

Kommunikation mellan sjuksköterskor i slutenvård och distriktssköterskor

En studie av 100 patienter utskrivna från sjukhus

Catharina Lindencrona

I en intervjuundersökning har man studerat vilka problem äldre patienter haft i samband med utskrivning från akutsjukhus till hemmet. Vidare har man undersökt hur slutenvården och öppenvården kommunicerat och samverkat beträffande omvårdnaden. En preliminär rapport har sammanställts och presenterats vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte i Uppsala.

Ett resultat som framkommit är att dokumentationen om omvårdnadsåtgärder är så dålig att det blir svårt att utvärdera samverkan beträffande omvårdnadsåtgärder. Av intervjuuppgifterna att döma föreligger emellertid stora brister inte minst vad gäller kommunikation mellan sjukhuset och distriktsvården. Patienten har efter utskrivningen upplevt problem som kan hänföras till brist på information och brist på praktisk instruktion. Distriktssköterskorna hade endast fått information om patientens sjukhusvistelse i 9 av 100 fall.

Catharina Lindencrona är sjuksköterska, vårdlärare, FK, MSNed och forskarstuderande inom hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot omvårdnad vid institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet.

Kontinuitet i sjukvården och patienternas omvårdnad är två frågor som på senare år alltmer aktualiseras. Det första begreppet har i kontinuitetsutredningen definierats som en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och mellan olika vårdnivåer för att garantera patienten en röd tråd i den vård han eller hon får (1). Omvårdnad har definierats inom mycket vida ramar i en rapport från Medi-

cinska forskningsrådet (2). I följande studie har jag utgått från en snävare definition, där omvårdnad motsvarar det engelska begreppet "nursing". I det sammanhanget innebär omvårdnad sjuksköterskans och hennes medarbetares åtgärder för att hjälpa en patient att tillgodose de olika individuella behov som patienten själv skulle kunna åtgärda om hälso-tillståndet inte lagt hinder i vägen.

Det finns i Sverige ingen samlad kunskap om vilken information kring en patient som insamlas och sedan kommuniceras inom en vårdnivå eller mellan olika vårdnivåer.

Eftersom många olika yrkeskategorier och personer är inblandade i vården finns risk att endast fragmentariska aspekter fås fram, vilka inte ger en fullständig bild av patientens situation och vårdbehov. Liksom inom andra discipliner behöver åtgärder om patienters omvårdnad baseras på tillförlitliga data. Inom sjukvården är förmodligen just omvårdnad den del av vården som minst blir dokumenterad på ett systematiskt sätt.

En annan risk är att patienten och dennes anhöriga inte tas med som resurspersoner i bedömningen av vårdsituationen. För äldre patienter med ofta flera komplexa hälsoproblem, som hamnar i en vårdorganisation uppbyggd på specialistsystem, kan kontinuiteten i själva vården blir dålig. En sjukhusvistelse är för de flesta patienter en kort episod i deras liv som leder till utskrivning till hemmet. Sjukhusvistelsen eller orsaken till denna kan ändra patientens förmåga att klara sig som tidigare och kvarstående omvårdnadsbehov kan finnas. För att problem av sådan natur skall identifieras och olika vårdarbetare kunna hjälpa patienten måste kom-

munikationen vara effektiv. Planering inför utskrivning är här en viktig funktion för att uppnå kontinuitet.

Författaren till denna artikel har genomfört en tidigare intervjustudie med distriktssköterskor. Denna visade att kommunikationen mellan sjuksköterskor i sluten och öppen vård är bristfällig. Sjuksköterskorna kände en oro för att dessa brister medförde onödiga problem för äldre människor som skrivits ut till hemmet. De gav också exempel på sådana problem. Det framkom också svårigheter att beskriva omvårdnad av patienterna som något som behövdes särskilt, vid sidan av de rent medicinska behandlingsåtgärderna. Ett professionellt "språk" tycks saknas (3).

