

Vården av en äldre patient –

En jämförelse av patientens berättelse och av patientens journal.

FÖRFATTARE
PROGRAM/KURS

Annika Hilding
OM5130/Fristående kurs,
15 högskolepoäng/

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

HT 2010
15 högskolepoäng
Lars-Eric Olsson
Kristin Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Vården av en äldre patient – en jämförelse av patientens berättelse och av patientens journal.
Titel:	Care of an older patient - a comparison between the patient's narrative and the medical record.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5130
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Annika Hilding
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Kristin Falk

SAMMANFATTNING

Introduktion: Idag är cirka 17 % av Sveriges befolkning 65 år eller äldre. Denna grupp har ökat och förväntas öka. Det kan ibland vara svårt att förstå den bakomliggande orsaken till den äldre patientens symtom. Patienten skall ses som en delaktig person i vårdprocessen med en förmåga att skapa sitt eget liv och skall inte ses som summan av sina delar och hälsan skall förstås som något mer än frånvaro av sjukdom.

Syfte: Hur den äldre patienten med kronisk hjärtsvikt beskriver sina symtom under en semistrukturerad ankomstintervju och hur det speglas i journalen.

Metod: Innehållsanalys användes som metod och analysen redovisades i två delar, ankomstintervjun och journalanteckningarna, som sedan kunde jämföras för likheter och olikheter.

Resultat: Ankomstintervjun kom efter analys att mynna ut i fyra kategorier: träder in för hemsjukvård/hemtjänst, orkar inte mer, påverkad av dyspnén, upplever illabefinnande. Detta mynnade ut i ett tema: uttömda resurser. Journalanteckningarna kom efter analys att mynna ut i två kategorier: sökande efter tecken, symtom som bekräftar tecken. Detta mynnade ut i ett tema: läkare och sjuksköterskor koncentrerar sig på att översätta symtom till tecken.

Diskussion: De viktigaste fynden från analyserna är en antydning om två världar som försöker mötas, utan att riktigt lyckas. Vidare visar resultatet på en brist i organisation och samarbete som leder till att man förlorar tid och utsätter patienten för onödig vård.

Titel:	Vården av en äldre patient – en jämförelse av patientens berättelse och av patientens journal.
Titel:	Care of an older patient - a comparison between the patient's narrative and the medical record.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5130
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	31 sidor
Författare:	Annika Hilding
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Kristin Falk

ABSTRACT

Introduction: Today approximately 17 % of the Swedish population is 65 years or older. This group has increased and is expected to increase even more. It can sometimes be difficult to understand the underlying cause to older patients' symptoms. Patients should be seen as a partner in the care process with the ability to decide over their own life and health should be seen as something more than the absence of disease.

Aim: How the older patient with chronic heart failure describes their symptoms in a semi structured interview and how it is reflected in the medical records.

Method: Content analysis method was used and the analysis was reported in two sections, the narrative and the medical records, these two could later be compared for similarities and differences.

Result: After analyzing the arrival interview four categories were found; act as deputy for homecare, cannot manage any more, affected by dyspnoea, experience ill-being. The categories from narrative constitute the theme; exhausted resources. After analyzing the medical records two categories were found; searching for signs, symptoms that confirm the signs. The medical records constitute the theme; Physicians and nurses concentrate on converting symptoms into signs.

Discussion: The main finding from the analyses was the suggestion of two worlds trying to meet, unable to succeed. Moreover, the result show a lack of team work which lead to a prolonged hospital stay and care that did not match the patient's need.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Vårdvetenskapliga utgångspunkter	2
kunskapssyn	3
Sjuksköterska	4
Patient	4
Helhetssyn	4
Begrepp och teorier	5
TIDIGARE FORSKNING	6
Problemformulering	10
SYFTE	11
METOD	11
URVAL	11
DATAINSAMLING	12
DATAANALYS	12
PILOTSTUDIE	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
RESULTAT	16
ANKOMSTINTERVJUN	16
Träder in för hemsjukvård/hemtjänst	16
Orkar inte mer	17
Påverkad av dyspné	18
Upplever illabefinnande	18
JOURNALANTECKNINGARNA	19
Sökande efter tecken	20
Symtom som bekräftar tecken	21
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION	22
RESULTATDISKUSSION	23
REFERENSER	28
BILAGA	
1 Forskningspersonsinformation	

INTRODUKTION

Idag är över 17 % av vår befolkning i Sverige 65 år eller äldre. Denna grupp har ökat och förväntas fortsätta öka. Detta kan härledas till de stora årskullarna på 40-talet som nu når pensionsåldern samt att vår medellivslängd har ökat. Antalet äldre som har någon form av långvarig sjukdom har också ökat. Den ökande gruppen äldre personer förväntas leda till ett större behov av hälso- och sjukvård. Detta innebär att det finns ett stort behov av en sjukvård där patienternas problem tas på allvar och där resurserna används så effektivt som möjligt (1).

BAKGRUND

Äldre personer som söker hjälp på våra sjukhus får kanske inte den uppmärksamheten de borde få (2). Dessa patienter är emellertid mycket intressanta då deras symtom inte alltid är så lätta att tolka. Det är därför ofta en utmaning att kunna förstå vad patientens symtom har som orsak. Att de olika yrkesgrupperna kan ta hjälp av varandra för att förstå patienterna bättre är fortfarande inte ett vedertaget arbetssätt på alla sjukhus (2).

När de äldre patienterna kommer till akutmottagningen, själva eller i sällskap av en anhörig, kan de upplevas som sköra. Det är här i det första mötet som bedömningen och utvärderingen startar. Det är viktigt att denna bedömning och utvärdering inte stoppar här utan att vårdavdelningen tar över detta och vidareutvecklar vården/omvårdnaden kring patienten (3,4).

Kommunikationen som sker mellan patienten/anhöriga och vårdpersonalen samt vårdpersonalen sinsemellan kan se ut på olika sätt men allt som oftast uppstår det brister i kommunikationen. Något som sagts glöms bort eller något annat glöms att säga. Även problem kan finnas då mottagaren av informationen inte uppfattar det som sägs av olika anledningar (3). Patienten kanske inte heller kan förmedla sig och då blir kommunikationen ännu svårare. De närståendes roll är viktig, inte minst inom äldreomsorgen. De bör vara delaktiga i kommunikationen kring sin närstående och vårdpersonal behöver delge dem information gällande den enskilde patienten om inte patienten motsätter sig detta (3,4).

Det är inte bara vid inskrivningen svårigheterna finns, det finns även ett missnöje hos patienter och anhöriga kring utskrivningen och processen som föregår den (2,3). Under sjukhusvården är det många aktörer inblandade i vården av en patient. Det finns inte alltid någon specifik person som tar på sig ansvaret för varje enskild patient, ser till helheten, fångar upp problem, risker, resurser och anhöriga för att få en så komplett bild av individen som möjligt. Det är läkaren som ansvarar för det medicinska omhändertagandet av patienten. Sjuksköterskans ansvar är lite mera oklart och kan variera avsevärt mellan olika enheter och specialiteter. Samarbetet mellan alla olika yrkeskategorier kan också vara begränsat. Effektiv vård vid kronisk sjukdom anses generellt vara en kollaborativ process mellan patienter och vårdgivare. Detta innebär att kliniska problem bör definieras i termer som både patienter och vårdgivare förstår. De bör gemensamt utveckla vårdplaner med mål, målsättningar och implementeringsstrategier. Stöd och träning i egenvård bör ges, samt att en aktiv och kontinuerlig uppföljning sker (5). Det finns växande evidens för att patienter som får effektiv vård enligt ovan rapporterar bättre följsamhet till behandling och medicinering, bättre livskvalitet och högre tillfredsställelse med sin vård (6-8) och att den dessutom är kostnadseffektiv (9). Föreliggande studie ingår i en klinisk interventionsstudie som utvärderar personcentrerad vård för patienter med förvärrad hjärtsvikt.

Vårdvetenskapliga utgångspunkter

Omvårdnadsforskningens uppgift är att söka kunskap om människan, hennes utveckling, hälsa och välbefinnande i samband med födelse, sjukdom, lidande och död. Till en början hade omvårdnadsforskning ett naturvetenskapligt synsätt som numera har övergått till ett mer humanistiskt och holistiskt synsätt (10). Eriksson (11) beskriver att vårdvetenskapen utgår ifrån att människan är en enhet, vilken inte är reducerbar, som innefattar kropp, själ och ande, där människan är en upplevande individ med potential för känslor, tankar, intellekt, språk och fantasi (11).

