

Sjukhusansluten hemsjukvård

— närståendes och patienters syn

Siv Dalén

Lilian Hellström

Gun Nilsson

En genomgång av studier av hemsjukvård i Sverige visade att de anhörigas och närståendes perspektiv aldrig tagits upp. Därför genomfördes denna undersökning av den sjukhusanknutna hemsjukvården i Örebro i mars 1980. Uppsatsen är en trebetygsuppsats i Hälso- och sjukvårdsadministration. Sedan uppsatsen genomfördes har vårdformen utökats både beträffande antalet patienter och personal samt tillsyn nattetid.

Siv Dalén är studieledare vid vårdlärlarlinjen, Uppsala universitet, Lilian Hellström, studierektor vid Alnängsskolan i Örebro och Gun Nilsson, chefarbetsterapeut vid somatiska rehabiliteringskliniken, Regionsjukhuset i Örebro.

I hälso- och sjukvårdsutredningens (SOU 1979: 78) förslag till ny ramlag (HSL) § 2, sägs bla "att en god hälso- och sjukvård skall särskilt utgå från den enskildes ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människans rätt till självbestämmande och okränkbarhet". I § 13 fortsätter man "hälso- och sjukvården för den enskilde vårdökande skall så långt det är möjligt läggas upp och genomföras i nära och förtroendefull samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och honom" (1).

Vid vård i hemmet bör förutsättningar finnas att leva upp till lagens intentioner. En rätt genomförd hemsjukvård bör kunna ge psykosociala och humanitära vinster för både patienten och de närstående. Vården ges i patientens invanda miljö och bör därför kunna ske på patientens egna villkor samt tillgodose hans rätt till respekt för den egna personen och behovet av integritet.

Sjukhusansluten hemsjukvård i Örebro

Den 1 november 1974 startades sjukhusansluten hemsjukvård, från början som en försöksverksamhet, och som organisatoriskt knöts till långvårdskliniken vid Västra Sjukhemmet i Örebro. Medicinskt ansvarig är klinikens överläkare.

Kriterier för inskrivning i hemsjukvården är följande:

- Patienten skall tillhöra långvårdsklientelet
- Patienten skall själv vilja vårdas hemma
- Patientens anhöriga skall vara positiva till vårdformen
- Patienten bör ej bo längre bort från långvårdskliniken än 10 min bilresa
- Vården i hemmet skall vara medicinskt försvarbar
- Patienten bör vara orienterad till tid och rum
- Patienten bör själv vid behov kunna ringa efter hjälp
- Patienten bör kunna klara sig ensam några timmar på dagen samt under natten med eller utan anhörigas hjälp

Inskrivningsrätt tillkommer endast den för hemsjukvården ansvarige läkaren i samråd med avdelningsföreståndaren. Patient som skrivs in i sjukhusansluten hemsjukvård skall i princip ha samma förmaner som om han/hon vore inskriven i långvården. Närstående, som vårdar en sjuk i hemmet, har möj-

En rätt genomförd hemsjukvård bör kunna ge psykosociala och humanitära vinster för både patienten och de närstående

lighet att få en viss ersättning för detta och/eller avlastning från sjukhusansluten hemsjukvård.

Den undersökning som gjordes i mars 1980 omfattade alla patienter inskrivna i den sjukhusanslutna hemsjukvården 15 mars samt deras närstående. Med närstående avsågs personer med nära relation till patienten och som var bosatta i Örebro (*tabell 1 och 2*).

Tabell 1. Intervjuade patienter inskrivna i den sjukhusanslutna hemsjukvården fördelade på ålder och kön. n = 42.

Åldersgrupper	Kvinnor	Män	Totalt antal	(%)
35-44	2	0	2	(5)
45-54	1	0	1	(2)
55-64	5	3	8	(19)
65-74	7	6	13	(31)
75-84	5	6	11	(26)
85-94	6	1	7	(17)
Summa	26	16	42	(100)

Medelålder på redovisade patienter var 71,4 år. Åldersvariation 39 år-94 år. Männen utgjorde 38 % av patienterna i undersökningen och kvinnorna 62 %.

Tabell 2. Närstående fördelade på ålder och kön. n = 28.

