

# Personcentrerad vård på sjukhus

## En utvärdering av utskrivningsprocessen

FÖRFATTARE	Emilia Ahlm och Nathalie Öhgren
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad
	VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas och Andreas Fors
EXAMINATOR	Eva Jakobsson Ung

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **FÖRORD**

Vi vill tacka vår handledare Kerstin Dudas och Andreas Fors som givit oss uppmuntran, tid och energi. Ert stöd har varit vår inspirationskälla! Vi vill också tacka Joakim Öhlén som i början av arbetet gav viktig vägledning som grund för uppsatsen.

Titel (svensk):	Personcentrerad vård på sjukhus. En utvärdering av utskrivningsprocessen
Titel (engelsk):	Person-centered care in hospitals. An evaluation of the discharge process
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet/180 högskolepoäng/Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	39 sidor
Författare:	Emilia Ahlm och Nathalie Öhgren
Handledare:	Kerstin Dudas och Andreas Fors
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

## SAMMANFATTNING

**BAKGRUND:** Personcentrerad vård (PCV) utgörs bland annat av patientberättelse, partnerskap och dokumentation. Samverkan mellan sjukhus, kommun och primärvård krävs för kontinuitet i vårdkedjan. **SYFTE:** Syftet var att utvärdera i vilken grad personcentrerad vård utifrån valda kriterier för PCV avspeglades i journalhandlingar av betydelse för vårdkedjans kontinuitet. **METOD:** Granskning gjordes av 194 elektroniska patientjournaler dokumenterade på två medicinavdelningar (A och B). På avdelning A kompletterades granskningen med ett utarbetat planeringsunderlag. Studien bestod av två delar. I första delen undersöktes förekomst av utskrivningsplanering, omvårdnadsepikris, medicinsk epikris och omvårdnadsremiss. Vidare undersöktes om förekomst av omvårdnadsepikris påverkades av om patienten skrevs ut till annat boende, annan avdelning eller hemmet och patientens vårdtid. I andra delen användes journalgranskningsverktyget Cat-ch-Ing för att undersöka graden av PCV i omvårdnadsepikrisen avseende patientberättelse och uppföljning, samt i journalen och planeringsunderlagen avseende teambeslut. Det undersöktes också om dokumentation av teambeslut påverkade omvårdnadsepikrisens innehåll. **RESULTAT:** Resultatet visade att omvårdnadsepikriser i högre grad dokumenterades då patienten skrevs ut till annat boende eller annan avdelning än då patienten skrevs ut till hemmet. Granskningen av omvårdnadsepikriser visade att 96 % nådde nivåerna tendens till PCV alternativt ingen PCV. De resterande uppnådde nivån delvis PCV och inga av omvårdnadsepikriserna uppnådde fullständig PCV. Granskningen av journaler och planeringsunderlag visade att avdelning A i högre grad dokumenterade teambeslut. Cirka en tredjedel, 34 %, av journalerna och planeringsunderlagen på avdelning A och 75 % av journalerna på avdelning B innehöll ingen PCV alternativt tendens till PCV. Andelen som uppnådde nivån delvis PCV på avdelning A var 62 % respektive 25 % på avdelning B. Nivån fullständig PCV uppnåddes på avdelning A i 3 % av journalerna och planeringsunderlagen, och inte i några av journalerna på avdelning B. **KONKLUSION:** Avdelningarnas dokumentation avspeglar låg grad av PCV utifrån valda kriterier. Studien visar även att planeringsunderlaget inte hade någon effekt på dokumentation av PCV under utskrivningsprocessen.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
HISTORIK BAKOM BEGREPPET PERSON- CENTRERAD VÅRD.....	1
PERSONCENTRERAD VÅRD.....	2
Patientberättelse.....	3
Partnerskap.....	4
Dokumentation .....	4
VÅRDKEDJA.....	5
Omvårdnadsepikris.....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
BEDÖMNINGSUNDERLAG.....	7
PRIMUS-remiss.....	7
Planeringsunderlag.....	7
Granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing.....	8
DEL 1 - FÖREKOMST AV JOURNALHANDLINGAR.....	8
DEL 2 - KVANTITATIV INNEHÅLLSGRANSKNING.....	9
URVAL.....	10
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
STUDIEPOPULATION.....	11
DEL 1 - FÖREKOMST AV JOURNALHANDLINGAR.....	13
Förekomst av utskrivningsplanering, omvårdnads- epikris, medicinsk epikris och PRIMUS-remiss.....	13
Omvårdnadsepikris vid utskrivning.....	14
Omvårdnadsepikris och vårdtid.....	14
DEL 2 - KVANTITATIV INNEHÅLLSGRANSKNING.....	14
Patientberättelse i omvårdnadsepikris.....	15
Uppföljning i omvårdnadsepikris.....	15
Sammanslagning av resultatet för patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikris.....	16
Teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag.....	17
Teambeslut och omvårdnadsepikrisens innehåll av PCV.....	18