I internationell omvårdnadslitteratur finns studier som berört framför allt problem kring kommunikation och förberedelser av patienten inför utskrivning från sjukhus. Till exempel anges i en engelsk studie av Skeet (4) att 45 procent av patienterna, som efter utskrivningen från sjukhus intervjuades i hemmet, ansåg att de saknade hjälp och vägledning med fortsatta behandlingsåtgärder eller personlig omvårdnad. Liknande resultat har även visats i en annan tidigare engelsk studie av Hockey (5). I denna studie framkom att nästan var femte patient som skrivits ut från medicinska och kirurgiska avdelningar själva upplevde att de behövde någon form av hjälp som de ej fick. Schuman och medarbetare har i en amerikansk studie utvärderat patienters utskrivning från en medicinsk avdelning och fann att patienternas behov ofta inte hade tillgodosetts (6). Liknande studier har jag inte funnit publicerade i Sverige.

Studiens syfte, metodik och material

För att studera kontinuitet i omvårdnaden har en intervjuundersökning genomförts. Syftet var att belysa vilka problem patienter haft i samband med utskrivning från akutsjukhus. Vidare var syftet att undersöka hur omvårdnadsbehov tydliggjorts samt hur kontinuiteten i patienternas fortsatta omvårdnad planerats och verkstälts.

Materialet utgörs av intervjuer med 100 patienter som skrivits ut till hemmet från fyra medicinska och två ortopedkirurgiska vårdavdelningar vid ett regi-

onsjukhus. Patientmaterialet insamlades under närmare sex månader. Femtio patienter tillhörande en stadskommun och 50 tillhörande en landsbygds-kommun har intervjuats. Samtliga patienter över 65 år, vilka i löpande följd utskrevs till sin ordinarie bostad i någon av de båda kommunerna, ingick i intervjuundersökningen. På detta sätt erhöles 75 patienter från medicinkliniken och 25 patienter från ortopedkliniken.

Intervjudata kompletterades med dels en intervju med distriktssköterskan i det primärvårdsdistrikt som patienten tillhörde, dels med genomgång av patientjournalen. En månad innan patientdata började samlas hade rutiner och policy för utskrivning av patienter studerats genom intervju med ansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

Patientintervju och intervjun med distriktssköterskan skedde med ledning av ett frågeformulär med både bundna och öppna svarsalternativ. Frågorna hade konstruerats för undersökningens speciella syfte, med undantag för frågor om patientens förmåga att tillgodose aktiviteter i det dagliga livet (ADL), där Katz' index användes (7, 8). Detta index har rekommenderats som sammanfattande mått på fysisk funktionsförmåga i metodöversikter av ADL-index (9, 10).

FRÅGESTÄLLNINGAR

Tre huvudfrågor belystes och var utgångspunkten i studien, nämligen

- Vilka utskrivningsrutiner förekommer och i vilken utsträckning tar de sikte på att uppnå kontinuitet i omvårdnaden?
- Vilka problem hade patienterna upplevt i samband med utskrivningen?
- Hur skedde kommunikationen vid byte av vårdnivå och hur hade patienterna upplevt den?

RESULTAT

Utskrivningsrutinerna

Intervjuer med de ansvariga sjuksköterskorna på de aktuella vårdavdelningarna visade att omvårdnadsåtgärderna inte alltid systematiskt observeras eller noteras. Detta verifierades också vid journalgenomgången där patientrapportbladen från sjukhusvistel-

62 av 100 hade någon form av ADL-hjälbehov. Ingen sjukvårdsansvarig tycktes följa upp.

sen var ofullständigt och osystematiskt förda. Det innebär inte nödvändigtvis att en god och rätt avvägd omvårdnad inte ges, däremot att den inte tydliggörs, blir svår att kommunicera och att resultaten ej kan utvärderas.

De anteckningar som gjorts på rapportbladen var upprepning av information ur inkomststatus eller anteckningar om ordinationer. Observationer och åtgärder rörande omvårdnaden saknades i regel helt. Inga anteckningar fanns heller om planering inför utskrivning eller vilka kontakter som tagits för att hjälpa patienterna. Distriktssköterskan hade fått meddelade om 9 av de 100 patienterna och då endast rörande direkta behandlingsåtgärder som tex kateterbyte eller suturtagning.

