

Kontinuitet i omvårdnad

— en problemsökande pilotstudie

Catharina Lindencrona

En fungerande kommunikation inom och mellan olika vårdnivåer är en förutsättning för att man skall kunna tillgodose patientens behov av kontinuitet i vården. Catharina Lindencrona har frågat en nyckelgrupp, distrikssköterskorna, vilka erfarenheter de har av gällande rutiner och hur de ser på den äldre patientens omvårdnadsproblem i primärvården. Det finns en risk för att helhetsperspektiv och vårdkontinuitet äventyras eftersom rollfördelningen är oklar. Observationerna kring omvårdnadsåtgärderna är dåligt dokumenterade och kontakten mellan vårdnivåerna bristfällig.

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

Dagligen gör sjuksköterskor med hjälp av övrig personal bedömningar och prioriteringar som påverkar patientens vårdssituation och rehabilitering. I motsats till andra professionella grupper inom vården har sjuksköterskan att ge omvårdnad från patientens totala individuella allmänmänskliga behov snarare än utifrån ett problemområde eller en aspekt av sjukdom. Förhållandevis lite kunskap finns om hur bedömningen av omvårdnadsbehov sker och vilka konsekvenser olika prioriteringar har.

För att få underlag till vidare studier kring omvårdsbehov genomfördes en problemsökande och hypotesgenererande intervjuundersökning med utgångspunkt från kontinuitet i omvårdnad för äldre människor (>65 år). Det är distriktsköterskors,

inom Tierp och Älvkarleby primärvårdsområden, yrkeserfarenhet som inventerats.

Bakgrund

Med kontinuitet i vården avser kontinuitetsutredningen att det inte ska uppstå några glapp i behandling och omvårdnad även om patienten får vård av många olika personalkategorier och på olika vårdnivåer. Vidare anges där att kontinuiteten i vården skulle kunna uttryckas som en effektiv samverkan mellan personalkategorier och mellan vårdnivåer för att på bästa sätt garantera en "röd tråd" för patienten. Det påpekas även att det ofta saknas en naturlig huvudpunkt för den individuella patienten där sjukvårdssystemets olika trådar löper samman.

I Sverige har de empiriska studier som hittills gjorts över frågan om kontinuitet i sjukvården inriktats på läkarkontinuiteten. Någon studie över kontinuiteten i olika omvårdnadsåtgärder har inte gått att finna. Patientens uttryck för otrygghet, känsla av att "bollas" mellan instanser, att ej få vara den människa han/hon är utan en anonym patient kan vara resultat av brister i omvårdnadsarbetet och de kommunikationsformer som finns.

Inför den aktuella intervjuundersökningen ställ-

.....

Kontinuiteten i vården skulle kunna uttryckas som en effektiv samverkan mellan vårdnivåer för att på bästa sätt garantera en "röd tråd" för patienten.

.....

.....

Patientens uttryck för otrygghet kan vara ett resultat av brister i omvårdnadsarbetet och de kommunikationsformer som finns.

.....

des totalt femton frågor kring följande frågeställningar.

- Vilka omvårdnadsproblem upplever distriktssköterskor som mest betydelsefulla utifrån den äldre patientens situation?
- Är kontinuitet i äldre människors behandling och omvårdnad ett problem?
- Vilka rutiner finns mellan olika befattningshavare för att garantera kontinuitet i omvårdnaden och den medicinska behandlingen?

Resultat

Samtliga intervjuade anger att hygieniska problem beroende på minskad rörlighet eller inkontinens är det vanligaste de möter hos äldre. Flera framhåller att äldre behöver mer tid än yngre och att vårdinsatserna för äldre ofta inte är anpassade till behovet av längre tid. Bland de synpunkter som äldre patienter framfört till de intervjuade återfinns yttranden om att "som vårdtagare deltar man ej i beslut om sin egen behandling och omvårdnad", "organisationen är utformad så att en patient ger service åt vården i stället för vice versa" och "råd och information från olika personalkategorier är motsägelsefulla och okoordinerade".

På den andra frågeställningen framhåller flertalet av de intervjuade att helhetsbilden av en sjuk människas situation är svår att nå, på grund av att många olika personalkategorier kan vara involverade samt att skriftliga anteckningar om omvårdnadsåtgärders planering, genomförande och resultat oftast inte förekommer. Därmed blir det glapp i kommunikationen om vårdåtgärder i framför allt ett längre perspektiv. Kontinuiteten i olika omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder brister vid utskrivning från slutna till öppna vård. ADL-träning som inletts på sjukhus fullföljs tex sällan på ett systematiskt sätt genom att vidtagna åtgärder, resultat och planerad fortsättning inte kommuniceras

skriftligt eller muntligt. Inom primärvården är kontakterna ganska bra genom den personkännedom som finns, framhåller alla intervjuade. De socialmedicinska arbetslagen, vilka är verksamma inom ramen för Tierpsprojektet, har ökat förutsättningarna för samverkan mellan olika personalkategorier och betraktas mycket positivt av medverkande distriktssköterskor. Problemet med kontinuiteten finns i kontakten mellan de olika vårdnivåerna.