Åldersgrupper	Antal		Därav vårdare	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
23-34	1	1		
35-44	1	2	1	
45-54	5	0	3	
55-64	3	2	2	1
65-74	5	3	5	3
75-84	4	1	3	1
Summa	19	9	14	5

Åldersgruppen 65-74 år var den mest representerade och alla i den gruppen fungerade som vårdare. Närståendes medelålder var 60 år. Vårdarnas medelålder: kvinnor 63 år, män 72 år.

Omvårdnad

Den klassiska definitionen av omvårdnad som formulerats av Virginia Henderson i "Principer för sjukvårdande verksamhet" innebär: "att hjälpa en

individ, frisk eller sjuk, med att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död), åtgärder som individen själv skulle kunna utföra om hon hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende" (2).

Ovanstående definition som WHO:s expertkommitté i omvårdnad använder beskriver kärnan i det omvårdande arbetet och understryker att detta arbete skall vara aktiverande för patienten.

Behov

All patientvård har sina rötter i mänskliga grundbehov. Oavsett om människan är frisk eller sjuk måste vi vara medvetna om människans såväl fysiologiska som psykologiska behov såsom mat, sömn, kärlek, uppskattning och att känna ömsesidigt beroende i sociala sammanhang.

När man talar om människans behov bör man beakta att motiven växlar för olika individer och att behoven skiftar. Det är dock viktigt att man inser att alla människor har gemensamma behov och att dessa kan tillfredsställas på varierande sätt. Det är av stor betydelse att vårdaren är medveten om att vilka ansträngningar hon än gör ändå inte helt kan förstå eller helt tillfredsställa de behov en annan människa har. Alla åtgärder bör leda fram till patientens uppfattning om hälsa och tillfrisknande eller en god död.

Endast om patienten är helt oförmögen att tillsammans med vårdaren planera vården har man rätt att bestämma för patienten istället för med.

För att kunna visa denna förståelse och respekt för andra är det viktigt att vårdaren har självkännedom och självrespekt.

Behov som inte blir tillfredsställda skapar en konfliktsituation hos individen och prestationsförmå-

.....

Endast om patienten är helt oförmögen att tillsammans med vårdaren planera vården har man rätt att bestämma för patienten istället för med

.....

gan försämrats. För vårdaren är det viktigt att känna igen de olika behoven och behovsyttningarna för att kunna klargöra patientens behov av vård.

Miljö

För att individen skall uppnå största möjliga "livskvalitet" eller prestationsförmåga är han/hon beroende av den miljö hon lever i. Med miljö menas dels det biologiska systemet växter, djur etc som lever inom ett givet området och dels den fysiska miljön samt det sociala systemet dvs det samhälle, den organisation som människan själv har skapat. Samspillet mellan individen och det biologiska och sociala systemet bestämmer den livskvalitet som individen uppnår (3).

Olika människor har olika personlighetsdrag. En vanlig föreställning är emellertid att med ökande ålder sker förändringar i personligheten. En genomgång av olika undersökningar om åldrande och personlighet ger emellertid inte stöd för detta.

Sjukdom och åldrande innebär att man förutom arbetet också förlorar en mängd roller samt att förväntningar och attityder kan vara negativa. De äldre och sjuka utesluts i många sociala sammanhang, utsätts för prestigeförluster och får inga nya uppgifter i samhället (4).

Information till patienter och närstående

Relevant information till patient och närstående är nödvändigt för att bästa möjliga samverkan med sjukvårdspersonalen skall uppnås. Det är dessutom en förutsättning för att både patient och närstående aktivt skall kunna medverka i vården och känna större trygghet i sin situation.

Undersökningen visade att många av patienterna framförallt de äldre saknade kännedom om den sjukhusanslutna hemsjukvården. Det kunde ej utläsas av materialet om informationen varit bristfällig men muntlig information löper alltid risk att falla bort. Det är tänkbart att patienter som vårdas av närstående inte engagerar sig på samma sätt i givna informationer. Däremot var de närstående speciellt de som deltog i vården väl informerade. Muntlig information borde enligt vår uppfattning förstärkas med skriftlig.

Beträffande patientens sjukdom var de när-

stående väl informerade. Däremot hade endast en fått information/instruktion om vilka behandlande åtgärder de kunde medverka i. Är detta ett uttryck för bristande engagemang eller ork hos de närstående? Skulle man få mera hjälp i vården och en aktivare patient om man gav mera information? Det borde ligga i hela vårdlagets intresse att involvera de närstående i patientens omvårdnad.