I vårdvetenskapen börjar en reflektion över vad i vårdverkligheten som är problematiskt. Inom det valda ämnesområdet går allt vetenskapligt material igenom. I denna process ligger fokus på att granska resultat som visar på avgörande betydelse för patienten gällande till exempel symtomlindring, välbefinnande och

livskvalitet (10,12). Det är vårdvetenskapens ansvar att söka sanningen om det vårdande samt att sanningen kommer människan tillgodo (13). På så sätt är vårdvetenskapen i allra högsta grad relevant för sjuksköterskan i sitt dagliga arbete (14).

Watson (15) menar att vårdvetenskapen utgår ifrån att människan skall betraktas som en fri individ med förmågan att ta ansvar dvs. ett humanistiskt perspektiv. Människan beskrivs i ett helhetsperspektiv och som icke är reducerbar i samspel med andra människor och naturen. Vidare beskrivs att det vetenskapliga paradigmet för omvårdnad bör tillåta att mänskliga fenomen kommer fram och att de dessutom undersöks. Alltså att patientens subjektiva upplevelse av sin hälsa/ohälsa, sitt lidande/välbefinnande etc. uppmärksammas (15). Människan skall inte ses som summan av sina delar och hälsan skall förstås som något mer än frånvaro av sjukdom (16).

Kunskapssyn

Begreppet kunskap är en välbestämd föreställning om förhållande eller sakläge som framkommit som resultat från studier (23). Lögstrup (21) beskriver att meningen med att tänka och ha kunskap är att kunna lägga saker och ting bakom sig, för att bli färdig med det och på så sätt få händerna fria att ge sig i kast med något nytt.

Med kunskap inom vårdvetenskap menas att sträva mot ordning i vårt vetande om vårdandet (13,15). Kvalitativa forskningsmetoder är de metoder som används vid undersökningar av upplevelser, mänskliga händelser samt relationer mellan människor. Syftet vid denna typ av undersökningar är att beskriva och fördjupa uppfattningar och förståelser, vilket ses som en strävan mot ordningen i vårt vetande gällande vårdandet (13,24). Med intervjuers hjälp kan företeelser beskrivas och belysas genom att intervjupersonen delar med sig av sina erfarenheter via berättelsen, vilket ger forskaren material att arbeta med (25).

För att utveckla kunskapen inom vårdvetenskapen bör den kliniska/kontextuella delen vetenskapliggöras. Vilket kan ske med hjälp av teorier, begrepp och metoder från andra vetenskapliga discipliner används och kopplas samman (16).

Sjuksköterska

Den legitimerade sjuksköterskans arbete skall präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer (17).

En viktig riktlinje som finns att tillgå i sjuksköterskans arbete är International Council of Nurses (ICN) etiska kod (18). I denna beskrivs att sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Detta kan ske då sjuksköterskan ser sitt primära ansvar gälla människor som är i behov av vård. Han/hon har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket samt arbeta för ett livslångt lärande och på så sätt behålla sin yrkeskompetens. Vidare har sjuksköterskan huvudansvar för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning inom yrkesområdet. Han/hon skall verka för ett gott samarbete med medarbetare och ingripa på lämpligt sätt för att skydda enskilda individer när vården hotas av medarbetares eller andra personers handlande (18).

Patient

Patienten har traditionellt tilldelats en passiv roll i vården, men utvecklingen går mot att stärka patientens roll i vårdorganisationen (19,20). En patient tillskrivs olika rollegenskaper och kännetecken som kan få en negativ framtoning iform av förutfattade meningar hos vårdpersonal. En patient är en person som själv eller med någon annans hjälp, sökt kontakt med vården och/eller blir uppsökt av en vårdutbildad person inom systemet. I denna kontakt skapas ett mål gällande förhållandet hälsa-ohälsa i avsikt att förändra och/eller upprätthålla denne persons aktuella hälsotillstånd (11).

Helhetssyn

Vårdvetenskapens människosyn består av en helhetssyn på människan. Det innebär att vi möter människan i en vårdprocess där patienten skall ses som en person med kropp, själ och ande. I vårdprocessen utgår det från att varje patient ses som en enskild individ med unika särdrag (11).

När en patient kommer i kontakt med sjuksköterskan sker ett möte mellan två främmande människor där en relation kommer att uppstå (11). I sådana situationer

möter vi varandra med en naturlig tillit och det krävs speciella omständigheter om vi på förhand skall möta en främmande person med misstro (21). För den högkvalitativa omvårdnaden och medicinska vården som bedrivs idag på våra sjukhus krävs en humanistisk respekt för människan som en funktionell helhet (13). Där den levande människan skall betraktas som en individ med livsvilja, hopp, önsknings, fantasi, tankar, känslor, tro och drömmar. Patienten skall ses som en delaktig person i vårdprocessen med en förmåga att skapa sitt eget liv (6).

Det ligger ett ansvar på sjuksköterskan att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande vilket innebär att hon/han har en framträdande roll i perspektivet helhetssyn i mötet med patienten (11,17). Mötet mellan patient och sjuksköterska kan väcka ett ansvars-kännande och ett medlidande med en önskan att ta hand om den andre hos sjuksköterskan (22). Detta kräver en bred kunskaps- och förståelse grund hos sjuksköterskan gällande fenomen i samband med hälsa och ohälsa (15).

Begrepp och teori

Många menar att Florence Nightingales arbeten mellan år 1859 – 61 ligger till grund för teoriutvecklandet hos den moderna sjuksköterskan. Då byggde sjuksköterskan upp idéer om patient, hälsa och lidande för att förstå och därmed kunna förklara omvårdnad. Detta har mynnat ut i begrepp som tillsammans med olika klassifikationer ligger till grund för forskarnas teoretiska verktyg. Dessa verktyg är i sin tur nödvändiga för att sjuksköterskan skall klara av de krav som ställs på professionen idag och i framtiden (10).

Definitionen av en teori är en sammanställning av kunskaper, idéer och erfarenheter som framställs i symbolisk form för att belysa ett visst fenomen (15). En teoris funktion är genom denna definition att beskriva verkligheten, förklara sambanden samt att förutsäga skeenden (11). En teori är uppbyggd av begrepp. Dessa påverkar hela teoris användbarhet och flexibilitet genom hur de grundläggande begreppen definieras i början av teorin (15). Teorier kan bli förenklingar av tillvaron då de inte alltid är realiserbara (16).

Vårdprocessen utvecklad av Katie Erikssons, (11), beskriver ett dynamiskt skeende och består av fyra faser, kartläggning, planering, förverkligande och utvärdering. För att kunna stödja patienten genom dessa faser kan sjuksköterskan finna stöd i teorin och på så sätt känna trygghet i sina valda eller bortvalda omvårdnadsåtgärder, bedömningar och utvärderingar (11,16).

TIDIGARE FORSKNING

Sökning av artiklar inom kunskapsområdet gjordes vid ett flertal tillfällen, både enskilt och med hjälp av bibliotekarie. PubMed och CINAHL var de databaser som användes vid sökningarna. Ett antal sökord och olika kombinationer av dem användes för att komma fram så nära som möjligt till syftet.

I den första sökningen användes "geriatric assessment" som sökord, först i PubMed, vilket gav ett resultat på 18299 träffar och i CINAHL gav samma sökord 9375 träffar. Nya sökord prövades och kombinationer av dem men även detta gav ett stort antal träffar. "Patient assessment" and discharge "planning and nursing" gav 1928 träffar hos PubMed och hos CINAHL gav samma kombination 344 träffar. Innehållet i artiklarna som kom fram med dessa olika sökord var mycket spretiga vilket försvårade en gallring.

Valet av sökorden: "caretransition" and "older", växte sedan fram och dessa sökord gav relevanta artiklar samt en hanterbar mängd att läsa igenom. Artiklarnas innehåll handlade om att säkerhetsställa vården och övergången mellan olika former av vård för den äldre patienten.

Tabell 1 Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökning

Databas	Sökord	Antal artiklar	Valda artiklar
Manuell sökning		5	3, 4, 33, 34, 35,
PubMed	Patient assessment and Discharge planning and Nursing	48	2, 39
CINAHL	Patient assessment and Discharge planning and Nursing	79	40, 41
PubMed	Care transition and Older	87	36, 37, 38,
CINAHL	Care transition and Older	27	36, 38

Exklusionskriterier var artiklar som inte berörde sjukhusvård, validering av instrument eller jämförelser mellan olika instrument för att underlätta utskrivningen. De manuellt valda artiklarna kom fram genom diskussioner med personer som innehar kunskaper inom ämnet. Två av de manuellt valda artiklarna tar upp kommunikationen samt sjuksköterskans kontinuerliga bedömningar som viktiga faktorer under vårdtid och utskrivning. En av de manuellt valda artiklarna tar upp patientcentrerat förhållningssätt och de två sista tar upp sjuksköterskans viktiga roll inom vården. Sökningarna i databaserna kretsade kring själva vården under inskrivningen, vårdtiden och utskrivningsprocessen. Där tonvikten fanns på hur patienten blir påverkad av vårdpersonalens agerande eller brist på agerande.

