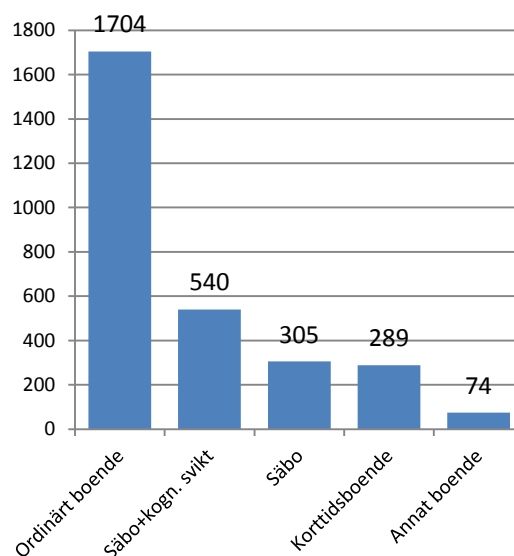
Berättelser

Berättelser har använts för att illustrera patientfall och ge liv och känsla åt siffror och tabeller. Fyra patientfall konstruerades för att exemplifiera patienter som sjuksköterskor i kommunal äldrevård ofta möter. Personerna i berättelserna är fiktiva, men baseras på verkliga patientmöten. Berättelserna har sitt ursprung i min egen erfarenhet som sjuksköterska och konstruerades under datainsamlingen och analysarbetet. Eftersom många patienter som skickas in på grund av andningsbesvär är skröpliga och svåra att bedöma, konstruerades berättelsen om Alma (Bilaga 2). Den utgick från bilden av en svårt medtagen patient som skickas till akutmottagningen och avlider under sjukhusvistelsen. Då det var uppenbart att fallolyckor och misstänkta skelettskador var en vanlig inskickningsorsak, samt att flertalet av dem inte hade någon fraktur som behövde opereras, konstruerades berättelsen om Arne (Bilaga 3). Berättelsen om Nils (Bilaga 4) konstruerades för att beskriva en del av de patienter som dokumenterades som symtomfria på AM. Eftersom Nils skickas in med misstänkta hjärtbesvär, var det intressant att ta reda på vad som hände med de patienter som hade en konstaterad hjärtinfarkt, varför historien om Dagny konstruerades (Bilaga 5). Olika variabler kombinerades vid analysen av data för att bygga upp berättelsernas patienter.

RESULTAT

UPPGIFTER HÄMTADE FRÅN VÅRDBEGÄRAN

Under den granskade tolv månadersperioden inkom 2912 vårdbegäran i akutmottagningens inkorg. Av dem gällde 1704 personer i ordinärt boende, medan 845 var ställda från särskilda boenden, 289 från korttidsboenden och 74 från andra boendeformer, t.ex. gruppboenden för funktionshindrade barn och ungdomar. För 540 av de 845 vårdbegäran från särskilda boenden var inklusionskriterierna för denna studie uppfyllda. (Figur 1).



Figur 1. 2912 granskade vårdbegäran fördelade på ovanstående boendeformer. Säbo är uppdelat efter vårdbegäran för patienter med och utan dokumenterad kognitiv svikt.

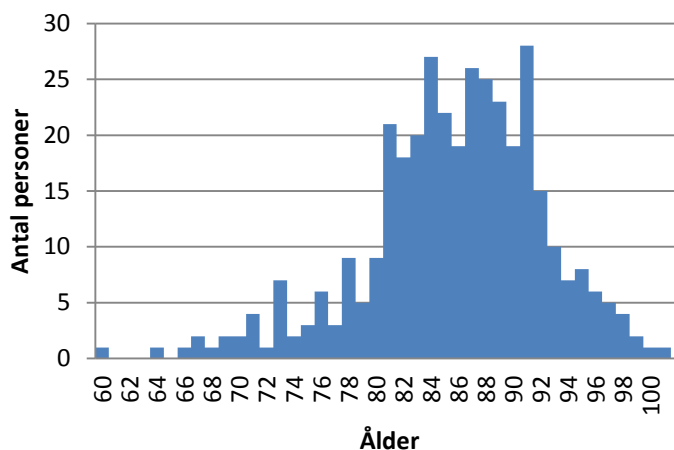
Vid fortsatt granskning i sjukhusjournalen kunde 37 vårdbegäran räknas bort, eftersom det saknades journalanteckningar från det aktuella tillfället, eller så framgick det med tydlighet att patienten kom från en annan boendeform än den som var dokumenterad i vårdbegäran. Det visade sig att 85 av de inkluderade vårdbegäran gällde patienter som hade kommit till AM under den granskade tolv månadersperioden, utan vårdbegäran. Antingen hade patienter skickats till AM utan vårdbegäran, eller så var vårdbegäran aviserad till andra mottagare än akutmottagningen, till vilka jag saknade behörighet. Det slutgiltiga antalet patientbesök som inkluderades i studien, blev således 588. Dessa 588 patientbesök kodades och visade sig bestå av 366 personer, vilket innebär att många av patienterna kom till AM flera gånger och att flera var s.k. mångbesökare⁶. (Tabell II).

Tabell II.

Besök/person under 12 månader	
Antal	
n=366 personer	
antal besök	personer
1	236
2	76
3	34
4	11
5	4
6	3
7	1
9	1
totalt	366

⁶ Mångbesökare=en patient som sökt akutmottagningen fyra gånger eller fler under en 12-månadersperiod enligt Kalmarprojektet (Roupert, 2010).

Femtionio procent av de 588 patientbesöken utgjordes av kvinnor och 41% av män. Också 59% av de 366 personerna var kvinnor och 41% var män. Åldern för de 366 personerna varierade mellan 60 år och 101 år och såväl medelåldern som medianåldern var 86 år. Två personer var under 65 år, den ålder vilken ofta används som nedre åldersgräns för studier på sjuka äldre. Femtiosju procent var mellan 80 och 89 år och 29% av personerna var 90 år eller äldre. (Figur 2).



Figur 2. Åldersfördelning n=366 personer

Inskickningsorsaker enligt vårdbegäran

Det var vanligt att det i vårdbegäran stod angivet flera orsaker till att patienten skickades till sjukhus. I 347 vårdbegäran fanns minst två orsaker till att patienten behövde sjukhusvård. I vissa fall kunde flera symtom rymmas inom en underrubrik. Om det t.ex. stod att patienten var illamående och kräktes, noterades det som ett symptom under rubriken ”matsmältning/ämnesomsättning”, eller så kunde det stå i vårdbegäran att patienten varit avsvimnad och därefter sned i ena sidan, vilket resulterade i en notering under rubriken ”psykiska funktioner”. (Tabell III och IV).

Tabell III.

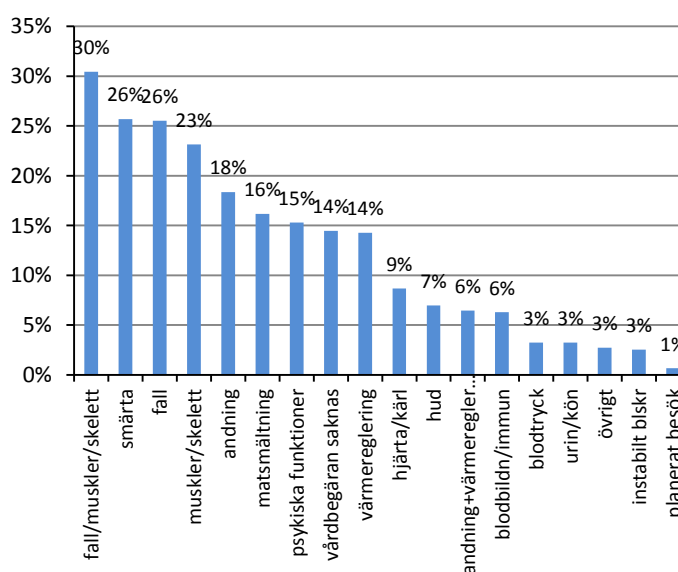
Olika inskickningsorsaker
Antal
n= 588 patientbesök

Inskickningsorsaker	Antal inkommande patientbesök/orsak
fall/muskler/skelett	179
smärta	151
fall	150
muskler/skelett	136
andning	108
matsmältning	95
psykiska funktioner	90
vårdbegäran saknas	85
värmereglering	84
hjärta/kärl	51
hud	41
andning+värmereglering	38
blodbildning/immun	37
blodtryck	19
urin/kön	19
övrigt	16
instabilt blodsocker	15
planerat besök	4

Ett besök kan vara föranlett av flera orsaker varför det blir fler än 588

Tabell IV.

Olika inskickningsorsaker
Andelar
n= 588 patientbesök



Ett besök kan vara föranlett av flera orsaker varför det blir mer än 100%

UPPGIFTER HÄMTADE FRÅN SJUKHUSJOURNALER

Ankomstanteckningar

Läkarnas ankomstanteckningar från patientbesöken på AM lästes. Många patienter hade diffusa symtom och många kunde inte heller redogöra för sina symtom eller besvär. Läkarna uttryckte ofta att det var svårt att få fram varför patienten kommit till sjukhuset, hänvisade till ibland bristfälligt ifyllda vårdbegäran och beskrev att patienten själv inte kunde lämna någon anamnes. I 71% (417 st.) av ankomstanteckningarna fanns klart beskrivna symtom eller en ICD-10-SE-diagnos angiven, medan i 29% (171 st.) var en inte entydig symtombild dokumenterad av läkarna.

De symtom som beskrevs i ankomstanteckningarna på AM registrerades. Symtom från skador på rörelseapparaten var den enskilt största symtomgruppen som beskrevs i journalerna på AM (31%, 184 st.). Under rubriken ”övrigt” registrerades symtom som inte hörde hemma under andra rubriker såsom t.ex. symtom från underlivet eller diabetesrelaterade symtom. (Tabell V och VI).

Tabell V.

Beskrivna symtom i journalerna på AM

Antal

n=588 patientbesök

Symtom från:	antal
rörelseapparaten	184
luftvägar	91
övriga infektioner	69
symtomfri	62
hjärta/kärl	60
neuro/psyk	57
mage/tarm	46
hud	41
övrigt	27
urinvägar	24

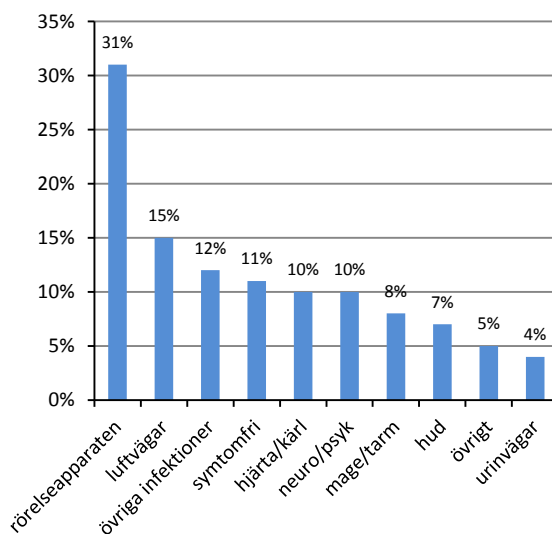
Varje patientbesök kan generera fler än ett symtom varför det blir fler än 588

Tabell VI.

Beskrivna symtom i journalerna på AM

Andelar

n=588 patientbesök



Varje patientbesök kan generera fler än ett symtom varför det blir mer än 100%

Medföljande

Det framgick i 173 journaler (29%) att patienten haft någon person med på AM, antingen någon anhörig eller någon personal. I 11 journaler stod det dokumenterat att patienten var ensam, medan det i 404 journaler (69%) saknades dokumentation om att det fanns någon medföljande. (Tabell VII). Det gick inte att utläsa om patienterna, i vilkas journaler det saknades dokumentation om medföljande, verkligen var ensamma på AM, men i de journaler där det stod angivet att patienten hade någon med sig, beskrevs detta tydligt och samtal återgavs.

Tabell VII.

Medföljande enligt ankomstanteckningar på AM
Antal och andelar
n=588 patientbesök

Medföljande	Antal	Procent (%)
Ej dokumenterat	404	69
Dokumenterat ensam	11	2
Dokumenterat medföljande	173	29

Symtomfri

I 11% (62 st.) av ankomstanteckningarna beskrevs patienterna som symtomfria vid ankomst till akutmottagningen. Vitalparametrar var normala och de undersökningar som gjordes för att utesluta sjukdomsfynd, t.ex. EKG eller röntgenundersökning, visade inget avvikande. Vanligaste orsakerna till att dessa patienter skickats till sjukhus var neurologiska symtom, besvär från mag-tarmkanalen samt hjärtbesvär, men besvären hade klingat av vid ankomst till AM. Femton av patienterna utan kvarvarande symtom fick ingen ICD-10-SE-diagnos. De diagnoser som ställdes var t.ex. ospecificerad demens, ospecificerad desorientering, ospecificerad astma, ospecificerad bröstsmärta eller buksmärta, kontusion på höft och även diagnoser för misstanke om olika sjukdomstillstånd. Trettiofyra (55%) av patienterna som dokumenterats som symtomfria blev inte inlagda medan 28 (45%) lades in för utredning.

Okontaktbar

Vid 40 (7%) tillfällen anlände patienter okontaktbara till akutmottagningen, enligt ankomstanteckningarna. De vanligaste anledningarna till att dessa patienter skickats in var problem med psykiska funktioner såsom bortfallssymtom och frånvaroattacker, problem med andning, samt feber, vilka också var de vanligast beskrivna symtomen för dessa patienter på AM. För 78% (31 st.) av de som anlände okontaktbara fanns beslut om palliativ vård⁷ eller inga aktiva åtgärder dokumenterade och av dem avled 17 patienter på sjukhuset. Totalt avled 18 patienter under vårdtid (45%) av de 40 besök på AM med okontaktbara patienter.

⁷ Palliativ vård = När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. Den palliativa vården ska stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota, oavsett diagnos eller typ av sjukdom. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. (Svenska Palliativregistret).

Inläggning på vårdavdelning

Etthundrafemtioåtta patientbesök (27%) bestod av patienter som endast besökte AM, medan 430 besök (73%) resulterade i inläggningar på vårdavdelningar. Flertalet patienter som lades in vårdades på en avdelning, medan 150 (35%) av inläggningarna ledde till vård på två avdelningar och vid 14 vårdtillfällen flyttades patienter till en tredje eller fjärde vårdavdelning under vistelsetiden på sjukhuset. Tillfälliga vistelser på t.ex. operation, intensivvårdsavdelningen (IVA) eller uppvakningsavdelning är inte medräknade. Den mest frekventerade vårdavdelningen var den medicinska akutvårdsavdelningen (MAVA) med 43% (187 st.) av det totala antalet inläggningar.

INSKICKNINGSORSAKER ENLIGT VÅRDBEGÄRAN OCH SYMPTOM BESKRIVNA PÅ AKUTMOTTAGNINGEN

Smärta

Smärta var det symptom som oftast beskrevs i vårdbegäran, men det återfanns nästan alltid i kombination med något annat besvär. Omkring hälften av patienterna med smärta angivet hade också fall och/eller skelettskador beskrivna i vårdbegäran. Även besvär från matsmältningsorganen eller hjärtat var vanliga i kombination med smärta. Vid fem (3%) av patientbesöken fanns smärta angivet som enda inskickningsorsak. (Tabell VIII). Femtio (33%) patientbesök föranledde ingen inläggning utan endast besök på akutmottagningen och av dessa bedömdes 14 (28%) av patienterna vara symptomfria på AM. Smärtlindring fanns dokumenterad som en åtgärd i 68 (45%) av journalerna för patienter som skickats in med beskriven smärta.

Tabell VIII.

Patienter med inskickningsorsak endast smärta samt smärta i kombination med besvär från olika kroppsfunktioner
Antal och andelar
n=151 patientbesök

Inskickningsorsak	Antal beskrivningar i vårdbegäran	Procent (%)
Endast smärta	5	3
Samt fall	84	56
Samt skelett	81	54
Samt fall+skelett	66	44
Samt matsmält.	21	14
Samt hjärta/kärl	17	11
Samt psyk.funkt.	11	7
Samt andning	8	5
Samt hud	6	4
Samt blodtryck	5	3
Samt feber	4	3
Samt urinvägar	4	3
Samt blödning	3	2

Flera orsaker kan kombineras varför det blir fler än 151 resp. 100%

Besvär från rörelseapparaten (Tabell IX)

Fall och skador på rörelseapparaten var ofta angivna som orsak till att patienter skickades till AM. Fall omnämndes 150 gånger och skador på muskler, leder och skelett 136 gånger och kombinerades variablerna visade det sig att det i 179 (30%) av vårdbegäran beskrevs att patienten hade fallit och/eller ådragit sig en misstänkt skelettskada. Symtom från rörelseapparaten var också den enskilt största symptomgruppen som beskrevs i ankomstanteckningarna på AM (184 st., 31%). Överensstämmelsen mellan inskickningsorsak och symptom på AM var hög för fall och

skelettskador. För trettioen (17%) av patientbesöken med symtom från rörelseapparaten beskrivna i ankomstanteckningar fanns ingen vårdbegäran registrerad. Det var ofta samma individer som besökte AM på grund av skador på rörelseorganen. En patient stod för nio av sjukhusbesöken och vid närmare granskning berodde det på en ledprotes med komplikationer. Flertalet av patientbesöken som kunde relateras till skador på rörelseapparaten var endast besök på akutmottagningen och ledde inte till någon inläggning. (Tabell IX).

