



GÖTEBORGS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten
Institutionen för särskilda specialiteter
Avdelningen för audiologi

HT 2001

EXAMENSARBETE I AUDIOLOGI, 20 poäng Fördjupningsnivå II (D-nivå)

Titel Att dokumentera audiologisk rehabilitering – en studie om audionomens arbetsprocess och journalföring	
Författare Birgitta Bäckström	Handledare: Margareta Ehnfors Docent Examinator: Soly Erlandsson Docent
Sammanfattning Audiologisk rehabilitering är en komplex och mångfacetterad process som kan innefatta insatser av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art. I det audiologiska rehabiliteringsarbetet har audionomen en central funktion. Syftet med studien var tvådelat, dels att beskriva audionomens arbetsprocess i den audiologiska rehabiliteringen dels att granska ett urval patientjournaler skrivna av audionomer med avseende på struktur, innehåll och omfattning. Metod. Utifrån lagar och förordningar, audionomens etiska kod samt litteratur som berör audiologisk rehabilitering ur audionomens perspektiv, utvecklades en modell för audionomens arbetsprocess. Genom intuitiv kategorisering formades en generell struktur. Denna fylldes med innehåll motsvarande audionomens arbetsprocess. Ett granskningsinstrument baserat på den framtagna arbetsmodellen utformades. Instrumentet användes sedan vid granskning av 85 journaler från 17 hörselvårdskliniker. Totalt granskades journalanteckningar från 360 patientbesök. Bearbetning av data genomfördes med innehållsanalys och utgick från sju områden med sammanlagt 30 aspekter. De sju områdena omfattade formalia, språk, påverkande faktorer, bedömning/planering, genomförande/åtgärder, utvärdering/måluppfyllelse samt delaktighet och process. Varje aspekt poängsattes varvid den enskilda journalen maximalt kunde erhålla 60 poäng. Resultat. Den framtagna arbetsmodellen presenteras i ord och bild och visar på komplexiteten i audionomens yrkesfunktion. Resultatet av journalgranskningen visade på stora brister i audionomens journaldokumentation. Journalernas sammanlagda poäng varierade mellan 8 och 41 med ett medelvärde på 24.3 poäng. Av de 11 aspekter som enligt lagar och förordningar skall noteras i journal fanns endast 4 representerade i mer än hälften av journalerna. Majoriteten av journalerna bedömdes inte kunna användas i kvalitetssäkringssyfte eftersom de varken innehöll behovsprecisering, målformulering, rehabiliteringsplan eller tydlig utvärdering i relation till uppsatta mål. Koppling till audionomens arbetsprocess enligt den framtagna modellen kunde endast ses i några få journaler. Slutsats. På väg mot legitimation och som ett led i att öka audionomprofessionens status bör audionomens journaldokumentation följa lagen och förbättras framförallt när det gäller angivande av patientens olika status, patientens problemsituationer, behov, mål för rehabiliteringen, rehabiliteringsplan, psykologiska åtgärder och utvärdering i relation till uppställda mål. Nyckelord: audionom, arbetsprocess, audiologisk rehabilitering, patientjournal, dokumentation	



GÖTEBORG UNIVERSITY
Faculty of Medicine
Institute of selected clinical sciences
Department of Audiology

Fall 2001

MASTER THESIS IN AUDIOLOGY, 20 credits Advanced level II (D-level)

Title

Documentation of audiological rehabilitation – a study of the audiologist's working process and recording in patient records

Author:

Birgitta Bäckström

Supervisor: **Margareta Ehnfors Ph D Assoc prof**

Examiner: **Soly Erlandsson Ph D Assoc prof**

Abstract

Audiological rehabilitation is a complex process and can involve medical, educational, psychological, social and technical proceedings. The audiologist's part in this process is essential.

The purpose of the study was twofold: to describe the audiologist's working process and to explore patient records written by audiologists according to structure, content and comprehensiveness.

Method. Out of rules and regulations, code of ethics and literature concerning audiological rehabilitation from the audiologist's point of view, a model for the audiologist's working process was developed. Intuitive classification formed a general structure, which was filled with content from the literature corresponding to the working process. An audit instrument, based on the presented model, was developed and used in reviewing 85 records written by audiologists from 17 audiological clinics. In all 360 notes were reviewed. The data was analysed by content analysis and emerged from seven areas with altogether 30 aspects. The areas were: formal structure, language, influencing factors, assessment/planning, implementation, evaluation, participation and process. Each aspect was marked and the individual record could achieve a total of 60 points.

The **result** presents the audiologist's working model in words and graphs and shows the complexity of the working process. The result of the review of records revealed severe deficiencies in the practice of the audiologist's documentation and the implementation of current rules and regulations. The total points for the records differed from 8 to 41 with a mean of 24.3. Of the 11 aspects relating to current rules and regulations there were only 4 represented in more than half of the records. Since the majority of the records did not have goals, treatment planning or evaluation according to the goals, they were assumed not to be good for quality evaluation. A clear connection to the audiologist's working process as presented in the model could only be seen in a few records.

Implications. In order to follow the law and in striving to be registered audiologists and enhance the standing of the audiologist profession the documentation ought to be improved, especially in concern with the patient's different status, describing the situations of handicap, goals, treatment planning, psychological implementations and evaluation according to the goals.

Key-words: audiologist, working process, audiological rehabilitation, patient record, documentation

ETT VARMT TACK

- till de kliniker och audionomer som bidragit med kopior på journaler, utan den hjälpen hade jag inte kunnat genomföra studien
- till min handledare, Margareta Ehnfors för konstruktiv handledning och hjälp med medbedömning
- till mina kollegor vid Örebro universitet för goda råd och uppmuntran
- till Peter för all hjälp när datorn och jag inte kom överens och för allt övrigt stöd på hemmaplan, din uppmuntran och ditt tålamod

***“If it is not in print it does not exist!
But does what is in print truly reflect
the quality of your service?”***

Janet M Simpson

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND OCH TEORETISKA PERSPEKTIV	2
Audionomens utbildning och yrkesfunktion – en historisk återblick	2
Lagar och förordningar som reglerar audionomens yrkesutövande	4
Etisk kod för audionomer	4
Rehabilitering	5
Audiologisk rehabilitering	6
Problemlösningsmodellen	9
Counseling	9
Processperspektiv	10
Hörsehabiliterings/rehabiliteringsprocessen	11
Journalbegreppet	12
Historisk bakgrund	12
Patientjournallagen	13
Vad menas med patientjournal?	13
Vad skall en patientjournal innehålla?	13
Hur skall en journal utformas?	14
Vem är skyldig att föra journal?	14
Audionomens journalföring	15
Praxis	16
Momentet journalföring i audionomutbildningen	16
Kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård	17
Kvalitetssäkring av hörselrehabilitering i Sverige	17
SYFTE	18
METOD	18
Ansats	18
Steg I Teoretisk beskrivning av audionomens arbetsprocess	18
Material, datainsamling och bearbetning	19
Steg II Utformning av granskningsinstrument och granskning av journaler	20
Material, datainsamling och urval	21
Bortfall	22
Bearbetning och analys av journalgranskningen	23
Interbedömarreliabilitet	23
Etiska ställningstaganden	24
RESULTAT	25
Audionomens arbetsprocess i den audiologiska rehabiliteringen	25
Granskningsinstrument och journalgranskning	33
Sammanfattning	44
DISKUSSION	46
Metoddiskussion	46
Resultatdiskussion	48
SLUTSATS OCH IMPLIKATIONER	52
REFERENSER	54
BILAGOR	
1. Etisk kod för audionomer	
2. HRF:s rehabiliteringsmodell	
3. Granskningsinstrument	
4. Inbjudan att medverka i projekt	
5. Mall journaldokumentation	

INLEDNING

I december 1993 antog FN:s generalförsamling enhälligt ett förslag till internationella standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet i samhället. Syftet med reglerna är att "säkerställa att flickor, pojkar, män och kvinnor med funktionsnedsättning som medborgare har samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare i samhället" (United Nations, Utrikesdepartementet & Socialdepartementet, 1995 s.8). Man menar att mycket fortfarande kan göras för att undanröja hinder som försvårar för människor med funktionshinder att delta i samhällets aktiviteter. Reglerna är inte juridiskt bindande men innebär ett moraliskt och politiskt åtagande från staternas sida att anpassa samhället till människor med funktionsnedsättning. I detta arbete bör människor med funktionsnedsättning och deras intresseorganisationer spela en aktiv roll.

En av de grupper som berörs av ovanstående regler är personer med nedsatt hörsel. För att dessa personer skall uppnå och behålla bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska och sociala funktionsförmåga och få möjligheter att förändra sina liv för att uppnå ett större oberoende, allt enligt FN:s standardregler (1995), krävs rehabiliteringsinsatser av olika slag. Syftet med dessa insatser är att kompensera för förlust eller avsaknad av hörselfunktion eller kompensera en funktionsbegränsning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763; ändring 2000:356) är det landstingens ansvar att tillhandahålla sådana rehabiliteringsinsatser. Lagen säger att rehabilitering samt tillhandhållande av hjälpmedel skall planeras och genomföras i samverkan med den enskilde. Ett helhetsperspektiv bör styra insatserna. Av särskild rehabiliteringsplan skall planerade och beslutade insatser framgå. De audiologiska rehabiliteringsinsatserna den hörselskadade bör erbjudas kan vara av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och/eller teknisk art.

Inom den svenska hörselvården är audionomer en av de yrkesgrupper som arbetar med audiologisk rehabilitering. Audionomens funktion är central som "spindeln i nätet". I introduktionen till Etisk kod för audionomer (2001) anges att:

"Audionomens arbete skall grundas på en humanistisk människosyn och ett empatiskt förhållningssätt samt respekt för individens integritet och tilltro till individens förmåga att själv ta ansvar. Audionomen skall arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Audionomen skall i arbetet också tillämpa empati, intuition, kreativitet samt reflektion och kritisk analys. Audionomen skall i sitt arbete alltid se till patientens bästa. Audionomens arbetsmetoder utvecklas utifrån kunskapsområdena naturvetenskap (medicin, fysik, teknik), samhällsvetenskap (psykologi, pedagogik) och humaniora (lingvistik, filosofi). I audionomens arbete ingår att förebygga, bedöma, diagnostisera, åtgärda och utvärdera hörsel och kommunikationsförmåga. I audionomens arbete ingår även handledning, konsultation, utbildning och information."

Sedan början av 60-talet har audionomer fört någon form av journalanteckningar för att dokumentera sitt arbete med den enskilde patienten (M.-B. Carlqvist, personlig kommunikation, juni, 1999). Trots denna långa tradition av journalföring och hanterande av journaler, som också varit en förutsättning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter, omfattas audionomer ännu inte av lagstadgad journalföringsplikt. Inte ens i samband med att audionomer fick skyddad yrkestitel 1 januari 1999 (SFS 1998:531) fattade regeringen beslut om journalföringsplikt trots att det i socialutskottet fanns en reservation från sex av utskottets sjuutton ledamöter som visade på behovet av lagstadgad journalföringsplikt även för audionomer (1997/98:SoU22).

Denna studie har för avsikt att tydliggöra audionomens arbetsprocess och journalföring.

BAKGRUND OCH TEORETISKA PERSPEKTIV

Audionomens utbildning och yrkesfunktion - en historisk återblick

Audionomens (tidigare benämning: hörselvårdsassistent) utbildning och yrkesfunktion har under de fem decennier som yrket funnits genomgått stora förändringar. Arbetsuppgifterna har ändrats, utbildningen har förlängts i olika omgångar från 5 veckor till att idag omfatta forskarutbildningsnivå. Yrkestiteln har ändrats, bland annat för att markera att det inte handlar om en assisterande yrkesfunktion utan om ett självständigt yrkesutövande. Här nedan redovisas några milstolpar som bl.a. bygger på Arvidsson et al. (1989) och Lindström (2001).

- 1940-talet Under slutet av 1940-talet assisterar så kallade audiometriser öronläkarna genom att utföra hörselmätningar.
- 1950 Audiologins "födelse" i Europa.
- 1954 1954 kom SOU's betänkande med utredning och förslag rörande hörselvården (SOU 1954:14). I detta fanns förslag om att man skulle skapa en ny yrkeskategori som skulle bistå patienten med både hörselutredning och hjälpmedelsanpassning. Den första utbildningen för hörselvårdsassistenter startar 1951 och är 5 veckor lång. Utbildningen innehåller audiometri, metodik för utprovning av hörapparat samt moment om psykiska och sociala aspekter förbundna med hörselhandikapp. Utbildningen omfattar både teori och praktik (SOU 1954:14).
- 1960 Utbildningen förlängs i olika etapper till att i början av 1960-talet omfatta 1 år.
- 1977 I samband med Vård 77 - reformen förlängs utbildningen till 2 år. Hörselvårdsassistenten får ordinationsrätt för hörhjälpmedel enligt rekommendation från Handikappinstitutet.
- 1981 En ny utbildningsplan utfärdas av Universitets- och högskoleämbetet, (UHÄ) och Skolöverstyrelsen (SÖ).
- 1982 Den 1 juli 1982 blir utbildningen en 2-årig högskoleutbildning inom den landstingskommunala högskolan. Den nya utbildningen, Hörselvårdslinjen, 80 poäng, skall bygga på vetenskaplig grund och vara forskningsanknuten. Vägar öppnas för att den som genomgått medellång vårdutbildning skall kunna gå vidare i forskarutbildning.
- 1987 Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som hörselvårdsassistent (SOSFS 1987:30). Här beskriver man hur den svenska audiologiska specialiteten har ökat i omfattning och betydelse, nya metoder och ny teknik har successivt förbättrat förutsättningarna för den diagnostiska och den rehabiliterande verksamheten. Hörselvårdsassistentens arbetsområde har utvidgats och blivit alltmer självständigt. På hörselvårdsassistenten ankommer förutom att genomföra diagnostiska hörselmätningar (inklusive t.ex. elektrofysiologiska mätningar) också behovsprövning, ordination, utprovning, anpassning och uppföljning av hjälpmedelsutprovning. Här ingår också informerande moment till hörselhandikappade och deras anhöriga samt mer utåtriktad information om hörselnedsättning och hjälpmedelsproblem. Hörselvårdsassistenten har också arbetsuppgifter av förebyggande karaktär i form av konsultationer till företagshälsovård, industrier, primärvård, skolhälsovård m.m.

