

BETYDELSEN AV VÅRD- OCH OMSORGSPLANERING
– i vårdprocessen för patienter ≥ 65 år för att förebygga
återinläggning inom akutsjukvården

FÖRFATTARE	Lena Arvidsson
PROGRAM/KURS	Examensarbete 1 VT 2009 Omvårdnad Eget arbete/OM 1640
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas
EXAMINATOR	Leeni Berntsson

Förord

Jag vill tacka min handledare Kerstin Dudas för att du med tålamod och ifrån olika infallsvinklar läst, granskat och kommenterat innehållet i min litteraturstudie. Med din erfarenhet har du varit ett stort stöd för mig under processens gång.

Lena

*”En del böcker tycks ha blivit skrivna
inte för att författaren ville låta oss veta något
utan för att författaren ville låta oss förstå att han visste något”*

Johann Wolfgang von Goethe

Titel (Svensk):	Betydelsen av vård- och omsorgsplanering – i vårdprocessen för patienter ≥ 65 år för att förebygga återinläggning inom akutsjukvården.
Titel (engelsk):	The importance of health care planning for elderly patients ≥ 65 years in the process to prevent readmission into hospital.
Kurs/kurskod:	Examensarbete 1, Omvårdnad – Eget arbete/OM 1640
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	19
Författare:	Lena Arvidsson
Handledare:	Kerstin Dudas
Examinator:	Leeni Berntsson

SAMMANFATTNING

De äldre har mer än fördubblats de senaste femtio åren i Sverige. Detta innebär givetvis att vi ser fler äldre patienter på sjukhusen. Syftet var att genom en litteraturstudie visa om betydelsen av samverkan och vård- och omsorgsplanering av patienter ≥ 65 år har betydelse vid utskrivning från akutsjukvården till hemmet för att förebygga återinläggning. Litteraturöversikten bygger på 13 vetenskapliga artiklar. Artiklarna granskades induktivt och delades in i olika kategorier: Samverkan/kommunikation, vårdkedja, vårdplanering och återinläggning. Resultatet visade att god kommunikation och samverkan mellan olika organisationer genererar trygghet i hemmet och i de framtida kontakterna med kommun och primärvård. Vårdplanering, samverkan och uppföljning bidrar på olika sätt till tillit och trygghet för patienten och närstående. En bra vård- och omsorgsplanering är en planering där alla medverkar för patientens skull och sätter patienten i fokus. Planeringen går ut på att det ska bli så bra som möjligt för patienten när han/hon kommer hem och det inte behöver bli någon återinläggning igen. Om man kan upptäcka riskfaktorer för återinläggning kan man även förebygga dessa med olika åtgärder i ett tidigt skede exempelvis underlätta överföringar mellan vårdgivare i vårdprocessen för att ge patienten bättre förutsättningar efter hemgång. Fortsatt utveckling med dokumentation, delaktighet samt utbildning och information behövs för att öka kvaliteten i vården samt att patient och närstående ska känna sig mer delaktiga. Ett helhetstänkande, salutogent arbetssätt med begreppet god vård borde vara centralt i arbetet med den äldre patienten i vård och omsorgsperspektiv genom hela vårdkedjan.

Nyckelord: Patient discharge, readmission, nursing care plans, elderly, continuity, chains of care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
God vård	1
<i>Behov</i>	2
<i>Hälsa</i>	2
<i>Rättvisa</i>	3
<i>Projekt Nationella indikationer på god vård</i>	3
Samverkan/Kommunikation	3
<i>Kommunikation</i>	3
<i>Samverkan</i>	4
<i>Tvärprofessionell samverkan</i>	5
Vårdkedjan	6
Vårdplanering	6
<i>Samordnad vårdplanering</i>	7
<i>Patientmedverkan</i>	7
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	10
Samverkan/Kommunikation	10
Vårdkedja	11
Vårdplanering	11
Återinläggning	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
<i>Samverkan/kommunikation</i>	14
<i>Vårdkedja</i>	15
<i>Vårdplanering/Återinläggning</i>	15
<i>Konklusion</i>	16
REFERENSER	17
BILAGA 1	
Artikel presentation	

INTRODUKTION

INLEDNING

I Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009 rapporteras att mera än 17 % av Sveriges befolkning, eller ungefär 1,6 miljoner människor är ≥ 65 år. De äldre har mer än fördubblats de senaste 50 åren och beräknas fortsätta öka till följd av att medellivslängden i Sverige ökar och att stora årskullar nu når pensionsåldern. År 2008 var medellivslängden för kvinnor 83,1 år och för män 79,1 år. Sedan början av 1900-talet har medelåldern ökat hos kvinnor med 25 år och hos män med 20 år. De senaste tio åren har vården och omsorgen om de äldre genomgått en omfattande omstrukturering. Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat och detta innebär att vårdtiderna på sjukhus blir kortare. Då kan det för patient och närstående vara svårt att förstå och hantera förändrat omsorgsbehov innan hemgång. Vid utskrivning från sjukhus har vård- och omsorgsplanering ett viktigt syfte att fylla för att ge patienten en bra start på en ny situation. Detta genererar trygghet i hemmet och i de framtida kontakterna med kommun och primärvård. Många aktörer som sjukhus, kommun eller primärvård kan vara berörda i detta samarbete som regleras i lagar och förordningar. Det är viktigt med en tvärdisciplinär samverkan och kommunikation i kontakten med patient och närstående under hela vårdprocessen (1). Genom journalstudier, genomförda under våren 2008 på Sahlgrenska universitetssjukhuset fann vi att den uteblivna överrapporteringen till kommun och primärvård skapade otillfredsställda behov och otrygghet vilket genererade nya återinläggningar inom akutsjukvården. De identifierade patienterna som sökte akutsjukvården vid flera tillfällen hade inte fått en planerad och/eller fortsatt vård trots att det klart och tydligt framgick av journaltexten att det förelåg behov. En bidragande orsak kan även vara avsaknad av samordnad vårdplanering och brist på samverkan och kommunikation ut i vårdkedjan vid utskrivning från sjukhuset. Det ligger ett stort ansvar hos alla aktörer att överföra adekvat information i hela vårdkedjan och ansvaret för informationsöverföringen vilar på den enhet som för tillfället äger processen och har behandlingsansvar. Vården bör vara mer patientnära och patientcentrerad vilket då skulle leda till en god och säker vård och en större patienttillfredsställelse (1). Målet för samtliga aktörer i samverkan bör vara en obruten vårdkedja som skapar tillit och trygghet för patient och närstående och därmed förebygger återinläggning inom akutsjukvården.

BAKGRUND

God vård

Enligt Barbosa da Silva (2, sidan 280) är:

”En god vård, ur såväl vårdpersonalens som patientens perspektiv, bör vara holistisk i den meningen att den bör erbjuda nödvändiga betingelser för tillfredsställelsen av patientens grundläggande behov, i vilket kan ingå inte bara fysiologiska och psykologiska behov utan också extentiella och/eller andliga behov. En jag – du – relation är en nödvändig betingelse för att tillgodose den senare typen av behov” .

Genom att använda sig av ett livsvärldsperspektiv så fokuserar man på patientens upplevelse av omvårdnaden, helt i linje med intentionerna i socialstyrelsens handbok God vård – om ledningssystem och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (3).

Enligt Susanne Waldau (4) rör det sig om begrepp som behov, hälsa och rättvisa. Författaren stödjer sig här på prioriteringsutredningen (5) att behov av hälso- och sjukvård är relaterade till hälsa och livskvalitet och resurserna ska användas rätt. För att vård skall vara till nytta för patienten skall den vara både ändamålsenlig och meningsfull. Världshälsoorganisationen – WHO definierar hälsan som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, därmed en helhetssyn på hälsobegreppet. En WHO diagnos behöver alltså inte innebära att det rör sig om sjukdom (1). Rättvisa – enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är att hälso- och sjukvård ges efter behov och på lika villkor. Utredningen vill sätta rättvisa i samband med två andra begrepp, solidaritet och jämlikhet. I detta sammanhang innebär solidaritet att resurserna i första hand fördelas till dem med de största behoven. Jämlikhet eller formell rättvisa innebär att lika fall behandlas lika (6).