Tabell IX. Patientbesök relaterade till skador på rörelseapparaten

Andelar och antal

Inskickningsorsak: n=179 patientbesök

Symtom på AM: n=184 patientbesök

Enligt dokumentation i vårdbegäran / journal på AM vid patientbesök för resp. grupp	Inskickningsorsak fall/muskler/skelett n=179 patientbesök		Symtom från rörelseapparaten beskrivet i journal på AM n=184 patientbesök	
	Antal patientbesök	Procent (%)	Antal patientbesök	Procent (%)
Patientbesök av samma patient 2 el. fler ggr.	48	27	77	42
90 år eller äldre	62	35	58	32
Kvinnor	124	69	136	74
Män	55	31	48	26
Desorienterade på sjukhuset	158	88	151	82
Oroliga på sjukhuset	38	21	36	20
Endast besök på AM	69	39	77	42
Röntgen	143	80	162	88
Operation	54	30	56	30

Andningsrelaterade besvär (Tabell X)

Andningsrelaterade besvär var en annan vanlig orsak till att patienter skickades in, 108 inskickningstillfällen (18%) berodde på den orsaken och 38 av dem föranleddes av andningsbesvär i kombination med feber. Patienter med andningsbesvär kan ha svårtolkade och diffusa symtom vilket avspeglade sig i läkarbedömningen på AM där 46% (50 st.) av ankomstanteckningarna innehöll en inte entydig bedömning. Vid 65 (60%) av de 108 de tillfällen då patienter skickats in på grund av andningsbesvär, uppgavs patienterna ha symtom från luftvägarna på AM, medan 36 patienter (33%) beskrevs ha andra symtom som inte var direkt relaterade till luftvägarna, t.ex. hjärtkärlsymtom eller symtom på infektion med oklar lokalisering. Symtom från andningsorganen var dokumenterade i 91 (15%) av ankomstanteckningarna, i några fall tillsammans med hjärtbesvär, symtom från magen, skelettet, eller oklara infektionstecken. Bland de patientbesök där symtomen på AM beskrevs som luftvägsrelaterade, men inte inskickningsorsaken, var de flesta inskickade utan vårdbegäran, men även orsaker som fall, besvär med psykiska funktioner, magbesvär och smärta fanns angivna.

Vid 14 (13%) av de tillfällen då patienter skickats på grund av andningsbesvär, angavs de vara okontaktbara vid ankomsten till akutmottagningen. I 31% (33 st.) av journalerna fanns dokumenterat beslut om att avstå från hjärt-lungräddning (HLR) och i 28% (30 st.) av journalerna fanns dokumentation om att patienterna var i behov av palliativ vård, eller att inga aktiva åtgärder skulle utföras. Av dem som bedömdes vara i behov av palliativ vård avled 53% (16 st.) under vårdtiden. De 108 patientbesök som orsakades av andningsbesvär bestod av 90 personer, några kom flera gånger, och av dem avled 23 personer (26%) under vårdtiden. Vid hälften av patientbesöken ställdes ICD-10-SE-diagnoser som motsvarade andningsrelaterade symtom, såsom lunginflammation, KOL⁸, övre luftvägsinfektion och bronkit, astma eller andnöd. (Tabell X).

Tabell X.

Patientbesök föranledda av inskickningsorsak andningsbesvär
Antal och andelar
n=108 patientbesök

	Antal beskrivningar i journaler	Procent (%)
Symtom från luftvägarna på AM	65	60
Okontaktbar vid ankomst till AM	14	13
Palliativ vård/inga aktiva åtgärder	30	28
0 HLR	33	31
Behandling med syrgas	52	48
Vård dagar 0	10	9
Vård dagar 1-5	53	49
Vård dagar >5	45	42
Luftvägsrelaterade diagnoser	54	50
Hjärt-kärlrelaterade diagnoser	25	23
Avlidna under vårdtid*	23*	26*

*Antal och andel av de 90 personer som ingick i de 108 patientbesöken

Besvär från matsmältningsorganen samt instabilt blodsocker

Nittiofem (16%) av sjukhusbesöken orsakades av besvär från mag-tarmkanalen, t.ex. buksmärtor eller kräkningar, ibland som enda orsak men oftast i kombination med andra orsaker såsom t.ex. smärta, feber, besvär från andningsorganen eller hjärta/kärl. Vid 29% (28 st.) av dessa patientbesök

Tabell XI.

Patientbesök föranledda av besvär från matsmältningsorganen samt i kombination med besvär från olika kroppsfunktioner
Antal och andelar
n=95 patientbesök

Inskickningsorsak	Antal beskrivningar i vårdbegäran	Procent (%)
Endast matsmältning	21	22
Samt feber	24	25
Samt smärta	21	22
Samt andning	13	14
Samt psyk.funkt.	12	13
Samt blodtryck	12	13
Samt hjärta/kärl	11	12
Samt blödning	8	8
Samt övrigt	19	20

Flera orsaker kan kombineras varför det blir fler än 95 resp. 100%

Tabell XII.

Symtombeskrivningar för patientbesök föranledda av besvär från matsmältningsorganen
Antal och andelar
n=95 patientbesök

Symtom på AM	Antal beskrivningar i journaler	Procent (%)
Mage/tarm	28	29
Övr. infektioner	19	20
Symtomfri	16	17
Andn.organ	10	11
Hjärta/kärl	9	9
Neuro/psyk	8	8
Övrigt	17	18

Flera orsaker kan kombineras varför det blir fler än 95 resp. 100%

⁸ KOL= Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom.

fanns beskrivningar av symtom från mag-tarmkanalen på AM. (Tabell XI och XII).

De patienter som hade symtom från mag- tarmkanalen beskrivna i ankomstanteckningarna utgjorde åtta procent (46 st.) av samtliga granskade patientbesök på AM. Av dem hade flertalet skickats in på grund av besvär från matsmältningsorganen, men smärta och blödningar förekom också som inskickningsorsaker. Samtliga 46 patienter fick ICD-10-SE-diagnoser ställda med stor variation, 32 olika diagnoskoder förekom. De vanligaste diagnoserna var olika former av gastroenterit och magblödningar, men diagnoser för gallbesvär och urinvägsbesvär förekom också liksom lunginflammation, ospecificerad buksmärta och förstoppning.

Psykiska funktioner och neurologiska symtom (Tabell XIII)

Inskickningsorsak på grund av besvär med psykiska funktioner innefattar t.ex. frånvaroattacker, neurologiska bortfallssymtom och förvirringstillstånd. Nittio patientbesök (15%) utgjordes av patienter som skickats på grund av besvär med psykiska funktioner och dessa bestod av 78 personer, varav några kom flera gånger. Vid 16 (18%) av besöken bedömdes patienterna vara symtomfria på akutmottagningen. För samtliga, utom en, som bedömdes symtomfria var antingen vitalparametrar eller blodprover kontrollerade och olika undersökningar utförda. För en patient saknades dokumentation om provtagning eller undersökningar, en 100 år gammal person som kom ensam till AM, där ställningstagande togs om palliativ vård, varpå patienten fick återvända till boendet.

Vid 15 (17%) vårdtillfällen var patienterna okontaktbara när de anlände till AM. Det återfanns dokumentation om ställningstagande till palliativ vård eller inga aktiva åtgärder i 42 (47%) journaler och beslut om att avstå hjärt-lungräddning i 29 (32%) journaler. Tolv (15%) av de 78 personerna som vårdades efter att ha skickats in med besvär från psykiska funktioner avled under vårdtiden på sjukhuset. (Tabell XIII).

Tabell XIII.

Symtom, tillstånd och ställningstaganden beskrivna på AM för patienter med inskickningsorsak psykiska funktioner
Antal och andelar
n= 90 patientbesök

Symtom	Antal journalanteckningar	Procent (%)
Neuro/psyk	28	31
Symtomfri	16	18
Övr. infektion	14	16
Hjärta/kärl	13	14
Luftvägar	9	10
Övrigt	4	4
Rörelseapp.	3	3
Urinvägar	2	2
Hud	2	2
Mage/tarm	1	1
Sinnesstillstånd		
Desorienterad	81	90
Orolig	31	34
Okontaktbar	15	17
Ställningstaganden		
Palliativ vård/inga aktiva åtg.	42	47
0 HLR	29	32
Avlidna		
Avliden under vårdtid*	12*	15*

* Antal och andel av de 78 personer som ingick i de 90 patientbesöken

Feber som inskickningsorsak och symtom på oklar infektion på AM

Tabell XIV.

Patienter med inskickningsorsak endast feber samt feber i kombination med besvär från olika kroppsfunktioner
Antal och andelar
n= 84 patientbesök

Inskickningsorsak	Antal beskrivningar i vårdbegäran	Procent (%)
Endast feber	6	7
Samt andning	38	45
Samt matsmäln.	24	29
Samt psyk.funkt.	17	20
Samt urinvägar	8	10
Samt instabilt blskr.	8	10
Samt hud	7	8
Samt övrigt	16	19

Feber ryms inom underrubriken värmereglerande funktioner och är liksom smärta ett symtom som förekom tillsammans med andra beskrivna orsaker till att patienter skickades till sjukhus. Sex patientbesök föranleddes av enbart feber som inskickningsorsak. Sammanlagt fanns feber beskrivet i 84 vårdbegäran. (Tabell XIV).

De vanligaste dokumenterade symtomen på AM, för patienterna med feber beskrivet i vårdbegäran, var oklara infektionstecken (44%, 37 st.) och symtom från luftvägarna (30%, 25 st.). Vid granskning av ankomstteckningarna på AM återfanns beskrivningar av tecken på infektion, såsom t.ex. feber eller förhöjda infektionsparametrar i blodprover, utan specificerad lokalisation för infektionen i 69 (12%) av de 588 journalerna. ICD-10-SE-diagnoserna för dem med oklara infektioner varierade och kunde t.ex. vara olika ospecificerade bakteriella eller virusutlösta infektioner, infektioner i gallvägar, lungor och njurar, njursvikt och hjärtsvikt, men även demens förekom som huvuddiagnos.

Besvär från hjärta och blodkärl (Tabell XV - XVII)

För nio procent (51 st.) av patientbesöken på AM fanns besvär från hjärta eller blodkärl återgivna i vårdbegäran. Det beskrevs som t.ex. bröstsmärtor, tecken på kärlkramp, snabb puls, misstanke om ventrombos och andra besvär från hjärta och kärl. I de flesta av dessa vårdbegäran fanns även andra besvär beskrivna, varav det vanligaste var smärta. Fyrtiofem procent (23 st.) av dem som skickats in med besvär från hjärta och kärl, uppvisade även på AM symtom som tolkades härröra från hjärta och kärl, medan vid 20% (10 st.) av patientbesöken bedömdes patienterna vara symtomfria, enligt ankomstteckningar. EKG-undersökning utfördes enligt de granskade journalerna vid 76% (39 st.) av vårdtillfällena, för patienter som skickats in med hjärt-kärlbesvär. Diagnoserna som ställdes på sjukhuset var varierande, 53% (27 st.) var hjärt-kärlrelaterade ICD-10-SE-diagnoser. (Tabell XV - XVII).

Tabell XV.

Patientbesök med inskickningsorsak hjärt-kärlbesvär, endast och i kombination med besvär från olika kroppsfunktioner
Antal och andelar
n= 51 patientbesök

Inskickningsorsak	Antal beskrivningar i vårdbegäran	Procent (%)
Endast hjärt-kärlbesvär	9	18
Samt smärta	17	33
Samt andning	15	29
Samt matsmältning	11	22
Samt psykiska funkt.	8	16
Samt övrigt	5	10

Tabell XVII.

Diagnoser beskrivna på AM för patientbesök med inskickningsorsak hjärt-kärlbesvär
Antal och andelar
n= 51 patientbesök

ICD-10-diagnoser	Antal beskrivningar i journaler	Procent (%)
Hjärtinfarkt	7	14
Osprec. bröstsmärta	6	12
Hjärtsvikt	5	10
Ventrombos	4	8
Övriga hjärt-kärldiagnoser	4	8
<u>Summa hjärt-kärlrelaterade diagnoser</u>	26	51
Andningsorganen	9	18
Demens	3	6
Övrigt	10	20
Diagnos saknas	3	6

Tabell XVI.

Symtom och åtgärder beskrivna på AM för patientbesök med inskickningsorsak hjärt-kärlbesvär
Antal och andelar
n= 51 patientbesök

Symtom på AM	Antal beskrivningar i journaler	Procent (%)
Hjärta/kärl	23	45
Symtomfri	10	20
Andn.organ	6	12
Övr. infektioner	5	10
Övriga symtom	9	18
<u>Åtgärder</u>		
EKG	39	76

Vårdbegäran saknas

Åttiofem (14%) patientbesök registrerades som patienter utan vårdbegäran och innefattade både besök där vårdbegäran saknades och där vårdbegäran ställts till en annan enhet än akutmottagningen, dit jag inte hade behörighet. De symtom som dokumenterades på AM varierade för denna patientgrupp. Alla symtom fanns representerade och 11% (9st.) beskrevs som symtomfria. Trettiofyra (40%) av patientbesöken utan registrerad vårdbegäran resulterade endast i ett besök på AM.

ÅTGÄRDER DOKUMENTERADE I SJUKHUSJOURNALERNA

Provtagningar och undersökningar

Alla patienter som anlände till akutmottagningen genomgick olika undersökningar och behandlingar. Mätning av vitalparametrar såsom puls, blodtryck, andningsfrekvens, syresättning och temperatur var de vanligaste undersökningarna. Vid 21% (126 st.) av vårdtillfällena fanns det inte dokumenterat värden av vitalparametrar i de granskade journaldelarna. Flertalet av patientbesöken där dokumentation av vitalparametrar saknades hade symtom beskrivna från rörelseapparaten. Närmare hälften av patientbesöken resulterade i röntgenundersökningar och EKG var också en vanligt förekommande undersökning. Datortomografi utfördes vid 103 (18%) tillfällen, och ultraljudsundersökningar ett fåtal gånger. (tabell XVIII).

Tabell XVIII.

Utförda undersökningar under vårdtid
Antal och andelar
n= 588 patientbesök.

Undersökning	Antal	Procent (%)
Röntgen	283	48
EKG	222	38
Datortomografi	103	18
Ultraljudljud	26	4

Operationer, gips och suturering

Av de 68 operationer som utfördes enligt de granskade sjukhusjournalerna var 56 relaterade till skelettet, främst höft- och lårbensfrakturer. Andra orsaker till att patienter opererades var urinvägs- eller underlivsbesvär. Vid 22 tillfällen (4%) gipsades patienter, 15 av dem till följd av underarmsfrakturer eller frakturer på fingrar. Sexton (73%) av dem som gipsades besökte endast AM. (Tabell XIX).

Tabell XIX.

Antal utförda operationer samt gipsade och suturerade skador under vårdtid
Antal och andelar
n=588 patientbesök

Behandling	Antal	Procent (%)
Operation	68	12
Gips	22	4
Suturering	18	3

Syrgas, dropp och läkemedel

Uppgifterna om behandling med olika läkemedel, infusioner och syrgas är hämtade från ankomstanteckningar och epikriser i journalerna. Det är vanligt att patienter behandlas med t.ex. smärtlindring eller infusion i samband med operationer, vilket inte registrerats om det inte omnämnts i epikriserna.

En del patienter fick syrgasbehandling (16%, 96 st.), men i flertalet journaler beskrevs det att patienten saturerade sig väl på luft. I nästan lika många journaler (15%, 91 st.) nämndes behandling med infusioner. Det vanligaste beskrivna tillståndet på AM som föranledde att dropp sattes, var tecken på ospecificerad infektion, men även symtom från andningsvägarna eller mag- tarmkanalen var vanliga bland dem som behandlades med infusion.