- 1991 Första sammanhållna påbyggnadsutbildningen omfattande 40 poäng startar och ger möjlighet att komplettera utbildningen upp till 120 poäng.
- 1993 Den första audionomen i Sverige disputerar.
- 1994 Grundutbildningen förlängs till att omfatta 120 poäng, dvs. 3 år. Möjlighet finns att komplettera äldre utbildning genom att läsa 5- eller 10-poängskurser inom grundutbildningens ram.
- 1994-95 Titelbyte från hörselvårdsassistent till audionom sker genom lokala förhandlingar i respektive landsting.
- 1996 Högskoleverket (HSV) utvärderar audionomutbildningarna.
- 1998 Fyraårig audionomutbildning startar i Lund där delar av utbildningen är gemensam med logopedutbildningen.
Audionomi inrättas vid Karolinska institutet i Stockholm (huvudämne i audionomprogrammet).
- 1999 Riksdagsbeslut om skyddad yrkestitel och yrkesexamen för audionomer från 1 januari, 1999 (SFS 1998:531).
Audiologi inrättas vid Göteborgs universitet (huvudämne i audionomprogrammet).
Audiologi inrättas vid Lunds universitet (huvudämne i audionomprogrammet).
Hörselvetenskap inrättas vid Örebro universitet (huvudämne i audionomprogrammet och det hörselvetenskapliga programmet).
Magisterutbildning i audiologi för audionomer startar vid Göteborgs universitet.
Högskoleverket utvärderar audionomutbildningarna.
- 2000 Audiologi blir forskarutbildningsämne vid Göteborgs universitet.
- 2001 Etisk kod för audionomer antas.
Handikappvetenskap inrättas vid Örebro universitet och Institutet för handikappvetenskap bildas i samverkan med Linköpings universitet.
Riksdagsbeslut om helförstatligande av vårdutbildningar från 1 januari, 2002.
November 2001 finns i Sverige 1 disputerad audionom och 6 audionomer antagna som doktorander.

För att bli audionom idag krävs en 3-årig högskoleutbildning. I Sverige bedrivs audionomutbildning vid universiteten i Göteborg, Lund och Örebro samt vid Karolinska institutet i Stockholm. Utbildningarna omfattar 120 poäng utom i Lund där omfattningen är 160 poäng. Enligt högskoleförordningen har utbildningsanordnaren rätt att utfärda yrkesexamen efter 120 poängs audionomutbildning. Högskoleförordningen (SFS 1999:30) anger följande mål för audionomexamen:

”För att erhålla audionomexamen skall studenten ha

- de kunskaper och färdigheter som krävs för att kunna arbeta som audionom
- de kunskaper och färdigheter som krävs för att kunna genomföra och tolka hörselutredningar, bedöma behov av och förutsättningar för habilitering och rehabilitering samt kunna planera, genomföra och utvärdera habiliterings- och rehabiliteringsprogram
- kunskaper om vilka faktorer som kan påverka hörselhälsan samt känna till och informera om de möjligheter till förebyggande åtgärder som finns i avsikt att förhindra uppkomst av hörselskador

- insikt i yrkesrollen som förbereder för lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper
- god självkänedom och förmåga till inlevelse och därigenom med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan ha förmåga att värna om patienter och deras närstående”

Lagar och förordningar som reglerar audionomens yrkesutövande

När Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) trädde i kraft 1 jan 1999 ersatte den bl.a. Lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (SFS 1994:953) och Lagen om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1994:954) samt Lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (SFS 1996:786).

Den nya lagen (SFS 1998:531) omfattar bestämmelser om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i fråga om

- skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal
- behörighets- och legitimationsregler
- begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder
- disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation
- Socialstyrelsens tillsyn
- hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet
- ansvarsbestämmelser, överklagande m.m.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses bl.a. de som har legitimation eller använder en skyddad yrkestitel för yrke inom hälso- och sjukvården. I samband med att lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård (SFS 1998:531) trädde i kraft 1 januari 1999 fick audionomer som yrkesgrupp en skyddad yrkestitel. I kap 3 6§ anges audionom som en grupp som med avlagd högskoleexamen (audionomexamen) får rätt att använda den angivna yrkestiteln (skyddad yrkestitel) audionom. Lagen säger att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att vården så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten¹ och att patienten har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsformer som finns. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Dessutom anges i lagen föreskrifter vad gäller tystnadsplikt samt tillsyn. Fullgör man inte sina skyldigheter kan man bli föremål för disciplinära påföljder som erinran och varning (SFS 1998:531).

Etisk kod för audionomer

Svenska Audionomföreningens årsmöte antog i maj 2001 Etisk kod för audionomer (2001). Den etiska koden syftar till att återspegla audionomyrkets mål samt de skyldigheter och rättigheter som audionomen har gentemot berörda aktörer och är en vägledning vid etiska ställningstaganden. Den etiska koden anger audionomens etiska förhållningssätt gentemot patienten och närstående, gentemot professionen, gentemot kollegor och audionomstudenter, gentemot andra yrkesgrupper samt gentemot allmänhet och samhälle. Se bilaga 1.

¹ I denna studie används genomgående termen patient. Likvärdiga termer är brukare och kund.

Rehabilitering

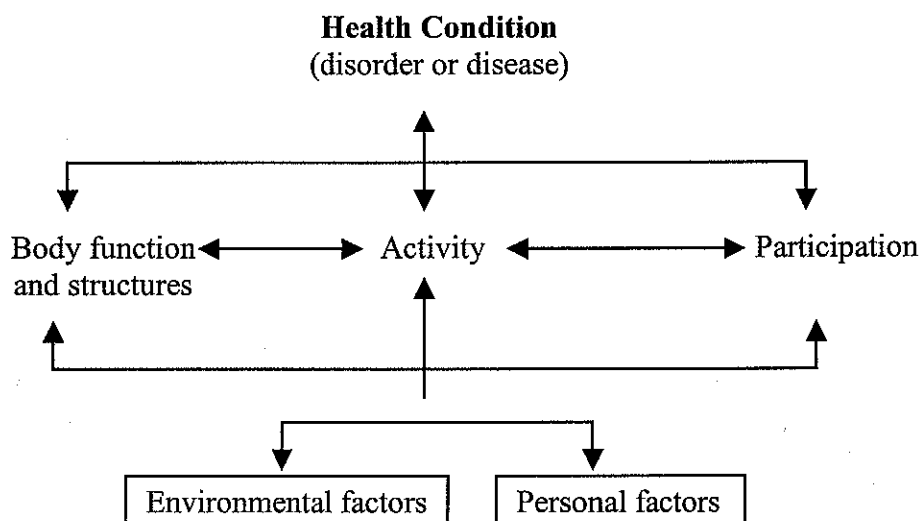
Rehabilitering innebär enligt Nationalencyklopedin (1994) återställande av förlorad funktion, till skillnad från habilitering som innebär utvecklande av ny förmåga. Rehabilitering omfattar medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder, med inriktning på att hjälpa sjuka eller skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och ge förutsättningar för ett normalt liv. Rehabiliterande åtgärder bör sättas in så tidigt som möjligt, vara allsidiga och tidsmässigt samordnade samt ge den enskilde avgörande inflytande.

1993 antogs FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. 1995 översattes reglerna till svenska (United Nations, Utrikesdepartementet & Socialdepartementet, 1995). Standardreglerna innebär ett moraliskt och politiskt åtagande från staternas sida att anpassa samhället till människor med funktionsnedsättningar. Det är alltså inte ett egentligt juridiskt bindande dokument. Syftet med standardreglerna är att säkerställa att alla personer med funktionsnedsättning tillförsäkras samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare i samhället. Begreppet rehabilitering definieras här som

”en process som syftar till att människor med funktionsnedsättningar skall uppnå eller behålla bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska eller sociala funktionsförmåga och att ge dem möjligheter att förändra sina liv och uppnå ett större oberoende. Rehabilitering kan innefatta åtgärder av skilda slag, som att återställa en funktion, kompensera förlusten eller avsaknaden av en funktion eller kompensera en funktionsbegränsning” (a.a. s.12).

Man menar vidare att speciella rehabiliteringsprogram bör utvecklas och att den funktionshindrade och gärna närstående skall vara delaktiga i själva planeringen. Hjälpmedel skall tillhandahållas antingen ”gratis eller till en så låg kostnad att människor med funktionsnedsättning eller deras familjer har råd att köpa dem” (a.a. s.24). Handikapporganisationer bör engageras när riktlinjer för rehabilitering och delaktighet utarbetas.

Vid rehabiliteringsplanering kan WHO:s reviderade klassifikationsmodell ICF (tidigare benämnd ICIDH-2) användas som utgångspunkt. Se figur 1.



Figur 1. WHO:s modell för klassifikation av hälsa, ICF (WHO, 2001)

I modellen framträder tre dimensioner av hälsa: funktion (function), aktivitet (activity) och delaktighet (participation). Förutom att dessa dimensioner interagerar med varandra så finns ytterligare två faktorer som inverkar nämligen omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Modellen visar på ett komplext förhållande mellan de tre dimensionerna och de två kontextuella faktorerna.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2000:356) har landstingen skyldighet att erbjuda habilitering och rehabilitering. Habiliteringen, rehabiliteringen och tillhandhållandet av hjälpmedel skall enligt lagen planeras i samverkan med den enskilde och en plan för insatserna skall formuleras.

I Socialstyrelsens rapport 1993:10 anges att all rehabilitering skall utgå från den enskildes behov och förutsättningar och att syftet med rehabilitering är att uppnå eller återvinna bästa möjliga funktion och förmåga samt förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhället. Den enskilde har rätt till en individuell plan för sin rehabilitering och rehabiliteringen skall utformas så att den kan följas upp och utvärderas. Den enskilde skall själv ha möjlighet att påverka rehabiliteringsprocessen. Rapporten anger att god rehabilitering innebär:

- klart formulerade mål som är realistiska utifrån den enskildes förutsättningar och möjligheter
- metoder för att korrekt bedöma behoven
- personal med god kompetens
- väl fungerande vårdlänkar och samverkan med andra aktörer
- adekvata journaluppgifter med relevant information
- möjligheter att följa upp resultat och kostnadseffektivitet, säkra och utveckla kvalitet
- tillgång till rätt hjälpmedel vid rätt tidpunkt

Rehabilitering inom hälso- och sjukvården är ett samlingsbegrepp för medicinska, psykologiska, pedagogiska, tekniska, sociala och arbetsinriktade åtgärder som är medvetet inriktade på att kombineras och tidsmässigt samordnas. "Rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården står med andra ord för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen" (SoS, 1993:10 s.21).

Audiologisk rehabilitering

I USA startade efter andra världskriget särskilda rehabiliteringsprogram för de soldater som fått hörselskador under kriget. Dessa intensivprogram innehöll bl.a. hörapparatpassning, counseling, hörsel- och avläseträning, talkorrektion och arbetsträning. Trots att dessa program var mycket framgångsrika spröds inte dess grundläggande intentioner, att audiologisk rehabilitering var så mycket mer än endast hörapparatpassning, utanför the Army and Navy Veteran Administration (VA) services. Traditionellt har i stället audiologisk rehabilitering utgått från audiometriska data och varit koncentrerad på tekniska åtgärder, främst hörapparatutprovning. Idag finns dock en medvetenhet om att ett helhetsperspektiv bör styra de audiologiska insatserna och att fokus bör ligga på individen och dennes tankar och känslor omkring hur det är att leva med en hörselnedsättning (t.ex. Arvidsson, 2000; Beyer & Northern, 2000; Danermark, 1998; Erdman, 1994; Eriksson-Mangold, 1998; Gagné & Jennings, 2000; Hallberg, 1996; Lucks Mendel, 1996; Tye Murray, 1998).

I dagligt tal används ofta begreppet rehabilitering som ett samlingsbegrepp och inkluderar habilitering. Inom hörselvården är habilitering annars ofta kopplat till åtgärder för barn medan

rehabilitering kopplas till vuxna. Men för vuxna med medfödda hörselskador som inte åtgärdas förrän i vuxen ålder handlar det också om habiliterande insatser. I denna studie kommer rehabilitering att användas som ett sammanfattande begrepp och avse förhållanden för vuxna.

Det finns många olika definitioner på audiologisk rehabilitering. Stephens (1987) definierar audiologisk rehabilitering som den process som skall minska funktionsnedsättningen och förhindra utvecklandet av handikapp som en konsekvens av hörselskadan. Dessa mål kan endast uppnås om man utgår från ett helhetsperspektiv på den enskilde individens behov. Målet är att individen skall kunna fungera optimalt i sin valda miljö. Erdman (2000) menar att audiologisk rehabilitering är ett globalt begrepp som tar hänsyn till effekten av hörselnedsättningen på ett psykosocialt plan, det handlar om vilka konsekvenser individens hörselnedsättning får för utbildning, yrke och familj. Även Erdman menar att ett helhetsperspektiv bör styra val av rehabiliteringsinsatser. Dessa insatser kan vara av medicinsk, teknisk, psykosocial och/eller kommunikativ art. Insatserna kan sedan genomföras individuellt eller i grupp beroende på art och grad av hörselnedsättning, personens ålder samt inriktningen på själva insatsen. Gagné (2000) menar att audiologisk rehabilitering är en individcentrerad process vilket innebär att insatserna alltså utgår ifrån den enskilde individens behov och förutsättningar och att individen själv är aktiv både i planering och i genomförande av rehabiliteringen. Men han anknyter också till WHO:s klassifikation av hälsa (WHO, 2001), där fokus är aktiviteten, när han vidgar definitionen till att även innefatta närstående personer med normal hörsel när han säger att målet för audiologisk rehabilitering är

“to restore or optimize participation in activities considered limitative by persons who have a hearing impairment or by other individuals who partake in activities that include persons with a hearing impairment.” (a. a. s. 65)

Även Spitzer (2000) menar att målet med audiologiska rehabiliteringen är att lära en person med hörselnedsättning – och dennes närstående – att hantera sin kommunikation och lära sig klara av ogynnsamma lyssningssituationer.

Gagné (1998) lyfter fram tre grundpelare i den audiologiska rehabiliteringen. För det första skall rehabiliteringen bidra till att underlätta i situationer där funktionsnedsättningen upplevs som ett handikapp. Utifrån ett ekologiskt perspektiv betonar han därför sammanhanget där kommunikationsproblem upplevs och han menar att rehabiliteringsinsatserna måste utgå från upplevda, verkliga problemsituationer och utformas och anpassas efter individens förutsättningar och de yttre omständigheter där individen befinner sig. Att även en normalhörande person kan uppleva situationer av handikapp antyddes i definitionen ovan och interaktionen med närstående måste också beaktas vid rehabiliteringsplaneringen. För det andra menar Gagné (1998) och även Héту (1996) att rehabilitering är en process där individens upplevelse och beskrivning av sina kommunikationssvårigheter förändras som funktion av tiden. För det tredje är rehabilitering en individcentrerad problemlösande process där individen själv intar en aktiv roll (Erdman, 1994; Gagné 1998).

Andersson beskriver i sin avhandling (1995) 4 teoretiska modeller för rehabilitering av personer med hörselskada. *Den tekniska modellen* som i första hand fokuserar på tillhållandet av hörapparater och ägnar liten uppmärksamhet åt de psykologiska aspekterna vid anpassningen. Den andra modellen kallar Andersson *the management model*. I denna modell kombineras tvärvetenskaplig kunskap med patientens psykologiska behov. Här tas hänsyn till kommunikationsstatus, tidigare insatser, hjälpmedel, kommunikationsträning, coping och counseling för att bistå patienten i anpassningen. Den tredje modellen, *den ekologiska*

modellen, fokuserar på individen och dennes interaktion med andra och med den omgivning han/hon befinner sig i. Hörande är mer än att uppfatta ljud, det handlar om individens agerande i sin miljö. Individen skall uppmuntras att identifiera sina behov och själv ingripa i den fysiska och sociala miljön för att kunna uppfatta bättre. I den fjärde modellen, *den beteendeinriktade modellen*, fokuseras individens förmåga kontra de yttre kraven. Varje individ är unik och man försöker formulera rehabiliteringsmål utifrån individens starka respektive svaga sidor och omsätta dem i praktisk handling för ett förändrat beteende. I det arbetet är patientens kognitiva förmåga central.