Behov

”Är ett inneboende krav på en viss brist. Behov kan delas upp som primära och sekundära. De primära är de absolut viktigaste medan de sekundära inte är lika nödvändiga. Man kan även dela in behov i fysiologiska, psykologiska och sociala behov” (7).

Behovsbegrepp är tänkbara i vården, t.ex. ett förväntat behov som då bestäms av önskningar eller om sjukdomen inte är möjlig att bota, då är det vårdens uppgift att ge lindring och tröst (5).

Hälsa

Definitionen av hälsa har varierat från en tid till en annan. De föreställningar om hälsa som föreligger under olika tidsepoker är beroende av olika historiska och sociokulturella sammanhang. I dag kan hälsa dels betraktas som frånvaro av sjukdom och dels som ett ideal för det goda livet (7).

Aaron Antonovsky (8) myntade begreppet en känsla av sammanhang (KASAM) som innebär att hälsa är hur man uppfattar livet och det som händer som begripligt och inte som kaos. Man upplever även att ha inflytande över sitt liv och inte vara ett offer för yttre omständigheter och även ser det meningsfulla i det svåra. Hälsan kan ses som en resurs eller en förmåga. KASAM begreppet byggs upp av en känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky sökte, med den salutogena teorin, svar på frågan hur hälsa skapas. Ett salutogent förhållningssätt innebär att se till den enskilda människans totala livshistoria och söka efter de faktorer som bidrar till att skapa en rörelse mot ökad hälsa och livskvalitet (8).

Människan upplever sin hälsa i relation till sin livssituation just då. Om man förlorar sin hälsa inser man hur viktig den är och uppskattar den mer. De äldre patienterna inser att hälsan är en gåva och är tacksam för den hälsan man har, trots krämpor. De uttrycker en rädsla för att bli en belastning för anhöriga och samhället. Hälsan är ett uttryck för liv eller den aktuella livskraften hos människan. Genom att främja hälsa och förebygga ohälsa riktar man sig samtidigt mot ohälsa och lidande (9).

Hälsa är helhet, det är helheten som avgör människans upplevelse av att vara hälsa. Hälsa är inget statiskt tillstånd utan ständigt i rörelse beroende på många olika faktorer. Faktorer som benämns hälsohinder kan bidra till ett icke optimalt hälsotillstånd (10).

Rättvisa

”Rättvisa är ett etiskt begrepp som innebär att normen blir följden av handlingar, egenskaper eller förhållanden är moraliskt rätt, rättsinnig och rättfärdig med beaktande av den som berörs av handlingarna, egenskaperna eller förhållandena” (7).

Lika villkor innebär att människor med lika behov ska ha tillgång till vård oavsett var de bor, kön osv., enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (6) och är ett uttryck för rättvisa. Det är inte givet vad ”lika villkor” innebär på grupp och individnivå. Det är graden av behov som avgör och det får man försöka mäta och jämföra t.ex. hur mycket lidande behoven medför (4).

Projektet Nationella indikatorer för God vård

Under 2009 kommer Socialstyrelsen att presentera ett första utkast till nationella indikatorer för kontinuerlig uppföljning av den svenska hälso- och sjukvården som kan följas över tid. De föreslagna indikatorerna ska spegla de sex dimensionerna i God vård – det vill säga om vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och om den ges i rimlig tid (1).

Samverkan/Kommunikation

Kommunikation

En bra och konstruktiv kommunikation vidmakthåller kvalitet, ger patientens lugn och stärker även säkerheten kring patienten och dess åkomma i en bra och läkande vård menar Eide & Eide (11). Med sådan kommunikation kan vårdpersonal närma sig omsorgsbegreppet med patienten i fokus. Professionell, omvårdnadsorienterad kommunikation är hjälpande, genom att den är baserad på yrkets värderingsgrund. Med hjälpande kommunikation menas att den är patientinriktad och har sin etiska grund i värderingar som: lika värde, hänsyn och respekt för patientens rätt till självbestämmande (11). Att vägleda en annan person är värdefullt i situationer där man behöver göra val eller där man behöver föreslå en handling. Denna metod förutsätter att den person som guidas och den person som får guidning kan kommunicera med varandra (12). I mötet med patienter och anhöriga har de flesta yrkesgrupper inom vården en metod för att systematisera arbetet, inom omvårdad kallas denna metod ofta ”omvårdnadsprocessen”. Här följer en översikt som synliggör förhållandet mellan omvårdnadsprocessen och kommunikativa uppgifter (11).

Tabell 1. Arnold & Boggs modell av omvårdnadsprocessen och kommunikation (11, sidan 51)

1. Kartläggning – Samla data – Analysera data – Verifiera data	– Vårdgivaren samlar information om patientens styrkor, begränsningar, tillgängliga resurser och förändringar i patientens tillstånd. – Vårdgivaren systematiserar informationen och drar slutsatser baserat på subjektiva och objektiva patientdata, personlig och vetenskaplig kunskap. – Vårdgivaren verifierar data och slutsatser tillsammans med patienten för att säkerställa att de är valida.
11. Diagnos – Formulera bio-psykosociala problemställningar – Komma fram till diagnos	– Vårdgivaren utvecklar omfattande bio-psykosociala formuleringar som omfattar essensen av patientens hälsoproblem/-behov och validerar om det är korrekt tillsammans med patienten. Denna formulering skapar grunden för diagnosen. – Vårdgivaren utvecklar relevanta diagnoser och prioriterar dessa utifrån patientens mest aktuella hjälpbehov i situationen.
111. Resultatmål och behandlingsplan – Identifiera förväntat resultat – Specificera i form av kortsiktiga mål	– Vårdgivaren och patienten utvecklar tillsammans det förväntade resultatet, realistiskt baserat på patientens behov, styrkor och resurser. – Vårdgivaren och patienten utarbetar tillsammans realistiska kortsiktiga mål och väljer ut de handlingar som bidrar till att nå de önskade målen.
1V. Implementering – Utföra de handlingar man har kommit överrens om	– Vårdgivaren uppmuntrar, stöttar och bekräftar patienten att utföra de handlingar man har kommit överrens om med hjälp av integrerade terapeutiska vårdhandlingar och kommunikationsstrategier.
V. Utvärdering – Utvärdera huruvida målet/målen har uppnåtts	– Vårdgivaren och patienten utvärderar tillsammans huruvida målen har uppnåtts och om de enskilda faserna i processen har varit nyttiga, effektiva, ändamålsenliga och tidsmässigt välplanerade. Behandlingsplanen justeras så som utvärderingen kräver.

Samverkan

Socialstyrelsens bindande föreskrift, SOSFS (2005:27) (13) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård fastställer att landsting och kommunerna i samråd skall utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information.

1 § Dessa föreskrifter gäller vid tillämpningen av lagen (1990:1 404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård vid vårdplanering inför utskrivning av patienter från den slutna hälso- och sjukvården till den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rutinen för samverkan betonar att kvaliteten skall utvecklas och säkras, utarbeta de rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare. Föreskrifterna beskriver vad rutinerna skall innehålla, vilka ansvarsförhållande som råder och hur vård och omsorgsplaneringen skall genomföras. Viktigt här är samverkan, delaktighet och respekt för den enskildes integritet (13).

En artikel från USA 2007 (14) belyser hur viktigt det är med samverkan/kommunikation mellan sjukhuspersonal och primärvården för uppföljning mm. Framförallt gäller det strategier för att främja effektivare övergångar i vården för att förebygga medicinska misstag efter utskrivningen. Här tas det upp hur viktigt det är att kommunikationen mellan läkare-patient fungerar i den medicinska uppföljningen. Samverkan handlar om att använda de offentliga resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt för att nå bästa möjliga kvalitet (15).