Den ADL-situation som undersökningens patienter hade vid hemkomsten var att 62 personer hade någon form av hjälpbehov. Ingen sjukvårdsansvarig tycktes följa upp detta. Situationen hade fått lösas av anhöriga – oftast själva äldre och ibland sjukliga – samt av hemvårdsbiträden. Av de 61 personerna i undersökningen som var sammanboende säger sig endast fyra anhöriga ha fått någon information eller stöd. Eftersom dokumentationen inte behandlade omvårdnadsåtgärder är det inte svårt att förstå att behandlingsmeddelanden från sjukhuset till distriktssköterska eller hemvårdsbiträde utnyttjades i så ringa grad och då endast gällde frågor av medicinsk-teknisk natur. Läkarens epikris efter sjukhusvistelsen har använts i mycket liten utsträckning för att informera distriktssköterskan om en utskriven patient. Hemvårdsbiträdet snarare än sjukvårdens företrädare tycks idag vara den som åstadkommer distriktssköterskans engagemang i hemvårdsfallen. Resultaten visade också att distriktssköterskan på landsbygden på olika informella vägar ofta kände till patientens sjukhusvistelse och tagit en kontakt, medan distriktssköterskan i staden mycket oftare var helt okunnig och därmed inte själv kunde ta kontakt. Den ensamboende utan hemvårdsbiträde

kan bli mycket utlämnad efter en sjukhusvistelse.

Kontinuiteten i själva vården tycks vara ett begrepp som varit föremål för liten uppmärksamhet om hur det praktiskt skall förverkligas på respektive vårdavdelning. Den åtgärd som angavs var strävan att en patient skall få återkomma till samma vårdavdelning som vid eventuell tidigare sjukhusvistelse och så har skett i mycket hög grad vid samtliga de sex undersökta vårdavdelningarna.

Problem vid utskrivningen

Utröttning i samband med hemfärden tyckte flera av de utskrivna patienterna var en svårighet. Tolv personer angav det som något av en pärs. Två hade ej orkat med trapporna med hjälp av gammal make/maka. Det problem som var vanligast angivet var att en äldre make/maka ofta fick ta ett ansvar som kan vara övermäktigt utan någon vägledning. En del omvårdnadsåtgärder är till sin karaktär stödjande och pedagogiska. Undersökningen visar att patientens känsla av osäkerhet och beroende av make/maka systematiskt borde uppmärksammas och åtgärder vidtagas.

Utskrivning på en fredag angavs som svår genom att hjälpmedel eller kontakter med distriktssköterskor ej gått att få över veckoslutet. Ändå var detta den vanligast förekommande utskrivningsdagen vid den medicinska kliniken.

Närmare hälften av patienterna från landsbygds-kommunen hade önskat mer tid att ordna inför hemfärden, eftersom beslutet ofta kom med högst en dags varsel. Tjugo procent av patienterna ansåg att utskrivningen kommit oväntat för dem.

Sextioåtta procent tyckte att avdelningspersonalen inte tidigare satt sig in i detaljer som berörde dem inför hemfärden. Detta överensstämmer också med tendensen i de internationella rapporter som beskrivits.

Av de 61 intervjuade personerna som var sammanboende angav endast fyra att anhöriga fått någon information eller stöd. Det är troligt att en del muntlig information givits inför utskrivningen, men uppenbarligen på ett sådant sätt att den ej alltid kunnat tillgodogöras. Planeringsansvaret borde ha inneburit information och inläring som är effektiv för varje patients situation.

Patienternas osäkerhet om vart eller vem man skulle vända sig till i praktiska frågor var stor. Att tre fjärdedelar av patienterna ej kunde ringa upp avdelningsföreståndaren vid den avdelning de legat på visar att anonymiteten i vården är stor och kontinuiteten i patient-sjuksköterskerelationen brister. Den borde kunna åtgärdas genom exempelvis skriftlig information.