Det förekom behandling med olika typer av läkemedel. Smärtlindrande läkemedel, vätskedrivande läkemedel och antibiotika registrerades separat, medan alla andra sorters läkemedel noterades som ”övriga läkemedel”. Vid 27% (160 st.) av samtliga 588 registrerade patientbesök dokumenterades i journalerna att intravenös antibiotika givits under sjukhusvistelsen. De vanligaste inskickningsorsakerna för patienter som behandlades med intravenös antibiotika var andningsrelaterade besvär, feber eller besvär från mag- tarmkanalen. Trettiofyra procent av dem (52 st.) uppvisade symtom från luftvägarna på AM, enligt ankomstanteckningarna, och 39% (63 st.) beskrevs ha tecken på infektion med oklar lokalisering. Nitton procent (30 st.) av patienterna som fick behandling med intravenös antibiotika avled under vårdtiden på sjukhuset. Administrering av vätskedrivande läkemedel fanns dokumenterat i 58 (10%) av journalerna, varav flertalet hade skickats in för andningsrelaterade besvär.

Palliativ vård, inga aktiva åtgärder och konservativ behandling⁹

Patienterna som anlände till akutmottagningen var skröpliga och sjuka och det hände att läkarna höll brytpunktsamtal¹⁰ med anhöriga redan vid ankomsten enligt journalanteckningar. I 19% (111 st.) av anteckningarna i de granskade delarna av journalerna fanns beslut om att undvika återupplivning. I en del journaler gick det att läsa att läkaren hänvisade till redan tidigare taget beslut om att avstå HLR.

Dokumentation om beslut om palliativ vård, konservativ behandling eller att inga aktiva åtgärder skulle utföras återfanns i journalerna från 138 (23%) av patientbesöken. Dessa 138 besök bestod av 112 personer, vilket innebär att några av dessa patienter stod för två eller fler sjukhusbesök. Den vanligaste inskickningsorsaken var besvär från psykiska funktioner, från matsmältningsorganen samt andningsbesvär, angivet som enda orsak eller i kombination med andra orsaker som t.ex. feber eller smärta.

I de granskade journalerna från de 138 patientbesöken fanns beskrivningar av allvarliga sjukdomstillstånd. Tretton, av de sammanlagt 15 dokumenterade diagnoserna som omfattade akuta cerebrala skador såsom blödning och ocklusion, samt två som drabbats av traumatisk hjärnblödning, återfanns i journalerna för de patienter där ställningstagande om palliativ vård, att inga aktiva åtgärder skulle vidtas eller konservativ behandling dokumenterats. Likaså återfanns 12 av 13 diagnostiserade hjärtinfarkter i journalerna från dessa patientbesök, varav två rörde samma person

⁹ Konservativ behandling = bevarande, avvaktande, försiktig, återhållsam behandling. (Medicinsk ordbok).

¹⁰ Brytpunktsamtal = ett av läkare hållet och i journal dokumenterat samtal med patient och/eller anhöriga om att vården övergår från botande till lindrande behandling. (Svenska Palliativregistret).

vid olika tillfällen. I sju av de totalt 588 granskade journalerna, fanns diagnoser för maligna tumörer, sex av dessa journaler rörde patienter där det beslutats om palliativ vård. Trettiosex (32%) av de 112 personerna avled under vårdtid.

PATIENTERNAS TILLSTÅND

I journalerna beskrevs patienternas tillstånd, i såväl läkarnas som sjuksköterskornas journaler. I läkarnas journaler främst i ankomstanteckningarna och i sjuksköterskornas journaler i omvårdnadsepikriserna. Vid 86% av patientbesöken (504 st.) beskrevs patienterna som kom till sjukhuset vara desorienterade, i sex journaler beskrevs de som klara och adekvata och i 78 journaler (13%) saknades dokumentation om patientens kognitiva förmåga. Bland de patientbesök där dokumentation om kognitiv förmåga saknades, var 41 (53%) endast besök på AM och nio (12%) beskrevs vara okontaktbara vid ankomsten till sjukhuset.

Patienterna kunde vara svåra att bemöta och i 16% (94 st.) av journalerna fanns antecknat att patienterna inte medverkade till undersökning och behandling, t.ex. ryckte undan armen eller slogs vid provtagning, tog bort syrgasmask eller inte låg stilla under röntgenundersökning. Vid 40 vårdtillfällen (7%) beskrevs patienterna vara okontaktbara när de anlände till AM. (Tabell XX).

Tabell XX.

Beskrivna tillstånd i sjukhusjournaler, n=588 patientbesök
Frekvenser och relativa frekvenser

Tillstånd	Antal av patientbesöken	Procent (%)
Desorienterad	504	86
Orolig	119	20
Medverkar ej	94	16
Aggressiv	32	5
Okontaktbar	40	7
Klar och adekvat	6	1
Kognition ej dokumenterat	78	13

Ett sätt att mäta patienters omvårdnadsbehov, är att uppskatta deras förmåga att klara sina aktiviteter i dagliga livet (ADL), såsom att sköta sin hygien, sina toalettbesök och att äta. I journalerna för de patienter som blev inlagda, dokumenterade sjuksköterskor i 312 (73%) av omvårdnadsepikriserna att patienten behövde hjälp med ADL.

Avlidna

Fjorton procent (53 st.) av de 366 personerna som utgjorde den studerade patientgruppen avled under vårdtid. Sexton av patienterna som avled under vårdtid besökte sjukhuset två, tre eller fler gånger under den granskade tolv månadersperioden. I sjukhusjournalerna registreras uppgifter från folkbokföringsregistret om en person avlidit. Förutom de patienter som avlidit under vårdtiden, stod det att läsa i 116 (32%) journaler att patienten var avliden. Det innebär att patienterna avlidit någon

Tabell XXI.

Personer som registrerats som avlidna i sjukhusjournalerna, Antal och andelar n=366 personer

Avlidna	Antal	Procent (%)
Under vårdtid	53	14
Efter vårdtid	116	32
Totalt	169	46

gång mellan tidpunkten för den senast dokumenterade journalanteckningen i de granskade journalerna och tidpunkten för datainsamlingen, vilket kunde röra sig om mellan tre och som mest, 15 månader efter vårdtillfället som granskats. Det framgick inte om dessa personer avlidit på sjukhus vid något senare vårdtillfälle, eller om de avlidit på boendet. (Tabell XXI).

DIAGNOSER

De i journalerna dokumenterade huvuddiagnoser noterades med ICD-10-SE-koder. Vid 554 (94%) av de 588 patientbesöken ställdes en eller flera huvuddiagnoser med ICD-10-SE-kod. I 199 (34%) av journalanteckningarna återfanns en andra eller tredje huvuddiagnos, som tilläggsdiagnoser till den första. De flesta av dem handlade t.ex. om hur fallolyckor gått till, om komplikationer till olika ingrepp och om bakterier som orsakat infektioner, dessa medräknades inte. Vid 34 (6%) besök ställdes ingen kodad diagnos. Närmare 200 olika diagnoskoder registrerades, förutom tilläggskoderna för t.ex. fall, komplikationer och bakterier. De vanligaste enskilda diagnoserna var ”S72.1, pertrokantär fraktur” och ”J18.9, pneumoni ospecificerad”. (Tabell XXII).

Tabell XXII. Olika i journalerna förekommande diagnoser från ICD-10-SE-kapitel

Antal och andelar

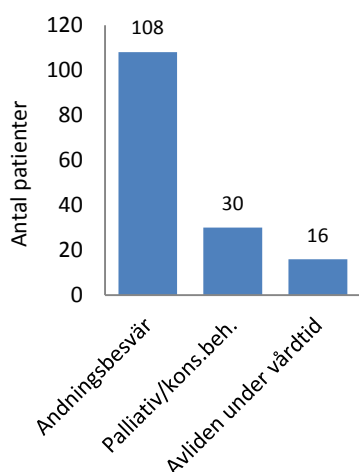
n=554 journaler där ICD-10-SE-diagnos dokumenterats

ICD-10-SE-diagnoser i övergripande kapitel	Antal diagnoser i journalerna	Andel av diagnoserna i journalerna (%)	Största undergrupperna i resp. ICD-10-SE-kapitel	Antal diagnoser i resp. grupp	Andel av resp. grupp (%)
Olika skador Kapitel XIX	183	33	skador på höft/lår/bäcken	101	55
			skador på arm/underben	38	21
			sårskador	10	5
			huvudskador	8	4
Cirkulationsorganens sjukdomar Kapitel IX	83	15	hjärtsjukdomar	49	59
			kärlsjukdomar	18	22
			sjukdomar i hjärnan	16	19
Andningsorganens sjukdomar Kapitel X	79	14	lunginflammationer	51	65
			KOL	9	11
Oklassificerade sjukdomar/andra faktorer Kapitel XVIII och XXI	60	11	buksmärta ospec.	8	13
			bröstmärta ospec.	7	12
			kramp/yrsel/desorientering	7	12
			sjukdomskänsla	3	5
Matsmältningsorganens/ endokrinologiska/blodbildnings- sjukdomar Kapitel XI, III och IV	42	8	gastrointestinal blödn.	8	19
			sjukdomar i gallvägarna	8	19
			diabetesrelaterade besvär	7	17
			förstoppning	4	10
Sjukdomar i urinvägar Kapitel XIV	36	6	urinvägsinfektioner	15	42
Övriga infektioner Kapitel I	34	6	sepsis	14	41
Psykiska sjukdomar/sjukdomar i nervsystemet Kapitel V och VI	20	4	demenssjukdomar	11	55
			epilepsi	4	20
Tumörer/sjukdomar i hud/muskler/bindväv Kapitel II, XII och XIII	24	4			
ICD-10-diagnos saknas i journalen	34	6			

BERÄTTELSESNAS PATIENTER

En fördjupad analys av de statistiska variablerna gjordes för att konstruera patientberättelserna (Bilaga 2-5).

Alma – en patient som skickades till AM med andningsbesvär, bedömdes vara i behov av palliativ vård och avled under vårdtid



Figur 3. Alma = patienter som skickades in med andningsbesvär, beslutades om palliativ vård och avled under vårdtid.

Vid kombination av variablerna ”inskickningsorsak andningsbesvär”, ”palliativ vård/inga aktiva åtgärder/konservativ behandling” och ”avliden under vårdtid” så framträdde 16 patientbesök. Av 108 patientbesök med noterad inskickningsorsak andningsbesvär, återfanns 30 med dokumenterat beslut i sjukhusjournalen om palliativ vård eller konservativ behandling och av dem registrerades 16 personer ha avlidit under vårdtid. (Figur 3). Dessa 16 motsvarar patienter som illustreras av Alma (Bilaga 2). Patienterna bestod av nio kvinnor och sju män. Nio patienter (56%) var 85 år eller äldre, den äldsta var 99 år. Sex av patienterna hade även feber som orsak till att de skickades till AM och några hade också besvär

från hjärtat, magen eller neurologiska besvär noterat i vårdbegäran. Hälften av de 16 patienterna (8 st.) var okontaktbara vid ankomsten till akutmottagningen enligt journalerna.

De symtom som beskrevs i läkaranteckningarna från AM var andningsrelaterade i hälften (8 st.) av fallen medan det för de övriga var dokumenterat symtom från hjärta och kärl samt oklara infektionstecken. För 15 av de 16 patienterna fanns dokumentation i journalen om att ingen hjärt-lungräddning skulle utföras. För två av patienterna var det dokumenterat i journalen att någon person följt med till akutmottagningen, en var dokumenterat ensam och för övriga 13 patienter saknades dokumentation om medföljande. Sex av besöken (38%) skedde en söndag.

Alla 16 patienter blev inlagda, 50% (8 st.) vistades två eller tre dagar på sjukhus innan de avled, den längsta vårdtiden var tio dagar. Elva patienter (69%) var inlagda på MAVA, men andra medicinavdelningar och KAVA förkom också och två patienter flyttades till ett mindre närsjukhus. Fem av patienterna vårdades på två avdelningar och en patient flyttades till en tredje vårdavdelning innan de avled.

Även om patienterna var svårt sjuka, genomfördes en rad undersökningar och behandlingar. Kontroll av vitalparametrar utfördes på de flesta patienter, liksom provtagningar och EKG. Fyra patienter genomgick röntgenundersökningar, på en patient utfördes ultraljud och på en annan utfördes datortomografi. Sextiotre procent (10 st.) av patienterna fick intravenös antibiotika och för sju (44%) av patienterna var det dokumenterat att de fått smärtlindring. Olika former av lunginflammationer, KOL och andnöd utgjorde diagnoser för nio av patienterna, medan övriga fick diagnoser som sepsis, hjärtinfarkt, tarmvred, njursvikt och Alzheimers sjukdom. (Tabell XXIII och Figur 4).

Tabell XXIII. Alma = inorsak andningsbesvär + palliativ vård + avliden under vårdtid

Antal

n=16 patienter som motsvarar ovanstående kriterium

	Antal beskrivningar i vårdbegäran/journaler
Inskickningsorsaker	
Andning	16
Samt feber	6
Samt mag/tarm	3
Samt hjärta/kärl	3
Samt psyk	2
Symtom på AM	
Andning	8
Hjärta/kärl	3
Okontaktbar	8
Ställningstagande på sjukhus	
0 HLR	15
Vårdavdelningar	
MAVA	11
Två avdelningar	5
Tre avdelningar	1
Vård dagar	
2	4
3-5	8
>5	4
ICD-10-diagnoser	
Ospec. pneumoni	5
Sepsis	2
Ospec. akut hjärtinfarkt	2
Dyspné	1
Alzheimerdemens	1
KOL-exacerbation ospec.	1
Aspirationspneumoni	1
Akut respiratorisk insuff.	1
Tarmvred	1
Njursvikt	1
Medföljande till AM	
Ja	2
Ej dokumenterat/dok. ensam	14

Sammanfattningsvis pat. med långskriden demens, hypertoni, collumfraktur-op, känd angina pectoris. Vårdad på vårdhem. Inkommer pga. allmän avtackling och rosslig andning. Allmänt mycket skröplig och bedöms inte tillgänglig för ngn. riktad behandling utan man inriktar sig på palliation och pat går stilla ad mortem i bilden av pneumoni UNS.

Figur 4. Alma – en journaltext

Arne – en patient som skickades till AM efter en falloolycka, men som inte uppvisade någon skelettskada

Fall och/eller skador på rörelseapparaten var den vanligaste orsaken till att patienter med kognitiv svikt skickades till akutmottagningen från särskilda boenden. De flesta patienter som kom till AM med misstänkt skelettskada hade inte någon fraktur som krävde ett operativt ingrepp. För att konstruera patienter som illustreras av Arne (Bilaga 3) kombinerades variablerna ”inskickningsorsak fall eller skador på rörelseapparaten” med ”åtgärd röntgen” och ”ej opererad”. För att begränsa gruppen valdes dessutom ”tillstånd oro” och ICD-10-SE-diagnoser för skador på bäcken och höft. Det utkristalliserades tio patienter, sju kvinnor och tre män, en patient var 75 år medan övriga var 86 år eller äldre. Smärta var angivet som ytterligare en orsak till att patienterna skickades in i sex vårdbegäran. Fyra av patienterna var endast på besök på AM och sex patienter blev inlagda på ortopedavdelningar, utom en som lades in på MAVA. Alla dessa tio patienter genomgick röntgenundersökning, men ingen av dem hade någon fraktur som opererades. Hälften av patienterna (5 st.) fick diagnoserna kontusion på höft, rygg eller knä, fyra patienter hade

Tabell XXIV. Arne = inorsak fall/skelettskada + röntgen + ej opererad + oro + diagnos skador ben/höft
Antal
n=10 patienter som motsvarar ovanstående kriterium

	Antal beskrivningar i vårdbegäran/journaler
Inskickningsorsaker	
Skador på rörelseapparaten	10
Samt fall	7
Samt smärta	6
Samt psykiska funkt.	1
Symtom på AM	
Skador på rörelseapparaten	10
Samt andningsbesvär	1
Samt oklar infektion	1
Vård dagar	
0	4
3-5	4
>5	2
Åtgärder på sjukhus	
Smärtlindring	6
Mobilisering	5
Hjälp med ADL	6
Tillstånd på sjukhus	
Desorienterad	10
Orolig	10
Aggressiv	3
Medverkar ej	3
Medföljande till AM	
Ja	4
Ej dokumenterat	6

olika bäckenfrakturer och en patient diagnosticerades med smärtor i extremitet. För tre av patienterna stod det omnämnt att de inte medverkade vid undersökning och behandling och två av dessa beskrevs dessutom som aggressiva, ytterligare en patient beskrevs som aggressiv. Sex patienter fick smärtlindring enligt journalanteckningar och fem av dem fick också hjälp med mobilisering. I fyra journaler stod det dokumenterat att patienten hade någon person med sig på AM, i övriga journaler saknades dokumentation om medföljande. Hälften av patienterna (5 st.) anlände till AM på en lördag eller söndag. (Tabell XXIV och Figur 5).