Shanley C et al. (2) menar att det finns ett behov på akutvårdsavdelningarna att stärka profileringen av vården av de äldre patienterna. Sjuksköterskor på akutvårdsavdelningar kan behöva stöttning av geriatriksjuksköterskor för att fånga väsentliga delar kring vården av den äldre patienten samt öka intresset för vården kring den samme. Bedömning av en äldre patients förutsättningar ser inte likadan ut som bedömningen av en yngre patient. Symtom och tecken följer inte det normala mönstret utan kan vara vaga och icke specifika samt vara över/under rapporterade. Anamnesen som tas från den äldre patienten skall vara mer omfattande och uttömmande så att underliggande problem fångas i ett tidigt skede av vårdtiden. Det är viktigt att utskrivningsplaneringen är en väl genomtänkt process som startar samtidigt när anamnesen tas. Delaktighet av ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att skapa ett helhetstänkande kring patienten. Vården av äldre patienter är ett viktigt område inom vården och är alla aktörers ansvar. Sjuksköterskan har en central roll att spela gällande att sammanlänka alla aktörer kring patienten samt att öka profileringen för vård/omvårdnad för den äldre patienten.

Bauer M et al. (3) visar i sin litteraturgranskning att kommunikationen i olika led påverkar utskrivningen från sjukhuset och hur tiden efter utfaller för en skör äldre person och för dennes anhöriga. Brister i kommunikationen, då omfattas all kommunikation som sker under vårdtillfället, är en risk för att utskrivningen inte blir tillfredsställande. Det är då inte endast kommunikationen mellan personal och patient, utan även den mellan personalen sinsemellan, och den mellan sjukhuset och

kommunen samt kommunikationen mellan sjukhuset och anhöriga. Det är av vikt att identifiera hur patientens familj ser ut och fungerar för att kunna fånga upp vilka hjälpbehov som finns hos just denne patienten och hos de anhöriga. Anhöriga måste känna sig delaktiga i själva utskrivningsplaneringen vilket leder till minskade återinläggningar samt ökar tillfredsställelsen och tryggheten hos både patient och anhöriga.

Broom M (4) påtalar vikten av att sjuksköterskan inte ser själva bedömningen och utvärderingen av patienten som en enskild arbetsuppgift utan ser detta som en dynamisk process som sker kontinuerligt under hela vårdtiden. Vilket de menar är en av sjuksköterskans viktigaste färdigheter att kunna behärska denna process. För att fånga en så komplett bild av patienten som möjligt, skall även eventuella anhöriga uppmärksammas i processen. Denna artikel är skriven utifrån ett barnsjuksköterskeperspektiv. Men då de tar upp och betonar betydelsen av sjuksköterskans kontinuerliga bedömningar av patientens tillstånd samt vikten av att ta in helheten kring patienten för få fram en korrekt bedömning, ser jag en vinst med att ta med denna artikel.

Mead N, Bower P (33) har gjort en metanalys av patientcentrerad vård och fått fram att den innehåller fem dimensioner. Dessa är det bio-psykosociala perspektivet, där hänsyn skall tas till kombinationer av biologiska, psykologiska och sociala hälsoproblem, behov och resurser. Patienten som person, patientens egen upplevelse av erfarenhet av sjukdom utifrån sin egna unika kontext. Delad makt och ansvar, där en ömsesidig delaktighet som bygger på en relation mellan vuxna människor sker. Den terapeutiska alliansen, då finns en överenskommelse kring behandling/vård och behandlingsmålet mellan patienten och vården. Vårdgivaren som person, handlar om den medvetenhet som krävs kring den känslomässiga delen i interaktionen mellan vårdgivare och patient.

Aiken LH et al. (34) visar på att patienters mortalitet var korrelerat till sjuksköterskans arbetsbörda. Även sjuksköterskans missnöje med sitt arbete och sin arbetssituation var starkt korrelerat till antalet vårdrelationer som sjuksköterskan hade ansvar för.

Needleman J et al. (35) påvisar ett samband mellan patienter på en medicinavdelning som får det mesta av sin omvårdnad av en utbildad sjuksköterska och vårdtiden. Vårdtiden kortades ner ju mer vård patienten fick av en utbildad sjuksköterska. Det fanns även ett samband mellan antal urinvägsinfektioner, interstitiella blödningar, lunginflammationer, chock/hjärtstillestånd och onödig död och antalet timmar omvårdnad patienterna fick av en legitimerad sjuksköterska.

Parry C, Kramer H, Coleman E (36) fann att upprättandet av ett hälsodokument av en sjuksköterska som vårdcoach gjorde att äldre patienter och dessas anhöriga upplevde kontinuitet genom vårdens övergångar. Patienterna upplevde även ökad kunskap om sig själv, sina sjukdomars inverkan på kroppen och lär sig tyda tecken på försämring. Detta gällde även anhöriga som upplevde en ökad kunskap om sin äldre närståendes sjukdomar och tecken på försämring i sin sjukdom. Det skapades ett coachande förhållande mellan patienten/anhöriga och sjukvården.

Coleman E et al. (37) menar att genom stöttning och utbildning av patienten och dennes närstående kring patientens vård och omvårdnad ger tryggare övergång från sjukhuset till äldreboendet/hemmet. Utbildningen består av fyra delar: 1) stöttning till självständighet att kunna sköta sin medicinerings. 2) Ett patientcentrerat formulär, där viktig information kring den enskilde finns, följer patienten dit den flyttar för att han/hon skall kunna visa för berörda parter. 3) En kontinuerlig uppföljning skall genomföras av antingen primärvård eller specialistvård. 4) Patienten/anhöriga skall ha en lista där symtom finns listade som tyder på att patienten håller på att bli sämre samt instruktioner på hur de skall agera på detta. Genom att använda sig av detta arbetssätt minskade återinläggningarna.

Parry C et al. (38) påpekar vikten av att använda sig av ett patientcentrerat förhållningssätt och instrument. Under vårdtiden skall ett tvärprofessionellt team samarbeta kring patienten och dennes anhöriga redan från ett tidigt skede av vårdtiden. De menar att det är en fördel med att vårdavdelningen har en person som är utsedd att vara den som leder/har en övergripande funktion kring samarbetet kring patienten. Detta samarbete skall leda till att patienten och dennes anhöriga känner sig trygga vid utskrivningen/övergången till hemmet/äldreboendet. Som i sin tur leder till att återinläggningarna minskar och på så sätt minskar vårdens kostnader.

Benedict L, Holder C (39) påpekar vikten av att kunna möta den allt större gruppen av äldre patienter på våra akutvårdsavdelningar på ett så individanpassat och säkert sätt som möjligt. Genom att använda sig av, Acute Care of Elders (ACE) modellen, där det visat sig att funktionsnedsättningar hos den äldre patienten kan minska och/eller förebyggas genom en tidig inblandning i vårdtillfället av tvärprofessionella instanser. Målet med ACE-modellen är att stabilisera akuta medicinska problem, stabilisera självständigheten gällande patientens funktioner och att vid utskrivning skall rätt vård/omvårdnadsbehov för den äldre patienten kunna erbjudas av kommunen. Att använda sig av en specialistsjuksköterska, med dennes djupare kompetens, på vårdavdelningen som ansvarade för att ACE-modellen följdes, ledde till minskade kostnader samt en minskad genomsnittlig vårdtid.

Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I (40) menar att sjuksköterskans arbete påverkar både kvalitén samt resultatet av rehabiliteringen under vårdtiden, då de genom sin närvaro och agerande har möjligheter att påverka vården kring patienten. Vidare visar studien att sjuksköterskan skall så tidigt som möjligt påbörja insamlingen av patientdata gällande helheten kring patienten och då använda sig av förutbestämda protokoll. Detta för att kunna fånga upp eventuella svårigheter samt vilka förutsättningar och resurser den enskilde patienten har i ett tidigt stadium. På så sätt kan rätt resurser sättas in och alla insatser läggs på den nivå den enskilde patienten behöver. Detta leder till att patienten får en individanpassad vård och rehabilitering samt att utskrivningsprocessen kan starta i ett tidigare stadium av vårdtillfället.

Hegney D et al (41) visar på att med hjälp av en kvalificerad och erfaren sjuksköterska som implementerade ett riskscreeningsinstrument på en akutvårdsavdelning minskade återinläggningarna med 16 % hos patienter 70 år eller äldre. Snittet på antal vårddagar minskade från 6,7 dagar till 5,37 dagar. De menade på att använda sig av en kvalificerad och erfaren sjuksköterska som träffade den äldre patienten, gjorde bedömningen och utvärderingen kunde de fånga upp risker hos den äldre patienten som kan påverka vårdförloppet hos den enskilde individen.