En annan artikel från 2007 (16) visade att till största delen är utskrivningen av patienten från sjukhus ren rutin och händelselös. Men för en liten del av befolkningen kräver det en noggrann planering. Så är fallet främst för den äldre patienten som har mer komplicerade medicinska behov. I artikeln visas att de viktigaste delarna var kommunikation, samordning, utbildning, patientens delaktighet och samverkan mellan medicinsk personal. Vid god planering upplevde patienterna tillfredsställelse och en ökad livskvalitet. Samordning och smidighet vid utskrivningen minskade även stress och ångest för patienten och dess närstående (16).

Tvärprofessionell samverkan

När det gäller vård- och omsorgsplanering är samverkan mellan berörda enheter av stor betydelse. Det handlar om samverkan mellan slutenvård, kommun och primärvård men också inom kommunens olika områden. Det kan innefatta personal inom hemsjukvården, primärvården, rehabiliteringspersonal och biståndsbedömare. Idag menar man att allt vårdarbete är tvärprofessionellt. De yrkesmässiga relationerna styrs av regelverk och av yrkesetiska riktlinjer som är gällande (11).

Att arbeta tillsammans är att utföra tvärvård och att det finns en förmåga till gränsöverskridning. Det finns olika modeller av tvärvård som konsultation, grupparbete eller olika innovations och utvecklingsarbeten där man försöker lösa problem och därmed utveckla nya vårdmetoder. För att tvärvården ska kunna bli en helhet måste det finnas referensramar och strategier, dessa måste bildas gemensamt för att uppnå önskat resultat.

Tvärvårdsverksamhet innebär först och främst en praktisk problemlösning (17).

Styrning av hälso- och sjukvårdsorganisationer är förenat med betydande svårigheter. Det ställer krav på samarbete och samordning. De politiska, administrativa och professionella aktörerna konkurrerar med varandra om kontrollen i de olika verksamheterna (18).

Kripalani et al. (14) visar på hur viktigt det är med samverkan efter att patienten skrivits ut från sjukhus till hemmet. Den första tiden är patienten extra känslig och då är det extra viktigt att övergången blir smidig från sjukhus till primärvård. Strategier diskuteras idag för att främja effektivare övergångar i vården, framförallt förbättringar i kommunikationen mellan slutenvård och öppenvård. Genom en sådan strategi skulle man kunna förhindra misstag i vården under utskrivningsprocessen.

Vårdkedjan

Vårdkedja definieras enligt följande:

”Sammanhållen vårdepisod, en serie av samordnade vårdinsatser, inklusive patientinformation och patientundervisning, för att säkerställa adekvat utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering utan dröjsmål. Med vårdkedja avses en professionell samverkan från det att en person vid ett vårdtillfälle först kommer i kontakt med en vårdorganisation till dess att personen är återställd, till exempel från intagning på akutintag tills han/hon åter är i hemmet efter en olycka. Förutom att avse en persons väg i vårdorganisationen kan vårdkedja också vara ett dokument – och informationsflöde, exempelvis hur patientjournaler och remisser hanteras” (7).

År 1999 gav författaren Bengt Åhgren (19) ut en bok som handlar om vårdkedjan. I boken tar han upp rationaliseringen/decentralisering/ekonomin inom vården. Inom olika områden har den egna enheten då prioriterats framför helheten. Han poängterar att vi står inför en förändring där patienterna kommer att ställa krav på att sjukvården organiserar sig för hans/hennes bästa och inte för att tillfredställa den enskilda enhetens eller personalens behov. Bristande kommunikation mellan enheter innebär en väntan, kontroller, omarbetning och andra aktiviteter utan egentligt värde. Vårdkedjan är en vårdprocess som är individuell och planerad där patientens hela utvecklings-, behandlings- och vårdbehov kopplas till symptom, diagnos och sociala situationen. Olika aktiviteter finns i denna vårdkedja som på bästa sätt ska planeras och samverka med varandra (19).

Kärnan i vårdprocessen utgörs av en patient – vårdrelation. Det är i denna relation som människan får kraft att vara delaktig i vårdprocessen. Denna process är även en vetenskaplig metod där man kan förena vetenskap och verklighet i vårdandet. I vårdprocessen utgår vi alltid från att patienten är aktiv, patienten har egna avsikter och mål. Samspelet mellan olika komponenter som är patienten, närstående, primärvård och samhället i stort är grunden för skeendet i vårdprocessen. Kongruensen och/eller inkongruensen avgör effekten av vårdandet (10).

Vårdplanering

Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på samtycke och delaktighet från patienten. Vid detta möte skall personal från berörd enhet delta som har den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen. Planeringen ska klargöra det samlade behovet av insatser, samt vilken enhet som är ansvarig för beslutade insatser efter utskrivningen. Syftet är att patienten ska få en sammanhållen vårdkedja när han/hon skrivs ut från sjukhuset. Det är även viktigt att man tar med de närstående i detta arbete (13).

Vid vård- och omsorgsplanering är det viktigt att man utgår från patienten och betrakta han/hon som expert på sig själv och hur man vill ha det fortsättningsvis. Livsvärldsperspektiv innebär att människans vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas, den levda världen. Livsvärldsansatsen visar sig i vårdandet genom det etiska patientperspektivet som innebär att man fokuserar på hur patienten upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin vård. Patienten är den som är den främsta experten på sig själv, sina behov och vad livskvalitet betyder för just honom/henne. Detta förutsätter en öppenhet, en följsamhet och medveten nyfikenhet om patienten (20).

Orems egenvårdsteori beskriver att människan tillvaratar sin egen hälsa genom att fokusera på sina egna färdigheter och resurserna som är viktiga för just henne. Teorin om egenvård innebär att genom omvårdnad hjälpa patienten till självständighet även med hjälp av närstående. Hon ser teorin om egenvårdsbrist som en grund för omvårdnad och inte hur människan hanterar och löser problem i anknytning till sin kropp och till sin hälsa (12).

I artikeln Discharge planning from hospital to home från 2009 (21) kunde man konstatera att en individuell vårdplan kan leda till minskad sjukhuslängd och i vissa fall förebygga återinläggning. Man kunde i resultatet även se att det fanns belägg för att en vårdplan ökade patienttillfredsställelsen. Det fanns inga bevis på att individuell vårdplan minskade vårdtiden, men några studier visade en viss kostnadseffektivitet. Vissa slutsatser man hade kommit fram till var att patienten var mer tillfredställd efter att själv fått delta i sin egen omsorgsplanering. Delgado-Passler et al. (22) skrev en artikel som är baserat på en litteraturstudie där främsta syftet var att undersöka avancerade metoder där en specialistsjuksköterska håller i koordineringen för hjärtsviktpatienter. Slutsatsen blev att genom telefonuppföljning efter utskrivning minskade kostnaderna på grund av att det blev färre återinläggningar och livskvaliteten förbättrades för patienterna.

Samordnad vårdplanering

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (6) och Socialstyrelsens föreskrifter (13) har landsting och kommun skyldighet att lämna trygg vård till patienten efter utskrivning från sjukhus. Slutenvård, primärvård, kommun, vårdtagare och eventuell närstående talas vid på vårdplaneringen om det finns behov av insatser efter utskrivning från sjukhus till hemmet. Det är också viktigt att tydlighet framgår vem som ansvarar för den insatsen som bestämts så att patient och närstående blir trygga och en säkerhet uppnås. Vårdplaneringsmötet skall även göras skriftligen och vårdtagaren ska ha lämnat sitt samtycke (1).

”Ett gemensamt projekt mellan regionen och kommunerna i Västra Götaland syftar till att ge ett enkelt och smidigt IT-stöd för Samordnad vårdplanering. Projektet har i uppdrag att hjälpa parterna att effektivisera delar i vårdplaneringen för patienter som får vård på olika vårdnivåer. I första hand är IT-stödet avsett att tjäna den informationsöverföring som är nödvändig när patienter skrivs ut från sjukhuset men har fortsatt vårdbehov i kommunal vård och omsorg eller i primärvården. Med ett utbyggt IT-stöd kan detta arbete förenklas och samtidigt bidra till att öka den medicinska säkerheten” (23).