Inkommer ensam. Kan inte redogöra. Dement. Smärta i hö. höft enligt vårdbegäran. På akutmottagn. desorienterad och motoriskt orolig. Orolig, icke samarbetsvillig, vill inte bli stucken. Slåss med personalen. Undersöks när han somnat. Rtg. visar ingen påvisbar skelettskada. Inläggning på sjukhus skulle endast bidra till ökad oro. Återgår till boendet.

Figur 5. Arne – en journaltext

Nils – en patient som skickades till AM på grund av misstanke om bröstsmärtor och bedömdes vara symtomfri på AM

Variablerna ”inskickningsorsak besvär från hjärta/kärl” och ”symtomfri på AM” kombinerades för att konstruera berättelsen om Nils (Bilaga 4) och motsvarade tio patientbesök. De bestod av åtta personer, fem män och tre kvinnor mellan 66 och 95 år, varav fem var 85 år eller äldre. De hade alla skickats in på grund av hjärt-kärlbesvär och bedömts vara symtomfria enligt ankomstanteckningarna på AM. I fem (50%) av vårdbegäran fanns även smärta angivet som inskickningsorsak. Fyra av patientbesöken resulterade endast i ett besök på AM och lika många hade vårdtid på en eller två dagar noterat. I två journaler fanns dokumentation om att någon följt med patienten till sjukhuset, medan det saknades dokumentation om medföljande i åtta journaler. Fyra av de tio patientbesöken skedde på en lördag eller söndag. De sex (60%) som blev inlagda skrevs in på MAVA och två patienter flyttades därifrån till ett närsjukhus. Vid alla patientbesöken utfördes provtagning och EKG. Sex av de åtta personerna beskrevs i dokumentationen som desorienterade, tre av dem även som oroliga varav en dessutom aggressiv.

Tabell XXV. Nils = inskickningsorsak ”hjärt-kärlbesvär + ”symtomfri” på AM
Antal
n=10 patienter som motsvarar ovanstående kriterium

	Antal beskrivningar i vårdbegäran/journaler
Inskickningsorsaker	
Hjärt-kärlbesvär	10
Samt smärta	5
Samt andningsbesvär	2
Samt magbesvär	1
Samt psykiska funkt.	1
Vård dagar	
0-2	8
3-5	2
Åtgärder på sjukhus	
EKG utfört	10
Tillstånd på sjukhus	
Desorienterad	8
Orolig	3
Aggressiv	1
ICD-10-diagnoser	
Ospec. Bröstsmärtor	5
Obs för misst. hjärtinfarkt	1
Alzheimerdemens	1
Saknas	3
Medföljande till AM	
Ja	2
Ej dokumenterat	8

Tre av patientbesöken på AM, som inte ledde till inläggning, genererade ingen ICD-10-SE-diagnos. Vid fem av vårdtillfällena ställdes diagnos ospecificerad bröstsmärta, vid ett tillfälle diagnos observation för misstänkt hjärtinfarkt och vid ett tillfälle fick patienten diagnosen Alzheimers sjukdom. Två av de tio patientbesöken som föranletts av misstänkta hjärtbesvär var samma person som kom till sjukhuset två gånger och bedömdes sakna symtom på AM. (Tabell XXV, figur 6).

Inkommer ensam. Vet inte varför han är här. Förvirrad. Kan inte redogöra. Bröstsmärtor enligt omv.meddelande. På akutmottagn. inga smärtor. Vitalparametrar och EKG ua. Frias kardiellt. Avstår vidare utredning. Multisjuk. Sätter in Omeprazol. Får stanna över natten.

Figur 6. Nils – en journaltext

Dagny – en patient med en konstaterad hjärtinfarkt

För att utröna vad som hände med de patienter som hade en konstaterad hjärtinfarkt, liksom Dagny (Bilaga 5), gjordes en begränsad sökning på ICD-10-SE-diagnoser ”I21” från kapitel IX, vilka står för olika typer av akut hjärtinfarkt. Det finns också en ICD-10-SE-diagnos för re-infarkt, men det var ingen patient som var registrerad med den diagnosen. Sökningen resulterade i 13 patientbesök som lett till en dokumenterad diagnos för hjärtinfarkt. Tio (77%) av diagnoserna var ”akut hjärtinfarkt ospecificerad”, två diagnoser löd ”akut subendokardiell infarkt” och en ”akut transmural framväggsinfarkt”. De 13 patientbesöken utgjordes av 11 personer, två personer stod för två vårdtillfällen vardera. De 11 personerna bestod av sju kvinnor och fyra män och de var mellan 67 och 99 år gamla, sju av dem var 86 år eller äldre. Trettioåtta procent (5 st.) av de 13 patientbesöken på AM ägde rum på en lördag eller söndag. I sju av vårdbegäran beskrevs att patienterna hade hjärt-kärlbesvär i kombination med andra besvär, varav fem utgjordes av smärta. I tre vårdbegäran fanns besvär med magen angivet, antingen tillsammans med smärta eller andningsbesvär. Två av

Tabell XXVI. Dagny = patienter som genomgått hjärtinfarkt
Antal
n=13 patienter som motsvarar ovanstående kriterium

	Antal beskrivningar i vårdbegäran/journaler
Inskickningsorsaker	
Hjärt-kärlbesvär i komb. med andra besvär	7
Mag-tarmbesvär i komb. med andra besvär	3
Vårdbegäran saknas/övrigt	3
Symtom på AM	
Symtom från hjärta/kärl	12
Oklara infektionssymtom	1
Vård dagar	
2	6
3-5	4
>5	3
Ställningstagande på sjukhus	
Palliativ vård/inga aktiva åtg./konservativ beh.	12
0 HLR	9
Åtgärder på sjukhus	
EKG utfört	13
Tillstånd på sjukhus	
Desorienterad	12
Orolig	4
Medverkar ej	2
Avliden under vårdtid	5
Medföljande till AM	
Ja	2
Ej dokumenterat	11

patientbesöken skedde utan registrerad vårdbegäran. Vid åtta (62%) av vårdtillfällena vårdades patienterna två eller tre dagar, övriga mellan fyra och 13 dagar på MAVA, hjärtmedicinavdelning eller vanlig medicinavdelning och vid sex vårdtillfällena flyttades patienter till ytterligare en avdelning. I nio av journalanteckningarna fanns dokumenterat att ingen hjärt- lungräddning skulle utföras och i 12 journaler dokumenterades beslut om konservativ behandling, ingen aktiv åtgärd eller palliativ vård. Inte i någon av journalerna fanns beskrivet att det utförts någon invasiv behandling eller trombolys. Fem av de 11 personerna som diagnosticerats med akut hjärtinfarkt avled under vårdtid. (Tabell XXVI, figur 7)

Kan inte lämna autoanamnes pga. alzheimerdemens.
Har klagat över bröstsmärtor enligt omv.meddelande. Fått Nitrospray utan effekt.
Misstanke om akut ischemi.
Desorienterad och motoriskt orolig. OHLR sedan tidigare.
Konservativ behandling. Inte IVA-mässig.

Figur 7. Dagny – en journaltext

Vid analys av vilka veckodagar som de 49 patientbesöken, illustrerade av de fyra patientberättelserna (Bilaga 2-5) skedde, framkom att 21 (42%) skickades till sjukhus under lördagar eller söndagar. Söndag var den enskilt dominerande veckodagen med 12 av 49 (24%) patientbesök på AM ur den granskade gruppen. Analys av fördelningen över veckodagarna för hela den studerade patientgruppen har inte gjorts, utan endast en redovisning av de fyra typfallen. (Tabell XXVII).

Tabell XVII. Veckodagar, under vilka patientbesöken för patienter som motsvaras av berättelserna, ägde rum
Antal och andelar
n=49 patientbesök*

Veckodag	Antal inskickade patienter	Procent (%)
Måndag	5	10
Tisdag	4	8
Onsdag	6	12
Torsdag	7	14
Fredag	6	12
Lördag	9	18
Söndag	12	24
Totalt	49	100

*"Alma" 16 besök + "Arne" 10 besök +
"Nils" 10 besök + "Dagny" 13 besök = 49 besök

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Urval

Det fanns olika tänkbara sätt att få tillgång till patientgruppen i förevarande kartläggning. En genomgång av akutmottagningens elektroniska mottagning av vårdbegäran var ett säkert sätt att få rätt urval av patienter. Eftersom IT-baserad samordnad vårdplanering har varit i funktion i flera år, är inskickande sjuksköterskor i kommunerna vana vid att sända en vårdbegäran, när en patient ska till sjukhus. Alla patienter som bor på ett särskilt boende är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård, har en patientansvarig sjuksköterska och har tillgång till omvårdnadspersonal på boendet dygnet runt. Även om sjuksköterskan inte alltid finns på plats, är det en allmän praxis att omvårdnadspersonal kontaktar tjänstgörande sjuksköterska, i samband med att en patient uppfattas vara i behov av sjukhusvård och sjuksköterskan kan sända en vårdbegäran elektroniskt, även om patienten redan hunnit åka iväg till sjukhuset. Ett annat sätt kunde ha varit att samla in uppgifter från kommunernas särskilda boenden över vilka patienter som skickats till AM, men antalet särskilda boenden är stort, vilket hade gjort insamlingen svårhanterlig. Det händer också att patienter från några kommuner i området, skickas till andra närliggande akutsjukhus, vilket hade försvårat urvalshandlingen.

Vid granskningen av sjukhusjournalerna framkom att 37 skickade vårdbegäran inte hade medfört något besök av patienten på AM och 85 besök tillkom där vårdbegäran saknades, eller inte var åtkomlig för mig. Det skulle kunna betyda att det hade skickats in fler patienter inom inklusionskriterierna, under den granskade tidsperioden, som inte inbegripits i studien. De 588 patientbesöken som kartlagts bör dock vara tillräckligt många för att ge en bild av patientgruppen och svara på frågeställningarna.

Kognitiv svikt

Begreppet kognitiv svikt (Basun m.fl., 2013, Svenskt Demenscentrum, 2010) valdes som kriterium för att inkludera patienterna i studien. Kognitiv svikt kan tyckas vara ett allmänt hållet begrepp, som bygger på subjektiva bedömningar och skulle därför kunna ifrågasättas, men fångar troligen in fler patienter än om demens hade använts som inklusionskriterium. För att kunna använda begreppet demens som ett inklusionskriterium skulle det ha krävts att patienterna hade en diagnostiserad demenssjukdom, vilket hade varit svårt att säkerställa i föreliggande studie. Även begreppet desorienterad som används i vårdbegäran skulle kunna ifrågasättas, eftersom det är ett mångtydigt begrepp baserat på en subjektiv uppfattning. Den person som fyller i vårdbegäran behöver inte

förtydliga sin bedömning och behöver inte heller specificera om patienten har en demenssjukdom. Det kan ses som en svaghet i studien att inte kognitionen hos de inkluderade patienterna skattats med ett för ändamålet validerat skattningsinstrument. Eftersom studien är retrospektiv och bygger på granskning av redan skrivna dokument hade det dock inte varit möjligt att utföra en sådan skattning.

ICF - inskickningsorsaker

De besvär som föranledde transport till AM kategoriserades med hjälp av ICF klassificeringssystem (Socialstyrelsen, 2003). ICF valdes eftersom det är ett system som börjat användas för sjuksköterskors dokumentation i många kommuner, även om kodsystemet används inte överallt. I vårdbegäran, där sjuksköterskorna beskrev patienternas hälsotillstånd, var inte ICF-klassificeringen tydlig. Ett visst mått av tolkning gjordes då beskrivna tillstånd skulle kategoriseras, eftersom språket och sättet att uttrycka sig varierade mycket mellan olika sjuksköterskors dokumentation. (Tabell I).

Läsning av sjukhusjournaler

Vid genomgång av sjukhusjournalerna granskades läkarnas ankomstanteckningar från samtliga patientbesök, samt omvårdnads- och de medicinska epikriserna i journalerna för de patienter som blev inlagda. Jag valde att inte läsa daganteckningar, operationsberättelser, konsultsvar och andra liknande anteckningar. Det kunde varit intressant att även ta del av det som hände patienterna under sjukhus tiden på ett mer detaljerat sätt. Då hade förmodligen resultatet av t.ex. antal blodtryck, provtagningar eller infusionsbehandlingar varit högre, eftersom en del mätningar och behandlingar sannolikt utfördes under operationer eller på avdelningar utan att det dokumenterades i epikriserna. En så utförlig journalgranskning hade blivit för omfattande för att rymmas inom föreliggande studie. Vid journalgranskningen noterades endast huvuddiagnosen även om de flesta patienter också hade en eller flera bi-diagnoser, vilket kan vara ett mått på multisjuklighet. Det kunde varit intressant att även analysera bi-diagnoserna, men även det hade blivit för omfattande för denna studie.

Epikriser är en sammanfattning av vårdtiden och mitt intryck var att de genomgångna epikriserna, både sjuksköterskornas och läkarnas, oftast var utförligt skrivna. Epikriserna varierade i omfattning, delvis beroende på vårdtidens längd. En reflektion som jag gjorde, var att sjuksköterskorna ibland upprepade det läkarna skrev, i sina egna epikriser och åsidosatte omvårdnadsperspektivet. Syftet med att läsa journalerna var att finna ut hur patienterna bedömdes, vilka ställningstaganden som gjordes och vilka vårdåtgärder som valdes. Även om journalgranskningen inte blev heltäckande,

torde den varit tillräcklig för att ta reda på vad som hände med patienterna under vistelsen på sjukhuset, vilket var en av studiens frågeställningar.

Deskriptiv statistik

Föreliggande studie är en deskriptiv studie och resultatet presenteras med antal och andelar och illustreras med tabeller, figurer och citat från journaler. Det kunde ha varit möjligt att göra jämförelser mellan t.ex. kön, olika åldrar och etnicitet, eller mellan olika kommuner, men eftersom syftet med studien var att kartlägga den inkluderade patientgruppen, har jag valt att inte signifikantesta skillnader mellan olika grupper. Kategorisering av dokumentationen i vårdbegäran och journaltexterna har skett för att hålla nere antalet variabler. Om det t.ex. stod i vårdbegäran att ”patienten låter häsig i bröstet” så har inskickningsorsak ”andningsbesvär” angivits. Ordalydelser i citerade journaltexter har ändrats något för att undvika igenkännande och äventyra sekretessen.

Validitet

Ett stöd för tillförlitligheten i urvalet är att samstämmigheten kring patienternas kognitiva funktionsnedsättning är hög. I 504 (86%) av de 588 journalanteckningarna stod det beskrivet att patienten var desorienterad, vilket tyder på att det faktiskt är den eftersökta patientgruppen som funnits.

Uppgifter från vårdbegäran och sjukhusjournalerna noterades först på papper och matades därefter in i statistikprogrammet, vilket innebar upprepade kontroller av data. Vårdbegäran och journalerna öppnades och lästes vid flera tillfällen, med möjlighet till kontroll och komplettering av uppgifter och minskad risk för missade data och feltolkningar.

Metodologiska överväganden

Ett kvalitativt angreppssätt att studera den valda patientgruppen, kunde ha varit en observationsstudie. Genom att studera vad som händer och sker i situationer, när sköra äldre patienter inkommer till akutmottagningen, hade det varit möjligt att ta del av deras hälsotillstånd och följa dem genom vårdprocessen, med utrymme till egna iakttagelser på plats. Det finns dock flera nackdelar med ett sådant tillvägagångssätt, dels är det ett etiskt dilemma att göra observationer i akuta situationer, som involverar sårbara människor, dels hade det troligen varit tidsödande och svårt att få tillträde till AM:s vårdmiljö.

Fördelen med att göra en deskriptiv studie och granska vårdbegäran och journaler retrospektivt, var att det gick att få tillgång till en stor mängd data. Det medförde visserligen en tolkning av andra personers dokumentation, men det fanns samtidigt utrymme att gå tillbaka och kontrollera texterna.

Det finns en risk i en kvantitativ studie att fokus läggs på siffror och variabler, i stället för på problemet som är tänkt att belysas. Patientberättelserna användes för att levandegöra data och synliggöra patienterna. Detaljerad analys av det statistiska materialet gjordes för att beskriva och konstruera berättelsernas patienter. Det finns många andra patientgrupper som skulle kunnat analyseras mer ingående men dessa fyra patientberättelser valdes eftersom de illustrerar typiska patientfall. De fyra fiktiva patienterna är representativa för tillstånd och besvär som är vanliga att möta hos patienter på särskilda boenden.