<b>DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
METODDISKUSSION.....	19
Datainsamlingsmetod.....	19
Del 1 – Förekomst av journalhandlingar.....	20
Del 2 – Kvantitativ innehållsgranskning .....	20
Personcentrerad vård.....	21
Etik.....	21
RESULTATDISKUSSION.....	22
Att skriva eller inte skriva en omvårdnadsepikris.....	22
Sambandet omvårdnadsepikris – boende .....	23
Patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikris.....	23
PRIMUS-remiss.....	25
Utskrivningsprocessen.....	26
Planeringsunderlaget.....	27
Hur studien bidrar till att förbättra det praktiska vårdarbetet.....	27
<b>KONKLUSION</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>39</b>
<b>BILAGA 1: PLANERINGSUNDERLAG</b> .....	<b>33</b>
<b>BILAGA 2: GRANSKNINGSINSTRUMENTET</b>	
<b>CAT-CH-ING</b> .....	<b>38</b>

## **INLEDNING**

Idag debatteras flitigt om patientens delaktighet inom hälso- och sjukvården. Vårdens organisationer anses ha för stor makt och för svaga incitament för att anpassa sin verksamhet efter patienters behov och de kritiseras för att patienter ofta objektifieras. Personcentrerad vård är således ett aktuellt ämne och en allt större del av vårdens verksamheter har börjat införa detta arbetssätt. Två medicinavdelningar (A och B) på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra har sedan år 2011 ambitionen att ge personcentrerad vård. Då dokumentation av personcentrerad vård är en möjlighet att försäkra sig om att den givna vården håller en viss kvalitet, gjordes en kvalitetsgranskning avseende dokumentation av personcentrerad vård i patientjournaler. Studien visade att personcentrerad vård i låg grad avspeglades i dokumentationen (1).

Då vårdkedjan har fått fler länkar och kortare vårdtider i varje länk är det inte ovanligt att information går förlorad när patienten överrapporteras till nästa vårdgivare. Förlorad information vid överrapportering kan leda till en förlängd vårdprocess och ett onödigt lidande för patienten. Därmed krävs kontinuitet i vårdkedjan och en helhetssyn om patientens situation. Då personcentrerad vård innebär en helhetssyn om individen är det en förutsättning för att kunna förbättra patientens övergång mellan olika vårdgivare i vårdkedjan. Utskrivningsprocessen och personcentrerad vård engagerar oss eftersom vi bevittnat hur patienter blivit lidande på grund av bristande samverkan i vårdkedjan. Mot bakgrund att detta och då behov fanns beslöt vi oss att utvärdera hur personcentrerad vård dokumenteras i utskrivningsprocessen på medicinavdelningarna A och B. Vår utvärdering är således ett led i en kvalitetsgranskning avseende dokumentation av personcentrerad vård på avdelningarna. Utvärderingen kan uppmärksamma sjuksköterskor på avdelningarna om, och i så fall var, den personcentrerade vården brister i utskrivningsprocessen.