Patientmedverkan

Definitionen egenvård menar omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem är de aktiviteter människor utför i syfte att upprätthålla liv, hälsosamt leverne, personlig utveckling samt välbefinnande. Egenvård utvecklas kontinuerligt av den spontana inlärningsprocessen. Denna utveckling får näring av nyfikenhet, undervisning och handledning från andra. Den egna erfarna erfarenheten är dessutom av stor vikt. Människan har normalt förmåga att identifiera sina egenvårdsbehov, bedöma dem och välja hur hon skall förhålla sig till dem. Orem beskriver att egenvård är något som måste läras in genom kommunikation och samspel med andra människor och ha ett syfte. Det är en medveten handling och inte något som sker instinktivt. Alla människor har kapacitet att utföra egenvård. Detta innebär dock inte nödvändigtvis att alla förvärvar denna kunskap (12). När patienten vill medverka och bestämma, ges ett bemyndigande till patienten, patient empowerment.

Patient empowerment handlar om patientens rätt att, så långt förmågan och önskan sträcker sig, kunna påverka och kontrollera sin vård vid sjukdom för att få bästa möjliga resultat av behandling och omvårdnad. Detta uppnås genom möten mellan patient, sjukvårdspersonal och även genom utbildning. En kartläggning av patientens egenvårdsförmåga möjliggör en behovsrelaterad vård utifrån patientens önskemål. Eget ansvar förväntas som i de flesta samverkansformer förstärka patientens självständighet så att hon/han blir delaktig och därmed minska klyftan mellan vårdpersonalen och patienten (8).

Betydelse för helhetsperspektivet i vårdprocessen för att patienten ska uppleva tillit och trygghet i kontakten med sjukvården är, god vård, samverkan/kommunikation med vård- och omsorgsplanering genom hela vårdkedjan. Kan kunskap inom dessa olika begrepp medverka till en mera patientnära och patientcentrerad vård för patienter ≥ 65 år?

SYFTE

Att genom en litteraturstudie visa om betydelsen av samverkan och vård- och omsorgsplanering av patienter ≥ 65 år har betydelse vid utskrivning från akutsjukvården till hemmet för att förebygga återinläggning.

METOD

Uppsatsen är en Litteraturstudie som är baserad på vetenskapliga artiklar från systematiska sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Syftet är också att författaren ska tränas att sammanställa forskningsresultat (24). I sökningen i PubMed användes MESH-termer som sökord och i Cinahl användes motsvarande sökord (25). Vilka kombinationer av sökord som användes och antal träffar som detta resulterade i redovisas i Tabell 2. Artikelnumren i tabell 2 motsvarar artikelnumren som finns med i Bilaga 1 och i referenslistan. Urvalet gjordes genom att först läsa artiklarnas titel och om de ansågs vara relevanta, lästes även abstrakten. Om abstrakten visade sig vara av någon betydelse lästes artiklarna i sin helhet. Endast de sökningar som resulterade i valda artiklar redovisas. En av artiklarna söktes på författarens namn på PubMed då denna författare stod för en av böckerna i litteraturlistan där det framgår att han även skriver artiklar. Manuell sökning gjordes vid ett tillfälle efter en referens från en vald artikel. Denna visade sig dock vara en Review och valdes därför bort i resultatredovisningen. Totalt fem stycken artiklar var Reviews där en kunde användas i resultatet och de andra i bakgrunden och diskussionen.

De tretton kvarvarande utvalda artiklarna grupperades i olika kategorier, se Tabell 3. efter att innehållet i dessa granskats induktivt, genom att systematiskt identifiera data och därmed hitta teman utifrån syftet (26,27). Sju stycken av artiklarna var kvantitativa och sex var kvalitativa. En av artiklarna var en review. Flera av artiklarna visade sig vara relevanta i mer än en kategori.

Tabell 2. Redovisning av antalet träffar

Datum	Databas	Sökord + kombinerat med AND	Träffar	Granskade	Använda artiklar Ref.nr.
090217	Cinahl	Patient discharge	21012		
		Patient discharge, elderly Community	84		
		Patient care planning, discharge,	124876		
		Patient care planning, discharge, elderly, community	51	51	32
090217	PubMed	Continuity of patient care, patient discharge, Community	470		
		Continuity of patient care, patient discharge, Community, aged:65+ years	127		
		Continuity of patient care, patient discharge, Community, aged:65+ years Care planning	39	39	28
090223	PubMed	Patient care planning, patient discharge	2905		
		Patient discharge, care continuity, Community, patient care planning	160		
		Patient discharge, care continuity, Aged 65+ years, patient care planning, community, English	5	5	29
090310	PubMed	Readmission	7501		
		Readmission, nursing, elderly	512		
		Readmission, nursing, elderly, discharge	261		
		Readmission, nursing, elderly, discharge, community	72	72	33,37,39
090313	PubMed	Patient discharge, readmission, nursing care plans, elderly, continuity	57	57	38,34, 40 31,35
090315		Review artikel via referens från en av ovanstående artiklar			36
090409	PubMed	Sökning på författare Åhgren			30

Tabell 3. Redovisning av valda artiklar

Referens	Samverkan/ Kommunikation	Vårdkedja	Vårdplanering	Återinläggning	Kvalitativ	Kvantitativ	Review
28	X			X	X		
29	X				X		
30	X	X			X		
31	X		X	X		X	
32	X		X	X		X	
33	X			X		X	
34	X		X		X		
35	X		X		X		
36	X		X				X
37	X			X		X	
38	X			X		X	
39	X	X		X		X	
40	X			X		X	

RESULTAT

Resultatet som framkommit efter induktiv analys (26) bygger på tolv artiklar och en reviewartikel som kommer att presenteras under de fyra kategorierna, se Tabell 3.

Samverkan/Kommunikation

I två kvalitativa studier från Irland (28,29) var bakgrunden att äldre patienter skrivs ut från akutavdelning direkt utan en fortsatt vårdplanering. Syftet i studierna berörde kommunikationen/samverkan vid utskrivning av patient från akutavdelning till primärvården. I studien gjord 2005 (29) rapporterade primärvården att de upplevde kommunikationen mellan dem och akutmottagning som otillfredsställande. Följden av denna dåliga kommunikation resulterade i förvirring och dålig uppföljningen av patienten och dess behov av sjukvårdsinsatser. Resultatet blev därmed att de inte kunde ge det stöd den äldre patienten behövde. Sjukhuspersonalen i sin tur rapporterade att de upplevde graden av kommunikationsproblem vara mycket större än kollegorna inom primärvården. Ett huvudtema framkom i de kvalitativa svaren från båda organisationerna att det fanns ett behov ett större remissförfarande mellan sjukhus och primärvård för att kunna ge patienten trygghet vid övertag.

Dunnion et al. (28) visade att resultatet stödjer sig på tidigare forskning (29) att äldre skrevs hem från akutavdelning utan någon förberedelse för eftervård. Man såg också att stora brister finns i kommunikationen mellan sjukhus och primärvård när det gäller dokumentation och kontinuitet. Studien efterfrågade hänvisning, korrekt dokumentation och remissförfarande mellan de båda sektorerna.

Vårdkedja

I en fallstudie från Sverige (30) jämfördes tre landsting som var framgångsrika med vårdkedjeutvecklingen och tre som var mindre lyckade. Resultatet visade att de som lyckats kännetecknades av liknande indikatorer på utveckling som: fokus, utvecklingsmöjligheter, organisationsstruktur och organisatorisk kultur. Alla ville förbättra kvaliteten på tjänsterna inom hälsa och sjukvården och det ville även två av de mindre lyckade landstingen. Hos dem som var framgångsrika såg att det fanns stöd inom politiken och inom den lokala myndigheten. De hade även de resurser som krävdes för att utföra utvecklingsarbetet: tid, personal resurser och kvalificerad projektledare. Initiativet till utvecklingen av vårdkedjor fattas ofta lokalt av chefer som är mycket motiverade att samarbeta. Det är tydliga skillnader i organisationens struktur mellan de framgångsrika landstingen och i de som inte lyckades. I de framgångsrika uppfattades utvecklingen av vårdkedjor som nödvändig och det fanns ett grundläggande förtroende mellan de deltagande organisationerna och även ett godkännande från berörda läkare. Ingen av de mindre lyckade hade dessa egenskaper, utan de har stött på problem som har sina rötter i kulturen och i de organisationer som deltar, framförallt ett stort motstånd från ledande läkare.