Den valda metoden har givit ett rikt material som åskådliggjort vilka patienter med kognitiv svikt som skickades till akutmottagningen och vad som hände med dem på sjukhuset. Materialet skulle också kunna användas som underlag för fortsatt forskning.

RESULTATDISKUSSION

Det var de *allra* mest sjuka och sköra äldre som framträdde i kartläggningen. Det finns många olika begrepp och definitioner för multisjuklighet och skörhet att välja mellan när den studerade patientgruppen ska beskrivas (Gustafsson, 2012, SBU, 2013, Socialstyrelsen, 2003, Socialstyrelsen, 2011a, SOU 2010:48), men oavsett vilken definition som används så stod det klart att de aktuella patienterna till största del var såväl multisjuka som sköra äldre. De hade många sjukdomar, de led av kognitiv svikt, de bodde på särskilda boenden och de hade ett stort behov av hjälp i det dagliga livet. Dessutom avled nästan hälften av personerna under eller snart efter vårdtid, vilket ytterligare belyser deras skörhet och sårbarhet.

Det har aldrig funnits någon avsikt med förevarande studie att ifrågasätta enskilda sjuksköterskors bedömningar och beslut att skicka enskilda patienter till sjukhus. Det har heller aldrig funnits någon avsikt att kritisera hur enskilda patienter bemötts eller behandlats på akutmottagningen eller på vårdavdelningar på sjukhuset. Med föreliggande resultatet som grund går det inte att uttala sig om en enskild patient hade erhållit bättre vård och omvårdnad på sitt boende, eller om det var bäst för patienten att vårdas på sjukhus. Detta var inte heller syftet med studien. Liksom tidigare forskning (Rutschmann m.fl., 2005, Samaras m.fl., 2010, SBU, 2013, Socialstyrelsen, 2006) kommit fram till, belyser däremot resultatet hur svårt det kan vara, att bedöma de *allra* mest sjuka patienternas symtom och tillstånd. I synnerhet de som ofta inte kan uttrycka och förklara hur de mår och vad de önskar.

Beskrivningar av patienterna i vårdbegäran och sjukhusjournalerna

Patienter skickades till sjukhus av många olika anledningar. När data för inskickningsorsaker i vårdbegäran och symtombeskrivningar på akutmottagningen analyserades och jämfördes, framträdde bilden av svårt sjuka patienter med svårtolkade symtom. I många fall överensstämde inte inskickningsorsaken i vårdbegäran med de symtom som dokumenterats på akutmottagningen, eller så kunde besvären ha klingat av. För besvär som var tydliga, synliga och uppenbara var överensstämmelsen stark mellan inskickningsorsak i vårdbegäran och dokumenterade symtom på AM. Däremot var det en svag överensstämmelse mellan vårdbegäran och ankomstanteckningar för flera sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar med diffusa och mångtydiga besvär. Detta framgick också i läkarjournalerna som i många fall innehöll en icke entydig läkarbedömning från AM och ospecificerade diagnoser, vilket ytterligare belyser problemet att rätt bedöma dessa patienter.

Svårtolkade besvär och symtom

Andningsbesvär, ibland i kombination med feber, var en vanligt förekommande inskickningsorsak och utgjordes av patienter som var mycket sjuka och sköra. De hade ofta svårtolkade och diffusa symtom, vilket också framgick i läkarbedömningen på AM. Av de 40 patientbesök som omfattade patienter som anlände okontaktbara till AM, utgjorde de med andningsbesvär 35% (14 st.). Vid 28% (30 st.) av vårdtillfällena för patienter med andningsbesvär bedömdes vården vara palliativ, eller att inga aktiva åtgärder skulle utföras och i 31% (33 st.) av journalerna fanns dokumentation om ingen hjärt- lunggräddning, vilket var fler än i den totala gruppen som kom till AM. Tjugosex procent (23 st.) av de personer som skickats in med andningsbesvär avled under vårdtiden på sjukhuset, vilket också är en betydligt större andel, jämfört med hela den granskade gruppen, där 14% (53 st.) av de 366 personerna avled under vårdtid.

Ett vanligt argument, bland personal och anhöriga, för att patienter med besvär från andningsorganen ska skickas till sjukhus är att patienten behöver syrgas. Kartläggningen visade dock att i mindre än hälften av vårdtillfällena för patienter som skickades in på grund av andningsbesvär, eller som beskrevs ha andningsrelaterade symtom på AM, gavs syrgas enligt journalanteckningarna. För nästan samtliga patientbesök på grund av andningsbesvär fanns dokumenterat att saturationsmätning utfördes och ett vanligt citat i journalerna var ”saturerar sig 95% på luft”.

Många tecken på smärta eller illabefinnande som patienter uppvisar skulle kunna härledas till hjärtat (Samaras m.fl., 2010). Om patienten själv inte kan beskriva sina symtom eller sitt obehag blir det en uppgift för omvårdnadspersonalen och sjuksköterskan att tolka patientens tecken och beteende. Bland de patientbesök på AM som förorsakats av besvär från hjärta eller kärl, var det många patienter som inte uppvisade symtom från hjärta eller kärl, när de undersöktes av läkare, medan många som bedömdes ha symtom från hjärtat enligt journalerna, hade skickats in av andra orsaker, t.ex. andningsbesvär eller besvär från magen. För 20% (10 st.) av patientbesöken som föranletts av besvär från hjärta eller kärl, beskrevs patienterna vara symtomfria, när de undersöktes av läkare på AM, vilket kan jämföras med 11% för det totala antalet patientbesök på AM.

Illamående, ont i magen, diarréer och andra besvär från mag-tarmkanalen är också svåra att bedöma och tolka hos patienter med kognitiv svikt, som inte alltid själva är kapabla att förklara och beskriva hur de mår. Det är också symtom som kan vara fluktuerande och ha många olika orsaker. Samaras m.fl. (2010) beskriver att en stor andel läkare i akutsjukvården uttrycker svårigheter att bedöma buksmärter hos äldre patienter och visar att det förekommer stora skillnader mellan den diagnos

som ställts på AM för dessa patienter, jämfört med diagnos vid utskrivning. Vid patientbesöken i föreliggande studie, av patienter som skickats in på grund av besvär från matsmältningsorganen hade många även besvär från andra kroppsfunktioner angivna i vårdbegäran och det fanns en bristande överensstämmelse med symtombeskrivningarna på AM. Symtom som dokumenterades vid dessa vårdtillfällen kunde härledas från t.ex. oklara infektioner, hjärtat eller luftvägarna. Sjutton procent (16 st.) av journalerna för dessa patienter, innehöll anteckningar om att de bedömdes vara symtomfria vid ankomsten till akutmottagningen, vilket troligen också kan förklaras av svårigheten att bedöma patienternas besvär.

I journalerna för patienter som skickats in på grund av besvär med psykiska funktioner, såsom t.ex. frånvaroattacker, bortfallssymtom eller förvirring, fanns det också en bristfällig överensstämmelse mellan inskickningsorsak och symtom beskrivna på AM. I denna patientgrupp bedömdes 18% (16 st.) vara symtomfria på AM. Frånvaroattacken hade gått över, bortfallssymtomen hade klingat av eller den eventuella förvirringen kunde beskrivas som ett led i patientens demenssjukdom. Beslut om symtomlindrande behandling eller att inga aktiva åtgärder skulle vidtas återfanns i 47% (42 st.) av journalerna, vilket ger en indikation om hur svårt sjuka och sköra dessa patienter var. Vid 17% (15 st.) av patientbesöken som föranletts av besvär från psykiska funktioner, bedömdes patienterna vara okontaktbara vid ankomsten till AM. För nästan samtliga av dessa togs beslut om palliativ vård eller att inga aktiva åtgärder skulle vidtas och flera av dem avled under vårdtiden.

I den grupp av patientbesök, för vilka det beslutades om palliativ vård eller konservativ behandling, återfanns patienter med svårtolkade symtom. I vårdbegäran för dessa patienter dominerade besvär från psykiska funktioner, matsmältningsorganen samt andningsorganen, som orsak till att patienter skickades till sjukhus. Det framgick i sjukhusjournalerna att det rörde sig om patienter med allvarliga sjukdomstillstånd, såsom hjärtinfarkter, cerebrala infarkter och tumörsjukdomar, där det bedömdes att patienterna var för sjuka och medtagna för att vara tillgängliga för aktiva behandlingsåtgärder. Tjugotvå procent (31 st.) av patientbesöken som ledde till beslut om palliativ vård, utgjordes av patienter som anlände okontaktbara, vilket belyser hur sårbara de var. I denna patientgrupp, som utgjordes av 112 personer, avled 32% (36 st.) under vårdtid, vilket också tyder på en hög grad av skörhet. En reflektion som jag gjorde under journalgranskningen, var om det förekom att patienter inte erhöll adekvat vård och behandling på grund av hög ålder och kognitiv svikt och att de därför avled på sjukhuset. Journalgranskningen visade dock att även flertalet patienter som inte ansågs gagnade av aktiva åtgärder, genomgick provtagningar och behandlingsförsök med t.ex. antibiotika gjordes. Det konstaterades emellertid ofta i journalerna att behandlingen inte hade effekt, eller fick avbrytas på grund av ytterligare försämrat tillstånd.

De ICD-10-diagnoser som ställdes var mycket varierande, och också i det sammanhanget avspeglade sig svårigheter att tolka och bedöma sjukdomstillstånd hos den granskade patientgruppen. I 11% (60 st.) av de journaler som innehöll en ICD-10-SE-diagnos, dokumenterades diagnoser från kapitel XVIII "oklassificerade symtom, sjukdomstecken" eller kapitel XXI "faktorer av betydelse för hälsotillståndet", vilket kunde innebära t.ex. ospecificerade bröstsmärtor eller ospecificerade buksmärtor, känsla av sjukdom samt observationer för olika tillstånd. Även bland diagnoser för de olika organsystemen påträffades många ospecificerade diagnoser, som t.ex. "akut hjärtinfarkt ospecificerad", "hjärtinsufficiens ospecificerad" eller "pneumoni ospecificerad". De ospecificerade organdiagnoserna tillsammans med diagnoser från kapitel XVIII och XXI utgjorde tillsammans 41% (227 st.) av det totala antalet registrerade huvuddiagnoser, vilket tydligt visar att den undersökta patientgruppen kan ha svårbedömda sjukdomstillstånd, där man ofta avstår från avancerade undersökningar och utredningar.

Distinkta besvär

Den vanligaste inskickningsorsaken i förevarande studie, var fallolyckor i kombination med skador på rörelseapparaten. Det stämmer överens med Samaras m.fl. (2010) studie, som visar att fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer söker akutvård. Att denna inskickningsorsak var så dominerande kan även bero på att patienterna bakom de granskade vårdbegäran led av kognitiv svikt, och att fallolyckor är mycket vanliga på särskilda boenden och framför allt på demensavdelningar, vilket även beskrivs av Lundin-Olsson och Rosendahl (2007). Det visade sig vara en hög grad av överensstämmelse mellan inskickningsorsak och bedömda symtom på AM, för patienter med fall och/eller skada på rörelseapparaten enligt vårdbegäran. De flesta genomgick också röntgenundersökning för att säkerställa om eventuell skelettskada förelåg. Bland de granskade patientbesöken framkom att 30% av dem som skickades in på grund av fallskador eller hade symtom från rörelseorganen, hade en fraktur som opererades, medan 70% inte hade någon fraktur som krävde operation. Studien av Samaras m.fl. (2010) visade att endast 4-6% av fallolyckorna resulterade i frakturer. Skillnaden mellan studierna kan troligen förklaras av att den senare studien inte hade ett urval patienter med kognitiv svikt eller demens. Att så många fallskador inte leder till operation, borde innebära att även om patienter faller eller visar tecken på misstänkt skelettskada, så skulle fler kunna bedömas på sitt boende och röntgas polikliniskt, varefter endast de med bekräftad fraktur som måste opereras, skulle behöva läggas in på sjukhus.

Symtomfria patienter

Det var anmärkningsvärt att vid så många som 11% (62 st.) av samtliga granskade patientbesök, bedömdes patienterna vara symtomfria vid ankomsten till AM. Orsakerna till att patienter som bedömdes vara symtomfria, skickades till sjukhus varierade stort. Alla registrerade orsaker, förutom instabilt blodsocker, fanns representerade i denna patientgrupp. Det var förhållandevis fler i gruppen symtomfria patienter som skickats in på grund av hjärt- kärlbesvär, mag-tarmbesvär och neurologiska besvär än i den totala patientgruppen, vilket belyser svårigheterna att bedöma och tolka symtom hos patienter med kognitiv svikt. Samtliga patienter som dokumenterades vara symtomfria genomgick olika kontroller, provtagningar och undersökningar, förutom en 100-årig kvinna som skickades in på grund av neurologiska besvär, bedömdes vara i behov av lindrande behandling och skickades hem efter enbart besök på AM.

Berättelsernas patienter

Alma (Bilaga 2) illustrerar de patienter som skickades in på grund av andningsbesvär, bedömdes vara i behov av palliativ vård och som avled under vårdtiden. Vid den detaljerade granskningen av patienter som kategoriserats till denna grupp, framträdde mycket svårt sjuka, ibland redan döende, patienter som åkte ambulans, tillbringade tid på akutmottagningen och sedan vistades ett fåtal dagar på en, två eller tre olika vårdavdelningar. Trots att man på sjukhuset inte bedömde att de skulle ha någon nytta av någon aktiv behandling, utfördes en rad olika undersökningar och även behandlingar, t.ex. med intravenös antibiotika, som dock snart avbröts.

Alma i berättelsen borde aldrig ha skickats till akutmottagningen. Det borde ha upprättats en vårdplan på boendet för Alma. Patientansvarig läkare och sjuksköterska borde tillsammans med Almas son och kontaktperson, diskuterat och dokumenterat vilka åtgärder som skulle vidtas vid ett försämrat hälsotillstånd. Läkaren borde gjort en bedömning av rimlig behandling vid olika symtom och ordinerat lämpliga läkemedel, att ge när behov uppstod. Då hade Alma sluppit det lidande som det innebar att komma okontaktbar till akutmottagningen och MAVA i livets slutskede och vårdas av främmande människor i en främmande miljö de sista dagarna i livet.

I berättelsen visade Nils (Bilaga 4) tecken på oro och ångest, hans puls var snabb och kärlkrampsmedicinen hade inte hjälpt. Detta är inget ovanligt scenario på ett särskilt boende. Om det inte går att få en adekvat redogörelse från patienten så kan det vara alarmerande symtom. Personal i äldrevården är naturligtvis rädda för att misstolka och avfärda tecken på akut hjärtsjukdom. I den utförliga granskningen av de patientbesök som kategoriserats till gruppen som illustreras av Nils, visade det sig att symtomen inte nonchalerades på sjukhuset. EKG och

provtagningar utfördes vid samtliga dessa patientbesök, för att utesluta behandlingsbar sjukdom. Vid fyra av de tio patientbesöken kunde akut hjärtsjukdom avskrivas redan på AM. Två av dessa tio patientbesök utgjordes av en person som skickats in två gånger, vilket talar för till att det borde funnits en upprättad vårdplan, med åtgärder och ordinationer att ta till vid återkommande symtom hos patienten på boendet.

Om sjuksköterskan som besökte berättelsens Nils hade haft förutsättningar att sätta sig in i hans hälsohistoria, hade hon kanske insett att symtomen kunde vara tecken på oro och frustration över att bli omskött av ovan personal, som inte följde de rutiner som Nils var van vid. Då hade hon kanske haft mod att vänta ut besvären och försökt bemästra dem med ett lugnt bemötande och ett varsamt omhändertagande. Om detta ändå inte hade hjälpt, hade Nils sluppit den påfrestande resan till sjukhuset om det hade funnits tillgång till en läkare, som kunde gjort hembesök på boendet, undersökt Nils och varit ett stöd för sjuksköterskan i antagandet att besvären var av andra orsaker än hjärtrelaterade.

Även om berättelsens Nils hade haft en hjärtinfarkt, är det inte säkert att det hade föranlett någon aktiv behandlingsåtgärd. En uppfattning som ofta framförs av sjuksköterskekollegor, är att risken att patienten drabbats av en hjärtinfarkt motiverar en sjukhustransport. Analysen av patienter som kategoriserats till gruppen som illustreras av Dagny (Bilaga 5), patienter som faktiskt genomgått en diagnosticerad hjärtinfarkt, visade att ingen av dem fick någon aktiv åtgärd. De bedömdes vara för sjuka och för sköra, i kombination med kognitiva funktionsnedsättningar, för att det skulle vara medicinskt motiverat att ge trombolys eller utföra någon invasiv behandling, vilket är vanliga behandlingar vid hjärtinfarkt hos yngre och friskare personer.