Problemformulering

Det anses att sjukvården idag inte kan sägas vara personcentrerad på ett meningsfullt sätt. Det sägs att vårdprocessen är patologicentrerad och personalfokuserad, och har

svårt att se personen som söker vård på ett strukturerat och tillförlitligt sätt.

Föreliggande studie vill undersöka hur patienter beskriver sina symtom och i sin situation när de söker vård och hur detta manifesteras i journalen. Frågan är om det är personen som lyfts fram eller om det är de biomedicinska markörerna som är i fokus.

SYFTE

Hur den äldre patienten beskriver sina symtom under en semistrukturerad ankomstintervju och hur det speglas i journalen.

METOD

För att välja forskningsmetod måste hänsyn tas till forskningsfrågan och vilken typ av information man vill få fram. Vid en studie där fokus ligger på hur en patient uppfattar sin situation och sina problem kan en kvalitativ metod vara lämplig att använda (26).

I en intervjusituation är det viktigt att intervjuaren försöker sätta sig in i den intervjuades tankevärld och erfarenheter. Det är det som finns inom individen som påverkar och präglar dennes värderingar och handlingar som eftersöks. Ett ankomstsamtal kan ses som en enklare form av intervju men som är tillräckligt innehållsrik för att kunna analyseras. Ankomstsamtalet/intervjun startar med två öppna frågor för att övergå till sökorden i VIPS-boken (27) för fånga upp alla viktiga bitar hos patienten. Här är fyra övergripande begrepp representerade, Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet, för att omvårdnadsprocessen skall fångas upp och föras framåt (27). Det finns stora friheter att lämna sökorden för att ta tag i ett annat närrelaterat område som kommer fram. Fokus under samtalet finns på områden där patienten har eller kan förväntas få problem och kräver extra översyn (26).

URVAL

Den fullskaliga studien kan komma att innefatta 20 – 30 intervjuer samt varje informants journaldokumentation. Populationen i studien kommer då att bestå av äldre patienter, över 65 år, som söker med symtom som vid kronisk hjärtsvikt och som därför blir inlagda på en medicinavdelning. Patienterna rekryteras under första dygnet efter inläggning på vårdavdelning. En screening av medicinklinikens alla

nyinlagda patienter sker dagligen. Patienter som lagts in för försämring av sin kroniska hjärtsvikt eller med symtom som vid kronisk hjärtsvikt, kontaktas och tillfrågas om medverkan i studien.

DATAINSAMLING

I samband med att en patient läggs in på en medicinsk vårdavdelning genomförs en ankomstintervju av en forskningssjuksköterska. Den startar med två öppna frågor: Vill du berätta för mig varför du sökte dig hit samt Vill du berätta för mig hur din hälsa har påverkat ditt dagliga liv den senaste tiden? Då patienterna svarar på dessa frågor antas att all den information som de själva anser vara viktig komma fram samtidigt som följdfrågor också kan ställas. Därefter har intervjun en semistrukturerad karaktär för att säkerhetsställa att all den information som behövs för den fortsatta vården också hämtas in. Intervjuerna spelas in och kommer senare att skrivas ut och analyseras. Vid tillfrågan om deltagande undertecknas en samtyckesblankett (Bilaga 1) där det framgår att deltagandet är frivilligt och personen ifråga kan när som helst avbryta sitt deltagande och att deltagandet är anonymt.

DATAANALYS

För varje informant sker en semistrukturerad ankomstintervju som sedan jämförs med journalanteckningar för det aktuella vårdtillfället. För att analysera innehållet i ankomstintervjun och dokumentationen i journalen har innehållsanalys valts. Detta är en analysmetod som är lämplig att använda för att få fram överförbar information ur ett kommunikationsinnehåll, texter (28). Textmassan i denna pilotstudie består av den utskrivna i ankomstintervjun samt journaldokumentationen. Det bästa sättet att lära sig förstå metoden är att själv genomföra och lägga upp en pilotstudie innan man ger sig i kast med ett större projekt (29). Innehållsanalysens resultat leder till nya insikter och en ökad förståelse kring vissa företeelser som i sin tur kan leda till en utveckling av arbetet inom omvårdnaden (28). Denna studie kan leda till ökad kunskap kring samspelet mellan patient, vård samt vården sinsemellan. Metoden är redan använd och beprövad när det gäller ett vårdvetenskapligt perspektiv i forskning och passar att använda när materialet består av en ankomstintervju och journaldokumentation (textmassa). Dessa texter kan anses vara tillräckligt stora för

att fånga helheten samt tillräckligt små för att kunna fånga sammanhanget under analysen av texten (30).

Den insamlade textmassan läses igenom flera gånger med ett öppet sinne för att kunna fånga helheten. Efter att detta är gjort, skall beslut tas om fokus skall vara på det manifesta eller latent innehåll i texten. Båda varianterna är tolkningar men de varierar i djup och abstraktion (30). Materialet i studien är av sådan karaktär att det inte medger någon djupare analys, vilket medför att en manifest analys kommer att genomföras. Efter detta startar processen med att välja fraser och meningar ut textmassan som anses vara relevanta för syftet/frågeställningen och blir då till meningsbärande enheter. Dessa skall ha relation till varandra genom innehåll och kontext. Vidare skall dessa meningsbärande enheter kondenseras, kortas ner, med bibehållet innehåll utan att ta bort kärnan från ursprungstexten. Det är nu koderna kommer fram ur texten och förstås i relation till sammanhanget. En grupp koder bildar därefter en kategori där innehållets manifesta nivå beskrivs (30).

De skapade kategorierna skall vara ingående och ömsesidigt uteslutande av varandra. All data som relaterar till syftet kan inte uteslutas och ingen data skall kunna hamna under samma kategori. En kategori innehåller oftast ett antal subkategorier, vilka synliggörs genom att de kodade kondenserade meningsbärande enheterna sorteras ut för att illustrera kategorierna. Den högre abstraktionsnivån av processen är själva temat som löper som den "röda tråden" genom innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna. Själva analysen är inte en linjär process utan det är viktigt att forskaren går fram och tillbaka i texten under processen för att säkerhetsställa att koder och kategorier är väl förankrade i intervjutexten (30).

PILOTSTUDIEN

För att pröva den valda metoden i den storskaliga studien har en pilotstudie genomförts. Informanten i pilotstudien bestod av en äldre kvinna, över 65 år som blev inlagd på en medicinavdelning. Hon blev tillfrågad om deltagande och fick i samband med tillfrågan en forskningspersonsinformation (bilaga1). Denna fick kvinnan läsa i lugn och ro och forskningssjuksköterskan kom åter efter 2 timmar och gav då muntlig information. Kvinnan medgav deltagande. Intervjun skedde i avdelningens samtalsrum och spelades in på en bandspelare. Intervjun skrevs delvis

ut av forskningssjuksköterskan och av en sekreterare. Kvalitativ innehållsanalys valdes som metod. Då materialet var av sådan karaktär att det inte medgav någon djupare analys, gjordes en manifest analys. Ankomstintervjun och journalanteckningarna analyserades var och en för sig. Texterna lästes igenom ett flertal gånger och lades in i en kolumn i en tabell för att möjliggöra finandet av de meningsbärande enheterna. Dessa meningsbärande enheter kondenserades ner med bibehållet innehåll, vilka skrevs ner i kolumner bredvid för att inte försvinna från sitt ursprung. Denna process skedde mellan författaren och diskuterades sedan med en handledare. I de fall olika uppfattningar uppstod diskuterades de tills enighet nåddes.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetiken har sitt ursprung kring tiden för andra världskriget då ett flertal händelser skedde i forskningens namn som upprörde både forskare och allmänheten. Framför allt var det grym forskning med dödlig utgång som genomfördes av nazisterna som upprörde omgivningen mest. Efter andra världskrigets slut, när rättegångarna i Nürnberg hölls formades den första offentliga koden för medicinsk forskning. Där det bland annat slog fast att ett informerat samtycke krävs av försökspersonerna samt att riskerna för försökspersonerna skall minimeras och att forskningen skall ha goda konsekvenser för samhället (31).

I dag finns det ett grundläggande dokument gällande etiska riktlinjer för humanforskning, Helsingforsdeklarationen, som sammanställdes av World Medical Association 1964. Denna har reviderats och uppdaterats med jämna mellanrum och senast skedde detta 2008 (31).