Inom den audiologiska rehabiliteringen talar man ibland om vikten av att individen "accepterar sin hörselnedsättning". Gullacksen (1998) diskuterar begreppet *acceptera* och menar att forskare har en annan bild av vad begreppet står för än de "drabbade" själva har. Forskarna har sällan definierat begreppet närmare. När forskare talar om att *acceptera* handlar det om ett utifrånperspektiv som motsvarar de "drabbades" inifrånperspektiv *lära sig leva med*. Gullacksen skiljer ut begreppet *erkänna* från *acceptera* och menar att när en person betraktar sin hörselskada som ett faktum är det att *erkänna* hörselskadan. När man väl erkänt den gäller det att *inse konsekvenserna* av hörselskadan och att *lära sig leva med* dess konsekvenser. Uttrycket *lära sig leva med* antyder en aktiv och delaktig hållning medan *acceptera* däremot kan uppfattas som att personen resignerat och passivt godtagit det som hänt. När man *lära sig leva med* en hörselskada finns det en dynamik och ett framåtskridande i tankesättet på ett annat sätt än i uttrycket *acceptera*. Hörselskadan finns där som något oönskat som inte kan accepteras men man kan *lära sig leva med* och hantera dess konsekvenser och ändå leva ett fullgott liv. Gullacksen (1998) kallar detta för en *livs-omställningsprocess*. Även Eriksson-Mangold (1998) är kritisk till begreppet *acceptera* i hörselskadesammanhang och den passiva klang det anger. Hon föredrar uttrycket *försona* i stället. Individen kan inte sägas ha anpassat sig om han eller hon inte har försonats med sin hörselskada. Att *försona sig* innebär att man tagit sig igenom ett trauma med ilska och upprörda känslor. Eriksson-Mangold ger följande definition på psykologisk anpassning till kronisk hörselskada: "Anpassat sig har den som upplever försoning med sin hörselskada och börjar söka nya vägar för att få livet att fungera" (a.a. s. 19). Att beakta ovanstående psykologiska aspekter och möta individen där han/hon befinner sig i sin anpassningsprocess och kunna se bortom själva hörselskadan borde vara centralt i all audiologisk rehabilitering.

Allt sedan 1930-talet har självskattningsskalor och frågeformulär i olika former funnits för patienten att fylla i vid den första kontakten (t.ex. Alpiner & Schow, 2000; Weinstein, 2000). De flesta har dock mest använts i forskningssammanhang för att ta reda på effekten av rehabiliterande insatser. Idag finns en mängd olika typer av skalor, få är dock översatta och validerade till svenska förhållanden. Några finns dock t.ex. Hearing Measurement Scale (HMS) (Eriksson-Mangold, Hallberg, Ringdahl & Erlandsson, 1992), Hearing Disability and Handicap Scale (HDHS) (Hallberg, 1998), Göteborgs-profilen (Ringdahl, Eriksson-Mangold & Andersson, 1998) och Kommunikationsskalan (Hallberg, Eriksson-Mangold & Carlsson, 1992). Client oriented Scale of Improvement (COSI), Hearing Aid User's Questionnaire (HAUQ) (Dillon, Birtles & Lovegrove, 1999) och Goal Attainment Scaling (GAS) (Arlinger et al., 1994) är översatta till svenska men ej validerade för svenska förhållanden. Självskattningsskalorna/frågeformulären berör aspekter dels på funktionsnivå dels på handikappupplevelsenivå (Gagné & Jennings, 2000).

Hörselskadades riksförbund (HRF) är den organisation i Sverige som på olika sätt bevakar de hörselskadades situation. I sin handlingsplan lyfter de fram att varje hörselskadad som kommer till hörselvården skall erbjudas habiliterings/rehabiliteringsinsatser utifrån ett hel-

hetsperspektiv och efter en behovsanalys som skall innehålla både medicinsk, psykosocial och kommunikativ diagnos. HRF har utarbetat en modell för vad de menar är kännetecknande för en fullvärdig rehabilitering. Se bilaga 2. Den hörselskadades kommunikationsförmåga står i centrum och målet är att individen skall få/återfå en optimal sådan utifrån sina förutsättningar och de anpassade åtgärderna. Insatser kan krävas inom flera områden men framför allt menar man att det är angeläget att ge psykosocialt stöd och möjlighet till kommunikationsträning. Åtgärderna skall ta sikte på den hörselskadades situation och syfta till att återge bästa möjliga funktionsförmåga och att minska verkningarna av funktionsnedsättningen (HRF, 2000).

Problemlösningsmodellen

Rehabiliteringen skall alltså reducera eller eliminera upplevelsen av handikapp i problematiska situationer. Rehabiliteringen skall finna lösningar på de problem som ger upphov till känsla av handikapp. Problemlösningsmodellen är då ett användbart redskap. Problemlösningsmodellen kännetecknas enligt Gagné (2000) av följande faser:

1. erkännande av att problem existerar i samband med en aktivitet
2. identifiering av problem
3. beskrivning av begränsning i delaktighet (situation of handicap)
4. beskrivning av önskat tillstånd med hänsyn taget till:
funktionen – aktiviteten – delaktigheten – personliga faktorer – fysiska och sociala omgivningsfaktorer
5. identifiering av tänkbara lösningar för att nå önskat tillstånd
6. för varje tänkbar lösning analysera hinder och möjligheter
7. val av en eller flera lämpliga lösningar
8. omsättande av åtgärder
9. utvärdering av resultat
10. identifiering av faktorer som var underlättande alternativt hindrande vid genomförandet
11. identifiering och utvärdering av konsekvenser av rehabiliteringsinsatserna

Vid beskrivningen av önskat tillstånd tas hänsyn till dimensionerna i ICF: funktionen, aktiviteten och delaktigheten samt personliga faktorer hos alla involverade och fysiska och sociala omgivningsfaktorer (WHO, 2001). I alla faser skall patienten involveras. Ju mer individen involveras i processen desto större chans att rehabiliteringen lyckas (Gagné & Jennings, 2000). Problemlösningsmodellen kan sägas ha en fenomenologisk dimension eftersom det väsentliga är att få fram patientens *perspektiv*, patientens egen upplevelse och beskrivning av hur kommunikationen fungerar i olika situationer (Erdman, 2000; Gagné & Jennings, 2000). Inledningsskedet i rehabiliteringen är det viktigaste skedet i hela rehabiliteringen och lägger grunden för de fortsatta insatserna. Hela rehabiliteringsprocessen bör genomsyras av audionomens counselingförmåga.

”Counseling”

Begreppet counseling i den audiologiska rehabiliteringen kan definieras som den process i vilken man underlättar för patienten att klara av de problem som kan uppstå som en konsekvens av en hörselskada (Crowe, 1997; Erdman, 2000). Counseling är inget statiskt utan en pågående process och skall genomsyra allt rehabiliteringsarbete (Hodgson, 1994). Hodgson skiljer på informell counseling (sker vid faktaförmedling/information) och counseling som berör tankar och känslor. I counselingprocessen får patienten information, råd och stöd i sitt sätt att tänka, känna och hantera sina kommunikationssvårigheter. Erdman (2000) menar att audionomens counseling är avgörande när patienten skall förändra och tillägna sig en effektiv kommunikationsförmåga. Crowe (1997) beskriver counseling som en

konst (*an art*) som bygger på audionomens (*the counselors*) flexibilitet och kreativitet samt förmågor som tar sin utgångspunkt i bland annat mångkunnighet, nyfikenhet, humor, tolerans, respekt och etik. I rehabiliteringsarbetet skall patienten identifiera och analysera sina kommunikationsproblem, ta reda på olika tänkbara lösningar, välja strategier, sätta upp mål, genomföra strategierna/förändra sitt beteende, utvärdera och sedan kunna generalisera de effektiva strategierna även till andra situationer. I detta arbete blir audionomens förmåga att lyssna på patienten, reflektera på det patienten säger, summera, konfrontera, tolka och informera av stor betydelse. Audionomen måste också kunna plocka fram patientens starka sidor, det positiva som finns att bygga vidare på. Audionomen måste kunna "stå ut med" och kunna ta patientens missnöje, ilska och eventuella misslyckanden. Audionomen skall erbjuda en sådan tillåtande behandlingsmiljö att det ges möjlighet till bearbetning och förändring av tankar, känslor och beteenden (Erdman, 2000; Crowe, 1997). Counseling och psykoterapi skall dock inte jämföras. I psykoterapi behandlas djupa intrapersonella problem medan audionomen i sin counseling håller sig strikt till problem/situationer som har med patientens hörförmåga och kommunikation att göra. Counseling är enligt Erdman hörnstenen i all audiologisk rehabilitering. Hon menar att det är effektiviteten i audionomens counseling som bestämmer i vilken grad alla andra rehabiliteringsinsatser lyckas eller misslyckas. English (2000) lyfter också fram counseling som något mycket väsentligt och menar att så länge patienten inte känner sig känslomässigt förstådd och stöttad så hindras övriga insatser. English har också visat att om counseling används på ett optimalt sätt innebär det en större effektivitet och en tidsbesparing i arbetet. Hon redovisar också positiva effekter efter det att audionomer (audiologists) har deltagit i särskild utbildning i counseling.

Processperspektiv²

I FN:s standardregler (1995) anges, som tidigare nämnts, i definitionen av rehabilitering att "rehabilitering är *en process* som syftar till att ...". Héту (1996) och Gagné (1998) har visat att i det audiologiska rehabiliteringsarbetet ändrar sig individens uppfattning och beskrivning av sina kommunikationssvårigheter som en funktion av tiden. Även individens attityd, resurser, beteende och livsstil kan ändra sig över tid. Héту och Gagné menar att det är mycket viktigt att beakta detta vid den kontinuerliga uppföljningen av de rehabiliterande insatserna och inför fortsatt rehabilitering. I början av rehabiliteringen är individen oftast öppen för insatser och lösningar som endast berör individen själv. Senare i rehabiliteringsprocessen kan individen ha lättare att pröva strategier som även involverar kommunikationspartners. Vid val av insatser är det viktigt att välja strategier som är möjliga att genomföra och som kan accepteras av individen. Att individen är aktiv vid formulerandet av rehabiliteringsplanen är då av stor betydelse (Gagné & Jennings, 2000; SFS 1982:763).

Att som behandlande personal finnas med i patientens rehabiliteringsprocess innebär att också själv omfattas av ett processtänkande. Ett sätt att beskriva arbetsmodeller vid behandlingsarbete är att göra det i form av processbeskrivningar. Detta har utvecklats och använts i flera sammanhang. WHO definierar vårdprocessens olika faser i termerna *assessment, planning, implementation och evaluation* (WHO, 1987). Sjuksköterskans teoretiska förankring ligger i omvårdnadsprocessen olika faser "bedömning, planering, genomförande och utvärdering" (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000; Yura & Walsh, 1988). Arbetsterapeuterna beskriver sin arbetsmodell både i problemlösnings- och processtermer och talar om arbetsterapiprocessen (Lundgren Pierre & Sonn, 1996; Pelland, 1991).

² Process kommer av latinets 'procedo' gå framåt, komma framåt och av 'processus' förlopp (NE, 1994). Process kan innebära en dynamisk förändring över tid.

Hörselhabiliterings/rehabiliteringsprocessen

En arbetsgrupp bestående dels av kliniskt verksamma audionomer dels av lärare vid audionomutbildning presenterade 1989 en rapport (Arvidsson et al., 1989) där man delade in audionomens arbetsområden i hörselprofylaxprocessen, hörseldiagnostikprocessen och hörselhabiliterings/rehabiliteringsprocessen. Inom dessa arbetsområden definierade man olika steg i arbetsprocessen: erfara och definiera problem, fastställa mål, planering, genomförande och utvärdering. I rapporten finns de olika stegen specificerade för hörseldiagnostik- och hörselhabiliterings/rehabiliteringsprocesserna. I hörseldiagnostikprocessen sker fastställande av art och grad av hörselnedsättningen genom utförande av ett antal hörselundersökningar anpassade för den misstänkta diagnosen (Same, 1990; Same, 1996). Vid utvärdering av mätresultaten fastställs diagnos och tillsammans med patienten diskuteras behov av medicinska, kirurgiska och/eller audiologiska åtgärder. Remiss skickas för lämpligt ändamål. Om det gäller audiologiska åtgärder blir audionomen den som närmast möter patienten i hörselrehabiliteringsprocessen. Hörseldiagnostikprocessen föregår oftast hörselrehabiliteringsprocessen men de kan också gå parallellt. För denna studie är hörselhabiliterings/hörselrehabiliteringsprocessen av intresse. Eftersom detta är ett av de få dokument som finns med ett audionomperspektiv återges här hur Arvidsson et al. (1989) beskriver denna process.

”Erfara och definiera problem

Audionomen har utifrån sin kunskap medvetenhet om de hörselskaderisker som kan påverka människors hörselhälsa. Audionomen identifierar patientens hörselproblem och dess orsaker och tar del av remiss, journal och tidigare mätresultat och utför ev. kompletterande mätningar. Med stöd av en ingående intervju och av observationer identifierar audionomen patientens hörselsituation.

Fastställa mål

Audionomen skall tillsammans med patienten fastställa och prioritera huvud- och delmål för optimal hörselrehabilitering. Målen utformas på grundval av de fakta som framkommit i problemdefinitionsfasen. Här tas hänsyn till patientens behov, krav, önskemål och motivation samt till analys av patientens personliga förutsättningar och resurser.

Planering

Utifrån de identifierade problemen och deras orsaker planeras tillsammans med patienten de åtgärder som behövs för att nå de fastställda målen. Beslut om åtgärder fattas på vetenskaplig grund och utifrån beprövad erfarenhet.

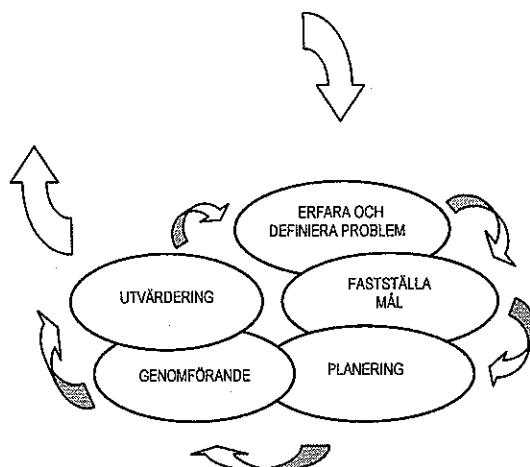
Genomförande

Audionomen skall i den individuellt utformade behandlingen väga in medicinska, tekniska, pedagogiska, psykologiska och sociala faktorer samt befrämja patientens acceptering av sin hörselsituation. Behandlingen ska genomföras på ett sådant sätt att patienten motiveras att lära sig hantera och utnyttja sina hörhjälpmedel.