Vårdplanering

Vikten av vårdplanering med fokus på teamsamverkan och uppföljning vid hemgång efter utskrivning från sjukhus kunde man läsa om i artiklarna av Steeman et al.(31) och Coutney et al.(32) där det även framgick att åtgärderna genererade färre återinläggningar. Artikeln från England (33) är en kvantitativ studie vilken visade behovet av en eftervårds avdelning för äldre i syfte att stabilisera hälsotillståndet innan hemgång. Resultatet visar att en fjärdedel av de äldre skulle kunna vara i behov av en mer individuell vårdplanering i en mellanliggande omsorg mellan sjukhuset och hemmet. Studien visade att ca 80 % av de äldre inte behövde en akutplats utan kunde skrivas hem efter att man konstaterat ett stabilt medicinskt läge,

Två kvalitativa studier (34,35) varav den ena gjord i Sverige (34) visade bristerna i vårdplanering av äldre patienter. Resultatet lyfte fram behovet av vilka ideologier vårdpersonal representerar och hur de förde fram dessa i samtalet vid vårdplaneringen. Vårdplaneringsmötet ska vara en samverkan tillsammans med patienten, närstående, sjukhuspersonal, öppenvård och kommun. Studien visade att utförandet av samordnad vårdplanering i sin nuvarande form inte hade ett vårdande perspektiv som skyddade patientens integritet och tog hänsyn till dess levda värld. Dessutom fick inte patient och närstående rätt att uttrycka sina personliga önskemål på ett värdigt sätt. Den andra kvalitativa studien gjord i England (35), har man efteråt beslutat att det ska finnas en rekommenderad procedur för utskrivning av patient till hemmet från sjukhus. Detta ska ske i samverkan med patient och närstående. Idag är symtombilden viktig vid utskrivning men man önskar istället att hänsyn tas till patientens livskvalitet och ser till det friska. Resultatet av denna studie visade att patienter och vårdare hela tiden ingick i sociala roller i sina försök att behålla sina egna och andras värdighet för att uppnå livskvalitet.

I en Review artikel (36) från 2007 undersöktes fem olika utskrivningsmodeller för att se hur sjuksköterskan skulle kunna göra överföringen mera säker för den äldre patienten och förebygga komplikationer. En förutsättning för en bra vårdplanering var tydlig kommunikation mellan sjukhusets personal, patienter, närstående, chefer och omsorgspersonal. Modell1: ACE, akutvård för äldre, den mest omfattade modellen för utskrivning av patient där förespråkare för modellen rekommenderar konservativ medicinsk behandling och grundläggande omvårdnad med tonvikt på patientens komfort och säkerhet.

Modell 2: NISCH, modellen innehåller referensvärden för att utvärdera kontinuerlig kvalitetsförbättring i evidensbaserad vård. Modellen uppmanar sjuksköterskor att göra hembesök, telefonkontakt och en god samverkan efter hemgång.

Modell 3: COC, modellen anser att man ska ta hänsyn till hälsorelaterade yttre faktorer för patient och närstående. Målet är att man ska engagera alla berörda innan beslut fattas. Man ska även ta hänsyn till relevant eftervård och främja patientens självständighet utan att äventyra säkerheten.

Modell 4: PIC, denna modell understryker vikten av kommunikation när patient flyttas till en annan enhet i övergångsperiod mellan sjukhus och hemmet. En checklista följer patienten och gör övergången smidigare och säker.

Modell 5: PPP, i denna modell betonas patientens delaktighet, familjens engagemang och det tvärvetenskapliga samarbetet i processen. Syftet ska vara att underlätta genomförandet genom ett lagarbete. Patient och vårdgivare blir bättre förberedda, har mer information om tillgänglighet, bättre förståelse och blir därmed nöjda med vården. Detta kan därmed leda till färre vårdtygn och färre återinläggningar.

Återinläggning

Olika studier för att förebygga återinläggning till sjukhus har gjorts i sex större kvantitativa studier (31,32,37,38, 39,40) I fem av dessa studier har man kunnat dra positiva slutsatser medan i den sjätte inte kunde se någon skillnad mellan interventions och kontrollgruppen.

I Australien (32) gjordes en studie där man jämförde om ett tidigt planerat uppföljningsprogram baserat på vårdplanering, hembesök och rehabilitering under 24 veckor. Programmet som gjordes i samverkan med patienten, närstående och vård/rehabiliteringspersonal kunde förebygga återinläggning. Urvalsgruppen var äldre personer ≥ 65 år med riskfaktorer som multipel sjukdom, ≥ 75 år, försämrad rörlighet och ensamboende med mera kunde vara orsaken till återinläggning på sjukhus. Vård/rehabiliteringsplanen som upprättades innehöll träningsprogram för patienten, uppföljning i hemmet av sjuksköterska inom fyrtioåtta timmar efter utskrivning samt telefonuppföljning varje vecka i fyra veckor och därefter varje månad i fem månader. Kontrollgruppen fick vårdplanering, rehabilitering med mera enligt normal rutin. Resultatet visade att tidigt införande av individuellt träningsprogram och långsiktig telefonuppföljning förbättrade livskvaliteten för patienten och därmed färre återinläggningar än kontrollgruppen.

Med tyngdpunkten på riskfaktorer kan man även i studien Readmission: a primary care examination of reasons for readmission of older people and possible readmission risk factors (37) identifierades faktorer som kunde användas för att möta patientens behov mer flexibelt. Orsaken till att patienten återinlades mer än en gång var i regel en försämring av den existerade sjukdomen men även andra skäl var uppenbara som ensamboende, mindre socialt stöd och antalet vård dagar. Vid första återinläggningen var medelvårdtiden nio dagar medan vid andra återinläggningen ökade vårdtiden till i genomsnitt elva dagar. Mellan återinläggning två och tre fanns det en liten skillnad men inget som hade någon betydelse för resultatet. Resultatet visade att ju kortare vårdtid upp till 72 timmar fanns en större risk för tidigare återinläggning.

I en belgisk studie (31) använder man sig också av s.k. riskfaktorer som tagits fram ur litteraturstudier och sammanfattades under fysiska, mentala, sociala faktorer eller en kombination av dessa. Även i denna studie lades stor vikt vid vårdplaneringen där ett specialutbildat team ser på patientens hela livssituation, hur det såg ut för henne/honom innan inläggning. Det ansågs viktigt att sjukhusvistelsen utnyttjas till att förbereda hemgången både för patienten, närstående och eventuella vårdare i hemmet. Resultatet visade att i interventionsgruppen var vårdplanering viktigt, fler patienter skrevs ut till hemmet än i kontrollgruppen där fler blev utskrivna till ett annat boende. Bland patienterna som inte vårdplanerades i team var återinläggning till sjukhus dubbelt så vanligt femton dagar efter utskrivning jämfört med kontrollgruppen. Det slutgiltiga resultatet av studien resulterade i att arbetssättet implementerades och lagstadgades.

I staten Illinois gjordes en stor studie (38) för att förebygga återinläggning på sjukhus genom att ta fram ett instrument Probability of repeated admission (Pra) för att kunna mäta detta på medicin patienter inlagda på sjukhus. Pra poäng sattes två dagar innan utskrivning och deltagarna följdes sedan upp via databaser inom 41 dagar för att se om de varit återinlagda. Fyra av åtta Pra mätetal var: diabetes, självskattad hälsosituation, hur många läkarbesök och inläggningar på sjukhus det senaste året. Resultatet av användningen av Pra för att förutsäga en återinläggning visade sig vara bättre än att inte göra någon skattning alls.