Det finns fyra grundläggande etiska principer att relatera till som gäller i alla relationer mellan människor. Vissa forskningsetiska regler kan relatera till dem för att på så sätt få ökad tyngd (32). De är:

Autonomiprincipen: Var och en skall respektera andras förmåga och rätt till självbestämmande, medbestämmande och integritet samt har förmåga att självständigt ta ställning till information till handlingsalternativ. En forskare skall

vara särskilt uppmärksam på vilka personer han/hon tar med. Det får inte vara personer vars förmåga till självbestämmande är nedsatt.

Godhetsprincipen: Att var och en skall sträva efter att göra gott och förebygga eller förhindra skada. Forskaren skall ha respekt för försökspersonens värderingar samt skall undersökningar som sker vara väl motiverade, så att de kan besvara en relevant fråga.

Principen att inte skada: Att andra inte bör utsättas för skada eller risk för skada. I samband med forskningen skall forskaren göra vad som är möjligt för att förhindra/förebygga skada och minimera obehaget för försökspersonen.

Rättvis principen: Alla personer bör behandlas lika, om det inte finns några etiska skillnader mellan dem. Skillnader i behandlingar måste rättfärdigas med hänvisning till etiska relevanta skillnader mellan berörda parter. Det finns krav på att urvalet av försökspersoner sker på ett rättvist och etiskt godtagbart sätt .

International Council of Nurses (ICN) antog den första etiska koden för sjuksköterskor 1953 och har reviderats och fastställts ett flertal gånger senast 2005. Den etiska koden har fyra huvudområden som sammanfattar riktlinjerna för etiskt handlande och alla områden ser till att respekten för människovärdet upprätthålls (18).

Nytto/riskanalys för föreliggande studie

Denna typ av studie där det undersöks vad patienten beskriver som inskrivningsorsak under en strukturerad ankomstintervju och hur det speglas i journalen motiveras med att inte mycket forskning är gjord inom detta ämne, vilket har framkommit efter litteratursökningar. I föreliggande studie får informanterna läsa igenom en forskningspersons information som är tydligt utformad och lättläst. I denna står allt som krävs för att tillfrågad person skall kunna ta ställning till deltagande utan att känna sig tvingad (Bil.1). Efter genomläsning får muntligt och skriftligt samtycke ges.

RESULTAT

Data bestod av två olika delar, ankomstintervjun och journalanteckningarna, som sedan kan jämföras för likheter och olikheter. Först analyserades ankomstintervjun som genomfördes i samband med inläggningen.

ANKOMSTINTERVJUN

Under intervjun berättar patienten om tiden före inläggningen på sjukhus och varför hon sökte vård på akutmottagningen. Ankomstintervjun analyserades och resulterade i fyra olika kategorier och ett tema (Tabell 2).

Tabell 2 Exempel på kod, subkategori, kategori och tema i ankomstintervjun

Tema: <i>Uttömda resurser</i>				
Kategori	Träder in för hemsjukvården/hemtjänsten.	Orkar inte mer.	Påverkad av dyspné.	Upplever illabefinnande.
Subkategori	Arbetsituationen var inte balanserad då verklighet och planering inte stämde.	Förlorade krafter som ledde till att motivationen minskade.	Jag blev så andfådd, så fort jag rörde mig.	Känner sig sjuk.
Kod	Efter min sambo legat inne 6 v. Sen blev det jobbigt efter han kom hem. Mycket som inte stämde och det var krångligt. Och det var inget som var på plats utav de sakerna han behövde.	Då var jag så slut, att jag nästan inte orkade med mig själv. Så jag sa det att jag orkar inte göra ett handtag.	Då börjar det här med att jag blev så andfådd, så fort jag rörde mig var det som blodet rusade till huvudet och blev så där illamående.	Jag kände mig väldigt kass och så fort jag la mig ner var det som jag skulle kvävningsskänsla

Träder in för hemsjukvård/hemtjänst

Den äldre kvinnan som sökte vård på akutmottagningen för andra gången på kort tid med samma symtom hade haft en tung, arbetsam och känslöfylld period bakom sig. Hennes sambo sedan många år tillbaka hade legat inne en längre period på sjukhus och genomgick då en operation. Hon berättar att han har svävat mellan liv och död vid två tillfällen under vårdtiden.

”..legat inne i 6 veckor i höstas efter en operation. Och det tillstötte väldigt mycket och han var så gott som borta ett par gånger”

När hennes sambo blev utskriven från sjukhuset hade inte insatserna från hemtjänsten respektive hemsjukvården genomförts som planerat. Dessa insatser var

viktiga för att sambon skulle kunna bo hemma då han fortfarande var i ett mycket stort behov av hjälp med sin dagliga omvårdnad.

”..blev det jobbigt efter det han kom hem...var det så mycket som inte stämde och det var krångligt..inget var på plats utav de sakerna som han behövde”

Det lades ett stort ansvar på kvinnan. Situationen medförde att kvinnan fick en arbetsbörda som hon inte klarade av i längden. Utan att fråga om hon vill och utan att kontrollera hur det går låter man henne vårda sin sambo. Kvinnan upplever att det är något som inte stämmer med sin sambo men kan inte precisera vad det är. Detta ökar på kvinnans inre oro och känslan av att inte räckta till. Eftersom de förutbestämda insatserna inte finns/kommit igång har heller inte kvinnan någon att diskutera sina funderingar med.

”Fortfarande så lägger jag om stjärten t ex...och det har jag gjort det sista här och skött”

”Han behöver hjälp både morgon och kväll för det är något som inte är bra”

Orkar inte mer

Kvinnan körde bil och hälsade på sin sambo varje dag när han låg inne på sjukhuset. Redan detta kändes arbetsamt och oroligt. Hon kan inte gå utan sin rollator och denna skulle packas in och ut ur bilen varje gång och ibland blev hon tvungen att parkera bilen långt bort. Denna process tärde på kvinnans fysiska och psykiska krafter.

”..åkte jag hit till sjukhuset och varje dag med rollator, lassade in den i bilen och sen ta ur den och gå.”

Den utlovade hjälpen kom inte senare heller trots att hon kontaktade kommunen och stötte på. Hon upplevde att det tärde på hennes fysiska och psykiska krafter. Hon upplevde en stor ensamhet i sin situation anhöriga till trots. Hon är en stolt och envis person som gärna vill klara mycket själv men även denna person har sina gränser för vad hon klarar.

”Då var jag helt slut, att jag nästan inte orkade med mig själv...orkar inte göra ett handtag”

”Mina syskon sa att det går inte det här du håller på med. Men vad gör man”

”Det har varit för mycket det erkänner jag”

Påverkad av dyspné

Kvinnan känner att andfåddheten tilltar och att hon får aldrig vila ut. Hon märker att hon inte kan företa sig någonting utan att andfåddheten gör sig påmind. Enda gången hon kände sig besvärsfri var när hon satt still och inte gjorde något, vilket hon inte kunde när hon hela tiden var tvungen att sköta om sin sambo. Hon hade dessutom hemmet att sköta om. Dagarna före inläggningen kunde hon känna sig andfådd vid minsta rörelse.

”Och då börjar det här med att jag blev så andfådd, satt jag still, låg eller nått, gick det bra”

”Så fort jag gör någonting...böjer mig eller går över golvet...svara i telefon.”

”Som det är nu har jag upplevt andfåddhet när jag vilar.”

Upplever illabefinnande

I samband med att kvinnan upplever andfåddheten alltmer så börjar även andra symtom påkalla uppmärksamhet. Det börjar med att kvinnan känner illamående och yrsel. Dessa symtom som kommer och går, gör att kvinnan börjar känna sig allvarligt sjuk.

”Jag kände mig väldigt kass...precis som om jag skulle kvävningssänsla eller någonting...var tvungen att resa mig för att få luft.”

Nu är kvinnan allvarligt oroad över symtomen och blir stressad och orolig.

”Nu var jag rädd...och oron är där och gnager”

Hon har svårare och svårare för att kunna koppla av och vila. Oron gör att hon nu även sover allt sämre. Hon har kommit in i en ond cirkel. Denna bara accelererar och hon behöver hjälp för att bryta den.

”Det är nog en nackdel att jag inte kan koppla av liksom... kommer just på kvällen för då är det ju svårt och då går det inte att släppa”

JOURNALANTECKNINGARNA

Efter patientberättelsen genomfördes en analys av journalanteckningarna och de resulterade i två kategorier och ett tema (Tabell 3).

Tabell 3 Exempel på kod, subkategori, kategori och tema från dokumentation av läkare och sjuksköterska.