Utvärdering

Utvärdering av resultat och patientens reaktioner och upplevelser görs dels kontinuerligt under behandlingens gång och dels som en slutlig bedömning av resultat i förhållande till uppställda mål. En analys sker som lämnar underlag till en eventuell fortsatt behandling av patienten. Analysen ska göras så att den kan ge underlag till förändringar och vidareutveckling såväl för den behandlande audionomen som för verksamheten.” (Arvidsson et al., 1989)

Denna processbeskrivning illustreras i figur 1.



Figur 2. Grafisk modell av hörselrehabiliteringsprocessen baserad på Arvidssons et al. (1989) beskrivning.

Utgångspunkten i denna studie är att audiologisk rehabilitering är en komplex process där individen skall få vägledning att förändra sina tankar, känslor och beteenden relaterat till sin hörselnedsättning. Patienten skall hitta nya kommunikationsstrategier både på det psykologiska, sociala och tekniska planet. Audiologisk rehabilitering innefattar alla de insatser som görs för att en person med funktionsnedsatt hörande skall få bättre förutsättningar för att klara sin kommunikation på ett tillfredsställande sätt. Audionomen som har en central funktion i det audiologiska rehabiliteringsarbetet kombinerar i sin yrkesfunktion kunskaper från naturvetenskapen (medicin, fysik, teknik), samhällsvetenskapen (psykologi, pedagogik) och humaniora (lingvistik, filosofi) (Etisk kod för audionomer, 2001). Audionomens arbetsområde är mot ovanstående bakgrund mångfacetterat och att beskriva audionomens arbetsprocess blir därmed en utmaning.

Journalbegreppet

Historisk bakgrund

Ordet journal härstammar från latinets *diurnalis* som betyder daglig. Ordet har använts om liggare för löpande anteckningar, dagbok (Nationalencyklopedin, 1994). Den grekiske läkaren Hippokrates (460-370 f.Kr.), kallad läkekonstens fader, samlade information om sjuka människor och skrev en slags sjukjournaler som i viss utsträckning finns bevarade för eftervärlden (Hynninen, Wadman & Åberg, 1984; Nationalencyklopedin, 1994). Antonio Benivieni, en italiensk läkare verksam i Florens i slutet av 1400-talet, var den första man vet som började föra anteckningar om sina patienter (Spri, 1977). Under 1900-talet har journalen ändrat karaktär och form från att ha varit en liggare där läkaren själv fört löpande daganteckningar för flera patienter till att enligt lagstiftningen (SFS 1985:562) bli en individuell utformad journal för varje patient. Begreppet journal har också kommit att beteckna en akt-samling med en mängd olika handlingar t.ex. laboratoriesvar, röntgenbilder, remisser och konsultsvar. I dessa fall har endast en del av akten kännetecknats av att ha anteckningar i löpande form där uppgifter om utredning och behandling finns. Förändringarna hänger samman med att det skett en utveckling mot alltmer komplicerad, specialiserad och individualiserad vård (Berg Wedrén, 1995).

Patientjournallagen

1 januari, 1986 trädde patientjournalagen (SFS 1985:562) i kraft efter ett utredningsarbete av journalutredningen (SOU 1984:73). I lagen kallas nu det som tidigare benämndes läkarjournal /medicinjournal för patientjournal. I lagen anges bestämmelser om förande, innehåll, utformning, hantering och bevarande av patientjournaler. Dessutom anges vilka som har skyldighet att föra journal samt offentlighet och sekretess vad gäller hanteringen av journaler. Patientjournalagen är teknikneutral dvs. den gäller oavsett om journal förs på papper eller i data-system.

Vad menas med patientjournal?

Med patientjournal menas idag de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder (SFS 1985:562, §2). Här avses alltså alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens tillstånd och de åtgärder som genomförts eller planeras. Även om handlingen/anteckningen inte förvaras i själva journalmappen kan den enligt lagen ändå anses vara en journalhandling. I journalmappen samlas vanligtvis dokumentation av medicinsk, psykologisk och social art som är nödvändig för patientens utredning och behandling.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd rörande patientjournalagen (SOSFS 1993:20) anges att en patientjournal är avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som svarar för patientens behandling så att patienten kan få en god och säker vård. Den skall vara ett arbetsverktyg och ett underlag för bedömning av åtgärder som behövs. Journalen skall även vara en informationskälla för patienten. Dessutom är patientjournalen ett viktigt underlag i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet och vid tillsyn och kontroll av den vård/behandling som patienten fått. Journalen skall kunna ge patienten insyn i den vård och behandling som han erhållit och vara underlag i legala sammanhang och för forskning.

Patientjournalen kan alltså vara ett användbart instrument för kvalitetssäkrings- och uppföljningsarbete inom vården, inte minst för personalen inom den egna arbetsenheten och för att kunna uppfylla lagens intentioner om att patienten skall ges "god och säker vård". För detta ändamål är dokumentation i journalhandlingen en förutsättning (SOSFS 1993:20).

Vad skall en patientjournal innehålla?

I §1 i patientjournalagen (SFS 1985:562) anges att patientjournal skall föras för varje patient vid vård inom hälso- och sjukvården. Med vård menas även undersökning och behandling. Journalen skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård och skall föras in i journalen så snart det kan ske. I journalen skall alltid uppgift finnas om

- patientens identitet
- bakgrund till vården/behandlingen
- uppgift om diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ
- uppgift om åtgärdens resultat

Uppgift skall finnas på den som gjort anteckningen och när anteckningen gjordes. Journalanteckningen skall också signeras (SFS 1985:562 §3 med ändring SFS 1998:1662; SOSFS 1993:20). Signering bör genomföras i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen eller så snart det är praktiskt möjligt. Efter signering får anteckningen inte

ändras. Om felaktig uppgift skulle behöva rättas till måste såväl den felaktiga som den rätta lydelsen finnas med i journalen (SFS 1998:1662; SOSFS 1993:20).

Anteckningen i journalen bör utformas så att den enskilde patientens integritet respekteras. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) betonas patientens rätt till medbestämmande och inflytande över sin egen vård/ behandling. Detta innebär att planering och genomförande av behandling sker i samråd med patienten och att patienten visas omtanke och respekt. Detta förhållningssätt måste givetvis också visa sig vid journalföringen (Forsberg, 1986; SFS 1982:763; SFS 1985:562 §4; SOSFS 1993:20).

Hur skall en journal utformas?

Det ställs höga krav på utformandet av en journal. Den skall vara lätt att läsa, överskådlig, tillgänglig, strukturerad, möjlig att använda för alla i vårdlaget samt fylla journallagens krav (Spri, 1989). Journaler skall vara fullt läsbara och vara skrivna på svenska språket, tydligt utformade och så långt det är möjligt vara förståeliga för patienten (SFS 1985:562 §5; SOSFS 1982:2). Innehållet skall vara koncist utan överflödigt text men ändå innehålla nödvändig information. Uppgifterna i journalhandlingen får inte utplånas eller göras oläsliga. Vid rättelse skall det anges när rättelsen har skett och vem som har gjort den (SFS 1985:562 §6 med ändring SFS 1994:958).

I SOU 1984:73 talas om olika typer av journaler beroende på hur de förvaras – *enhetsjournal* och *klirikjournal*. Med enhetsjournal menas att den enskilda patientjournalen är gemensam för ett helt sjukhus eller sjukvårdsområde. Man har ett gemensamt arkiv. Ett sådant system förutsätter att det finns goda transportmöjligheter mellan klinikerna. Med klinikjournal menas att varje enskild klinik har eget arkiv med egna patientjournaler. Klinikjournalen kan antingen innehålla enbart läkares och sjuksköterskors anteckningar medan övriga yrkeskategorier, kuratorer, audionomer m.fl. för sina anteckningar i separata journaler, alternativt skriver alla aktuella yrkeskategorier i samma journal. Det kan också förekomma blandningar av olika journalföringssystem inom ett sjukvårdsområde där till exempel specialistklinikerna har klinikjournaler medan vissa andra kliniker kan ha gemensam journal.

Begreppet *grundjournal* anger att journalen har en viss struktur med sökord i kanten, att blanketter är enhetligt utformade och att man i journalmappen har en enhetlig dokumentordning (Hynninen, Wadman & Åberg, 1984; SOU 1984:73). Sökord gör journalen mer överskådlig och gör det lätt att hitta den information man söker. Sökorden är också bra som minnesord vid diktering och utskrift och som kontroll att allt väsentligt kommit med. Sökorden kan variera beroende på klinikens inriktning men vedertagna förkortningar bör användas och sökorden bör vara på svenska i största möjliga utsträckning.

Begreppet *datagrundjournal* står för anpassning av grundjournalen till datorbaserat system. De vinster som ett datorbaserat journalföringssystem kan ge är t.ex. ökade förutsättningar för kvalitetssäkring, verksamhetsuppföljning, möjligheter att följa upp diagnosgrupper vad avser åtgärder och insatt behandling samt ge underlag för forskning. Datagrundjournalen kan dessutom samtidigt vara tillgänglig från mer än en terminal och systemet kan ge bra sök- och struktureringsmöjligheter (Spri, 1989).

Vem är skyldig att föra journal?

I §9 i patientjournallagen (SFS 1985:562) anges vem som är skyldig att föra journal. Journalföring har traditionellt varit en arbetsuppgift för läkare, tandläkare och i viss mån barnmorskor men journalföringsplikten har utökats till att omfatta allt fler befattningshavare.

Journalutredningen (SOU 1984:73) vars arbete ligger till grund för patientjournalagen, menar att det finns ett samband mellan Lagen om behörighet att utöva vissa yrken (SOU 1984:542) och förslaget om vilka yrkesutövare som skall åläggas att föra journal. I både Journalutredningen (SOU 1984:73) och i Behörighetslagen (SOU 1984:542) poängteras vikten av garantier för kvaliteten och säkerheten i vården. Journalutredningen har därför valt som en huvudprincip att koppla ihop journalföringsplikten med legitimationsreglerna. I den förändrade Patientjournalagens §9 (SFS 1998:534) står:

”Skyldig att föra patientjournal är

1. den som enligt 3 kap lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara skall utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare,
3. den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården.

Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.”

I enlighet med punkt 1 ovan är alltså de grupper som har legitimation ålagda att föra journal. Enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) 3 kap §2 är följande grupper således journalföringspliktiga från 990101: apotekare, arbetsterapeut, barnmorska, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, psykolog, psykoterapeut, receptarie, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.

Journalutredningen menar att avsaknaden av statliga föreskrifter för övriga yrkeskategorier än de ovan nämnda inte skall tolkas så att all annan journalföring skulle vara onödig. För andra yrkeskategorier faller det på det medicinska ledningsansvaret att tillse att det finns en övergripande skyldighet att föra journal så snart det rör sig om en verksamhet som organisatoriskt hör till en överläkares ansvarsområde. Detta gäller de offentliga hälso- och sjukvårdshuvudmännens verksamhet på och eventuellt utanför sjukhus. Journalutredningen anser att det är den medicinskt ansvarige som får bedöma behov av dokumentation och dess omfattning och innehåll. Utgångspunkten skall vara uppgifternas medicinska betydelse för en god och säker vård (SOU 1984:73).

I Socialstyrelsens allmänna råd 1993:17 Omvårdnad inom hälso- och sjukvård står: ”Har ett omvårdnadsansvar lagts på någon som inte är journalföringsskyldig enligt 9§ i Journalagen kan det vara lämpligt att i uppdraget lägga in ett dokumentationsansvar. Patientjournalagen utgör inget hinder mot att så sker”.

Audionomens journalföring

I arbetet Huvudbetänkande av journalutredningen (SOU 1984:73) som föregick Patientjournalagen (SFS 1985:562) finns två avsnitt (5.2 och 5.3.) där man gör en genomgång av olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och deras journalföringspraxis. Denna genomgång har legat till grund för de bedömningar man gjort av vilka yrkeskategorier man ansett skall ha journalföringsplikt. I denna förteckning finns audionomer medtagna (under dåvarande titel hörselvårdsassistent). Audionomens dokumentation beskrivs på följande sätt: ”hörselvårdsassistenten dokumenterar på särskilda kort eller journalblad uppgifter om hörapparatutprovningen, t.ex. apparattyp, fabrikat, nummer och ev. reparationer. I ton- och talaudiogram antecknas resultaten av hörselmätningar genom kryssmarkeringar i ett schema eller med siffervärden” (SOU 1984:73). I regeringens proposition (Socialdepartementet, Proposition 1997/98:109) diskuteras journalföringsplikten. Man anser att det är en viktig

fråga. "Journalföringen kan underlätta kontroll av och ingripanden mot oskickliga yrkesutövare och får därmed stor betydelse för arbetet med att stärka patientsäkerheten" (a.a. s. 89). Detta menar man skulle tala för att även de nya yrkeskategorier som enligt förslaget får skyddad yrkestitel dvs. audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skulle omfattas av journalföringsplikten. Bland dessa menar man att det är främst audionomer och dietister som borde komma i fråga. Regeringen anser emellertid att man inte bör göra någon åtskillnad mellan dessa fyra yrkeskategorier och väljer att inte föreslå journalföringsplikt för någon. "Om framtiden skulle utvisa att någon eller några yrkesgrupper bör åläggas en skyldighet att föra journal, får frågan övervägas på nytt" (Prop 1997/98:109 s. 89). Mot detta förslag reserverade sig sex av de sjutton ledamöterna i socialutskottet. De delar i stället bedömningen i en motion att det inte finns några som helst skäl till att avvakta journalföringsplikt för de fyra yrkesgrupperna med skyddad yrkestitel. "Hälso- och sjukvården har genomgått en stark expansion och strukturförändring de senaste åren. Arbetet förändras så att gränserna mellan olika vårdnivåer och huvudmän och mellan olika delar i vårdkedjan blir mer tydlig. Dessutom kommer mycket hälso- och sjukvård att bedrivas utanför sjukhusen. Därför är det väsentligt att alla yrkesgrupper som är verksamma inom hälso- och sjukvården och som är legitimerade eller får skyddad yrkestitel, skall ha samma skyldighet att föra journal över patienter. Det är en trygghetsfråga och en viktig signal till dessa nya yrkesgrupper att värna patientsäkerheten." Därför anser de sex som reserverade sig att "audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer" bör läggas till såsom varande journalföringspliktiga yrkesgrupper (1997/98:SoU22, s. 33).

Praxis

Alltsedan hörselvårdsassistenter/audionomer började arbeta med utprovning av hörhjälpmedel och därmed etablerade kontinuerliga kontakter med patienter, har de fört någon form av journalanteckningar, tidigare kallade minnesanteckningar (M.-B. Carlqvist, personlig kommunikation, juni, 1999). Således har audionomer en tradition sedan början av 60-talet att dokumentera sitt arbete. Rutinerna vad gäller journalskrivande varierar dock från landsting till landsting. Journalföringen har utvecklats och förändrats kraftigt genom åren från endast kortfattade anteckningar på 'hårda' kort i A5 format till utförliga pappersjournaler med sökord. Många kliniker har eller är på väg att gå över till datagrundjournaler. Det finns idag särskilda datorbaserade system för hörcentralsverksamhet t.ex. Auditbase, men många sjukhus har egna datorbaserade system. På många kliniker förekommer interna diskussioner om journalföring och utvecklande av sökord. Däremot finns för närvarande ingen nationell samordning av sådana diskussioner.