Kontakt mellan patient—personal

Grundläggande för all omvårdnad är att varje patients vådsituation uppvisar såväl olikheter som likheter med varje annan patients vådsituation. Likheten består i förekomsten av basala allmänmänskliga behov. Olikheterna visar sig genom att olika personer ger behoven varierande angelägenhetsgrad och låter dem komma till uttryck på olika sätt. Vid sjukdom minskar patientens möjligheter till naturlig behovstillfredsställelse och behovet av trygghet ökar.

Patienten befinner sig alltid i en beroendesituation som lätt accentueras av ett opersonligt bemötande från personalen.

Patienten är den hjälpsökande och befinner sig därför i ett psykologiskt underläge och behovet av emotionellt gensvar ökar. Upplever patienten en dålig relation till sin vårdare kan detta leda till en sämre vådsituation (2).

Den som vårdar patienten bör för det första söka skapa en trygg miljö och för det andra tillgodose fysiologiska, psykologiska och andliga behov genom att låta patientens speciella vanor komma till uttryck. Att vårdas i sitt eget hem bör ske på patientens egna villkor. Ofta återkommande byten av personal och konfrontation med flera olika personalkategorier kan för patienten upplevas mer besvärande vid vård i hemmet än på institution.

Tre fjärdedelar av patienterna uppgav att det förekom täta personalbyten. Minskar detta patientens

.....

Ofta återkommande byten av personal och konfrontation med flera olika personalkategorier kan för patienten upplevas mer besvärande vid vård i hemmet än på institution

.....

och de närståendes möjligheter till att etablera en djupare kontakt med personalen?

Tabell 3. Besvårad av att många personer hjälper till i hemmet. n = 42.

	Sambo		Ensam		Totalt	
	Antal	(%)	Antal	(%)	Antal	(%)
Ja	1	(6)	9	(38)	10	(24)
Nej	17	(94)	14	(58)	31	(74)
Uteblivna svar	—		1	(4)	1	(2)
Summa	18	(100)	24	(100)	42	(100)

Tabell 3 visar en stor skillnad i upplevelsen av att många personer hjälpte till i hemmet. Endast en patient bland de sammanboende, men nio ensamstående patienter kände sig besvårade.

De undviker också oftare än sammanboende att med frågor störa personalen samtidigt som de i större utsträckning än sammanboende saknade någon att tala med. En femtedel av både patienter och närstående saknade någon att tala med om angelägena saker. Vilka möjligheter har de olika befattningshavarna i vårdlaget att "sitta ner" och samtala med patienterna och de närstående? Förekommer uppföljande samtal med närstående vårdarna för att stärka deras roll?

Patientaktivitet

"Den gemensamma basen för insatserna inom långtidssjukvården är att ge omvårdnad och tillsyn samt funktionsstimulerande och allmänt aktiverande hjälp åt människor som av skilda anledningar har svårt att klara sig" (5).

Undersökningen belyste dels aktiviteter som patienten kunde utföra i hemmet dels det sociala engagemang som patienten hade både utifrån patientens egen uppfattning och de närståendes. Ca 65 % av patienterna fick hjälp med ADL-aktiviteter och bland dessa en femtedel som skulle vilja utföra dessa själva.

Omkring hälften av patienterna utförde småsysslor i hemmet samt hade något att sysselsätta sig med. Det var framför allt de ensamboende kvinnorna och de yngre patienterna som var sysselsatta.

Däremot hade hälften av männen inte någon sysselsättning.

De närstående bekräftade att de ensamboende hade mest sysselsättning. Vi undersökte ej om ensamboende hade en lägre vårdtyngd än sammanboende.

Tre fjärdedelar av patienterna utnyttjade massmedia (TV och radio) varje dag. Omkring 85 % av patienterna läste dagligen någon tidning. Det framgick av undersökningen att 13 patienter aldrig kom ut (tio kvinnor och tre män) och av dessa hade åtta färdtjänst. Sju patienter därav sex ensamboende fick aldrig eller mycket sällan besök.

Patientens möjlighet att påverka sin situation

I all vård bör demokratiska principer tillämpas vilket innebär förutom självbestämmanderätt också medinflytande och integritet för de vårdsökande. Den vårdsökandes åsikter bör efterfrågas och även respekteras och beaktas vid planering av vård och behandling. Integritet är att bli bemött med respekt och som en person med individuella drag och berättigade krav på att hänsyn tas till dem.