Tema: Läkare och sjuksköterska koncentrerar sig på att översätta symtom till tecken.		
Kategori	Sökande efter tecken.	Symtom som bekräftar tecken.
Subkategori	Letar efter tecken som kan bekräfta försämring av hjärtsvikt.	Tilltagande andningssvårigheter.
Kod	Lätt typ 1 bensvullnad pretibialt. Bild och objektiva fynd som stämmer med nydebuterad? Hjärtsvikt, sannolikt av ischemisk och hypertoni som orsak.	Återkommer med tilltagande andningssvårigheter som enligt egen utsago funnits sedan tidigare.

Sökande efter tecken

På akuten undersöks en äldre kvinna som sökt sig till akuten för andra gången på kort tid för samma symtom, andfåddhet. Vid första tillfället konstaterade man att det inte rörde sig om hjärtinfarkt och de gav medicinska råd och skickade hem henne. Vid detta besök lyssnar man på hennes hjärta och lungor men hör inget onormalt. Man tar ett EKG men det visar inte heller något onormalt. Läkaren ser att kvinnans underben är lätt svullna samt att hon besvärar av dyspné och gör en bedömning att det finns tecken hos kvinnan som talar för att hon har hjärtsvikt.

"Bilder och objektiva fynd stämmer hjärtsvikt".

Läkaren bedömer att kvinnan måste genomgå fler undersökningar inneliggande på en vårdavdelning för att fastställa de misstankar som kommit fram. Akutens läkare misstänker att kvinnans besvär beror på att hon har fått hjärtsvikt. Han/hon ordinerar prover och undersökningar som skall göras på vårdavdelningen för att kunna bekräfta eller avskryva diagnosen hjärtsvikt. Skulle det visa sig att kvinnans besvär var hjärtsvikt ordinerade akutens läkare även läkemedel som i sådana fall skulle sättas in.

"Bör gå vidare med den preliminära bedömningen av hjärtfunktionen med ett ultraljud, röntgen pulm, även pro-BNP för att ha en kemklinisk bekräftelse...enligt min uppfattning bedöms som NYHA klass 1-2...rimligt att gå in med ASA hämmare i det här läget."

Sjuksköterskan på akuten har uppfattat att problemen med andfåddheten startade i oktober men att det bara har blivit värre och värre de senaste dagarna.

”Har egentligen mått sämre sedan oktober.”

På vårdavdelningen tar andra läkare och sjuksköterskor över vården av kvinnan. Avdelningsläkaren gör en ny bedömning och den ursprungliga bedömningen från akuten är inte längre aktuell enligt avdelningsläkaren. Nu anser denne att kvinnans största bekymmer är illamående och detta illamående trycker upp mot bröstet.

”När jag träffar patienten idag... uppger hon att hennes största bekymmer är illamående.”

Sjuksköterskan som tar emot kvinnan på vårdavdelningen ser att andfåddheten startade i oktober, för två månader sedan, i samband med att kvinnans sambo blev sjuk. Kvinnan berättade även att hon och sambon inte hade någon hemhjälp.

”Har mått sämre sedan oktober då hennes sambo blev sjuk...Ingen hemhjälp.”

Avdelningsläkaren letar i hennes journal och upptäcker att kvinnan är opererad i sin buk vid minst tre tillfällen tidigare vilket leder till undersökning av hennes buk för att inte missa något avvikande i den.

”Mjuk och palp-öm i nedre delen av epigastriet. Ingen släppömhet.”

Läkaren väljer att justera läkemedelsbehandlingen utifrån de olika fynden för att se hur kvinnan svarar på det. Detta är ett led i utredningen för att kunna fastställa bakomliggande orsaker till kvinnans tecken.

”Börjar med att ge patienten 2 ml Furosemid. Samtidigt Primperan mot illamående...misstanke om gastrit sätter därför in Omeprazol...utvärdera effekten...sätter ut daglig ordination av 40 mg Furosemid.”

Parallellt väljer läkaren att göra fler undersökningar som skall kunna hjälpa till i processen att tyda kvinnans tecken. Detta för att kunna antingen bekräfta att kvinnan besväras av hjärtsvikt eller inte.

”Beställer röntgen pulm...Ortostatiskt prov skall tas...Pat ska göra UCG...Remiss skrivs till CT-thorax och Spirometri...Pat ska göra en POX-promenad.”

Symtom som bekräftar tecken

Kvinnan uppger vid ankomst till sjukhuset att symtomen startade för två månader sedan då hennes sambo skrevs ut från sjukhus. Hon berättar vidare att hon upplevt sig mer och mer stressad under denna tid då situationen har varit allt för krävande för henne.

”Berättar att hon varit stressad sedan december...debuterade i samband med att patientens make varit på sjukhus...sedan varit ganska krävande hemma.”

Det var andfåddheten och bröstsmärtorna som gjorde att kvinnan sökte sig till sjukhuset. Väl inskriven på vårdavdelningen uppger sig kvinnan vara illamående och får mediciner mot det. Hon uppger även att hon känner sig orolig och får då även en tablett mot oro.

”Känt sig illmående...fått tablett primperan...Känner sig mycket nedstämd och ledsen...Fått en oxascand.”

Efter något dygn säger kvinnan att hennes underben känns svullna samt att hennes åderbräck blivit värre. Detta är något som sjuksköterskan noterar i kvinnans journal men uppger att det inte är någon synlig bensvullnad.

”Tycker själv att hon är svullen om benen men får ej fram några pittingödem.”

Dagen efter uppger kvinnan att hennes underben både gör ont och kliar. Hon önskar att läkaren skall titta på hennes ben eftersom hon upplever att de blir bara värre och att nya symtom tillkommer allteftersom.

”Har smärta och klåda på underbenen... Patienten har fortfarande ont i underbenen - vill att doktorn skall titta på hennes ben.”

Dagarna fortsätter på samma vis och mot slutet av vårdtiden har kvinnan fortfarande besvär med andfåddhet, den finns fortfarande kvar med samma intensitet. Dagen efter att denna notering görs i journalen skrivs hon ut.

”Upplever fortsatta besvär med dyspné vid minsta ansträngning.”

Kvinnan uppgav ett flertal symtom under vårdtiden som tolkades var och för sig som tecken på sjukdom. Vårdpersonalen satte dem inte i sitt sammanhang, där även kvinnans hemsituation spelade en stor roll. Läkaren valde att undersöka och

behandla varje tecken för sig och sjuksköterskan följde passivt med. I epikrisen som skrevs lite senare konstaterar läkaren att:

”Vad det gäller dyspnén tolkas den höra ihop med viss orosproblematik som framkommer under vårdtiden samt att patienten är något överviktig.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vid litteraturgenomgången hittades inga liknande studier och det visade sig vara svårt att finna relevanta studier. Det var även svårt att hitta lämpliga sökord som kunde ge artiklar som var av intresse. Sökningarna i de olika databaserna gav till en början ett alltför stort antal träffar och alla abstrakten kunde inte granskas för att få en korrekt bedömning. Här kan relevanta studier ha fallit bort. En utveckling av sökorden ledde så småningom till ett hanterbart antal träffar där sedan abstrakten kunde granskas (Tabell 1).

Att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys som metod säkerhetsställer användandet av en väl beprövad metod för att kunna dra trovärdiga slutsatser från texter. Upplägget av själva studien är en viktig del. Hur insamlandet av data har skett och variationen av deltagare är något som påverkar trovärdigheten (30). Pilotstudien består endast av en deltagare men den stora studien kommer att innefatta en större variation av deltagare, vilket på så sätt säkerställer variationen av data. Intervjuerna har skett med samma upplägg och utav två forskningssköterskor.

Användandet av två forskningssköterskor kan påverka tillförlitligheten i den större studien då det finns risk för att nya insikter påverkar dessa personer i intervjusammanhanget (30). Detta är något som har diskuterats mellan dessa två personer och med forskningsgruppen för att undvika individuell påverkan.

Vidare är det viktigt att finna de mest lämpliga meningsbärande enheterna, för att säkerhetsställa trovärdiga kategorier som i sin tur leder till ett representativt tema (30). Detta har skett genom att bearbeta och analysera data i den utskrivna texten utifrån syftet, lagom och en hanterbar storlek på de meningsbärande enheterna valdes. En diskussion har även förts mellan författaren och en handledare för att bibehålla rätt fokus genom analysprocessen.

En pilotstudie genomfördes där en patient intervjuades och texten analyserades sedan tillsammans med journalanteckningarna från det aktuella vårdtillfället. Intervjun genomfördes av författaren och den gav en ökad förståelse och en ny kunskap om hur vården fungerar. De två analyserna, patientberättelsen och journalanteckningarna, genomfördes och presenteras i resultatdelen för att en jämförelse skall kunna ske. Valet att använda innehållsanalys som analysmetod gjordes då en patientberättelse kan anses vara tillräckligt stor för att uppfattas som en helhet samtidigt tillräckligt liten för att få innehållet hanterbart. Metoden visade sig även lämplig då all text som analyserades var av klinisk karaktär och inte som en forskningsintervju. Speciellt anteckningarna från journalen var mycket sparsamt utformade och kärnfulla.