Även i t.ex. USA varierar rutinerna beroende på var audionomen (the audiologist) är anställd men att audionomen dokumenterar är en självklarhet. Dokumentation skall innehålla bakgrundsinformation, beskrivning av problemsituationer, planerade insatser, vidtagna åtgärder och resultat, intryck och observationer och rekommendationer (Gagné & Jennings, 2000; Gonzenbach, 2000; Kelly, Davis & Hedge, 1994). Någon vetenskaplig studie, nationellt eller internationellt som berör audionomens journaldokumentation har dock inte identifierats.

Momentet journalföring i audionomutbildningen

Moment med övning av journalskrivande har funnits i audionomutbildningen i många år. Eftersom audionomen har lång praktisk erfarenhet av journaldokumentation som en del i sina arbetsuppgifter har det varit naturligt att utforma undervisningen utifrån de lagar och förordningar som finns angående journaldokumentation även om audionomen juridiskt inte omfattas av journalföringsplikt. Journaldokumentation anges som ett särskilt moment i kursplaner (Kursplan, 2001a; Kursplan, 2001b). Undervisningen omfattar dels teoretisk intro-

duktion i form av föreläsningar dels av tillämpningsövningar där studenterna tränar dokumentation efter rollspelssituationer. Studenterna arbetar också med patientfallbeskrivningar i form av fingerade journalutdrag och får på det sättet träning i att läsa och tolka journaler. Undervisning om lagar och förordningar som reglerar audionomens yrkesutövande ingår också och där är frågor runt journalföring: journallagen, innehåll och utformning av en patientjournal, hantering, bevarande och sekretess viktiga delar. Även etiska frågeställningar runt journalföring diskuteras. I journalutredningen (SOU 1984:73) poängteras särskilt vikten av att under vårdutbildning tillägna sig kunskap om den grundläggande etiken vid journaldokumentation, om sekretesslagstiftning, frågor om patientens integritet samt kravet på en sakligt och språkligt korrekt dokumentation. Med ovanstående beskrivna innehåll i dagens audionomutbildning kan Journalutredningens överväganden och förslag vad gäller utbildningsmoment runt journaldokumentation anses vara tillgodosedda.

Trots att utbildningen försöker förbereda studenterna inför de administrativa och dokumenterande uppgifterna visar det sig att studenterna ändå upplever svårigheter när de kommer ut till klinikerna, åtminstone initialt (Lindström, 2000). Studenterna (informanterna) i Lindströms studie menade dock att rutinerna måste läras in på plats, det vill säga i den praktiska kontexten, eftersom varje klinik har egna utformade rutiner. Den tidspress som studenterna upplevde på klinikerna visade sig också vara en försvårande faktor.

Kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård

I Hälso- och sjukvårdslagen § 31 står att "Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras" (SFS 1982:763 ändring 1996:787). I Socialstyrelsens föreskrifter, Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård (SOSFS 1993:9) anges att vid verksamhet som omfattar förebyggande insatser, diagnostik, vård och behandling av patienter skall det bedrivas ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete under ledning av chefsöverläkare eller motsvarande. Med kvalitetssäkring menas att man skall garantera att vården håller en viss kvalitetsnivå. Med kvalitet avses "alla sammantagna egenskaper hos en produkt, som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov" enligt ISO 9000. Begreppet produkt omfattar också "tjänst" och således inbegrips även hälso- och sjukvårdens verksamhet i kvalitetsbegreppet. Man menar att kvalitet också kan uttryckas som "grad av måluppfyllelse". Detta förutsätter att definierade mål ställts upp för verksamheten.

Inom hälso- och sjukvården innebär kvalitetssäkring den metodik man använder för en fortlöpande utveckling av vårdens kvalitet. Grunden för det kvalitetsförbättrande arbetet är en målbeskrivning för och en systematisk analys av verksamheten. För den systematiska kvalitetssäkringen bör man i första hand utnyttja den basdokumentation som finns i patientjournalen och lyfta fram speciella variabler som stöd för kvalitetsuppföljningen. Man menar också att en förutsättning för ett framgångsrikt kvalitetsarbete är att de ansvariga är medvetna om vikten av denna aktivitet och stimulerar medarbetarna till kvalitetstänkandet i det dagliga arbetet. Enligt Socialstyrelsen är det chefsöverläkaren eller motsvarande som har ansvar för att kvalitetssäkringsarbete bedrivs (SOSFS 1993:9).

Kvalitetssäkring av hörselrehabilitering i Sverige

Under åren 1994-1997 genomfördes en kartläggning av hörselrehabiliteringsinsatser (utöver hörapparat Anpassning) för vuxna inom den svenska hörselvården. Resultatet presenterades i en rapport Kvalitetssäkring av hörselrehabilitering i Sverige (SoS 1999:3) och där framgår att det föreligger stora skillnader på erbjudna insatser mellan olika kliniker och landsting. Det gäller både förekomst, omfattning och innehåll. Rapporten konstaterar vidare att dokumen-

terad vetenskaplig utvärdering saknas för de flesta av rehabiliteringsinsatserna liksom också en vetenskaplig teoretisk grund för val och genomförande av respektive rehabiliteringsinsats. Någon entydighet när det gäller användandet av begrepp och termer på de olika insatserna finns inte heller. Rapporten slår fast att det finns mycket att arbeta vidare med.

För den tekniskt inriktade hörapparatpassningen finns ett dokument Kvalitetssäkring vid hörapparatpassning (Arlinger et al., 1994) med framtagna riktlinjer som stöd för den professionella hörapparatpassningen. I dokumentet beskrivs kvalitetssäkring tillämpat vid hörapparatpassning som "en definierad behandlingsgång med accepterade och verklighetsförankrade metoder för mätning av resultatet av anpassningen" (a.a. s.3). Dokumentet presenterar en systematisk beskrivning av hur en hörapparatpassning tekniskt skall genomföras samt objektiva och subjektiva mätmetoder för utvärdering av hörapparatnyttan. Med objektiva mätningar menas akustiska mätningar där patienten inte medverkar aktivt. Subjektiva mätningar bygger på patientens egen upplevelse av hörapparatnyttan. Men Arlinger et al. framhåller också, utifrån kunskap om den hörselskadade och den åldrande människan, att den tekniskt inriktade hörapparatpassningen bara är en del av den totala hörselrehabiliteringen och att också psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder kan vara nödvändiga. En individualiserad behandlingsplan bör utformas. Den skall syfta till att patienten utifrån behov och förutsättningar får bästa tillgängliga stöd och hjälp. I dokumentet anges även att den individuella behandlingsplanen med definierade mål, de skriftliga utvärderingsformulären/enkätformulären samt de objektiva mätresultaten skall dokumenteras i patientens journal. För att kunna genomföra en utvärdering krävs något att relatera till. Detta förutsätter alltså att audionomen dokumenterar sitt arbete. Uppgifterna i journalanteckningarna bör då bli möjliga att använda som bas i kvalitetssäkringsarbete enligt SOSFS 1993:9. Vikten av utvärdering i samband med att hörselrehabiliteringsinsatser avslutas har poängterats av bl. a. Abrams och Hnath-Chisolm (2000), Montgomery (1994), Smeds och Leijon (2000) och Weinstein (2000). Denna slututvärdering är viktig för alla parter i verksamheten, för brukaren, för audionomen och för den som finansierar hörselvården.

SYFTE

Audionomer omfattas ännu inte av patientjournalagens åläggande att föra journal men har trots detta i många år fört journalanteckningar och dokumenterat patientbesöken och de åtgärder som genomförts. Det har dock inte funnits någon enhetlig struktur eller gemensamma sökord för denna dokumentation och några studier som beskriver audionomens journalföring har inte heller identifierats. Fokus för denna studie var audionomens arbetsprocess och hur den avspeglas i patientjournalen. Centrala frågeställningar var: Hur ser audionomens arbetsprocess ut? Vilket innehåll och vilken omfattning har audionomens journaldokumentation? Kan man i dokumentationen se en koppling till arbetsprocessen? Kan audionomens journaldokumentation vara ett led i kvalitetssäkring av patientens rehabilitering? Dessa frågor blev utgångspunkt i studien där syftet var tvådelat, dels att beskriva audionomens arbetsprocess utifrån litteratur och styrinstrument dels att kartlägga ett urval journaler med avseende på struktur, innehåll och omfattning.

METOD

Ansats

Enligt den kritiska realismen (Danermark, Ekström, Jakobsen & Karlsson, 1997) har distinktionen mellan kvantitativ och kvalitativ metod förlorat sin relevans, det finns inte någon "universalmetod" och man kan med fördel kombinera metoder i det praktiska forsk-

ningsarbetet. Ett syfte med att kombinera olika metoder kan vara att man vill validera ett resultat. Traditionellt har kombinationer kännetecknats av att kvalitativa aspekter utgjort underlag för en kvantitativ undersökning men även omvänt förhållande kan förekomma där den kvantitativa delen blir underlag för fördjupning ur kvalitativt perspektiv. Metoderna kan även användas parallellt under datainsamling och analys (Holme & Solvang, 1997; Polit, Beck & Hungler, 2001). I denna studie tillämpades både kvalitativ och kvantitativ metod. Studien genomfördes i två steg. Steg I innebar att kvalitativt via litteraturgenomgång undersöka och beskriva audionomens arbetsprocess. Steg II innebar att granska ett urval journaler med hjälp av innehållsanalys och kvantitativt studera förekomst.

Steg I Teoretisk beskrivning av audionomens arbetsprocess

Material, datainsamling och bearbetning

Beskrivningen av audionomens arbetsprocess har tagit sin utgångspunkt i lagar och förordningar och i litteratur som berör audiologisk rehabilitering ur audionomens perspektiv. De databaser som användes var CINAHL, Eric, Medline, PsycInfo, Artikelsök, Libris, Spriline och SweMed+. Dessutom gjordes sökningar i de elektroniska databaserna Ebsco, Ideal, Science direct och Springer. Använda sökord var *audiologist*, *audiotherapist*, *audio technician* kombinerat med *profession*, *documentation*, *records*, *clinical report* och *audiological rehabilitation* samt i de svenska databaserna "audionom" kombinerat med "profession", "dokumentation" och "journal". Manuell sökning gjordes i *British Journal of Audiology* (1998-2001), *Ear and Hearing* (1998-2001), *Hearing Journal* (2000-2001) samt *Scandinavian Audiology* (1991-2001). Sökningarna gav inget resultat vad gällde beskrivningar av audionomens specifika arbetsprocess, däremot förekom många hänvisningar till audiologisk rehabilitering i allmänhet. Förutom ovan nämnda sökningar granskades lagar och förordningar med relevans för området liksom läroböcker och artiklar som används inom audionomutbildning.

De dokument som sedan användes var bl.a. WHO:s klassifikationsmodell av hälsa (WHO, 2001) och WHO:s definition av vårdprocessen (WHO, 1987), intentionerna i FN:s standardregler (United Nations et al., 1995), Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1996:787, SFS 1982:763), Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) och Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssäkringsåtgärder (SOSFS 1993:9), Etisk kod för audionomer (2001), Kvalitetssäkringsdokumentet för hörapparat Anpassning (Arlinger et al., 1994), Smeds och Leijons bok om hörapparatutprovning (2000), Rehabilitering av hörsel-skadade – kompendium i pedagogisk audiologi (Bäckström, 1980) och HRF:s modell för audiologisk rehabilitering (HRF, 2000), samt ett stort antal referenser som berör olika aspekter inom den audiologiska rehabiliteringen. Dessutom fanns hos författaren en förståelse grundad på egen erfarenhet av audionomens arbetsprocess och många års undervisning av audionomstudenter och återkommande diskussioner i arbetslaget.

Audionomens arbetsmodell beskrivs i denna studie som en process och baserar sig bl.a. på Gagnés (2000) problemlösningssmodell samt på Arvidssons et al. (1989) beskrivning av hörselhabiliterings/rehabiliteringsprocessen. Beskrivningen anknyter också till Gagnés (1998) och Hétus (1996) studier som visat att individens behov av hörselrehabiliterande insatser ändras sig över tid. Utgångspunkten för valet av rehabiliteringsinsatser är de grundläggande påverkande faktorer som finns angivna i FN:s standardregler (United Nations et al., 1995) samt individens egen upplevelse och beskrivning av konsekvenserna av sin funktionsnedsättning utifrån begreppen aktivitet och delaktighet (WHO, 2001).

Med utgångspunkt i den teoretiska grunden - problemlösningssmodellen samt processperspektivet - formades en generell struktur. Den valda litteraturen och styrinstrumenten granskades återkommande för att finna essens som berörde innehållet i hörselrehabiliteringsprocessen. Detta innehåll fördes sedan till olika områden i den generella strukturen genom s.k. intuitiv kategorisering (Gestrelus, 1970). Olika aspekter³ med exempel under varje område formades. Ytterligare klagörande exempel för de olika aspekterna har lagts till, dessa bygger på författarens egen erfarenhet. Resultatet av denna process bildar en modell för audionomens arbetsprocess. Att använda intuition som medel innebär att man utifrån ett helhetsintryck av sitt material bygger upp ett mönster för olika kategorier utan några regler eller hjälpmedel utöver kännedom om hur detta mönster i princip kan se ut (Polit, Beck & Hungler, 2001). Mönstret växer fram under arbetets gång till skillnad från styrd eller kontrollerad kategorisering där mönstret är på förhand bestämt. I den intuitiva kategoriseringen kan det ingå både induktiva och deduktiva kategoriseringsprocesser medan styrd kategorisering utmärks av deduktiva drag (Gestrelus, 1970).

Steg II Utformning av granskningsinstrument och granskning av journaler

Steg II innebar utformande av granskningsinstrument och granskning av empiriskt material. Vid granskningen av det empiriska materialet användes en explorativ och deskriptiv ansats med innehållsanalys. Utformningen av granskningsinstrumentet utgick från den teoretiska modellen dvs. resultatet från steg I och de lagar, förordningar och dokument som berör och reglerar audionomens arbete samt från tidigare utarbetade granskningsinstrument inom omvårdnadsområdet.

Att föra journalanteckningar är ett sätt att kommunicera och vid utformningen av granskningsmallen lades tyngdpunkten på att se vad som fanns dokumenterat dvs. vad audionomen ansåg viktigt att kommunicera till andra. Innehållsanalys användes enligt Olsson och Sörensen (2001) för att analysera dokument med kommunikationsinnehåll. Även Merriam (1994) framhåller att innehållsanalys innebär att systematiskt beskriva innehållet i ett kommunikativt budskap. Eftersom dokumentation i journaler har ett kommunikativt budskap ansågs metoden relevant för denna studie. Berelsen (1971) menar att man vid en innehållsanalys av ett kommunikativt budskap kan skilja på "what" och "how" dvs. innehåll och form men att innehållsaspekterna är de mest basala. Innehållsanalysen skall ge svar på frågan "Vad är det som kommuniceras"? Denna fråga blev också en utgångspunkt vid utformandet av granskningsinstrumentet.

Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) beskriver tre angreppssätt vid journalgranskning av omvårdnadsjournaler. Ett sätt innebär att se om enkla krav uppfylls i formalia: signering, datering, patientens identitet, läsbarhet etc. samt om något från anamnes, status eller åtgärder finns noterat. Exempel på granskningsinstrument som utgått från dessa enklare krav är NoGa-instrumentet (Nordström & Gardulf, 1996) som mäter förekomst av dokumenterade enstaka delar av omvårdnadsprocessen. Ett annat exempel är ett basinstrument för granskning av journaler (Ehnfors et al. 2000). Ett annat angreppssätt är att se om innehållet håller ihop logiskt och om patientens problem i de olika stegen i vårdprocessen finns dokumenterade. Här finns flera exempel på granskningsinstrument i studier från omvårdnadsområdet (Ehnfors & Smedby, 1993; Ehnfors 1993; Ehrenberg & Ehnfors 1999). Björvell, Thorell-Ekstrand och Wredling har modifierat Ehnfors och Smedbys instrument och testat detta journalgranskningsinstrument kallat "Cat-ch-ing" (Björvell 2001; Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000). Ytterligare angreppssätt innebär värdering av innehållets kvalitet, om dokumentationen

³ Med aspekt menas här infallsvinkel, konstellation, sätt att betrakta (NE, 1994).

speglar helhetssyn, omtanke och kunskap, om närståendes delaktighet framgår samt om dokumentationen stämmer med ett teoretiskt perspektiv (Ehrenberg, Ehnfors och Smedby, 2001). Att studera precisionen i dokument dvs. att se hur väl dokumentationen stämmer med patientens verkliga situation är också ett angeläget tillvägagångssätt som prövats av Ehrenberg och Ehnfors (2000).

För denna studie utformades ett granskningsinstrument som bygger på de ovan nämnda instrumenten. Syftet var att skapa ett instrument för granskning med olika angreppssätt dvs. allt från formalia till om dokumentationen speglade närståendes delaktighet och ett teoretiskt perspektiv. Att utforma och använda ett kategori/kodningssystem är vanligt vid innehålls-analys. Det ökar validiteten i studien genom större objektivitet och systematik vid analysen. Kategorisystemet skall bygga på en teoretisk grund (Polit, Beck & Hungler, 2001). Den generella strukturen från resultatet i steg I bildade stommen vid utformningen av gransknings-instrumentet. Den generella strukturen utökades och omfattade sju olika områden. Varje område kännetecknades av ett antal olika aspekter. Totalt omfattade granskningsinstrumentet 33 olika aspekter. Tre av aspekterna (patientens identitet, audionomens namn och signering) ingick dock inte i bedömningen beroende på att journalerna avidentifierats för att garantera patient och audionom anonymitet.

Varje aspekt i varje journal tilldelas poäng antingen 2, 1 eller 0 poäng beroende på fullständigheten i informationen. Den enskilda journalen kunde maximalt erhålla 60 poäng. Granskningsinstrumentet testades på ett mindre urval (10 %) av journalerna och smärre revideringar genomfördes innan den slutliga utformningen bestämdes (bilaga 3).

I denna studies sista del granskades patientjournaler skrivna av audionomer. En av de största fördelarna med att använda dokument som sin informationskälla är att innehållet är stabilt, "objektivt" och inte påverkat av forskarens närvaro som t.ex. vid intervjuer och observationer. Dokumenten är icke-reaktiva dvs. opåverkade av själva forskningen. Dokumenten är en produkt av den kontext de tillkommit i och har en empirisk grund, en förankring i verkligheten. En nackdel kan vara att eftersom dokumenten inte är producerade primärt för forskningsändamål kan de vara fragmentariska (Merriam, 1994).

Vid granskning av journalerna användes en explorativ och deskriptiv ansats, det vill säga innehållet i journalerna utforskades och beskrevs. Varje journal granskades utifrån granskningsinstrumentets olika aspekter med innehållsanalys dvs. enskilda meningsenheter bedömdes och fördes till relevant område (Polit, Beck & Hungler, 2001). I innehållsanalysen strävar man efter att mäta olikheter i och frekvenser av olika budskap samt att bekräfta eller förkasta formulerade hypoteser. Att kvantifiera är dock inte det väsentligaste. Man ser istället mer på karaktären av den information man har tillgång till. Det handlar om att förstå innebörder och verifiera teoretiska samband (Merriam, 1994). I denna studie lades tyngdpunkten på värdering, analys och teorikoppling men resultatet kvantifierades också genom poängsättning för att underlätta jämförelse och resultatredovisning. Hypotesprövning var inte aktuell. Området som utforskades är ännu så länge ett okänt område och kräver mer kunskap för att eventuella hypoteser skall kunna utformas.

Material, datainsamling och urval

I Sverige fanns 1999 sammanlagt 94 hörselvårdande institutioner under olika benämningar, audiologisk klinik/hörselklinik/hörselvårdsavdelning/hörcentral. I denna studie valdes att för enkelhetens skull endast benämna dem klinik. Av dessa 94 kliniker hade 57 1-5 audionomer, 22 6-10 audionomer, 6 11-15 audionomer, 7 16-20 audionomer och 2 >20 audionomer

anställda (Hörselvårdsregister, 1999). För denna studie, som berör ett hittills okänt område, var det av vikt att få så stor variation som möjligt på journaler skrivna av audionomer anställda både vid större och vid mindre kliniker. Eftersom det inte var ett mål att uppnå representativitet i statistisk mening gjordes inte ett slumpmässigt urval. Genom att välja de flesta av de större klinikerna erhöles en bra geografisk spridning. Urvalet skedde också genom personlig kännedom om att arbete med datorbaserad journaldokumentation pågick. För studien valdes 13 större samt 5 mindre kliniker. Med större avsågs här kliniker med >9 audionomer och med mindre avsågs kliniker med 2-3 audionomer. Förfrågan gick således till 18 kliniker med begäran att få ta del av kopior på journaler skrivna av audionomer. Förfrågan skedde i två steg först genom telefonsamtal med den verksamhetsansvarige, sedan genom brev med skriftlig förfrågan och mer detaljerade anvisningar för urvalet. Se bilaga 4.

Från varje klinik önskades fem journaler avseende patienter som genomgått hörselrehabilitering och fått hörhjälpmedel anpassade. Patienterna skulle vara minst 20 år gamla, ha avslutat hörapparat Anpassning och hörselrehabilitering under de senaste sex månaderna. Journalkopiorna skulle aidentifieras men kön, födelseår och diagnos skulle anges. Audionomernas namn kunde gärna strykas. Dessutom fanns en uppmaning att sända med ett audiogram, gärna det senaste. Journalerna kunde gärna komma från olika audionomer för att få så stor variation som möjligt. Önskemål om att dessutom få två journalkopior där patienten även varit på s.k. uppföljningsbesök $\frac{1}{2}$ - 1 år efter det att hörapparat Anpassning och hörselrehabilitering avslutats framfördes också. Tanken med detta var att få dokumentation även från uppföljningstillfället. Avsikten var alltså att totalt erhålla 90 plus 36 journalkopior.

Bortfall

Från en av de större klinikerna inkom inga journaler trots löften att sända dem och telefonpåminnelse vid två tillfällen. Detta medförde ett externt bortfall på 5 journaler. Trots uppmaning att efter aidentifiering ändå ange kön, ålder och diagnos saknades detta i flera journalkopior. Kön gick att fastställa genom formuleringar i texten i dessa journaler. Uppmaningen att skicka in två journalkopior där även s.k. uppföljningsbesök fanns med efterföljdes endast av tre kliniker. Dessa journalkopior har ej tagits med i studien. Några journaler inkluderade ett uppföljningsbesök men anteckning från det uppföljande besöket har inte tagits med vid granskningen.

Sammanlagt erhöles 85 journalkopior från 17 kliniker, 12 större och 5 mindre. Avsikten var att alla dessa journaler skulle beröra helt nya patienter som kommit till hörselkliniken för första gången. Av dessa 85 var 59 journaler från helt nya patienter medan 26 journaler från patienter som sedan tidigare hade hörapparat men behövde ny översyn. Av dessa 26 hade 22 haft hörapparat i genomsnitt i $8 \frac{1}{2}$ år (variation mellan 3 och 22 år.) För de övriga 4 fanns ingen sådan uppgift. Eftersom det gått så pass lång tid sedan patienterna senast genomgick hörselrehabilitering bedömdes att dessa ändå kunde räknas som "nya" patienter och därmed kunna ingå i denna studie. Även de återstående 4 räknades med i studien. Detta innebar att totalt har 85 journaler studerats. Tabell I visar de granskade journalernas fördelning gällande kön, ålder och diagnos.

Tabell I. Granskade journalers fördelning gällande kön, ålder och diagnos.

	Antal
Kön	
Man	49
Kvinna	36
Ålder	
-60	9
61-80	38
81-	22
Uppgift saknas	16
Diagnos	
Sensorieneuralt hörselnedsättning	76
varav Presbyakusis	39
Bullerskada	13
Morbus Ménière	1
Grav hörselnedsättning	10
Assymetrisk hörselneds	1
Flat loss	2
Ensidig hns + dövhet	1
Ensidig hns + ledningsh	2
Bas + diskantnedsättning	1
okänd genes	6
Kombinerad hörselneds bilateralt	2
Otoscleros	2
Uppgift saknas	5
Totalt	85

Bearbetning och analys av journaluppgifterna

Bearbetningen av data ur de 85 journalerna gjordes manuellt. Journalkopiorna numrerades A1-A5, B1-B5...Q1-Q5. Journalerna granskades journal för journal med avseende på granskningsinstrumentets olika aspekter (se bilaga 3). Varje meningsenhet relaterad till viss aspekt markerades med överstrykningspenna. Varje meningsenhet bedömdes och poängsattes. Två poäng innebar att aspekten var belyst i journalen helt eller i hög grad, en poäng innebar att aspekten delvis var belyst och noll poäng att aspekten helt saknades i journalen. Mer utförlig definition av poängsättningen framgår i resultatpresentationen. Journalerna granskades flera gånger aspekt för aspekt för att verifiera/justera de första bedömningarna. Poängen räknades sedan samman och presenteras i text och tabellform.

Interbedömarreliabilitet

För att verifiera tillförlitligheten (reliabiliteten) i bedömningen av de olika aspekterna i journalerna genomfördes en jämförande bedömning av en medbedömare s.k. observer agreement. Medbedömaren var författarens handledare med stor erfarenhet av granskning och bedömning av patientjournaler. Ett stratifierat slumpmässigt urval av en journal från varje klinik (n=17), motsvarande 20 % av det totala materialet (n=85), kopierades och granskades av medbedömaren. Medbedömningen omfattade totalt 510 bedömningar där varje aspekt kunde omfatta en av fyra positioner. Syftet med granskningen var att avgöra säkerheten i bedömningen genom att se om de två bedömare kodade/poängsätte meningsenheterna på

samma sätt. Granskningen gjordes oberoende av författarens bedömning efter viss 'kalibrering' av bedömningsgrunderna. Resultatet av medbedömningen visade att bedömnarna hade 85 % överensstämmelse. Att beräkna överensstämmelse i form av procentvärde är enkelt och användbart men i beräkningen tas ingen hänsyn till eventuell inverkan av slumpen. Beräkning av samstämmighet gjordes därför också med hjälp av Cohens kappas (κ) som korrigerar för slumpens inverkan (Bakeman & Gottman, 1987). Beräkningen av κ sker enligt formeln:

$\kappa = \frac{P_0 - P_c}{1 - P_c}$ där P_0 = proportionen av de överensstämmande bedömningarna och P_c = den förväntade slumpmässiga proportionen. Bedömnarnas poängsättning skrevs in i en matris och de överensstämmande aspekterna summerades och dividerades med den totala summan.

Beräkningen av Cohens kappas i denna studie blev: $\kappa = \frac{0,85 - 0,41}{1 - 0,41}$ d.v.s. ett κ -värde på .75.

Ett κ -värde som överstiger .65 anses vara uttryck för god överensstämmelse enligt Bakeman och Gottman (1987).

Etiska ställningstaganden

Vid en studie där granskning av journalmaterial genomförs kan det finnas risk för kränkande av dels patientens, dels vårdpersonalens integritet. I föreliggande studie fanns dock inget sådant integritetshot vare sig gentemot patient eller mot audionom. Den muntliga första förfrågan och den efterföljande skriftliga förfrågan gick till den verksamhetsansvarige för kliniken och på så sätt garanterades tillstånd från ledningen vid respektive klinik. Separat skriftligt tillstånd erhöles också från en klinik. Eftersom alla identitetsuppgifter runt patienten skulle tas bort krävdes inget medgivande från patienten. Detta har ändå erhållits från några patienter där det noterats i journalen att de givit sitt medgivande att journalen i avidentifierat skick används i studien. Kopiering och avidentifiering av de aktuella journalerna gjordes av personalen vid respektive klinik. Bedömnarna har alltså endast sett journalerna i avidentifierat skick. Klinikerna uppmanades också att stryka audionomens namn och genom denna åtgärd förelåg heller inget integritetshot gentemot audionomen.

RESULTAT

Resultatet utgör dels en teoretisk beskrivning, grundad i litteratur, av audionomens arbetsprocess i den audiologiska rehabiliteringen dels en presentation av resultatet från granskning av empiriskt material. Beskrivningen av audionomens arbetsprocess i den audiologiska rehabiliteringen sker genom att i ord definiera innebörden i de olika processtegen samt att i bild (s. 32) åskådliggöra modellen.

AUDIONOMENS ARBETSPROCESS I DEN AUDIOLOGISKA REHABILITERINGEN

Den inledande fasen i den audiologiska rehabiliteringen, utredningsfasen, är grunden för all vidare planering (Bäckström, 1980). När audionomen skall erfa och definiera patientens hörselproblem måste han/hon identifiera patientens fysiska, psykiska, sociala och kommunikativa förutsättningar samt patientens förväntningar, motivation och behov. Detta sker genom att audionomen först och främst tar del av remiss, mätresultat och eventuella anteckningar från tidigare besök. Vid det inledande samtalet med patienten tar audionomen sedan upp en noggrann anamnes⁴. En helhetssyn skall präglade omhändertagandet och därför bör många olika aspekter beröras vid detta samtal. Här läggs den första grunden för den fortsatta rehabiliteringen. Erdman (1994) menar att traditionell hörselrehabilitering inte tar tillräcklig hänsyn till de individuella faktorer som borde styra rehabiliteringsinsatserna. Även Alpiner, Hansen och Kaufman (2000) poängterar att om audionomen gör en noggrann genomgång utifrån ett helhetsperspektiv underlättar detta de fortsatta åtgärderna och bidrar till ett lyckat slutresultat. Yura och Walsh (1988) menar att människan är en komplext sammansatt varelse där de olika delarna är tätt förenade och där det inte är möjligt att separera en person i en fysisk, en psykisk, en emotionell, en andlig, en social eller en kulturell del. Ett fysiskt problem får ofta effekt i psykiskt, socialt eller ekonomiskt hänseende och tvärtom. Om patienten i inlednings-skedet kan få förtroende för audionomen läggs en god grund för ett fortsatt gott samarbete. En relation som bygger på empati, värme, förståelse och respekt är grunden för att patienten skall få det förtroende som är nödvändigt för att acceptera, assimilera och agera (Erdman, 2000). Audionomens counseling blir den röda tråd som löper med i hela rehabiliteringsprocessen.