## **BAKGRUND**

### **HISTORIK BAKOM BEGREPPET PERSONCENTRERAD VÅRD**

Läkekonsten har historiskt sett varit paternalistisk och personcentrerad vård är i dagens bemärkelse ett relativt nytt fenomen. Under 1800-talet lades grunden till patientcentrering, det som idag benämns som personcentrerad vård, genom humanismens framväxt. Humanismen innebar en ny syn på

människan då respekt för individens människovärde började beaktas. Dock nådde inte humanismen innanför sjukhusens väggar – patienten var fortfarande underkastad och hade ingen egen talan (2). På 1950-talet började begreppet patientcentrerad medicin att användas. Begreppet innebar att patienten sågs som en individ och att dennes upplevelse av sjukdom uppmärksammades. Sjukdom sågs som något bortom biologi som innefattade både ett psykologiskt och ett socialt perspektiv. Patientcentrerad medicin innebar även partnerskap och delat ansvar mellan vårdgivare och patient (3).

De sista 50 åren har såväl behandling som diagnostik förändrats dramatiskt vilket lett till att dödlighet och sjuklighet minskat vid flera stora folksjukdomar (3). I takt med att diagnosmetoderna blev mer avancerade och visade objektiva data togs mindre hänsyn till patientens upplevelser. Läkaren var experten och visste vad patienten behövde (2, 3). I slutet av 1960-talet växte en ny samhällssyn fram i Sverige med medborgarrörelser och kritik mot överhet och samhälle. Kritiken nådde vården i slutet på 1970-talet och ett känt exempel av detta är filmen Gökboet. Kritiken förde Sverige mot nya lagstiftningar som drev utvecklingen mot allt större patientcentrering. HSN (Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd) och sekretesslagen 1980, hälso- och sjukvårdslagen 1982, lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991, vårdgaranti 2005 samt vårdval 2009 är exempel på lagar som drivit vården mot patientcentrering (2).

Begreppet personcentrering tog form först på slutet av 1900-talet och är än idag under införande. Idag är begreppet personcentrerad vård etablerat inom hälso- och sjukvården och en viktig del av vård och behandling av patienter med kroniska sjukdomstillstånd (3). Enligt Socialstyrelsen är vården fortfarande inte tillräckligt patientcentrerad och kan därför ses som en utmaning inför framtiden (4).

## **PERSONCENTRERAD VÅRD**

Inom den personcentrerade vården betonas att patienten är en person som inte bör reduceras till en sjukdom eller diagnos, utan att patienten bör ses som en person i sitt unika sammanhang med styrkor, framtidsplaner och rättigheter (5). Det centrala i personcentrerad vård är därmed att sjuksköterskan utgår från patientens egen tolkning av sin upplevda hälsa och sjukdom. Patientens tolkning tillsammans med evidens utgör sedan grunden för en vård- och behandlingsplan (3, 6). I hälso- och sjukvårdslagen (7) från 1982 fastställdes att vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande, att vården ska utformas i samråd med patienten samt att patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som finns för undersökning och vård (3). Därmed finns

grunden för personcentrerad vård redan fastställd i hälso- och sjukvårdslagen sedan 30 år tillbaka (7).

Personcentrerad vård innebär en holistisk syn på individen. Patientens alla behov så som emotionella, sociala, praktiska och medicinska tas i beaktande eftersom samtliga påverkar personens hälsa. Trots att patienten ofta påverkas både fysiskt och psykiskt av sin sjukdom kan en patient med ett sviktande organ undersökas av flera specialister som var och en fokuserar på sitt område. I en sådan situation kan patienten ge uttryck i form av ”benet är gipsat men tillvaron bruten”. Detta motiverar en helhetssyn på personen (8).

Studier (5, 6, 9-11) visar att personcentrerad vård har positiva effekter på vården för både patient och vårdgivare. En studie utförd på personer med hjärtsvikt (6) visar att fullt implementerad personcentrerad vård innebär en förkortad vårdtid med drygt två dygn samt att ADL förmåga (activities of daily living) förbättras eller bibehålls (6). Andra studier (5, 9-11) visar att personcentrerad vård leder till ökad samstämmighet mellan patient och vårdgivare, ökad tillfredsställelse hos patienten, effektivare vård och rehabilitering, minskad användning av smärtstillande läkemedel samt att patientens tillfrisknande gynnas.