Resultaten från pilotstudien antyder att det finns en obalans mellan vård, vårdare och patient. Detta resultat behöver undersökas i en vidare kontext och med ett betydligt större underlag. Då materialet var av sådan karaktär att det inte medgav någon djupare analys, gjordes en manifest analys. Valet att använda patienter med misstänkt hjärtsvikt kan ifrågasättas eftersom den problematik som framkom sannolikt också gäller för patienter med andra symtom. I en större studie bör kriterierna för inklusion vidgas gällande diagnosgrupp så att även andra äldre patienter kan komma ifråga.

RESULTATSDISKUSSION

De viktigaste fynden från analyserna är en antydning om två världar som försöker mötas, utan att riktigt lyckas. Den ena världen utgår ifrån patienten och patientens symtom. Hon förklarar och beskriver sina problem men upplever att hon inte blir tagen på allvar. Patienten verkar också i viss mån anpassa sig för att uppfylla det som vårdarna vill höra. Den andra världen är vården som har ett stelt synsätt. Läkarna försöker utifrån sin specialitet att tolka informationen de får som tecken på sjukdom som kan behandlas. Detta är enkelt och självklart då det är så man är utbildad och så man normalt arbetar. För sjuksköterskorna är situationen en annan, de har en annan utbildning och ett annat synsätt och borde lättare kunna förstå problematiken kvinnan beskriver. Men istället hänger sjuksköterskan passivt med i vårdprocessen. Det resultatet indikerar, är att det finns brister i samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor. Detta kan kanske förklaras av arbetssättet som finns inom

sjukvården. Det traditionella sättet att arbeta är att läkaren är den som initialt samlar in information på olika sätt för att sedan besluta om undersökningar och behandlingar. Sjuksköterskans roll i den processen är att inta en tillbakadragen roll, samla in en begränsad information och i huvudsak utföra läkarens ordinationer. Först senare under vårdtiden träder sjuksköterskan in och hämtar in en mera fullödig information som behövs för att planera en utskrivning.

Det resultatet pekar på är en brist i organisation och samarbete som leder till att man förlorar tid, utsätter patienten för onödig vård och fokuserar på fel problem. Patienten i pilotstudien får dessutom inte den hjälp hon så uppenbart behöver. I litteraturen finns beskrivet hur man kan arbeta enligt ett personcentrerat förhållningssätt. Personcentrerad vård skulle kanske kunna minska risken för att man gör sådana misstag. Mead & Bower (33) har en definition av personcentrerad vård och det innehåller fem dimensioner: det bio-psykosociala perspektivet, patienten som person, delad makt och ansvar, den terapeutiska alliansen och vårdgivaren som person. Här ses patienten som en helhet, relationen mellan patienten och vården och relationer inom vårdens olika aktörer fångas upp. I den personcentrerade vården är patientberättelsen central och tillsammans med läkarens status och anamnes är den en grund för både den medicinska vården och omvårdnaden. I patientberättelsen som genomfördes i pilotstudien blev det mycket tydligt vad patientens problem i grunden bestod av. Hade den kliniska sjuksköterskan genomfört sitt ankomstsamtal utifrån ett personcentrerat perspektiv och presenterat sina fynd för läkaren på rondens så hade sannolikt vårdtillfället fått ett annat innehåll.

Katie Eriksson (11) beskriver vårdprocessen som ett dynamiskt skeende och detta består av fyra faser, kartläggning, planering, förverkligande och utvärdering. Kärnan i denna vårdprocessen är patient- och vårdrelationen, där hälsa är helheten och det ligger i människans upplevelse av helheten som avgör om man upplever sig ha hälsa. Patientanalysen skall vara en dynamisk process där data kring patientens totala livssituation samlas in och analyseras. Det finns dock faktorer som påverkar själva vårdprocessen bland annat i form av lagstiftningar, ekonomi och utbildning och utbildningsnivåer. Denna beskrivning av vårdprocessen överstämmer med ett personcentrerat förhållningssätt (11, 33). Genom att vara medveten om dessa

beskrivna samband skulle vården för kvinnan ha påverkats i en trolig positiv riktning, med en mer planerad, strukturerad och kortare vårdtid.

I fallet med pilotstudiens patient har det begåtts en lång rad misstag redan innan föreliggande vårdtillfälle. Upprinnelsen till problemet som patienten beskriver är att något gick fel i samband med utskrivningen av sambon. Hon beskriver att det gjordes en planering som var bra men att åtgärderna sedan aldrig genomfördes. Från patientberättelsen går det inte att avgöra vems fel detta egentligen var. Patienten uppger att hon kontaktade biståndsbedömare flera gånger och försökte få den hjälp hon blivit utlovad men av någon anledning blev det inte så. Det ledde till att hon kände sig villrådlig och övergiven vilket påverkade till sist hennes egen hälsa. Första gången hon kom till akutmottagningen så "räckte" inte hennes symtom till för en inläggning. Kanske förstod man att problemet inte var medicinskt den gången när man inte ville lägga in henne men man försökte inte heller att hjälpa henne med den svåra situation hon hade. Efter två dagar söker hon igen med förvärrade symtom och då blir hon inlagd. Det står beskrivet i journalen hur kvinnan uppger nya symtom under hela vårdtiden. Det är en intressant läsning om skeendet under vårdtiden där kvinnan verkar försöka anpassa sig till vården på något sätt. Hon kanske förstår att hon aldrig kommer att få den typ av hjälp som hon egentligen skulle behöva och hon känner att hon inte orkar åka hem fortsätta på samma sätt som innan. Under vårdtiden uppstår det nya symtom samtidigt som de ursprungliga symtomen kvarstår med oförminskad styrka. Kvinnans situation ser faktiskt likadan ut hela tiden som innan inläggningen. Här kan man kanske skönja ett skäl till det som vårdpersonalen ibland ger uttryck för, att patienterna inte vill gå hem och att de försöker klamra sig fast i vården.

Det går inte att utläsa ur journalen hur kommunikationen mellan vårdpersonalen ser ut. Har kommunikation kring kvinnans situation och över det aktuella vårdtillfället överhuvudtaget hållits går inte att utröna. Om utskrivningen har planerats utifrån hennes resurser går inte heller att utläsa. Kommunikationen inom vårdens aktörer är en viktig bit för att kunna driva vård och rehabilitering framåt (3).

Problemen som uppenbarar sig vid detta vårdtillfälle baseras både på kunskapsbrister och organisationsbrister. Utifrån dokumentationen som analyserats

så framstår det som om det enbart är läkaren som bedömer patienten, sjuksköterskans röst är mycket svag. Det är ett traditionellt arbetssätt som nu bör brytas för att vården skall kunna styra sina resurser på ett effektivare sätt. En utveckling av sjuksköterskeprofessionen skulle troligen kunna leda till bättre resultat. De specialistutbildade sjuksköterskorna är strategiskt viktiga i en sådan utveckling (34). De kan driva den utvecklingen som är nödvändig för att utöva evidensbaserad vård. Specialistsjuksköterskor har de kunskaper och färdigheter som krävs för avancerat omvårdnadsarbete. Kunskapsnivån hos en specialistsjuksköterska är av central betydelse i den allmänna omvårdnaden av patienter med komplexa tillstånd inom högspecialiserad sjukhusvård. I vårdssituationer av olika slag är det avgörande för såväl patientens som närståendes välbefinnande, värdighet, säkerhet och återhämtning att specialistsjuksköterskor bedriver avancerad omvårdnad (35).

I en studie finns beskrivet hur man arbetat med en coach vars uppgift var att höja vårdkvaliteten för sköra patienter och säkerhetsställa att överflyttningar till nästa vårdgivare genomfördes på ett säkert sätt (36). I en vårdkontext skulle en sådan vårdcoach vara en sjuksköterska, företrädesvis en specialistsjuksköterska (2,37,38). Vårdcoachen/specialistsjuksköterskan skulle kunna ansvara för att den personcentrerade vårdmetoden följs samt fungera som handledare för övriga sjuksköterskor så de stärks i sin roll (2,36).