Utredning av påverkande faktorer

Här följer en beskrivning av vad som i hörselrehabiliteringssammanhang kan räknas som viktiga påverkande faktorer. Indelning och definitioner bygger bl.a. på FN:s standardregler (1995), Arlinger et al. (1994), Bäckström (1980), HRF (2000) samt Smeds och Leijon (2000).

Fysiskt status⁵. Patientens fysiska funktionsförmåga ligger till grund för fysiskt status.

Med fysisk funktionsförmåga avses här tidpunkt för debut eller förändring av hörförmåga, ev. hereditet, hörselskadans art och grad, medicinskt status, hörsel-diagnos och prognos, öronstatus, ev. tinnitus, hyperakusis, hälso- och sjukdoms-tillstånd i övrigt, patientens synförmåga, om patienten använder glasögon, ev. allergi, eksem, motoriska besvär i händer eller axlar, ev. missbildningar i ytteröra/hörselgång, ev. medicinering. Hit räknas resultat från tonaudiometri i form av ton-

⁴ Med anamnes menas här patientens eller närståendes beskrivning av kontaktorsak, förväntningar på vård och behandling samt hälsa och levnadsförhållande före aktuell kontakt som bakgrund till fortsatt bedömning, planering och behandling (NE, 2001; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000).

⁵ Med status avses i detta fall individens *nuvarande tillstånd* och är en term för vad som införs i en patientjournal vid ett undersökningstillfälle. Kommer av latinets status praesens (NE, 1994). Beskrivning av patientens status kan också omfatta en beskrivning över tid dvs. hur och när en förändring ägt rum (Björvell, 2001).

medelvärden för luft- och benledningsmätning och från genomförd talaudiometri och/eller andra diagnostiska mätningar.

Uppgifter om medicinskt status kan redan finnas om patienten varit hos läkare före besöket hos audionom. Det kan också finnas som en fristående remiss från till exempel distriktsläkare. Audionomen kan då göra en sammanfattning av denna remiss till journalen. Patienter kan också komma direkt till audionomen utan att ha passerat läkarkonsultation. Enligt Bratt, Freeman, Hall & Windmill (1996) är endast 20 % av hörselvårdssökande personer i behov av medicinsk expertis. Audionomen blir i så fall den som har den första kontakten med patienten och tar då upp underlag för fysiskt status och avgör huruvida patienten bör remitteras till läkare eller ej.

Psykiskt status. Patientens psykiska funktionsförmåga ligger till grund för psykiskt status.

Med psykisk funktionsförmåga avses här till exempel patientens kunskap/insikt, attityd och inställning till sin funktionsnedsättning, eventuell känsla av genans, resignation, patientens psykiska hantering av sin funktionsnedsättning, bagatelisering/aggravering, var han/hon befinner sig i sin livsomställningsprocess, om patienten verkar trygg/otrygg i sin situation, om det finns stigmatiseringstendenser samt patientens upplevelser av närståendes attityd/inställning till patientens hörsvårigheter.

Ovanstående beskrivna faktorer har avgörande betydelse i patientens rehabiliteringsprocess och för hur patienten hanterar och "kommer överens" med sin funktionsnedsättning (Danermark, 1998; Eriksson-Mangold, 1998; Gullackssen, 1998; Héту, 1996; Hallberg & Carlsson, 1991).

Någon form av självskattningsskala/frågeformulär kan användas för att skatta upplevelser av funktionsnedsättning och handikapp (Alpiner & Schow, 2000; Arlinger et al., 1994; English, 2000; Stephens, 1987). Ett sådant instrument kan patienten redan ha fyllt i före besöket om formulär skickats ut i samband med kallelsen. En självskattningsskala kan vara till mycket god hjälp vid nästa steg i arbetsprocessen nämligen utformandet av mål för patientens rehabilitering. Stora skillnader i upplevt handikapp kan nämligen förekomma trots samma art och grad av hörselnedsättning (Eriksson-Mangold & Carlsson, 1991). Gagné och Jennings (2000), Stephens (1987) och Spitzer (2000) förordar att använda ett 'open-ended problem questionnaire' eller 'open-ended interviews' dvs. öppna frågor för att definiera patientens huvudproblem.

Socialt status. Patientens sociala funktionsförmåga ligger till grund för socialt status.

Med social funktionsförmåga avses här faktorer som patientens civilstånd, barn, övriga närstående, boende, yrke, arbetsförhållande. Livsstilsfaktorer som fritidsaktiviteter, intressen, religion, kultur och sociala aktiviteter räknas också hit liksom närståendes och eventuella arbetskamraters betydelse för patientens sätt att hantera sin funktionsnedsättning.

De sociala bakgrundsfaktorerna har mycket stor betydelse i rehabiliteringen och klargörs i samtalet med patienten. Nyligen genomgångna förändringar i livet t.ex. flyttning, arbetsbyte, skilsmässa eller andra förändringar inom familjen påverkar ofta både hälsotillstånd och patientens upplevelse av sin hälsa (Ashworth et al., 1987). Närståendes delaktighet och deras

attityd gentemot patienten och funktionsnedsättningen, om de ger de ett positivt stöd eller dominerar och tar över är också mycket viktiga faktorer (Stephens, 1987; Stephens, 1996).

Intellektuellt status. För den intellektuella funktionsförmågan finns idag inget konkret underlag utarbetat för klinisk audiologisk verksamhet/diagnostik. Men här torde det handla om patientens kognitiva förmågor (Rönnerberg & Lyxell, 1989). Yura och Walsh (1988) tar i sin beskrivning av särskilda bedömningsfaktorer i omvårdnaden upp mänskliga behov och nämner då bl.a. begreppsuppfattning (conceptualization), logisk grund (rationality) och problemlösning (problem solving).

Med intellektuell funktionsförmåga kan här avses patientens minnesförmåga, talavläsningsförmåga, uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, problemlösning-förmåga och kreativitet. Hur ser patienten på sin situation, vilka lösningar kan patienten se, har patienten själv skaffat sig information inom området, i så fall vilken och hur. Andra faktorer som också påverkar patientens förmåga till kommunikation och samspel är om patienten är orienterad i tid och rum, kan göra sig förstådd och förstå och kan uttrycka sina behov och upplevelser.

Kommunikativt status. Begreppet kommunikation⁶ är centralt i audionomens yrkesprofession. Patientens kommunikationsförmåga är fokus för audionomens insatser. Att ha en hörselnedsättning innebär att kommunikationsförmågan kan påverkas på olika sätt. Kommunikationsförutsättningarna kan variera mycket beroende på art och grad av hörsel-skada, på vilken situation individen befinner sig i och med vem/vilka hon/han skall kommunicera och vad som skall kommuniceras (Stephens, 1987). Patientens förutsättningar att vara delaktig i önskad aktivitet relateras till hörselfunktionen (WHO, 2001). Här kan självskattningsskala/frågeformulär som tar upp upplevd funktionsnedsättning vara en god hjälp. I kommunikativt status görs en sammanfattande bedömning av patientens kommunikativa möjligheter och begränsningar mot bakgrund av fysiskt, psykiskt, socialt och intellektuellt status (United Nations et al. 1995).

Med kommunikationsförmåga avses här de kommunikativa möjligheter och svårigheter som patienter har i de dagliga situationer han/hon befinner sig i. Här gäller att inte bara ta fram det som är besvärligt för patienten utan också det som fungerar bra, vilka ev. copingstrategier patienten använder sig av. Kommunikationsförmågan relateras till de mätresultat man har fått fram. Kommunikation är en tvåvägsprocess där flera parter har ett ansvar så en viktig fråga är hur kommunikationen med närstående/arbetskamrater fungerar. Andra viktiga aspekter att belysa kan vara om patienten har extremt höga yrkesmässiga krav på sin hörsel, hur patienten använder sin auditiva, visuella och audiovisuella förmåga, om patienten har ett annat modersmål än svenska och ev. behöver tolk, om hörselnedsättningen kommit före eller efter språktillägnet eller om patienten har afasi-besvär.

Förväntningar och motivation

Inför planeringen av rehabiliteringsinsatser är det också väsentligt att audionomen tar reda på patientens förväntningar och motivation. Om patienten t.ex. har orealistiska förväntningar på

⁶ Kommunikation kommer av latinets communicatio = ömsesidigt utbyte och av communico = göra gemensamt, låta få del i, få del av, meddela (NE, 1994). Kommunikation innebär överförande av information från en individ (sändaren) till en annan (mottagaren) och kräver dels ett språk eller en kod vari informationen uttrycks, dels ett fysiskt medium varigenom informationen överförs (Linell, 1982).

rehabiliteringen får detta konsekvenser. Om man kan klarlägga patientens verkliga inställning till sin funktionsnedsättning genom att ställa lämpliga frågor så har man mycket hjälp av det i den kommande rehabiliteringsplaneringen. I olyckliga fall kan det annars bli så att patienten svarar det som han/hon tror att audionomen vill ha till svar och detta kan då leda till icke realitetsanpassade insatser (Stephens, 1987). Motivation är en avgörande faktor för rehabiliteringsresultatet. Inför t.ex. hörapparatpassning gäller att patienten själv aktivt måste besluta att prova hörapparat (Eriksson-Mangold, 1990).

Med förväntningar och motivation avses att ta reda på i vilken utsträckning patienten är villig att förändra sin situation och hur mycket patienten själv är beredd att satsa. Är patientens förväntningar realistiska eller orealistiska, hur insatt är patienten i vad som krävs och vilken grad av motivation har patienten?

Definiering av problemsituationer och behovsprecisering.

Med ovanstående information har audionomen nu kommit till det skede när patientens problemsituationer definieras och behoven preciseras. Här fokuseras på patientens önskan om delaktighet i viss aktivitet och de hinder som finns för att delta (WHO, 2001). Frågeformulär av typen COSI eller GAS kan här vara en god hjälp (Arlinger et al., 1994; Dillon, Birtles & Lovegrove, 1999).

Med definiering av problemsituationer och behovsprecisering avses precisering av de situationer som är problematiska ur kommunikationssynpunkt och sammanfattning av individens subjektiva behov kopplade till de förutsättningar som kommit fram i inledningsskedet.

Dessa behov, formulerade ur patientens perspektiv, blir sedan grunden vid ställningstagandet till vilka åtgärder som kan bli aktuella (Egidius Nordström, 1992; Gagné & Jennings, 2000). Denna fas motsvaras i Gagnés problemlösningssmodell av beskrivningen "situations of handicap" (Gagné, 1998).

Målformulering

När audionomen analyserat och fått en bild av patienten och dennes situation är det dags att, tillsammans med patienten, formulera mål för rehabiliteringen (SFS 1982:763). Patienten bör få veta vilka olika alternativ av rehabiliteringsinsatser som kan vara aktuella för honom/henne (SFS 1998:531). Vid målformuleringen måste en realistisk bedömning göras utifrån både patientens och hörselvårdens resurser (Gagné, 1998; Héту, 1996). Målens meningsfullhet bör också värderas.

Med ovanstående bakgrund formuleras en eller flera målsättningar för den enskilde patientens situation, det vill säga mål och förväntade resultat att uppnå efter genomförd rehabilitering. Målen formuleras som ett framtida önskvärt tillstånd hos patienten inte som en åtgärd för audionomen. Målen för rehabiliteringen kan delas upp i huvudmål och delmål. Målen kan även tidsbestämmas. Ev. medverkan av närstående bör också framgå.

Målen bör formuleras i termer så att det senare är möjligt att bedöma om målen uppnåtts (Ehnfors et al., 2000). Mätbarheten kan innebära att det genom objektiva mätningar går att bedöma måluppfyllelsen eller genom att man ställer frågor till patienten.

Rehabiliteringsplanering

I upprättandet av rehabiliteringsplanen kan olika steg i rehabiliteringsarbetet anges. Även här skall patienten vara aktiv och medverka i upprättandet av planen (Etisk kod för audionomer, 2001; SFS 2000:356). Planen kan omfatta åtgärder av många skilda slag (Smeds & Leijon, 2000).

Av rehabiliteringsplanen skall diskuterade och beslutade åtgärder framgå. Eventuella hinder bör lyftas fram med förslag på strategier för att klara dem. Om flera åtgärder planeras bör dessa prioriteras och en ungefärlig tidsplan anges. Tänkbara åtgärder kan vara kompletterande utredning, rådgivning, stödjande samtal, motivationshöjande insatser, diskussion angående kommunikationsstrategier, åtgärder för att tekniskt förbättra patientens hörande monauralt/binauralt etc. Det kan också gälla stöd i försäkringsfrågor, utbildnings- eller arbetsmarknadsfrågor. Är patienten i behov av stöd från annan person inom eller utom rehabiliteringsteamet t.ex. läkare, sjukgymnast, psykolog eller kurator skrivs remiss för detta.

Vid många av dessa insatser är det av stort värde att närstående deltar både i planering och genomförande (Arvidsson, 1993; Gagné & Jennings, 2000; Smeds & Leijon, 2000; Stephens, 1996).

Genomförande/åtgärder

Under en tidsperiod om vanligtvis flera månader genomför nu patienten och audionomen (eventuellt tillsammans med annan person i rehabiliteringsteamet) de åtgärder som planerats. Åtgärderna kan vara av många olika slag och integreras ofta med varandra. Den röda tråden i arbetsprocessen, audionomens counseling, är även i genomförandeskedet mycket central. Åtgärderna kan vara direkt relaterade till funktionsnedsättningen alternativt vara aktivitets- eller delaktighetsrelaterade och de kan innehålla inslag av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art (WHO, 2001). I bästa fall deltar även närstående i rehabiliteringsprocessen. Eventuellt kan hembesök eller besök på patientens arbetsplats vara befogat. Varje besök som patienten gör hos audionomen dokumenteras av audionomen i patientens journal. Patienten kommer vanligen på flera återbesök där åtgärderna kontinuerligt utvärderas. Här följer några exempel på vad de olika åtgärderna kan innebära.

Åtgärder av medicinsk karaktär kan t.ex. innebära öroninspektion och enklare vaxborttagning.

Har patienten däremot mer omfattande medicinska frågor eller frågor om operation bör patienten remitteras till läkare. Det gäller också för borttagande av vaxpropp eller om patienten har besvär med klåda i hörselgången och ev. kan behöva recept för örondroppar eller liknande.

Med åtgärder av pedagogisk karaktär kan man t.ex. avse rent informativa och undervisande moment i relation till själva hörapparatanpassningen. Det kan också handla om mer allmän rådgivning och träning av nya kommunikationsstrategier där patienten t.ex. görs uppmärksam på talavläsningens och de kognitiva förmågornas inverkan.

Till åtgärder av pedagogisk karaktär räknas också audionomens understödjande funktion vid patientens förändrings- och läroprocess i samband med hörapparatpassningen (Arvidsson, 2000). Genom att audionomen ger patienten tid till reflektion, aktiv problemlösning och självstyrning kan patientens lärande och förändringsarbete underlättas.