En av de patienter som beskrevs i gruppen ”inskickade med hjärt-kärlbesvär och symtomfria på AM” återfanns också i gruppen med de som haft en hjärtinfarkt. Det var en av dem som besökt akutmottagningen två gånger utan symtom och som dessutom skickades in ytterligare en gång, då med andningsbesvär. När patienten skickades in för fjärde gången, inom loppet av sju månader, diagnosticerades en akut hjärtinfarkt, vilken behandlades konservativt under kort vårdtid. Om det funnits tillgång till en läkare som kunnat göra hembesök, kanske utfört undersökning med EKG och provtagning, beslutat om konservativ behandling och ordinerat lämpliga läkemedel, hade patienterna som representeras av Dagny kunnat stanna på sitt boende och fått en god och säker vård och omvårdnad utan att uppsöka sjukhus.

Nils och Dagny hade symtom som var svåra att tolka och bedöma. Men eftersom både Nils och Dagny hade kända besvär från hjärta och kärl, borde det ha upprättats vårdplaner med ställningstagande till hur ett eventuellt akut insjuknande skulle handläggas. Då hade jourtjänstgörande sjuksköterska sluppit att göra dessa svåra bedömningar och fatta beslut i akuta situationer och patienterna hade sluppit onödiga transporter till sjukhus och onödigt lidande.

För Arnes (Bilaga 3) del hade det knappast varit möjligt att på förhand besluta om vad som skulle göras vid en eventuell fallolycka. Det hade inte heller varit möjligt att fatta beslut om symtomlindrande behandling på boendet. Det är svårt att utesluta om det uppstått en skelettskada i samband med ett fall, det måste nästan alltid göras en röntgenundersökning. Det händer att patienter som inte kan uttrycka smärta och obehag på ett adekvat sätt, får frakturer som inte upptäcks omedelbart, vilket naturligtvis medför ett onödigt lidande för patienten. De patientbesök som presenteras av Arne, omfattade patienter som alla var desorienterade och oroliga, några även aggressiva och svåra att undersöka. För dem var det säkert en påfrestande upplevelse att vänta på akutmottagningen, genomgå undersökningar och provtagningar och möta många människor i främmande miljöer. I enlighet med Söderqvist (2007) skulle sjukhusbesöket också kunna medföra risk för tilltagande förvirring, risk för trycksår och andra komplikationer. Sjuttio procent (125 st.) av dem som skickades in på grund av fallskador och/eller skador på rörelseapparaten hade inte någon fraktur som behövde opereras. Om det funnits tillgång till mobil röntgen skulle dessa patienter kunnat röntgas på boendet, men om det inte var möjligt, skulle många av dem kunnat få remiss av läkare på boendet för att röntgas polikliniskt. Då hade flertalet av patienterna inte behövt skickas till akutmottagningen och hade kunnat besparas åtminstone en del av det obehag och lidande som de utsattes för.

Sköra äldre på sjukhus

Beslut om sjukhusvård

Klinisk erfarenhet visar att många sjuka, äldre patienter med bibehållen intellektuell förmåga, som bor på särskilda boenden, väljer att avstå från avancerade undersökningar och behandlingar och sjukhusvård. De uttrycker att de vet att det inte finns så mycket mer att göra, att de varit på sjukhus tillräckligt många gånger. De vill stanna på sitt boende, få lugn och ro och är tacksamma över den lindrande behandling och omvårdnad, som de kan åtnjuta hemma. Vid genomgången av vårdbegäran i akutmottagningens inkorg, visade det sig att det var färre vårdbegäran som avsåg patienter från säbo *utan* kognitiv svikt än för gruppen patienter från säbo *med* kognitiv svikt. Det kan tyckas förvånande, eftersom de personer som inte lider av kognitiv svikt, men som beviljas plats vid ett särskilt boende, har så allvarliga sjukdomar och ett så stort omvårdnadsbehov, att de

inte kan bo kvar i sitt hem, trots insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Dessa personer borde då kunna förmodas vara mer vårdkrävande och oftare i behov av sjukhusvård. Att det i stället visade sig vara tvärtom, kan dels bero på att det totalt bor fler personer med kognitiv svikt på särskilda boenden, men det skulle också kunna vara så att fler av dem som är klara och adekvata tackar nej till att åka till sjukhus vid ett försämrat tillstånd. Beslut om sjukhusvård för patienter med kognitiv svikt fattas sannolikt oftare utan patientens medverkan och delaktighet.

Risker med sjukhusinläggningar

Socialstyrelsen (2006, 2013a) skriver i olika rapporter om förhållandena på sjukhusens akutmottagningar, att det dels saknas kunskap om risker förenade med hög ålder, dels saknas riktlinjer för omhändertagande av de mest sjuka äldre, samt dessutom att väntetiderna för de äldre i genomsnitt är längre än för övriga patienter på akutmottagningarna. För patienter med kognitiv svikt är det vanligt att förvirringen tilltar i samband med somatiska besvär och i möte med främmande miljöer (Codwell, 2010, Nilsson, 2013). Det är också vanligt att sjuksköterskor på sjukhusavdelningar inte bedömer patienters kognitiva funktionsnedsättning korrekt (Nilsson, 2013, Söderqvist, 2007). I föreliggande studie registrerades endast om patienterna på något sätt beskrevs i journalerna som desorienterade, men inte i någon journal framgick det att det utförts skattning av patienternas kognitiva förmåga med ett evidensbaserat skattningsinstrument, något som även Nilsson (2013) uppmärksammat.

Vid journalgranskningen i förevarande studie, framställdes många situationer som skulle kunna betecknas som att patienter drabbades av vårdlidande, vilket är ett lidande som med alla tänkbara medel bör undvikas (Berglund m.fl., 2012, Dahlberg, 2002, Eriksson, 1994, Svanström m.fl., 2013). Det återfanns dokumentation i journaler om patienter som inte förstod varför de befann sig på akutmottagningen och som uttryckte att de inte ville vara där. Patienter beskrevs som aggressiva och att de inte ville medverka till undersökning och behandling. En del patienter fick lugnande läkemedel innan provtagning kunde utföras. Även om inte tidsförlopp registrerades i granskningen så framgick det i många journaltexter att det förflutit lång tid från ankomst till AM till inläggning på vårdavdelning eller återfärd till boendet. För äldre sjuka och sköra personer kan det betraktas som ett vårdlidande att bli liggande under lång tid på akutmottagningen, vilket också framgår av både studier och rapporter (Codwell, 2010, Condelius, 2009, Nilsson, 2013, Ranhoff & Linnsund, 2005, Rutschmann m.fl., 2005, Sampson m.fl., 2009, Socialstyrelsen, 2006, Söderqvist, 2007).

Det finns en risk att patienter som motsvarar den patientgrupp som granskats i denna studie, inte erbjuds adekvat vård och behandling, eftersom de inte alltid kan uttrycka sina symtom och sina

önskemål. Det finns en risk att de missbedöms och att deras symtom feltolkas (Rutchman m.fl., 2005, Samaras m.fl., 2010). Sjukvården får inte underlåta att erbjuda patienter med nedsatt kognitiv funktion och nedsatt autonomi, adekvat vård och behandling (SFS 1982:763, SBU, 2013). Hög ålder och kognitiv funktionsnedsättning innebär inte i sig att patienter ska exkluderas från aktiv behandling. Det får inte heller vara så att den som lider av demenssjukdom inte erhåller avancerad behandling, enbart på grund av en demensdiagnos. Att inte få erforderlig vård och behandling, som skulle kunnat förbättra ett sjukdomstillstånd och välbefinnande, är också att betrakta som vårdlidande. Men även personer med demenssjukdom och kognitiv funktionsnedsättning har rätt att avstå från vård och behandling. Att tvinga patienter till undersökningar och behandla patienter mot deras vilja, resulterar även det i ett vårdlidande. Det kan uppstå dilemman när vårdpersonal ska bedöma behov av vård och behandling för personer som inte själva är beslutsförmögna, men vars självbestämmande måste respekteras (SBU, 2013, Socialstyrelsen, 2011b). Det är viktigt att ha en helhetssyn och ett personcentrerat förhållningssätt när dessa beslut ska fattas (Brink och Skott, 2013, Ekman m.fl., 2013, Nilsson, 2013). Det måste finnas ett syfte med erbjuden vård och behandling, den måste gagna patienten, leda till förbättrat välbefinnande, lindrat lidande och bibehållen eller förbättrad livskvalitet.

Kompetens och bemanning

Sjuksköterskor i den kommunala äldrevården arbetar ofta ensamma. De möter de allra mest sjuka och sköra äldre patienterna på särskilda boenden, men även i hemmen. Flera studier belyser att sjuksköterskor känner sig otillräckliga och utelämnade och att de saknar stöd och resurser att bedriva en god vård i livets slutskede (Gustafsson m.fl., 2009, Karlsson m.fl., 2009, Larsson Kihlgren m.fl., 2003, Törnqvist m.fl., 2013). Socialstyrelsen (2008) hävdar att det inte är förenligt med god vård, och att patientsäkerheten äventyras om sjuksköterskor ansvarar för ett för stort antal patienter. Socialstyrelsen nämner att en sjuksköterska kan ansvara för upp till 400 patienter på jourtid, vilket de anser vara för många för att upprätthålla patientsäkerheten, men det finns kommuner i landet där sjuksköterskor ansvarar för ännu fler patienter. Sjuksköterskors profession innehåller krav på ett etiskt förhållningssätt, att lindra lidande och bedriva omvårdnad på ett respektfullt sätt med en helhetssyn på patienten (Lützen m.fl., 2003, Svensk Sjuksköterskeförening, 2010, 2014.). Att vara otillräcklig och inte ha förutsättningar för att utföra god omvårdnad, speciellt gentemot de allra mest sjuka och sårbara patienterna, kan skapa en moralisk stress, en samvetsstress, eftersom det strider mot sjuksköterskors professionsetik och värdegrund (Lützen, 2003, Nilsson, 2013, Svensk Sjuksköterskeförening, 2010, 2014). Det finns ett stort behov av kompetensutveckling och ökad bemanning bland sjuksköterskor, men även av handledning för att

kunna hantera svåra situationer, etiska dilemman och samvetsstress (Glasberg m.fl., 2008, Juthberg m.fl., 2010).

Patienter som beviljas plats vid särskilda boenden är allt sjukare och flertalet lider också av kognitiv svikt, vilket ställer allt högre krav på såväl omvårdnadspersonal som sjuksköterskor. Edberg och Ernsth Bravell (2013), liksom Socialstyrelsen (2012a), framhåller att personaltäthet och kompetens måste öka vid kommunernas särskilda boenden, det räcker inte med grundutbildning för sjuksköterskor som arbetar med de mest sjuka äldre med komplexa vårdbehov. Socialstyrelsen (2012a) lyfter fram behovet av fler läkare med geriatrisk specialistkompetens och föreslår en ökad satsning på specialistutbildningar, för såväl sjuksköterskor som läkare som arbetar inom äldrevården. I en nyligen publicerad internationell studie har sambandet mellan sjuksköterskors utbildningsnivå, bemanningen av sjuksköterskor på vårdavdelningar och patienters risk att dö efter utskrivning från sjukhus studerats (Aiken, 2014). Data från 300 sjukhus i Europa analyserades och resultatet visade att det fanns en signifikant mindre risk för patienter att dö efter ett kirurgiskt ingrepp, om sjuksköterskor hade en utbildningsnivå med kandidatexamen, samt ansvar för ett mindre antal patienter. Visserligen handlade den studien om en annan patientkategori än de patienter som kartlagts i föreliggande studie, men det är ett rimligt antagande att det antal patienter som en sjuksköterska ansvarar för och sjuksköterskors utbildningsnivå, påverkar vårdens kvalitet, oavsett verksamhet.

Sjuksköterskor i den kommunala äldrevården har ett ansvar att samordna hälso- och sjukvård och omvårdnad för patienterna. Socialstyrelsen (2012a) menar att det inte är tillräckligt med enbart grundutbildning för ett sådant ansvar, och pekar på att det finns kompetensbrister i kommunernas äldrevård, vilket även Edberg och Ernsth Bravell (2012) framhåller. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom vård av äldre (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård, 2012) framhålls specialistsjuksköterskans förmåga att arbeta evidensbaserat med utgångspunkt i en helhetssyn på patienten. Specialistsjuksköterskor inom vård av äldre ska ha fördjupade kunskaper om åldrandet, äldres symtombild och äldres behov och resurser. Specialistsjuksköterskor inom vård av äldre ska också ha kompetens att samordna och bedriva vård i livets slutskede. Socialstyrelsen (2012) bedömer att det är nödvändigt att andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre ökar och anser att det är ett problem, att inte kommunerna ställer krav på specialistutbildning för sjuksköterskor i äldrevården. Även inom sjukhusvården behövs det fler sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre, för att rätt bedöma och ta om hand de mest sjuka och sköra äldre, när de befinner sig inom akutsjukvården.

Studien avser inte att ta ställning till om enskilda patienter i kartläggningen var i behov av sjukhusvård. Eftersom många studier pekar på sambandet mellan sjuksköterskors kompetens, graden av bemanning och kvaliteten på vården (Aiken, 2014, Edberg & Ernsth Bravell, 2012, Larsson Kihlgren m.fl., 2003, Socialstyrelsen, 2012), är det ändå troligt, att om fler patienter hade mött en sjuksköterska med specialistkompetens inom vård av äldre i ett akut skede av sviktande hälsa, hade färre i den granskade patientgruppen behövt transporteras till sjukhus. Många patienter som skickades till akutmottagningen var symtomfria vid ankomsten. För en del hade det kanske varit möjligt att avvakta med sjukhustransport, för att se hur symtomen utvecklade sig på boendet. Detta är svåra ställningstaganden för enskilda sjuksköterskor, vilket ytterligare belyser behovet av kompetens och resurser i äldrevården. Ur ett samhällsperspektiv är det ytterst angeläget att det utbildas och anställs fler specialistsjuksköterskor inom vård av äldre i kommunal äldreomsorg, men även i akutsjukvården, för att kunna möta ett växande antal äldre personer. Dessa patienter måste erbjudas ett kompetent omhändertagande, baserat på en helhetssyn, och med ett personcentrerat förhållningssätt (Brink och Skott, 2013, Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay, 2010, Ekman m.fl., 2013).

Framförhållning och planering

För att i möjligaste mån eliminera situationer, där sjuksköterskor vid akuta händelser måste fatta avgörande beslut om patienters vård och hälsa, är det nödvändigt med planering och framförhållning. Även patienter med kognitiv funktionsnedsättning kan ha förmåga att uttrycka sin uppfattning och sina önskemål om vård och behandling, om kommunikationen sker i ett lugnt skede, i en trygg miljö och med personer som patienten känner. Om patienten inte själv kan uttrycka sig verbalt kan kunskap om troliga uppfattningar inhämtas från närstående. Patientens, och närståendes, inställning är en viktig grund för ställningstaganden och sammanvägs med läkarens medicinska bedömning om vad som kan vara rimligt att förvänta i hälsotillståndet (SBU, 2013, Socialstyrelsen, 2011b). Ett sätt att utforma en samlad bedömning och planering av åtgärder för de mest sjuka äldre kan vara medicinska vårdplaner (Johansson & Wanland, 2011, Vårdsamverkan Skaraborg, 2014). Medicinska vårdplaner i hemsjukvården bygger på en samverkan mellan patientansvarig läkare i primärvården och patientansvarig sjuksköterska i kommunen och upprättas efter samtal tillsammans med patient, anhörig och kontaktperson. Under samtalet diskuteras hälsotillståndet, läkemedelsgenomgång utförs samt önskemål och ställningstaganden kring vård och behandling dokumenteras. Den medicinska vårdplanen är tänkt att fungera som stöd för både personal och närstående när patientens hälsa sviktar. Vikten av planering och framförhållning betonas också av Larsson Kihlgren m.fl. (2003) och Ranhoff och Linnsund (2005) som understryker att planering ska ske tillsammans med patient och närstående. De poängterar att

sjukhusinläggningar ska förebyggas så långt det är möjligt. Många av de försöksverksamheter som bedrevs med anslag från SKL (2010, 2014) syftade också till förebyggande vårdplanering. Svårt sjuka och sköra äldre ska inte behöva skickas till sjukhus i onödan. Med en god framförhållning och planering kan onödiga sjukhustransporter förebyggas och patient och anhöriga, liksom omvårdnadspersonal, kan känna sig trygga, vilket också är min egen erfarenhet från den kliniska verksamheten.