Beträffande rutinerna för att uppnå kontinuitet i det praktiska omvårdnadsarbetet känner ingen av de intervjuade till eller använder sig av något allmänt vårdprogram, ej heller individuellt utformade vårdplaner. Behandlingsmeddelanden från läkare förekommer sporadiskt. De blanketter som finns för meddelanden till distriktssköterskan används i ganska liten utsträckning och omfattar då medicinska aspekter och i regel ej omvårdnadsbehov. Kommunikation mellan sjuksköterskor i slutna och öppna vård förekommer men är inte systematiskt genomförd. Alla de intervjuade distriktssköterskorna klagade på bristande kommunikation från den slutna vården till den öppna, vilket kan få stora negativa konsekvenser för patienten.

Samtliga intervjuade anger att någon exakt statistik inte förs över de personer de i sin yrkesverksamhet ger hjälp, behandling och service åt. Patientkort förs på de patienter som har läkarordination och som återkommer för kontroller. Telefonkontakt, enstaka besök på mottagning utan läkarordination samt hembesök registreras ej. Flertalet intervjuade anger att patienter med läkarordination utgör betydligt mindre än hälften av den totala verksamheten.

Sammanfattningsvis visade intervjuerna

- att rollfördelningen upplevs som oklar beträffande vem som ytterst (och i handling) svarar för helhetsperspektivet och kontinuiteten
- att de som svarar för omvårdnaden ej systema-

.....

Alla de intervjuade distriktssköterskorna klagade på bristande kommunikation från den slutna vården till den öppna.

.....

tiskt samlar och kommunicerar observationer kring de omvårdnadsåtgärder som de gör i sitt dagliga arbete. Intrycket är att ett "språk" att uttrycka omvårdnadens innehåll och komponenter tycks saknas.

- att organisatoriska faktorer påverkar möjligheterna att uppnå kontinuitet.

Hypoteser

Några hypoteser rörande omvårdnad som kan ställas är att:

- Kommunikation av för patienter betydelsefulla omvårdnadsåtgärder vidarebefordras inte mellan

olika vårdnivåer samt sker på ett slumpmässigt sätt inom en viss vårdnivå.

- En omvårdnadsanamnes med omvårdnadsdiagnos (profil) förbättrar möjligheten till kontinuerlig uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Utveckling av ett system för journalanteckningar kring omvårdnad samt dessas hantering kan signifikant påverka såväl vårdresultat som patienttillfredsställelse både inom sluten och öppen vård.
- Ett probleminriktat (till skillnad från uppgiftsorienterat) arbetssätt påverkar synsätt och handlingsmönster för de omvårdnadsbehov som uppfattas och åtgärdas.

Socialmedicinska temanummer

Psykiatrik inför självmordsproblemen

- artiklar av Jan Beskow m fl, Bengt Berggren, Danuta Wolk-Wasserman, Ruth W Ettlinger, Marianne Wistrand m fl (3/83)

Hälsotillstånd och riskbedömning i barnåren

- artiklar av Claes-Göran Westrin, Anders Ericson, Bengt Källen, Björn Smedby, Marianne Cederblad, Claes Sundelin, Ragnhild Kornfält, Gunnar Sanner, Helena Hurme, Christopher Gillberg, Elisabeth Bosaeus, Ingvar Nylander m fl (4-5/83)

Traditionell medicin

- artiklar av Frants Staugård, Carl-Axel Silow, Anita Jacobson-Widding, Gudrun Dahl, Per Borgå, Lisbeth Sachs, Anders Hjort. (7/83)

Bättre trafiksäkerhet!

- artiklar av Thomas Lekander, Kåre Rumar, Anders Englund, Måns Rosén, Krister Spolander, Bertil Aldman, Hans Rydgren, Lars Leden, Kent Sjölander, Anshelm Bladh m fl. (7-8/83)

Arbetsmarknadspensionering

- artiklar av Sven-Olof Isacson, Tor E Eriksson, Hans Berglind, Lars Jacobsson, Lars Weinehall, Harald Sanne, J-O Hörnquist, Martin Elton, Inger Svenman, Sven Larsson, Bo Mikaelsson, Per Bjurulf m fl. (2/84)

Samverkan mellan social och medicinsk verksamhet

- artiklar av C-G Westrin, George Braun, Bengt Haglund, Carl-Gunnar Eriksson, Gunilla Fahlström, Eivor Bång, Nils-Gunnar Rudenstam, Johan Schubert, Per Johan Krouthén, Christine Hallet m fl (3-4/84)

Vilka hälsodata behöver vi för hälso- och sjukvårdsplanering?

- artiklar av Björn Smedby, Ulf Bergdahl, Måns Rosén, Margus Mägi, Monica Johnsson, Urban Rosenqvist, Sören Jacobsson, Lars Sundman, Göran Dahlgren m fl (5-6/84)

Omvårdnad och utveckling

- artiklar av Kerstin Andersson, Elisabeth Hockey, Per Bjurulf, Göran Wallén, Björn Smedby, Astrid Norberg, Gunnar Ström, Göran Hermerén, Ingmar Pörn, Britt-Mari Östman m fl (7/84)

Ovanstående nummer kan rekvireras från Socialmedicinsk tidskrift, 172 83 Sundbyberg. Lösnummer kr 16:- + moms; vid beställning direkt från redaktionen ges rabatt: 15 ex 10 %, 30 ex 15 %, 50 ex 20 %.