Åtgärder av psykologisk karaktär kan handla om stödjande och motivationshöjande insatser dvs. olika former av counseling.

Vikten av psykologiskt inriktade åtgärder har betonats av många bl.a. Beyer och Northern (2000), Crowe (1997), Erdman (2000) och Hodgson (1994). När det gäller patienter med tinnitus finns t.ex. ett särskilt stort behov av counselinginsatser (Stephens, 1987).

Socialt inriktade insatser kan gälla utbildnings- eller arbetsplatsfrågor, försäkringsfrågor eller andra ekonomiska frågor samt råd och information till närstående eller vårdpersonal.

Beroende på arten av patientens problem kan det bli aktuellt att remittera patienten till kurator eller heminstruktör (Ehnfors et al., 2000).

Tekniskt inriktade åtgärder kan innebära kompletterande mätningar, hörhjälpmedelsutprovning och teknisk arbetsplatsanpassning. Mål för den tekniska hörapparatpassningen kan vara att med elektroakustisk förstärkning eftersträva en för patienten acceptabel hörstyrka utan att åstadkomma obehag, eftersträva optimal talförståelse samt erbjuda en behaglig och naturlig ljudåtergivning.

För den tekniskt inriktade rehabiliteringen finns litteratur som beskriver teoretisk bakgrund och praktiskt förfaringssätt (t.ex. Dillon, 2001; Smeds & Leijon, 2000).

Utvärdering av insatserna

Vid varje besök under genomförandefasen sker utvärdering av hur de planerade insatserna genomförts och vad de fört med sig. Dessa utvärderingar sker i första hand genom samtal med patienten. I dessa samtal beslutas också hur man skall gå vidare och om några förändringar eller kompletteringar av insatserna skall ske. Denna kontinuerliga avstämning är av stor vikt eftersom behovet av insatser kan ändra sig över tid (Gagné, 1998; Héту, 1996). Vid det sista återbesöket då utprovningen/kontakten ev. skall avslutas utvärderas resultatet av rehabiliteringsinsatserna i relation till de uppsatta målen (SFS 1996:787; SOSFS 1993:9). Både akustiska/psykoakustiska mätningar och subjektiva självskattningsskalor/frågeformulär kan användas i utvärderande syfte (Arlinger, 1994; Erdman, 1994; Smeds & Leijon, 2000; Spitzer, 2000; Weinstein, 2000). Om självskattningsskala/frågeformulär användes vid inledningen av rehabiliteringen kan man nu anknyta till dessa för att se om patientens kommunikationsförutsättningar ändrats till det positiva.

Utvärdering kan ske på olika plan, dels kan man utvärdera tekniken t.ex. hur den valda hörapparatens funktion för patientens hörsel genom att utföra akustiska eller psykoakustiska mätningar. Dels kan man utvärdera "mindre" mål t.ex. att patienten kan hantera sin hörapparat eller en specifik kommunikationssituation. För det tredje kan utvärdering ske av de "stora" mål som sattes upp vid rehabiliteringens

början t.ex. att patienten skulle kunna återuppta sina fritidsaktiviteter, fungera bättre hörselmässigt i sitt arbete eller komma bättre överens med sin funktionsnedsättning. Med utvärdering avses här att man ser tillbaka på de mål som formulerats och ser om målen har uppfyllts. Detta kan göras på många olika sätt men sker främst genom samtal med patienten. I samtalet klargörs vad som har fungerat bra och vad som har gått mindre bra. Patientens svar/kommentarer i självskattningsskala/frågeformulär vägs också in vid utvärderingssamtalet. Om hörapparat har anpassats kan olika slags objektiva och/eller subjektiva utvärderande mätningar genomföras.

Utvärderingen kan utmynna i att rehabiliteringen anses slutförd (åtminstone tills vidare) eller att det finns behov av ytterligare åtgärder. Om rehabiliteringen anses avslutad uppmanas patienterna att höra av sig om nya problem uppkommer. Patienten kan också kallas till ytterligare besök s.k. uppföljning. Weinstein (2000) föreslår att ett sådant besök kan ske efter 2-3 månader. Hon menar att patienten då haft tid att med de nya hörapparaterna lära känna och vänja sig vid de "nya" ljuden men inte hunnit uppleva för mycket av frustration och misslyckanden. Även Gatehouse (1993) menar att den auditiva acklimatiseringen tar minst 6-12 veckor och att uppföljningsbesöket följaktligen kan ligga efter cirka ½ år. Inför detta besök kan t.ex. den svenska översättningen av HAUQ (Hearing Aid User's Questionnaire) skickas hem till patienten för att sedan användas som underlag vid utvärderingen (Arlinger et al., 1994). Om ytterligare åtgärder bedöms nödvändiga kan nya mål och ny rehabiliteringsplan formuleras. Audionomens arbetsprocess i samarbete med den enskilde individen kan i och med utvärderingsmomentet anses avslutad dvs. tills patienten återkommer nästa gång och en ny rehabiliteringsprocess startar.

Patientens delaktighet

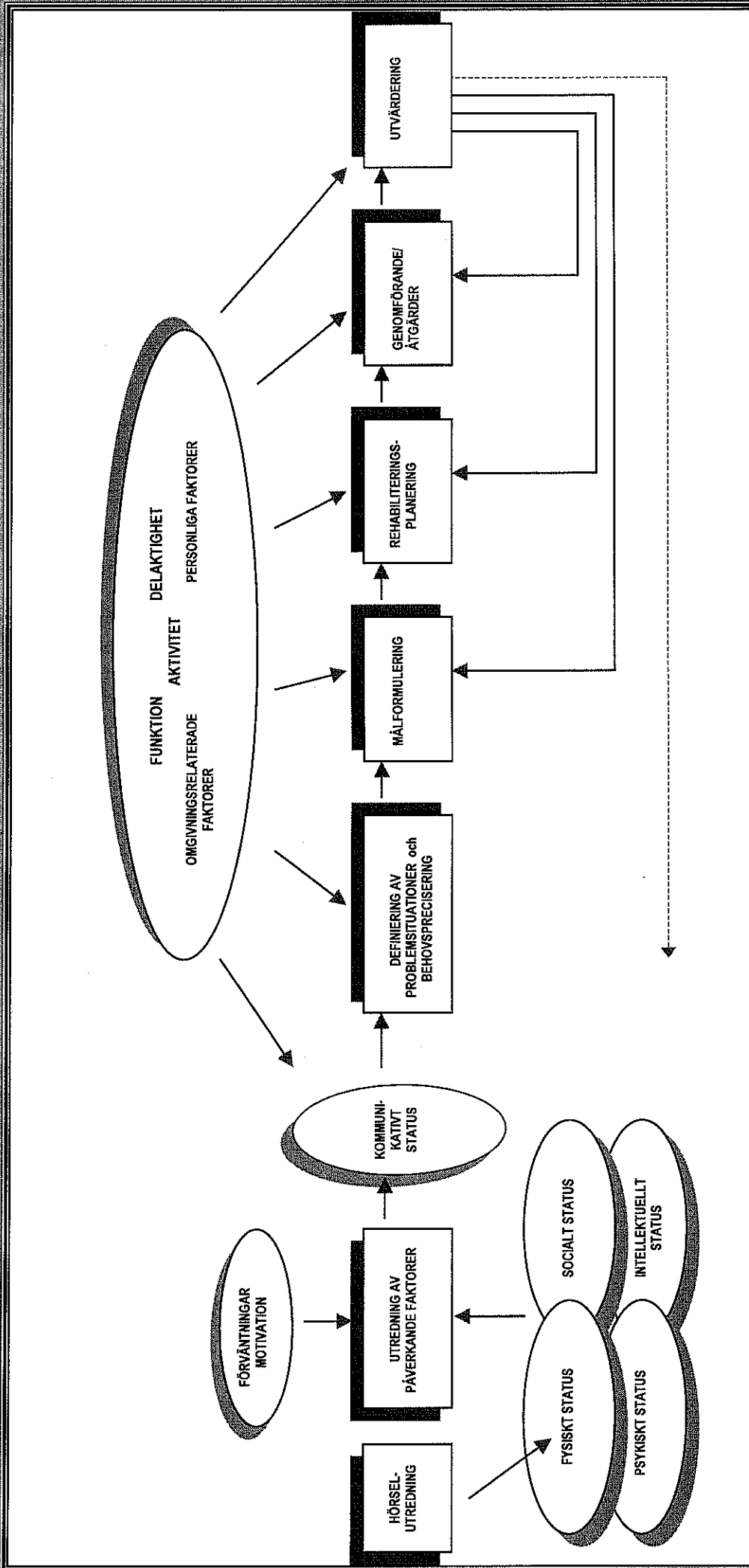
Planering och genomförande av rehabiliteringen skall enligt Etisk kod för audionomer (2001) och SFS 2000:356 ske i samråd med patienten. Detta innebär att patienten under hela rehabiliteringen bör vara aktiv och delaktig från delgivande av påverkande faktorer via beslut och genomförande till utvärdering.

Närståendes delaktighet

Vikten av att närstående är delaktiga i rehabiliteringsarbetet har betonats av många (bl.a. Arvidsson, 1993; Beyer & Northern, 2000; FN:s standardregler, 1995; Gagné, 1998; HRF, 2000; Smeds & Leijon, 2000; Spitzer, 2000; Stephens, 1996). Med närstående menas närmast anhöriga men även vänner och arbetskamraters inflytande i rehabiliteringsarbetet kan många gånger vara av stort värde. Delaktigheten kan vara större eller mindre i olika skeden i arbetet.

Utifrån ovanstående teoretiska beskrivning åskådliggörs audionomens arbetsmodell i den audiologiska rehabiliteringen i figur 3.

Som bilaga finns en tillämpning av resultatet i form av en mall för journaldokumentation (bilaga 5).



Figur 3. Teoretisk modell över patientens arbetsprocess i den funktionella rehabiliteringen.

GRANSKNINGSINSTRUMENT OCH JOURNALGRANSKNING

Steg II i studien innebar utformande av granskningsinstrument och granskning av 85 journaler från 17 kliniker. Totalt granskades journalanteckningar från 360 patientbesök. Patienternas rehabilitering sträckte sig över en tidsperiod på i genomsnitt 5 månader (variation mellan en och tolv månader) och patienterna kom i medeltal på 4,2 besök (variation mellan två och elva) under denna period. Av de 85 patienterna var 59 helt nya patienter som inte varit på kliniken tidigare och 26 var patienter som behövde förnya sin tidigare hörapparatutrustning. Nio patienter hade deltagit i s.k. förinformation⁷ och tio av patienterna fick under rehabiliteringen remiss till annan i rehabiliteringsteamet. Det kunde gälla kontakt med pedagog, läkare, kurator, ototekniker eller heminstruktör. Alla journalanteckningar var utskrivna antingen på skrivmaskin eller på dator.

Granskningsinstrumentet (bilaga 3) indelades i sju områden. De sju områdena var följande.

- 1) Formalia. Med formalia avsågs angivande av patientens identitet och audiogramens namn, datering och signering av journalen samt användande av sökord i kanten. Dessutom avsågs notering av hur journalen var skriven, maskinskriven eller datorbaserad.
- 2) Språk. Med språk avsågs en helhetsbedömning av journalens struktur, överskådlighet, läsbarhet, tydlighet och förståelighet för patienten. Enligt patientjournalagen (SFS 1985:562) skall innehållet vara koncist och utan överflödigt text men ändå innehålla nödvändig information.
- 3) Påverkande faktorer. Med påverkande faktorer avsågs både bakgrundsfaktorer och aktuellt status i form av noteringar om remitterande instans, kontaktorsak/bakgrund till vården, angivande av medicinsk diagnos, mätresultat och patientförutsättningar i form av angivande av olika status. Att ange mätresultat kan tyckas vara en överflödigt information eftersom audiogrammet ofta är bifogat men vid hastig inläsning av en journal kan man genom diagnos och tonmedelvärden få en viss uppfattning om hörselnedsättningens art och grad utan att behöva studera audiogrammet. Genom att ange patientens förutsättningar i form av olika status (fysiskt, psykiskt, socialt och kommunikativt status) erhålles en god grund inför fortsatt bedömning (FN:s standardregler, 1995). Här avsågs också notering om användande av självskattningsskala/frågeformulär i inledningsskedet av rehabiliteringen samt noteringar om patientens förväntningar och motivation.
- 4) Bedömning/planering. Med bedömning/planering avsågs notering om problemsituationer, behovsprecisering, huruvida patienten var informerad om olika behandlingsalternativ samt om rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplan fanns formulerade (SFS 1982:763).
- 5) Genomförande/åtgärder. Med detta avsågs angivande av de olika typer av åtgärder som genomförts. Här noterades åtgärder av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och/eller teknisk karaktär.

⁷ Med förinformation (ibland kallad basinformation) menas ett informationstillfälle i grupp, ev. tillsammans med närstående, i inledningsskedet av rehabiliteringen där mer allmän information om hörsel och hörselskador och möjliga former för rehabilitering delges.

- 6) Utvärdering/måluppfyllelse. Här avsågs om kvalitetssäkringsaspekter beaktats enligt de riktlinjer som finns för den tekniska hörselrehabiliteringen i form av utvärderande mätningar och/eller användande av självskattningsskalor/frågeformulär (Arlinger et al., 1994; Smeds & Leijon, 2000) samt om utvärderingen skett i relation till uppställda mål.
- 7) Delaktighet och process. Med delaktighet och process avsågs om journalanteckningarna speglade om patienten varit med i planering och genomförande av rehabiliteringen samt om uppgift fanns om att närstående varit delaktiga i patientens rehabilitering. Slutligen avsågs om man kunde se om journalen följde ett teoretiskt perspektiv dvs. om de olika stegen i audionomens arbetsprocess kunde följas i noteringar av påverkande faktorer, problem- och behovsprecisering, målformulering, utformande av plan för rehabiliteringen, beskrivning av genomförande samt utvärdering.

Inom varje område fanns ett antal aspekter. Varje journal granskades med avseende på de olika aspekterna och tilldelades poäng. Två poäng stod för att aspekten helt eller i hög grad fanns beskriven i journalen. En poäng innebar att aspekten delvis fanns beskriven i journalen och noll poäng att den inte alls var berörd i journalen. Maximalt kunde den enskilda journalen erhålla 60 poäng.

Resultatet presenteras i text och tabellform utifrån de olika aspekterna som granskats. Hur aspekterna har definierats för respektive poäng anges också. Direkta citat från journalerna anges med kursiv stil.

Formalia

I granskningsinstrumentet har patientens identitet, audionomens namn samt signering tagits med under rubriken formalia. Det är grunduppgifter som alltid skall finnas för att patienten skall kunna identifieras och för att inga förväxlingar skall ske (SFS 1985:562 §3). Dessa uppgifter har dock inte ingått i granskningen i denna studie eftersom journalerna begärdes in helt oidentifierade för att patienterna skulle garanteras absolut anonymitet. De aspekter som granskades under området formalia var datering och sökord. Dessutom noterades journalens utskriftsform.

Tabell II. Noteringar avseende datering och sökord. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Datering	85	0	0	85
Sökord	52	29	4	85