I Canada 2004 (39) gjordes en studie då man tillsatte en sjuksköterska på akutmottagningen med uppdrag att koordinera och samordna de äldre patienterna ≥ 75 år som sökte dit. Syftet var att utvärdera om ett tidigt omhändertagande kunde förebygga att patienten inte återkom till akutenheten inom en fjortondagarsperiod. Utskrivningskoordinatören hade som uppgift att informera patienten, samordna möten, telefon uppföljning och finnas till hands för patienten i sju dagar efter utskrivning. Resultatet visade att en relativ riskreduktion på 27 % för oplanerade återbesök observerades upp till åtta dagar efter utskrivning. Dessutom en relativ riskreduktion på 19 % för oplanerade återbesök observerades i upp till fjorton dagar efter utskrivning. Vinsten blev dessutom en tydlighet mot patienten som fick ett ökat välbefinnande.

I artikeln av Kwok et al. (40) studerades förebyggande av återinläggning på sjukhus inom sex månader för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Studien fann ingen signifikans i antalet återinläggningar trots en extra resurs av sjuksköterska med tillgång till specialistläkare.

DISKUSSION

Metoddiskussion.

Artiklarna är publicerade i åtta olika tidskrifter. Alla artiklar utom en hämtades från PubMed. Sökorden blev fler allteftersom arbete fortskred för att kunna svara på syftet och vid sista sökningen kunde flera artiklar väljas ut eftersom sökorden blev mer riktade mot syftet. Flera av artiklarna återkom i fler än en sökning. Sökningar gjordes vid sex olika tillfällen under perioden februari - april månad. Artiklarna som ingår var från USA, Sverige, Belgien, England, Kina, Australien, Canada och Irland. För att säkerställa artiklarnas kvalitet granskades de enligt institutionen för vårdvetenskap checklistor (27). Två av artiklarna var skrivna av samma författare men från olika år.

En medveten sökning var att hitta artiklar skrivna efter år 2000 för att vara aktuella, de innan år 2000 valdes bort direkt vid sökningen. En artikel som var skriven på annat språk (spanska) valdes bort i tidigt skede. De utvalda artiklarna är utgivna mellan år 2004 – 2009.

Artiklarna som slutligen valdes ut delades först in i olika teman och placerades sedan i olika kategorier efter resultatet i artikeln, se Tabell 3, enligt en induktiv analys (26). Detta gjorde att det var lättare att sammanställa efter bakgrund och syfte. Samtliga artiklar ingick i fler än en kategori och det var i vissa fall en viss svårighet att placera dem i den kategori som belyste resultatet tydligast. Samtliga artiklar har kommunikation och/eller samverkan med, direkt eller indirekt. I de båda kvalitativa artiklarna (28,29) från Irland framgick det tydligt att samverkan är huvudtemat. Den kvantitativa fallstudien från Sverige (30) var den enda artikeln jag fann som handlade om vårdkedja. Om detta beror på att jag inte hittade rätt sökord eller om det inte finns så mycket forskning inom detta område är något jag kommer att studera vidare.

Fem av artiklarna var kvalitativa (28,29,30,34,35) där populationen i undersökningsmaterialet är mindre och på individnivå förutom i artikeln om vårdkedja (30) som har en annan struktur i form av stora populationer på organisationsnivå. Etiskt tillstånd är sökt i fyra av fem kvalitativa studier. I artiklarna (28,29) är det personal i olika kategorier man intervjuar för att hitta brister eller styrkor i samverkan mellan organisationer. I artikeln (34) är det enbart kvinnor som deltar, fyra män finns med, men då som närstående. I artikeln Pearson et al. (35) finns lika många män som kvinnor representerade bland patienterna och man har även intervjuat personal.

Resterande artiklar (31,32,33,37,38,39,40) är kvantitativa och har större populationer i sina undersökningar. I fyra av dem är det en större andel kvinnor än män i undersökningen. Även i de kvantitativa studierna har fyra av sju sökt etiskt tillstånd i olika kommittéer.

Artikelsökningen och granskningen har gett mig fördjupade kunskaper i ämnet som jag kommer att ha stor nytta av i mitt arbete ur ett samverkansperspektiv. Nackdelen att skriva arbetet själv har varit att inte kunna diskutera och reflektera i ämnet med någon annan. Materialet tolkades enbart av mig vilket kan vara en nackdel för slutresultatet.

Resultatdiskussion

Mitt syfte med litteraturstudien var att se om samverkan och vårdplanering förebygger återinläggning på sjukhus för patient ≥ 65 år. I samtliga artiklar framgår det tydligt att kommunikation/samverkan är av stor betydelse när patienter ska skrivas ut från sjukhuset och överförs till primärvård/kommun eller när samverkan ska ske mellan två vårdgivare. En smidig övergång över organisatoriska gränser är även nödvändig för att undvika splittring av vården (30,31,32,34,35,39). En bra vård- och omsorgsplanering är en planering där alla medverkar för patientens skull och sätter patienten i fokus (31,32, 34,35,36). Planeringen går ut på att det ska bli så bra som möjligt för patienten när han/hon kommer hem och det inte behöver bli någon återinläggning igen (31,32,37). Det finns ett ökat intresse för vård- och omsorgsplaneringar och en vilja att förbättra rutiner ute i kommunen i form av vårdplaneringsteam med representanter från kommun, primärvård och rehabilitering (30,37). Av egen erfarenhet vet jag att kommunikationen mellan olika vårdgivare inte fungerar optimalt i dagsläget men att viljan att samverka över gränser är betydligt större nu än tidigare.

Något som kommer upp när man läser många artiklar är begreppet etik. De flesta av artiklarna jag läst har fått "ethics approval" när de sökt medgivande till studien. Vad är det etiska i denna situation? Katie Eriksson skriver i en rapport (41) att etiken börjar med en realistisk verklighetsbild och i vårdandet handlar det om att se verkligheten ur patientens perspektiv. Detta är vad man måste lära sig göra i samverkan precis som det framkommer i artiklarna (32,34,37,39).

Samverkan/Kommunikation

Kommunikation mellan akutavdelningar, akuten och primärvården är av stor vikt precis som det framgår i resultaten i studier som (28,29). Det framgår ur resultaten från dessa studier att det kommer att behövas mer forskning för att undersöka vidare vad man kan göra åt kommunikationsproblemen i vårdprocessen. En utveckling kommer att behövas i t.ex. dokumentation och remissförfarande för att förbättra kvaliteten i vården. En egen reflektion var att man troligen även behöver utbilda personal och att man får respektera varandras profession. Vårdprocesser återkommer i artiklarna där kärnan utgörs av en vårdrelation. Vårdprocessen kan också beskrivas enligt omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson, som samman av olika interaktions- och beslutsprocesser (10).

Vårdkedja

För att vårdkedjan ska bli obruten krävs en väl genomförd vårdplanering och en bra dokumentation där patientens behov och resurser beskrivs. En obruten vårdkedja innebär också bättre kommunikation mellan primärvård och sjukhus, framförallt minskas lidandet för den enskilda patienten. Detta genererar tillit, god vårdkvalitet och trygghet för patienten samt arbetstillfredsställelse för personal i hela vårdkedjan (1).

I artikeln Determinants of intergraded health care development: chains of care in Sweden (30) framgår det tydligt hur viktigt det är med en tvärprofessionell samverkan. Det visade sig vara viktigt att det fanns stöd i politiken och hos den lokala myndigheten. Men man ska inte förakta alla resurser som krävs. Att utföra tvärvård betyder att samarbeta och att man har en förmåga till gränsöverskridning. För att kunna genomföra en helhetsbetonad tvärvård måste man ha ett gemensamt språk, referensramar och strategier (17).

I mitt arbete som vårdkedjekoordinator inser jag att det kommer att ta tid att få en fungerande vårdkedja hela vägen. Precis som i Bengt Åhgrens debatt artikel 2007 (42) så vet jag att vårdkedjor och närsjukvård behöver varandra för att utvecklas. Han menar att de är viktiga byggstenar i utformningen av närsjukvården eftersom denna behöver vårdkedjor för att fungera – och vårdkedjor behöver närsjukvård för att utvecklas.

Vårdplanering/Återinläggning

Kategorierna vårdplanering och återinläggning är sammanförda eftersom en god vårdplanering kan förebygga återinläggning för äldre personer med större vård och omsorgsbehov enligt resultat av artiklarna (31,32,35,37,38,39). Endast en av de valda artiklarna gav ett negativt resultat (40).