Om det hade funnits bättre planering, t.ex. genom medicinska vårdplaner, hade troligen många av patienterna i föreliggande studie kunnat få vård och omvårdnad på sitt boende och sluppit transport till sjukhus. I många läkarjournaler fanns dokumentation om ställningstagande till palliativ inriktning av vården och att brytsamtal hållits med anhöriga. Det borde i de flesta fall varit önskvärt att sådana ställningstaganden gjorts i ett tidigare skede av patientansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare.

Hembesök

Även om det skulle finnas väl utformade och förankrade vårdplaner för patienter i kommunal äldrevård, kommer det att uppstå situationer då patienter drabbas av akuta sjukdomstillstånd, som inte är förutsägbara. Även om det skulle finnas en hög andel specialistutbildade sjuksköterskor i kommunerna och bemanningen av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal skulle vara tillräcklig, kommer det uppstå situationer då patienter drabbas av akuta sjukdomstillstånd som ligger utanför sjuksköterskans kompetensområde att bedöma. Om det trots planering, kompetens och bemanning uppstår situationer där svårt sjuka, sköra äldre behöver en akut bedömning skulle många av dessa patienter slippa sjukhustransport om det fanns mobila team med läkare som kunde göra hembesök. Om de mobila teamen kunde utföra vissa undersökningar och behandlingar skulle ännu fler patienter slippa sjukhusvård. Tjugosju procent av alla patientbesök i studien var endast besök på akutmottagningen och det är möjligt att flertalet av dem skulle kunnat undvikas, om det hade funnits mobila hemsjukvårdsläkare.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska det avsättas tillräckliga läkarresurser för att bedriva god hälso- och sjukvård vid särskilda boenden och tillgängligheten för vård och omsorg för den enskilda patienten ska vara god dygnet runt. Som det uttrycks av Socialstyrelsen (2012b), innebär det att läkare ska kunna göra hembesök även under jourtid. I en rapport från Sveriges Läkarförbund (Högrell & Asplund, 2013) beskrivs det att många primärvårdsläkare upplever en frustration över att inte hinna med att ta hand om och följa upp de mest sjuka äldre patienterna. Läkarna uttrycker att de ser fördelar med hembesök, men att det sällan hinns med. De menar också

att läkarmedverkan i vården av patientgruppen bör ökas och alla sköra äldre ska ha en fast läkarkontakt. Vidare skriver Läkarförbundet att det också måste utvecklas en jourorganisation för att klara av att göra hembesök dygnet runt, för att motsvara patientgruppens behov. Ökad läkarmedverkan och mobila team med läkare och specialistsjuksköterskor är behov som diskuteras på många håll (Johansson & Wanland, 2011, Närvård västra Skaraborg, 2014, SKL, 2010, 2014).

Patienterna som illustreras av Alma (Bilaga 2), Nils (Bilaga 3) och Dagny (Bilaga 4) skulle haft nytta av hembesök av ett team med läkare och specialistsjuksköterska, men med en god planering, kompetent personal och lämplig bemanning är det inte säkert att det varit nödvändigt. För patienterna, som liksom Arne (Bilaga 3), fallit och ådragit sig en misstänkt skelettskada, hade en god planering inte varit tillräckligt. För Arnes vidkommande var det nödvändigt med läkarbedömning och troligen också röntgenundersökning. Läkare borde kunna åka till särskilda boenden och det borde vara fullt möjligt att konstruera en transportabel röntgenutrustning. Om det inte skapas organisatoriska förutsättningar för läkarna att göra akuta hembesök på säbo dygnet runt, (och varför inte också mobil röntgen?), kommer följaktligen patienter likt Arne (Bilaga 3) att skickas till sjukhus. De kommer att transporteras med ambulans, tillbringa många timmar på akutmottagningen med de risker det innebär (Socialstyrelsen, 2006), och många av dem kommer så småningom att återvända till boendet, med ett röntgenutlåtande om att skelettskada inte kunnat påvisas.

Det gjordes ingen analys av vilka veckodagar som var mest representerade i kartläggningen av samtliga patientbesök. En mindre granskning av vilka veckodagar de flesta patientbesöken ägde rum, gjordes dock med utgångspunkt från patientbesöken som motsvarar patientberättelserna (Bilaga 2-5). I den gruppen syntes en tydlig överrepresentation av sjukhustransporter under veckoslut, 42% av de 49 vårdtillfällena som detaljgranskades, initierades under lördagar eller söndagar. Detta skulle kunna vara en effekt av den pressade arbetssituation, som sjuksköterskor har i den kommunala äldrevården och även belysa svårigheterna att bedöma och vårda de mest sjuka äldre med kognitiv svikt. Det understryker ytterligare behovet av dels ökad kompetens i äldrevården, dels bättre förutsättningar att fatta beslut för de mest sjuka och sköra äldre och dessutom tillgång till läkare som kan göra hembesök under jourtid.

KONKLUSION

Resultatet visar att:

- Det kan vara svårt att tolka de allra mest sjuka och sköra äldres tecken på sjukdom och ohälsa.
- Många av de allra mest sjuka äldre patienterna var så sköra och skröpliga, att man på sjukhuset bedömde att de inte vara mottagliga för krävande undersökningar och riktade behandlingar.
- För att undvika vårdlidande är det angeläget att de mest sjuka äldre erhåller vård vid rätt vårdnivå och ett kompetent omhändertagande, med utgångspunkt i en helhetssyn och ett personcentrerat förhållningssätt.
- Det är brådskande att införa rutiner för planering av hur vården för de mest sjuka äldre ska utformas vid allmän försämring eller akuta händelser.
- Behovet av rimlig bemanning, hög kompetens och fler specialistsjuksköterskor inom kommunal äldrevård är högt, eftersom vården av de allra mest sjuka äldre är ytterst avancerad.
- Det är ett prioriterat område att införa mobil hemsjukvårdsläkare som kan göra hembesök hos de mest sjuka äldre, när behov uppstår av lindrande behandling som ligger utanför sjuksköterskans kompetensområde.

”Vården i livets slutskede ska vara av hög kvalitet. Lindring av smärta eller andra obehag, kärleksfull omvårdnad och en fridfull miljö är viktiga inslag. Personliga önskemål ska tillgodoses så långt det är möjligt.

Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva flytta mellan olika boenden och sjukhus i onödan. Ingen ska behöva dö ensam.”

(Regeringens proposition, 1997/98:113).

FORTSATT FORSKNING

Det är viktigt att ta reda på hur sjuka och sköra äldre, med kognitiv svikt, upplever vård och behandling och att utforma strategier för att tillvarata dessa patienters självbestämmande och delaktighet. Det skulle kunna göras som intervju- och observationsstudie med en kvalitativ forskningsansats. Det behövs också mer kunskap om hur sjuksköterskor i den kommunala äldrevården upplever vården av de allra mest sjuka och sköra äldre och om vilket beslutsstöd som sjuksköterskorna har behov av. Detta skulle också kunna studeras med kvalitativ ansats, t.ex. genom fokusgruppsintervjuer.

Eftersom det pågår flera projekt och utvecklingsarbeten, för att förbättra vården och omhändertagandet av de mest sjuka och sköra äldre, skulle det vara intressant med uppföljande kartlägningsstudier. För att utröna om planerade förbättringar har resulterat i vård vid rätt vårdnivå och en minskning av antalet akuta sjuhusbesök, för den aktuella patientgruppen, skulle såväl registerstudier som enkätundersökningar kunna göras.

PRAKTISK NYTTA

Studien tydliggör behovet av rimlig bemanning, hög kompetens och fler specialistsjuksköterskor, samt mobil hemsjukvårdsläkare inom kommunal äldrevård, eftersom vården av de allra mest sjuka äldre är ytterst avancerad. Patientberättelserna gör statistiken levande och studien kan därför användas för att skapa förståelse i olika vårdverksamheter, för de allra mest sjuka och sköra patienternas utsatthet och specifika behov. Förhoppningen är att föreliggande studie ska kunna bidra till ett förbättrat omhändertagande av den aktuella patientgruppen, genom att uppmärksamma hur sårbara dessa patienter är och hur angeläget det är att de erhåller vård vid rätt vårdnivå och ett kompetent omhändertagande.

Studien uppmärksammar patienter med kognitiv svikt, men många sköra äldre har kroniska sjukdomar, för vilka ytterligare avancerade undersökningar och behandlingar inte förbättrar hälsotillståndet eller livskvaliteten. Många äldre, som i vanliga fall har en bibehållen kognition, löper risk att drabbas av konfusion i samband med sjukhusvistelse, vilket kan leda till ett ökat lidande. Resultatet från studien skulle därför kunna generaliseras till andra patientgrupper för att belysa deras sårbarhet. Många sjuka och sköra äldre, oavsett kognitiv förmåga, kan ha nytta av en god vårdplanering och att få vård i hemmet. Det finns också andra grupper av sårbara patienter där sjukhusvård inte medför förbättrat hälsoläge eller livskvalitet. En förbättrad planering och en ökad tillgång till vård i hemmet och mobila team med läkare och specialistutbildade sjuksköterskor, skulle troligen också gagna andra patientgrupper i samhället.

REFERENSER

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. . . & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*. 383(9931), 1824-30.

Andersson, M. (2007). *Äldre personers sista tid i livet: Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation*. (Doktorsavhandling). Lund: Lund University. Faculty of Medicine.

Basun, H., Skog, M., Wahlund, L.-O. & Wijk, H. (2013). *Boken om Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Berglund, M., Westin, L., Svanström, R. & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care: Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 7. doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688

Blomqvist, K. (2009). *Helhetssyn – att binda samman, avgränsa och leda. Rapport från en forskningscirkel om helhet och helhetssyn i omsorg, vård och rehabilitering av äldre*. Lund: FoU Skåne och Forskningsplattformen för Närsjukvård.

Brink, E., Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. 3,563-567. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Epi Info. Hämtad 2014-02-25 från: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>

Centrala etikprövningsnämnden. (u.å.). Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.epn.se/sv/centrala-etikproevningsnaemnden/om-naemnden/>

Codwell, F. (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*. 24(23), 42-48.

Condellius, A. (2009). *Utilization of medical healthcare among older people: In relation to long-term municipal care*. (Doktorsavhandling). Lund: Lund University. Faculty of Medicine.

Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. 22(1), 4-8.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlen, I., Westin, L. & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behaviour Management*. 5, 1-9.

Edberg, A.-K. & Ernsth Bravell, M. (2013). Kompetensen måste höjas på särskilda boenden för äldre. *Läkartidningen*. Hämtad 2014-01-10 från: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/11/Kompetensen-maste-hojas-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/>

- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality - person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (17-18), 2611-2618.
doi:10.1111/j.13652702.2009.03143.x
- Ekman, I., Britten, N., Bördin, J., Codagnone, C., Edén, S., Forslund, D., ... Swedberg, K. (2013). The person-centred approach to an ageing society. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 1 (1), 132-137. <http://dx.doi.org/10.5750%2Fejpc.v1i1.644>
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*. 15.
DOI: 10.1177/089431840201500110
- Gustafsson, C., Asp, M. & Fagerberg, I. (2009). Municipal night nurses' experience of the meaning of caring. *Nursing Ethics*. 16(5), 599-612.
- Glasberg, A.-L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2008). Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 22, 249–258.
- Gustafsson, S. (2012). *Health-promoting intervention for community-dwelling older adults: focusing on the concept of frailty and intervention outcome*. (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborg University. Institute of Neuroscience and Physiology
- Högrell, O. & Asplund, S. (2013). *Varför kan inte doktorn komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård*. Stockholm: Sveriges Läkarförbund. Hämtad 2014-08-30 från:
http://www.slff.se/Pages/46555/Varf%C3%B6r%20kan%20inte%20doktorn%20komma_helarapport_en_inklbil.pdf
- Jakobsson, E. (2006). *End-of-life care in a Swedish county: patterns of demographic and social conditions, clinical problems and health care use*. (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborg University. Institute of Health and Care Sciences.
- Johansson, M. & Wanland, S. (2011). *Bättre vård i hemmet*. FoU-rapport 2011:5. Skövde: FoU-centrum Primärvård och Tandvård i Skaraborg. Hämtad 2014-08-30 från:
http://www.narhalsan.se/upload/PV%20skaraborg/Nya%20webben/FoU-centrum%20PV-TV/Rapporter/2011/2011_5.pdf
- Josefson, I. (2011). Omdömet skolning. Om mötet mellan praktisk erfarenhet och teoretisk reflektion. I A. Burman (Red)., *Våga veta! Om bildningens möjligheter i massutbildningens tidevarv*. Huddinge: Södertörns Högskola. Hämtad 2014-02-20 från:
<http://sh.diva-portal.org/smash/get/diva2:444170/FULLTEXT01.pdf>
- Josefson, I. (2013). *Känslans skärpa. Tankens inlevelse. Om mötet mellan olika kunskapsformer*. Universitetens, högskolornas och Svensk sjuksköterskeförenings årliga konferens Verksamhetsförlagd utbildning i högskolans vårdutbildningar – Att stödja lärande. 2013-11-13. Skövde. Föreläsning.

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*. 66(8), 1708-1718.

Karlsson, I., Ekman, S.-L. & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home – Some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 23, 265–273.

Larsson Kihlgren, A., Fagerberg, I., Skovdahl, K. & Kihlgren, M. (2003). Referrals from home care to emergency hospital care: Basis for decisions. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 28–36.

Lundin-Olsson, L. & Rosendahl, E. (2007). Att förebygga fallolyckor bland äldre personer. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Äldres hälsa Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net.

Lützn, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral Stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10,(312). Hämtad 2014-09-14 från: <http://nej.sagepub.com/content/10/3/312>

Medicinsk ordbok. <http://medicinskordbok.se/>

Nationalencyklopedin. (1993). Höganäs: Bra Böcker.

Nilsson, A. (2013) *Att vårda äldre personer med kognitiv svikt i sjukhusmiljöer - attityder, processer och innebörder*. (Doktorsavhandling). Umeå: Umeå Universitet. Institutionen för omvårdnad.

Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – A life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*. 40, 761–769.

Närvård Västra Skaraborg. (2014). *Information om Närsjukvårdsteamet*. Hämtad 2014-02-23 från: <http://www.narsjukvarden.se/narsjukvardsteamet>

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg och svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Hämtad 2014-04-29 från: <http://www.swenurse.se/PageFiles/2764/SSF%20%C3%84ldrekompWEBB.pdf>

Ranhoff, A. H. & Linnsund, J. M. (2005). När skal sykehjemspasienter innlegges I sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 125(13-14), 1844-1847.

Roupert, A. (2010). *Mångbesökare till akutmottagningarna på sjukhusen i Växjö och Ljungby*. FoU Kronoberg. FoU-rapport 2010:10. Hämtad 2014-05-20 från: [http://www.fouvalfard.se/\\$2/2010-mangbesokare.pdf](http://www.fouvalfard.se/$2/2010-mangbesokare.pdf)

Rutschmann, O. T., Chevalley, T., Zumwald, C., Luthy, C., Vermeulen, B. & Sarasin, F. P. (2005). Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Medical Weekly*. 135, 145-150.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2010). *Äldre patienter slipper väntan på akuten*. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Aktuellt/Nyheter/Nyhetsarkiv/2010/Aldre-patienter-slipper-vantan-pa-akuten/>

Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older patients in the emergency department: A review. *Annals of Emergency Medicine*. 3(56), 261-269.

Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A. & King, M. (2009). Dementia in acute hospital: Prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry*. 195(5), 461-462.

Sandelowski, M. (1991). Telling stories: Narrative approaches in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*. 3(23), 161-166.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 14-09-07 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2005b). *Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma?: En registerstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämta 2014-09-12 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-123-30>

Socialstyrelsen. (2006). *Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning?: En nationell verksamhetstillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Socialstyrelsen. (2009b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8465/2009-126-44_200912644.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011. (ICD-10-SE)* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-13>

Socialstyrelsen. (2011a). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/2011-10-20.pdf>

Socialstyrelsen. (2011b). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf>

Socialstyrelsen. (2012a). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi - förslag till utformning och genomförande av satsning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-14 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18591/2012-2-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2012b). *Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre – stöd för vård- och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18841/2012-10-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2013a). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2013b). *Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19051/2013-4-15.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Vård och omsorg om äldre - jämförelser mellan kommuner och län. Öppna jämförelser 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19297/2014-1-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19437/2014-5-4.pdf>

SOU (2001:6). *Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU (2010:48). *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. Rapport från Sociala rådet*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2013) *Omhandertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2014-09-12 från: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Omhandertagande-av-aldre-som-inkommer-akut-till-sjukhus--med-fokus-pa-skora-aldre/>

Statistiska Centralbyrån. <http://scb.se/>

Svanström, R., Johansson Sundler, A., Berglund, M. & Westin, L. (2013). Suffering caused by care: Elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 8: 20603 – Hämtad 2014-09-12 från: dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för Omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2010). *19 projekt har tilldelats medel till försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre*. Hämtad 2010-11-08 från:
<http://www.skl.se/web/beviljadeprojekt.aspx>

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2014). *19 försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre*. Hämtad 2014-01-21 från:
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/forsoksverksamheter

SveDem Svenskt Demensregister. Hämtad 2014-01-21 från:
<http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/om-svedem>

Svenska Palliativregistret. <http://palliativ.se/>

Svenskt demenscentrum. (2010) *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*. Stockholm: Myndigheter & institut. Hämtad 2014-01-21 från:
http://www.demenscentrum.se/Documents/Myndigheter_departement_pdf/2010_SDC_ForVemsSkull.pdf

Svenskt demenscentrum. *Fakta om demens*. Hämtad 2014-01-21 från:
<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/>

Söderqvist, A. (2007). *Bedömning av kognitiv förmåga hos äldre patienter med höftfraktur*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.