Information om kvinnan samlades inte in på ett systematiskt sätt, det som finns att läsa är kortfattade anteckningar som nästan uteslutande handlar om medicinska frågeställningar. Det finns inte heller någon planering för utskrivningen vilket ökar risken för att patienten inte heller nu fick den hjälp hon behövde. Sjuksköterskan borde i ett tidigt skede av vårdtiden fångat in all viktig data för att kunna fokusera rätt nivå av insatser i vård och rehabilitering samt att förbereda utskrivningen (39,40,41). Detta är en viktig del av vårdprocessen, speciellt för den äldre patienten som kan ha en liten mer komplicerad situation än en yngre patient (39,41). Utvärderingar av insatta åtgärder bör ske som en kontinuerlig dynamisk process under hela vårdtiden (4). I epikrisen står det att läsa att kvinnan inte led av hjärtsvikt men däremot kopplades kvinnans symtom ihop, av den utskrivande läkaren, med att hon var orolig och stressad över sin hemsituation samt att kvinnan även var

överviktig. Vid inskrivningen fanns en anteckning med information som beskrev kvinnans hemsituation men vården valde att inte uppmärksamma detta och gå vidare. Man skriver även i epikrisen att kvinnan är vid gott mod, trots att sjuksköterskan dagen innan dokumenterat att kvinnan fortfarande har sina grundsymtom kvar. Den sammanlagda vårdtiden för kvinnan blev sju dagar.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Vård och omsorg. Folkhälsorapporten-Om äldres hälsa. Lägesrapport 2007; Stockholm 2008.
2. Shanley C, Sutherland S, Stott K, Tumeth R, Whitmore E. Increasing the profile of the care of the older person in the ED: A contemporary nursing challenge. *J Emg Nurs* 2008;16,152-58.
3. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs* 2009; 18(18):2539-46.
4. Broom M. Exploring the assessment process. *Paediatric Nurs* 2007; 19(4):22-5.
5. Von Korff M et al. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;(12):1097-1102.
6. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000 Feb 26,320(7234):526-7.
7. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20(6):64-78.
8. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. 2002. *Am J Manag Care*. 2005;11:478-88.
9. Hawthorne WB et al. A Patient-Centered Acute Inpatient Alternative: Results of a Randomized Trial Academy for Health Services Research and Health Policy. Meeting. *Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet*. 2001; 18:18.
10. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Förf. och Studentlitt: Sverige;2005.
11. Eriksson K. Vårdprocessen. Almqvist & Wiksell: Stockholm; 1998.
12. Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg I. Att förstå vårdvetenskap. Studentlitteratur: Lund; 2003.
13. Eriksson K, Lindström U.Å. Siktet, sökandet, slutandet-om den vårdvetenskapliga kunskapen Ur: Eriksson K, Lindström U.Å.(red) Gryning I - en vårdvetenskaplig antologi. Vasa Åbo Akademi; 2000;5-18.

14. Wiklund L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Natur och Kultur: Stockholm; 2003.
15. Watson J. *En teori för omvårdnad – omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
16. Svensk sjuksköterskeförening. *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Svensk sjuksköterskeförening: Stockholm; 2001.
17. Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm; 2005.
18. ICN-Etisk kod för sjuksköterskor. International Councils of Nursing. Svensk sjuksköterskeförening: Stockholm; 2005.
19. Holliday R C, Cano S, Freeman J A, Playford E D. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:576–80.
20. Penney W, Wellard S. Hearing what older consumers say about participation in their care. *Int J Nurs Pract* 2007;13: 61–8.
21. Logstrup K.E. *Det etiska kravet*. MediaPrint AB: Uddevalla; 1994.
22. Kemp P. *Lévinas- En introduktion*. MediaPrint AB: Uddevalla; 1992.
23. www.ne.se. Sökord: Kunskap. 2009-04-05.
24. Willman A. Behövs specifika omvårdnadsteorier/modeller för ämnets utveckling. Bil 4.s.31-35.I *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Svensk sjuksköterskeförening: Stockholm; 2001.
25. Dahlberg K. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
26. Carlsson B. *Kvalitativa forskningsmetoder- för medicin och beteendevetenskap*. Almqvist & Wiksell: Falköping; 1991.
27. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. *VIPS-boken*. Bromma-Tryck AB: Stockholm; 2000.
28. Krippendorff K. *Content Analysis-An Introduction to its Methodology*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage;2000:18-44.
29. Bryder T. *Innehållsanalys som idé och metod*. Meddelande från Stiftelsen för Åbo Akademi Forskningsinstitut nr 26: Åbo; 1985.

30. Granheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004;24(2):105-12.
31. CODEX - Regler och riktlinjer för forskning – Forskning som involverar människor. 2009-04-23; <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
32. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Almqvist & Wiksell: Uppsala; 2003.
33. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
34. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *J Am Med Assoc* 2002;288(16):1987-93.
35. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Selevinsky K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346(22):1715-22.
36. Parry C, Kramer H, Coleman E. A Qualitative Exploration of a Patient-Centered Coaching Intervention to Improve Care Transitions in Chronically Ill Older Adults. *Home Health Care Services Quarterly* 2006;25(3/4)39-53.
37. Coleman E, Parry C, Chalmers S, Min S-J. The Care Transitions Intervention-Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med* 2006;166:1822-28.
38. Parry C, Coleman E, Smith J, Frank J, Kramer A. The Care Transitions Intervention: A Patient-Centered Approach to Ensuring Effective Transfers Between Sites of Geriatric Care. *Home Health Care Services Quarterly* 2003;22(3)1-15.
39. Benedict L, Holder C. Clinical Nurse Specialist Practice Within the Acute Care for Elders Interdisciplinary Team Model. *Clin Nurs Spec* 2006;20(5):248-51.
40. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an intergrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs* 2007; 58(2):116-25.

41. Hegney D, Buikstra C, March J, McKay M, Cope G, Fallon T. Nurse discharge planning in the emergency department: a Toowoomba, Australia, study. *J Clin Nurs* 2006;15: 1033-44.

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte till studien

Den medicinska behandlingen av patienter med hjärtsvikt har det senaste decenniet blivit mycket framgångsrik. Sjukhusvård och omhändertagande har däremot inte utvecklats på samma sätt. Ett sätt att stärka sjukhusvården av patienter med hjärtsvikt kan vara att utveckla patientens medverkan. Hur detta kan göras behöver undersökas vetenskapligt. Vi planerar därför att genomföra en studie av hur patienters uppfattning stämmer överens med det som skrivs in i journalen.

Tillfrågan om deltagande

Du tillfrågas om att delta i studien eftersom du blivit inlagd för vård av hjärtsvikt.

Studiens genomförande

För den som deltar i studien innebär det att en forskningssjuksköterska genomför en längre patientintervju, utöver det korta ankomstsamtal som ordinarie sjuksköterska gör. I denna intervju inriktar vi oss på din beskrivning av din egen situation, vilka förväntningar du har på vården och vilka mål du har för vad denna ska resultera i. I samband med denna intervju samlar forskningssjuksköterskan även information kring hur symtomen av sjukdomen påverkar dig, hur du klarar dina dagliga aktiviteter och ditt medicinska allmäntillstånd. Inga extra undersökningar eller behandlingar kommer att göras på grund av studien.

Risker och nytta

Det finns ingen direkt personlig nytta av att delta i studien utan studien syftar till möjlig nytta på lång sikt. De eventuella risker som finns består i att patientintervjun möjligtvis kan väcka problematiska känslor kring Din situation. I den mån det sker, erbjuder vi möjligheten att kontakta någon av nedanstående personer för ett samtal kring dessa känslor.

Hantering av materialet som samlas in

Patientuppgifter från studien kommer att lagras och databehandlas. Uppgifterna är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till dem. Vid databearbetning kommer namn och personnummer att ersättas med en kod så att ingen enskild individ kan urskiljas. Endast den som är ansvarig för studien har tillgång till "kodnyckeln". Intervjun kommer att skrivas ut och analyseras. Resultatet ligger till grund för en uppsats vid Göteborgs Universitet.

Frivillighet och avbrytande

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta deltagandet i studien. Din fortsatta vård kommer inte att påverkas om Du väljer att inte delta i studien eller om Du avbryter ditt deltagande. Om Du har frågor kan Du vända Dig till Din omvårdnadsansvariga sjuksköterska på vårdavdelningen eller till studieansvarig forskningssjuksköterska.

Studieansvariga:

Annika Hilding,
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0739-710168
E-post: annika.hilding@vgregion.se

Lars-Eric Olsson
Fil Dr, Handledare
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Tel: 031-7866038
E-post: lars-eric.olsson@vgregion.se

Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag till att delta i studien efter att ha fått erforderlig information. Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt och att jag har rätt att avbryta när som helst utan att ange några skäl för detta. Jag är även medveten om att ett sådant avbrytande inte på något sätt kommer att påverka min fortsatta behandling och vård.

Jag samtycker till att min patientberättelse spelas in på ljudband.

Namn (och eventuellt andra uppgifter)

Underskrift och datum