I studien Pearson et al. (35) visade resultatet att det fanns behov av aktiv samverkan av patienter och vårdare i vårdplanering som ska vara inriktad på att ge livskvalitet och främja hälsa för alla parter istället som idag fokusera på symtom.

Detta kan man också läsa i Orems omvårdnadsteori, hon menar att man ska ta tillvara sin egen hälsa och fokusera på sina egna färdigheter och resurserna som är viktiga för just henne/honom. Teorin om egenvårdsvårdskapacitet innefattar kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter som patienten måste ha för att tolka sina egenvårdsbehov och därmed planera den egenvård som behövs (12).

I artikeln *An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference?* (39) där en utskrivningskoordinator fanns på en akutvårdsavdelning fick patienterna en förbättrad livskvalitet, vilket uppväger kravet på god vård. Enligt Barbosa da Silva (2) handlar det om att tillfredsställa behov hos patienten där man fokuserar på hälsa och välbefinnande.

Resultatet i litteraturstudien visade att bättre vårdplanering med uppföljning förebygger återinläggning, bekräftade det resultat jag sett i journalstudier i praktiken. Hur kan jag då använda mig av denna litteraturstudie i mitt kliniska arbete? I mitt arbete som koordinator inkluderas frågeställningarna samverkan, vårdplanering och uppföljning. Jag kan nu ta med mig det jag läst och fortsätta utveckla mitt arbete med hjälp av ny forskning och nya studier. Viktigt är att i framtiden ta fram verktyg, mätal, instrument och modeller för att kunna planera och utvärdera.

Konklusion

För att förebygga återinläggning av patienter ≥ 65 år behövs:

- En bra vård- och omsorgsplanering där alla medverkar med patienten i fokus.
- En vårdplanering bör påbörjas i ett tidigt skede för att underlätta överföringar mellan vårdgivare och därmed kan patient och närstående känna trygghet och tillit.
- En god samverkan och vård- och omsorgsplanering bör fokusera på bättre rutiner och säkrare informationsöverföring för att hela vårdprocessen ska kunna fungera optimalt.
- Ett helhetstänkande, salutogent arbetssätt med begreppet god vård borde vara centralt i arbetet med den äldre patienten i vård och omsorgsperspektiv genom hela vårdkedjan.

REFERENSER

1. Socialstyrelsens hemsida. Folkhälsorapport; 2009 <http://www.sos.se>
Tillgänglig 2009-03-27.
2. Barbosa da Silva A, Ljungquist M. Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige. Lund: Studentlitteratur; 2003.
3. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet I hälso- och sjukvården. Stockholm; 2006.
4. Waldau S. Prioritering i hälso- och sjukvården – att hushålla för rättvisa. Lund: Studentlitteratur; 2001.
5. Statens offentliga utredningar; 1995:5 www.rikstagen.se
Tillgänglig 2009-03-29.
6. Hälso- och sjukvårdslagen. Författningshandbok; 1982:763
7. <http://www.ne.se>
Tillgänglig 2009-03-29.
8. Klang Söderkvist B. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur; 2005.
9. Eriksson K. Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner. Slutrapport; 1995. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi; 2005.
10. Eriksson K. Vårdprocessen. Vårdserie. Stockholm: Liber; 2004.
11. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation, Relationsetik, samarbete och konfliktlösning. Lund: Studentlitteratur; 2009.
12. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. C.V. Mosby; 2001.
13. SOSFS Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård 2005;27. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
14. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine 2007; 2: 314-323.
15. Lindberg K. Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer. Kungälv: Bokförlaget BAS; 2002.
16. Carroll Á., & Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. British Journal of Nursing 2007; 16: 84-90

17. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm; Almqvist & Wicksell; 1997.
18. Hallin B, Siverbo S. Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2003.
19. Åhgren B. ”Vårdkedjan” Vårdkonsumism och patientfokusering processinriktad sjukvården. Lund: Studentlitteratur; 1999.
20. Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud, BO & Fagerberg I. Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur; 2003.
21. Sheppard S, Parkes J, McClaran JJM, Phillips C. Discharge planning from hospital to home (Review). The Cochrane Library 2009; Issue 1.
22. Delgado-Passler P, McCaffrey R. The influences of post discharge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure (Review). Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2006; 18: 154-160.
23. Samordnad vårdplanering, gemensam rutin i Västra Götaland; 2009 www.vgregion.se Tillgänglig 2009-04-12.
24. Friberg F. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
25. Nyberg R. Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet. Lund: Studentlitteratur; 2000.
26. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. Nurse Education Today 1996; 16: 278-281.
27. Checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar och checklista för systematiska litteraturstudier utformade av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
28. Dunnion M E, Kelly B. All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home. Journal of Clinical Nursing 2008; 17: 2471-2479.
29. Dunnion M E, Kelly B. From the emergency department to home. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 776-785.
30. Åhgren B, Axelsson R. Determinants of intergrated health care development: chains of care in Sweden. International Journal of Health Planning and Management. 2007; 22: 145-157.

31. Steeman E, Moons P, Milisen K, De Bal N, De Geest S, De Froidmont C, Tellier V, Gosset C, Abraham I. Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal of Quality in Health Care* 2006; 18: 352-358.
32. Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life For Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *Journal of American Geriatrics Society* 2009; 57: 395-402.
33. Young J, Foster A, Green J. An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people. *Health and Social Care in the Community* 2003; 11: 229-231.
34. Efraimsson E, Sandman P-O, Hydén L-C, Holritz Rasmussen B. How to get one's heard: the problems of the discharge planning conference. *Journal of Advanced nursing* 2006; 53: 646-655.
35. Pearson P, Procter S, Wilcockson J, Allgar V. The process of hospital discharge for medical patients: a model. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46(5): 496-505.
36. Walker C, Hogstel MO, Cox Curry L. Hospital Discharge of Older Adults: How nurses can ease the transition (Review). *AJN, American Journal of Nursing* 2007; 107: 60-70.
37. Dobrzanska L, Newell R. Readmission: a primary care examination of reasons for readmission of older people and possible readmission risk factors. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 599-606.
38. Novotny, Nancy L, Andersson, MA. Prediction of Early Readmission in Medical Inpatient Using the Probability of Repeated Admission Instrument. *Nursing Research*, November/December 2008; 57: 406-415.
39. Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E, Rosenthal S. An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Academic Emergency Medicine* 2004; 11: 1318-1328
40. Kwok T, Ming Lum C, Shum Chan H, Ming Ma H, Lee D, Woo J. A Randomized, Controlled Trial of an Intensive Community Nurse – Supported Discharge program in Preventing Hospital Readmissions of Older Patients with Chronic Lung Disease. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1240-1246.
41. Eriksson K. Mot en caritativ vårdetik. *Åbo Akademi*; 1995:5.
42. Dagens Samhälle. *Kommunernas och Landstingens Tidning*; 2007

BILAGA 1

ARTIKEL PRESENTATION

Referensnummer: 28
Författare: Dunnion M E, Kelly B
Titel: All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2008; 17: 2471-2479
År: 2008
Syfte: Titta på vilka faktorer som är viktigast vid handläggning av en äldre patient när man förbereder för utskrivning från sjukhus till öppenvården/primärvården.
Metod: Kvalitativ. En studie med öppna och slutna frågor.
Urval: Två förkodade frågeformulär användes, ett till sjukhusets personal på akutavdelningen och det andra till personal inom öppenvården.
Antal referenser: 37
Land: Irland

Referensnummer: 29
Författare: Dunnion M E, Kelly B
Titel: From the emergency department to home
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 776-785
År: 2005
Syfte: Kartläggning om hur personalen handlägger vården av äldre personer på en akut intagningsavdelning för att förbereda för utskrivning till hemmet. Genom att identifiera orsakerna till kommunikationsproblem och personalens attityder både på den akuta vårdavdelningen och i öppenvården.
Metod: Kvalitativ. Survey – en kartläggning av sjuksköterskor och medicinsk personal på sjukhus och i öppenvården.
Urval: 222 stycken från personalen oavsett titel från både intagningsavdelning och öppenvården.
Antal referenser: 41
Land: Irland