Törnqvist, A., Andersson, M. & Edberg, A-K. (2013) In search of legitimacy –Registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, 651-658.

Trysell, K. (2013). Primärvården struntar i att utreda demens. *Dagens Medicin*,47,14. Hämtad 2014-01-21 från: <http://www.ucr.uu.se/svedem/index.php/nyheter/senaste-nytt/200-dagens-medicin-skriver-om-svedem>

Vetenskapsrådet. (2011). *Codex: regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2014-09-12 från:
<http://codex.vr.se/>

Vicente, V. (2008). *Gepard: geriatriska patienters rätt till adekvat destination*. Hämtad 2014-09-12 Från:
<http://www.webbhotell.sll.se/Global/prehospitala/dokument/GEPARD/Veronica%20Vicente%20projektplan%2020080709%20utan%20koder.pdf>

Vicente, V. (2013). *The Use of a Prehospital Decision System in the Emergency Medical Service. The acute emergency chain for geriatric patients*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.

Vicente, V., Ekebergh, M., Castren, M., Svensson, L. & Wireklint Sundström, B. (2011). Differentiating frailty in older people using the Swedish ambulance service: A retrospective audit. *International Emergency Nursing* 20, 228– 235.

Vårdsamverkan Skaraborg. (2012). *Samverkan Geriatrik*. Hämtad 2014-09-12 från:
http://www.vardsamverkanskaraborg.se/sv/Vardsamverkan-Skaraborg/GAMLA_WEBBEN/Geriatrik/Geriatrik/

Vårdsamverkan Skaraborg. (2014). *Sammanhållen nära vård, rehabilitering och omsorg*. Hämtad 2014-08-30 från:

<http://www.vardsamverkanskaraborg.se/sv/Vardsamverkan-Skaraborg/NyaVardsamverkanSkaraborg/Navigering/Arbetsgrupp/Grupper/Geriatrik-demens-och-palliativ-varld-/Processer/Sammanhallen-nara-varld-rehabilitering-och-omsorg/>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013).

2014-09-09 from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

BILAGA 1.

Vårdbegäran som den ser ut i det IT-baserade systemet för samordnad vårdplanering.

KLARA SVPL - SVPL Patientärenden

Program Verktyg Hjälp

Användare: Skarab utb71 Kommun
 Aktuell arbetsplats: UTB-Tidaholm Kontaktpunkt Bistånd 19 231122-9252 Test Tage

Meny Ingen adress registrerad. Ingen tele registrerad.
 Ärendenummer: A2180

Vårdbegäran

Inskrivningsmeddelande
 Kallelse+underlag
 Vårdplan
 Utskrivningsmeddelande
 Information vid utskrivning
 Avbrott i processen
Administrativt meddelande
 Meddelande till vård och omsorg

A2180 2014-11-24
 UTB-Tidaholm Kontaktpunkt B
 UTB-Primärvård Tidaholm Konte
 Vårdbegäran 2014-11-24
 UTB-Tidaholm Kontaktpunk
 UTB-Primärvård Tidaholm K
 Vårdbegäran 2014-11-24

Vårdbegäran/komplettering av vårdbegäran **Ej sparat**

Patientärende
 Vårdinitiativ*: Remitterande hälso och sjukvårdsproducent Boendeform*:
 Kontaktsak*: Begärd åtgärd:
 Åtgärd innan ankomst Hjälpmedel
 Medsänt: Närstående informerad
 Patienten är inskriven i hemsjukvården* Trygghetslarm Övrigt
 Ja Nei Hemtjänst

Status
 Hälsoillstånd Omvårdnadsstatus
 Funktionstillstånd* Klarar själv

	Ej bedömt	Ja	Delvis	Nej	Med hjälpmedel	Kommentar
Daglig hygien	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Bad/dusch	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Klä sig	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Äta/dricka	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Sköta toalettbehov	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Förflyttning	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörsel	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Syn	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunicera	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Är orolig	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Är desorienterad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Sömn	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	

 Datum då bedömningen gjordes*:
 Insats/åtgärd
 Insats Hälso- och sjukvård Rehabiliteringsinsats
 Avbryt Utkast Publicera Avisera Justera Kvittera Felsänt Historik Utskrift Makulera

Färdig

BILAGA 2.

ALMA

Alma är 94 år och har en Alzheimerdemens. Hon har bott på en demensavdelning i många år. På väggen i sitt rum hänger vackra bonader som Alma har broderat. Hon har varit med i Röda Korset och haft många väninnor men nu finns ingen kvar som hälsar på. Alma är opererad för en höftfraktur och har behandlats mot urinvägsinfektioner vid ett par tillfällen. Hon sitter i rullstol och behöver hjälp med all omvårdnad. Hon matas, är helt inkontinent och har förlorat sitt språk. Ibland kan hon ge ögonkontakt. De sista månaderna har hon tacklat av. Det har varit allt svårare att få i henne mat och dryck. Ibland kniper hon ihop munnen och vill inte äta alls. Hon sover mycket. Alma har en son som kommer på sporadiska besök, han har svårt att se sin mamma långsamt tyna bort. Något brytpunktsamtal har inte hållits. Sonen har vid något tillfälle blivit erbjuden att prata med läkaren men han har avböjt. Han vet att Alma är dålig, det finns inget som kan göra henne frisk, han tycker inte att det finns någon anledning att prata med doktorn. En kväll larmar omvårdnadspersonalen på tjänstgörande sjuksköterska. De säger att Alma försämrats. Det har inte gått att få i henne något att äta och dricka, och det är svårt att väcka henne. Hon har feber och nu är det jobbigt med andningen också. Sjuksköterskan har inte träffat Alma tidigare. Hon hinner läsa i journalen att Alma haft feber dagen innan och en kollega hade då kontaktat jourläkaren som ordinerat Alvedon och ett urinprov. Natten därpå hade Alma varit feberfri och sovit. Något urinprov hade man inte lyckats ta. Nu tycker alltså kvällspersonalen att hon är sämre. Sjuksköterskan åker till boendet för att titta till Alma. Hon ligger i sin säng. Hon är magerlagd med insjunkna kinder. Hon andas tungt, det låter lite rossligt, gör ibland ett uppehåll i andhämtningen. Sjuksköterskan tar försiktigt i den tunna, knotiga handen. Vad tänker du göra, frågar undersköterskan som står intill? Så här kan hon väl inte ligga!

Sjuksköterskan tolkar Almas tillstånd som att hon har fått en lunginflammation eller håller på att utveckla en sepsis. Hon inser att det kommer att bli svårt att få i Alma antibiotika i tablettform. Hon tänker att Alma behöver intravenöst antibiotika och kanske syrgas. Sjuksköterskan ringer till en läkare på jourcentralen och beskriver Almas symtom. Hon säger att de inte har möjlighet att behandla den troliga infektionen på boendet. Läkaren rekommenderar att skicka patienten till sjukhus och sjuksköterskan beställer ambulans. När Alma kommer till akutmottagningen så är hon mycket medtagen. Hon får syrgas och man tar infektionsprover och ger en dos antibiotika intravenöst. Alma blir inlagd på MAVA och sent på kvällen kommer hennes son. Läkaren samtalar med sonen om att det inte finns så mycket hopp om att Alma ska förbättras. Man ska göra vad som är möjligt för att lindra. Sonen vakar under natten och nästa dag avlider Alma på sjukhuset.

BILAGA 3.

ARNE

Arne är 82 år och bor på en demensavdelning. Han har tidigare haft en stroke och får ibland frånvaroattacker. Han har en vaskulär demens. Han är kroppsligt välbevarad, rörlig och aktiv. Arne har varit busschaufför och kört taxi och har också jobbat extra på en möbelfirma. Han är van vid att styra och ställa och van att få som han vill. Han har ingen insikt i sin sjukdom utan är övertygad om att han jobbar på boendet. Han är en macho-man och kan snabbt skifta humör. På eftermiddagarna brukar han flytta möbler. Personalen känner honom och vet att det inte är lönt att reta upp Arne. De flyttar undan medpatienterna och när Arne jobbat klart med möblerna får han en kaffepaus och personalen ställer till rätta.

En lördagskväll är Arne på uselt humör. Det har varit många besökare, som Arne upplever det, i hans vardagsrum. Han vandrar runt och i köket råkar han snubbla på en rollator. Han faller och det gör mycket ont i benet. Personalen lyckas få upp honom i en rullstol och får honom i säng. Nästa morgon kan Arne knappt resa sig, det gör väldigt ont i benet. Han tar sig till toaletten men lägger sig sedan igen. Han är arg och vill vara ifred. Någon frukost vill han inte ha, dricker bara en halv kopp kaffe. Personalen låter honom ligga, det är ingen idé att bråka med Arne. Vid middagstid gör de ett nytt försök att få Arne att gå upp. Han vrålar av smärta och ilska, och nu ringer personalen till tjänstgörande sjuksköterska. Sjuksköterskan är i en annan del av kommunen och det dröjer innan hon kommer. Sjuksköterskan försöker undersöka Arnes ben men han är inte intresserad av att något okänt fruntimmer klämmer på honom. Arne svär och spjärnar emot. Sjuksköterskan kan inte se någon uppenbar felställning men Arne är svår att undersöka och eftersom han har fallit och har så ont att han inte vill belasta benet så bedömer hon att benet behöver röntgas för att utesluta en fraktur. Arne åker iväg till akutmottagningen och väl där får han nog. Han vill inte låta fler främmande människor vrida och dra i honom, han slåss och vrålar. Inte förrän han får en injektion med lugnande läkemedel går det att röntga benet. Det har hunnit bli sen kväll innan röntgenbilderna är bedömda. De visar ingen påvisbar skelettskada. Arne är dödstrött. Han har ont, han har inte ätit mer än kaffeskvätten på morgonen, han är slö efter den lugnande injektionen. Läkaren skulle egentligen velat lägga in honom över natten men med tanke på hur orolig han verkar vara så bestäms det att Arne får åka hem till boendet. Klockan är midnatt när Arne kommer till sitt boende. En van undersköterska som Arne trivs med tar emot honom. Han visar lättnad över att vara tillbaka, undersköterskan får i honom lite nyponsoppa och ett par Alvedon och Arne somnar utmattad.

BILAGA 4.

NILS

Nils är 89 år och bor på ett äldreboende. Han har haft ett jordbruk och varit kommunpolitiker, varit engagerad i kyrkan och sjungit i kör. Nils har haft en stroke och har en långt framskriden vaskulär demens. Han har högt blodtryck och tidigare, när han var uppe och gick, så kunde han ibland besväras av kärlkramp. Han är rullstolsburen och förflyttas med lyfthjälpmiddel. Han matas men kan ibland hålla en mugg och dricka själv. Nils har talsvårigheter pga. stroke och demens. Han kan svara enstavigt men det är inte alltid det blir rätt, ofta härmar han ord som personalen säger. Tidigare sjöng han och kunde många gamla visor, nu kommer han inte ihåg texter längre. Han ser nöjd ut för det mesta och verkar må ganska väl. Nils är mycket känslig för förändringar och störningar i tillvaron och kan bli orolig och uppjagad. Vid sådana tillfällen är det svårt att veta vad som utlöst oron - är det magen som krånglar? är det smärta? är han trött? sitter han illa? har han hört eller sett något som stört honom? - personalen är duktiga och lyhörda detektiver och brukar reda upp situationen. Vid 22-tiden en söndagskväll larmade omvårdnadspersonalen, som denna kväll bestod av vikarier, på jourhavande sjuksköterska. Nils var då orolig och visade även ilska mot personalen. Han grimaserade och hötte med näven. Han ville inte vara stilla i sängen, han var svettig och rödmosig om kinderna. Personalen hade provat att ge Nitrolingualspray men det hade inte gjort någon skillnad. Sjuksköterskan gjorde ett tillsynsbesök. Hon kände på pulsen och tyckte att den var snabb. Nils andades häftigt och var mycket orolig. När sjuksköterskan frågade om han hade ont sa han JAA. Var har du ont, frågade hon? JAAA, svarade Nils. Har du ont i bröstet? JAA, sa Nils. Sjuksköterskan försökte ge ytterligare en dos spray mot kärlkramp. Det var inte så lätt för Nils var nu mycket irriterad och gjorde avvärjande rörelser. Under tiden som hon försökte att undersöka Nils så larmade hennes telefon, det var fler patienter som behövde tillsyn. Sjuksköterskan, som inte tidigare hade träffat Nils tyckte att hon inte kunde utesluta att han hade fått en hjärtinfarkt eller hade svår kärlkramp. Hon gjorde bedömningen att det var bäst att ringa efter en ambulans så att han fick komma under läkarvård. En av nattpersonalen undrade om inte Nils kunde få något här så att han slapp att åka till sjukhus. Sjuksköterskan svarade att det inte fanns något annat än Nitrolingualsprayen på medicinlistan och den hade ju inte hjälpt. Det var nog ändå troligt att det var något med hjärtat, och det kan man ju inte nonchalera. Så hon ringde ambulans och Nils fick åka iväg till akutmottagningen. Nils var upprörd och utmattad när han kom till akutmottagningen vid midnatt. Efter att han fått en dos morfin så lugnade han ner sig såpass att det gick att koppla ett EKG och ta blodprover. Det visade inga tecken på någon nytillkommen hjärtinfarkt. På grund av den sena timmen när han äntligen var färdigundersökt på akuten så fick han ligga på den medicinska akutavdelningen över natten.

BILAGA 5.

DAGNY

Dagny är 86 år och har en Alzheimerdemens med vaskulära inslag. Hon har en känd hjärt-kärlsjukdom och lider av hjärtsvikt. Dagny har varit bibliotekarie och jobbat i kommunens bibliotek. Hon brukade läsa för barnen när det var sagostund, det var nog det hon tyckte allra mest om i sitt jobb. Dagny är ofta motoriskt orolig, hon plockar med sina saker och drabbas ibland av ett ropbeteende – hallååå, hallåååå... Dagny blir lätt uppskrädd och ängslig. Det kan vara svårt att få i henne sina läkemedel eftersom hon kan bli misstänksam och inte alltid förstår varför hon behöver ta dem. Omvårdnadspersonalen upplever att det är svårt att bemöta henne. En morgon börjar Dagny att ropa och vifta med armarna redan under morgontoaletten. Hon får svårt att andas och blir mycket orolig. Personalen kallar på den patientansvariga sjuksköterskan som finns på boendet. Sjuksköterskan är snabbt på plats och försöker undersöka Dagny. Dagny är blek, har snabb puls och ett blodtryck som är svårt att mäta eftersom hon både rör sig och ropar. Så här orolig och påverkad brukar hon inte vara. Sjuksköterskan ringer till vårdcentralen och får prata med läkaren. Läkaren har träffat Dagny vid några tillfällen och känner till hennes hjärtsvikt. De kommer överens om att det är bäst att skicka Dagny till sjukhuset eftersom det kan vara en ny hjärtinfarkt som hon drabbats av. Dagny är trött och medtagen och vill inte åka någonstans, men ambulansen tar henne med. EKG och prover visar att det är en hjärtinfarkt som Dagny haft. I sjukhusjournalen står det sedan tidigare att det tagits beslut om att avstå från hjärt-lungräddning och att det bedömts att Dagny är för sjuk och skör för att genomgå någon invasiv behandling. Dagny blir inlagd på den medicinska akutvårdsavdelningen. Hon behandlas redan med blodförtunnande läkemedel och får endast extra smärtlindring och lugnande läkemedel. Efter två dagar skrivs Dagny ut med diagnosen hjärtinfarkt i journalen. Dagny åker in till akutmottagningen ytterligare en gång med bröstsmärtor efter ett halvår och avlider då på sjukhuset.