Av de patienter som var inskrivna i hemsjukvården representerade de flesta en generation för vilken medbestämmande inte varit självklart, följaktligen inte heller medverkan i planeringen av sin vård och behandling.

Av undersökningens 42 patienter uppgav 36 att de själva valt att vårdas hemma. Hälften av alla patienterna hade deltagit i planeringen av sin vård och behandling. Av de som ej deltagit hade detta för de flesta ej varit angeläget. I stor utsträckning kunde patienterna själva också bestämma över sina dagliga rutiner.

Vårdarrollen

Att vårda – främst gamla och sjuka – är ett svårt och krävande arbete. För att vårda den sjuke i hem-

.....
En anhörig vårdare kan ofta få dåligt samvete för att de inte alltid orkar med den psykiska press de lever med och skulle behöva någon att få tala med
.....

met ställs än större fysiska och psykiska krav på den som vårdar. De sjuka kan ibland bli krävande på grund av att de är så beroende av vårdaren. En anhörig vårdare kan ofta få dåligt samvete för att de inte alltid orkar med den psykiska press de lever med och skulle behöva någon att få tala med.

De flesta av patienterna hade själva valt att få vårdas i hemmet. Denna vårdform ansåg de närstående vara en rättighet. De ville fortfarande åta sig vårdnaden även om patienten skulle bli sämre.

När det gäller omvårdnadsåtagandet borde ingen behöva känna sig "tvungen" utan att åtagandena så långt som möjligt upplevs som frivilliga och naturliga. I samband med intervjuerna framkom i vissa fall starka känslomässiga reaktioner som gav oss intrycket av att vårdaren upplevde uppgiften som mycket påfrestande. Det är viktigt att man är uppmärksam på detta och ger tex stödande samtal och avlösning.

Man skulle därmed kunna minska vårdarens känsla av ensamhet, isolering och otrygghet i sin vårdarroll. Det sociala stödet är viktigt för att vårdaren (både närstående och personal) skall kunna fullgöra sin uppgift i vårdprocessen.

Behovet av att träffa andra närstående vårdare liksom behovet av utbildning var litet. Skulle en utökad information/instruktion stimulera till ett ökat behov av kunskaper?

Den långvårdssjuka är om inte alltid fysiskt krävande så psykiskt och emotionellt. Det är påtagligt att utöver fysisk energi och den sakkunskap, medicinsk och annan, som behövs för att ge god vård, behövs också emotionell energi. Det emotionella energiförrådet behöver förnyas genom anhöriga och vänner under fritiden eftersom man inte kan räkna med att patient-vårdarrelationen är självförsörjande i detta avseende.

.....
Hemsjukvårdens möjligheter får dock inte utesluta patientens och de närståendes rätt att fritt välja vårdform
.....

Sammanfattning

Vid intervjuerna framkom patienternas och de närståendes positiva inställning till hemsjukvården som vårdform och uppskattning av personalens goda insatser.

Med fullt utbyggd och väl fungerande hemsjukvård kan man erbjuda patienten

- en aktiv vårdform som kan motverka betingelserna för de rollförluster som åldrande och sjukdom lätt medför
- en möjlighet till vård i livets slutskede
- en vårdmiljö som är av betydelse för patientens livskvalitet

Hemsjukvårdens möjligheter får dock inte utesluta patientens och de närståendes rätt att fritt välja vårdform.

REFERENSER

1. SOU 1979: 78. Hälso- och sjukvårdsutredningen. Mål och medel för hälso- och sjukvården: förslag till hälso- och sjukvårdslag: betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen HSU Stockholm 1979.
2. *Henderson, V*: Grundprinciper för patientvårdande verksamhet, Svensk Sjuksköterskeförenings förlag, 1969.
3. *Eriksson, K*: Vårdprocessen, Stockholm: AWE/Gebbers, 1979, sid 49.
4. *Strom, C & Zotterman, Y* (red): Förberedelse till livet som pensionär, Uddevalla: Liber förlag, 1975, sid 92.
5. Socialstyrelsens principprogram för långtidssjukvård. Socialstyrelsen anser 1976: 3.