Referensnummer: 30
Författare: Ahgren B, Axelsson R
Titel: Determinants of intergraded health care development: chains of care in Sweden.
Tidskrift: International Journal of Health Planning and Management. 2007; 22: 145-157.
År: 2007
Syfte: Att studera faktorer som påverkar utvecklingen av vårdkedjor i Sverige.
Metod: Kvantitativ. Fallstudie.
Urval: Sex sjukvårdsdistrikt i Sverige valdes ut, tre med framgång i att bygga vårdkedjor och tre som var mindre lyckade.
Antal referenser: 35
Land: Sverige

Referensnummer: 31
Författare: Steeman E, Moons P, Milisen K, De Bal N, De Geest S, De Froidmont C, Tellier V, Gosset C, Abraham I
Titel: Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization
Tidskrift: International Journal of Quality in Health Care 2006; 18(5): 352-358
År: 2006
Syfte: Att utvärdera om implementering av rutiner vid utskrivning av äldre patienter gjord av biståndshandläggare eller sjuksköterska reducerar återinläggning på sjukhus eller till en institution.
Metod: Kvantitativ. Halv experimental design. 6 stycken sjukhus i Belgien deltog.
Urval: Studien är en del i ett internationellt program som inkluderar 6066 geriatriska patienter från 94 stycken Belgiska sjukhus. Denna studiedel har ett urval av 824 stycken patienter 60 år eller äldre från 6 stycken sjukhus.
Antal referenser: 22
Land: Belgien

Referensnummer: 32
Författare: Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K
Titel: Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life For Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program
Tidskrift: Journal of American Geriatrics Society 2009; 57: 395-402
År: 2009
Syfte: Att utvärdera effekten av en heltäckande vård och bedömning av sjukgymnastik i ett individuellt program med motions strategier och en motionsövningsbaserad modell. Därefter uppföljande vård i hemmet för äldre personer som löper risk att återinläggas på någon akutenhet med syfte att höja livskvalitet. En sjuksköterska genomförde hembesök och telefon uppföljning under 24 veckor efter utskrivningen.
Metod: Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie på ett sjukhus i Australien.
Urval: 128 patienter 65 år och äldre med en akut inläggning på en medicinsk enhet med minst en riskfaktor för återinläggning ex. Multisjuka, ≥ 75 år, depression i sjukhistorien mm.
Antal referenser: 32
Land: Australien

Referensnummer: 33
Författare: Young J, Foster A, Green J
Titel: An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people.
Tidskrift: Health and Social Care in the Community 2003; 11(3): 229-231
År: 2003
Syfte: Studien ville visa att det finns ett behov av att anskaffa en eftervårds-avdelning efter att patienten blivit medicinsk stabil.
Metod: Kvantitativ. Randomiserad studie. Forskningsproceduren krävde en klinisk studie där erfarna sjuksköterskor och utifrån kommande personal, bistånd bedömde patienten.
Urval: 1211 patienter slumpades till antingen länssjukhus eller lokalt sjukhus. Medelåldern var 85 år och 65 % var kvinnor.
Antal referenser: 14
Land: England

Referensnummer: 34
Författare: Efraimsson E, Sandman P-O, Hydén L-C, Holritz Rasmussen B.
Titel: How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference.
Tidskrift: Journal of Advanced nursing 2006; 53(6): 646-655
År: 2006
Syfte: Att beskriva hur patienter, närstående och sjukvårdspersonal klarar av olika problem och åtaganden som uppkommer under en vårdplanering och speciellt hur de klarar av att hantera detta i den givna ram som gäller kring mötet.
Metod: Kvalitativ. Diskurs analys – Videoinspelningar gjordes vid åtta olika vård- och planeringsmöten.
Urval: Åtta äldre kvinnor som planerades bli utskrivna från sjukhuset. Andra deltagare var sjuksköterskor, handläggare från kommunen, ibland anhöriga, arbetsterapeut, distriktsköterska eller hemsjukvårdare.
Antal referenser: 36
Land: Sverige

Referensnummer: 35
Författare: Pearson P, Procter S, Wilcockson J, Allgar V
Titel: The process of hospital discharge for medical patients: a model
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2004; 46(5): 496-505
År: 2004
Syfte: Att med denna studierapport spåra om besluten vid utskrivningen av äldre patienter följdes för en grupp medicinpatienter och deras vårdare som blev identifierade som en riskgrupp. Upplevelsen av en dålig utskrivningprocess.
Metod: Kvalitativ. Ostrukturerade intervjuer.
Urval: 3 olika sjukhus, intervju med 30 patienter som inte erhållit en bra utskrivning och deras vårdare, innan och efter utskrivning. Personal på sjukhus och i kommunen var också intervjuade.
Antal referenser: 28
Land: England

Referensnummer: 36
Författare: Walker C, Hogstel MO, Cox Curry L
Titel: Hospital Discharge of Older Adults: How nurses can ease the transition
Tidskrift: American Journal of Nursing 2007; 107(6): 60-70.
År: 2007
Syfte: Undersöka olika utskrivningsplaner: vårdplaner för jämförelse.
Metod: Fallstudie, Kvalitativ. Review.
Urval: Fem utskrivningsmodeller undersöks.
Antal referenser: 28
Land: USA

Referensnummer: 37
Författare: Dobrzanska L, Newell R
Titel: Readmission: a primary care examination of reasons for readmission of older people and possible readmission risk factors
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2006; 15: 599-606
År: 2006
Syfte: Att identifiera orsaker som kan ha bidragit till återinläggning till akutsjukvården för äldre personer som kom till en medicinsk avdelning inom 28 dagar efter utskrivning från sjukhus.
Metod: Kvantitativ. Datasamling under ett år genom bla journalstudier. En strukturerad manual användes som verktyg.
Urval: Patienter 77 år och äldre som återinlägges på sjukhus inom 28 dagar efter utskrivning.
Antal referenser: 19
Land: England

Referensnummer: 38
Författare: Novotny, Nancy L.; Andersson, Mary Ann
Titel: Prediction of Early Readmission in Medical Inpatient Using the Probability of Repeated Admission Instrument
Tidskrift: Nursing Research, November/December 2008; 57(6): 406-415
År: 2008
Syfte: Att ta reda på om användandet av ett instrument Pra (predict risk of early readmission) gick att använda för att identifiera och förutsäga om vuxna patienter på sjukhus riskerar för tidig återinläggning
Metod: Kvantitativ. Prospektiv kohort studie. Man har jämfört grupper över tid.
Urval: 1077 patienter som fortlöpande lades in på sjukhus under 20 månader.
Antal referenser: 34
Land: USA, Illinois

Referensnummer: 39
Författare: Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E, Rosenthal S.
Titel: An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference?
Tidskrift: Academic Emergency Medicine. 2004; 11: 1318-1328
År: 2004
Syfte: Att utvärdera om det finns någon positiv effekt om en sjuksköterska finns som samordnare på akutavdelning och dessutom gör uppföljning inom 14 dagar.
Metod: Kvantitativ. Prospektiv pre/post studie.
Urval: Patienter 75 år och äldre från ett sjukhus deltog i en pre/post studie. n = 905 i pre studien, n = 819 i post studien.
Antal referenser: 50
Land: Canada

Referensnummer: 40
Författare: Kwok T, Ming Lum C, Shum Chan H, Ming Ma H, Lee D, Woo J
Titel: A Randomized, Controlled Trial of an Intensive Community Nurse – Supported Discharge program in Preventing Hospital Readmissions of Older Patients with Chronic Lung Disease.
Tidskrift: Journal American Geriatric Soc 2004; 52: 1240-1246
År: 2004
Syfte: Att utvärdera effekterna av när en CN-community nurse deltar i utskrivning av äldre patienter med KOL-kronisk obstruktiv lungsjukdom för att förebygga återinläggning.
Metod: Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie.
Urval: Två akutsjukhus inom samma region i Hong Kong. 157 patienter över 60 år med diagnos KOL med minst en återinläggning de senaste 6 månaderna.
Antal referenser: 29
Land: Kina