Fyra personer var mycket ledsna vid intervjun. Problemet var isolering och förtvivlan inför hur de skulle klara sig. Typiskt för dessa var att de inte visste vem de kunde vända sig till, att distriktssköterskorna i deras primärvårdsområde ej kände till dem och att de ej hade hemvårdsbiträde. Samtliga var bosatta i stadskommunen. Någon planerad kontakt med sjukvården fanns ej enligt journalanteckningarna.

De problem patienten ser är inte alltid samma som den medicinskt skolade uppfattar. De personer som hade kateter à demeure hade vissa smärre praktiska problem, men de var dessutom omedvetna om blåsträning. Någon instruktion om denna för patientens rehabilitering så viktiga åtgärd hade ej skett enligt patienten och fanns ej meddelad till distriktssköterskan. Hur många dolda problem av denna sort som uppstått efter utskrivningen har ej kunnat redovisas fullständigt, men exemplet med blåsträning visar att omvårdnadsansvaret måste sträcka sig över vårdnivågränserna.

Kommunikationen mellan vårdnivåer

Ungefär två tredjedelar av de kommentarer som patienterna gjort om kontinuitet i vården visade att de hade uppfattningen att vårdpersonalen på akutsjukhuset endast kände till deras medicinska behov. Enligt de flesta kommentarerna hade personalen inte tid att ta reda på patientens egna förhållanden hemma. Inte heller ansåg flertalet patienter att man tog reda på under vilka omständigheter de skulle klara sig och sin eventuella behandling. Alla var nöjda med den hjälp de fått beträffande tekniska hjälpmedel, såsom rullatorer, käppar, toalettinsatser m.m. Själv gjorde jag inte i något fall bedömningen att sådan hjälp saknades, däremot instruktioner och uppföljning av användningen.

Återgång till tidigare hemvårdsbiträdes insatser

anges ha fungerat för alla som tidigare haft sådana. De som bodde på landsbygden klagade inte i något fall på att det ständigt var nya hemvårdsbiträden vilket däremot de som bodde i staden, tyckte var direkt besvärande.

De äldre patienter som intervjuats har inte direkt kunnat uttrycka krav på förbättrad kontinuitet. Men kommentarer som ändå visar att vården inte organiserats för att uppnå kontinuitet finns antecknade från många patientintervjuer.

Den slutsats som kan dras från intervjuerna är att kontinuiteten i själva vården brister. Den är dessutom svår att utvärdera på grund av att omvårdnadsåtgärder inte systematiskt dokumenteras.

Generalisering till sjukvården i stort kan naturligtvis inte göras på grundval av detta material som begränsar sig till två kliniker. Troligen är studien ändå en illustration på brist i kontinuitet som är vanlig eftersom klinikerna utgör två vanliga specialiteter på ett undervisningssjukhus.

REFERENSER

1. Kontinuitetsutredningen. Husläkare. Stockholm: Liber förlag, 1978 (SOU 1978: 74).
2. Teorier och metoder i omvårdnadsforskning. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1982. (Rapport från arbetsgrupp).
3. Lindencrona C: Kontinuitet i omvårdnad. Socialmedicinsk tidskrift 1982; 8-9: 383-5.
4. Sheet M: Home from hospital: A study of home care needs of recently discharged hospital patients. London: Dan Mason Nursing Research Committee, 1979.
5. Hockey L: Care in balance. A study of collaboration between hospital and community services. London: Queens Institute of District Nursing, 1968.
6. Schuman J E, Ostfeld A, Willard H: Discharge planning in an acute hospital. Arch Phys Med Rehabil 1976; 57: 343-8.
7. Katz S, Akpom C: A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Services 1976; 3: 493-507.
8. Brorsson B, Hultér Åsberg K: Katz' Index of ADL. Reliability and validity in short-term care. Scand J Rehab Med 1984; 16: 125-32.
9. Brorsson B: ADL-index: Sammanfattande mått på individens förmåga att klara det dagliga livets aktiviteter. Metodöversikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1980.
10. Kane R A, Kane R L: Assessing the elderly. Toronto: Rand Corporation, 1981.