Enligt Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) utgörs personcentrerad vård av tre komponenter; patientberättelse, partnerskap och dokumentation. Patientberättelsen ligger till grund för partnerskapet och dokumentation av dessa försäkrar att vården bedrivs personcentrerat (5).

### **Patientberättelse**

Patientberättelsen bygger på ett möte mellan två parter där den ena är intresserad av att lära känna den andra (12). Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att synliggöra personen bakom det medicinska genom att ta reda på dennes behov och tillfredsställa dessa. För att kunna ge bästa möjliga vård krävs att sjuksköterskan ser personen bakom sjukdom, åldrande och beteende och försöker sätta sig in i patientens situation oavsett om denne lider av akut hjärtinfarkt, övervikt eller demens. För att kunna göra det krävs god kännedom om personen och dennes intressen och behov (13, 14). Patientberättelsen utgörs av patientens upplevelse av ohälsa och symptom och hur dessa inverkar i det dagliga livet och ger uttryck i form av lidande. Att låta patienten berätta om sina upplevelser signalerar att dess tankar är viktiga eftersom fokus då ligger på personens subjektiva upplevelser bakom sjukdomen (5). Patientberättelsen ger även kunskap om personen då den förmedlar hur han eller hon ser på sitt liv, val och beslut som tagits, vilka värderingar hon eller han har liksom förhållning till omgivning, relationer,



framtid och död. Kunskap om patienten kan påverka omvårdnaden och göra den meningsfull, ändamålsenlig och bidra till att tillit skapas mellan sjuksköterska och patient. Att få berätta kan också vara helande (12). Ofta saknas en dokumenterad patientberättelse i patientjournalen (15). I hälso- och sjukvårdsrapporten 2009 (4) konstateras att fokus på patienten måste förbättras eftersom val av behandling ofta grundas på objektiva data istället för på patientens upplevelser och önskemål. Patientens resurser identifieras och utnyttjas sällan i den mån de borde i patientens vård och behandling (5).

### **Partnerskap**

Personcentrerad vård börjar med ett uppbyggande av partnerskap där patienten får berätta om sin situation innan och efter sjukdomsdebut och hur symptomen påverkar det dagliga livet (5, 6). Vård och behandling diskuteras därefter tillsammans med patienten (6). Det centrala är därför att information liksom övervägande och beslutsfattande delas mellan vårdgivare och patient. Inte minst i vården av kroniskt sjuka patienter är det viktigt att patient och vårdare utvecklar ett partnerskap så att gemensamt satta mål ska kunna nås. Då en patient diagnosticeras bör vårdteamet tillsammans med patienten utvärdera alla aspekter av olika behandlingsalternativ med hänsyn till vilka som passar patientens livsstil, mål, värderingar, framtidsplaner och upplevda hälsoproblem (5). Patientens och vårdarens förmåga att delta i beslutsfattande är av betydelse för att kunna säkerställa kontinuitet av vården. Patientens egna upplevelser och kunskap om sin hälsa behöver kommuniceras till sjuksköterskan för att kunna tas i beaktande och möjliggöra högre kontinuitet av vården. Förtroende, delaktighet, och förutsägbarhet har visat sig vara viktiga kännetecken på kontinuitet i vården på individnivå. I flera studier (16) poängteras vikten av att patienter och vårdgivare är välinformerade och de visar att såväl patienter som anhöriga upplever att information om patientens tillstånd och omständigheter är bristfällig.

### **Dokumentation**

Sedan år 1986 då patientjournalagen (17) kom har sjuksköterskan en skyldighet att dokumentera i patientens journal. Det primära syftet med omvårdnadsdokumentation är att den ska fungera som ett underlag för vårdpersonalen i arbetet med patienter (10). Dokumentation i journal av patientens upplevelser, värderingar och önskemål, liksom delaktighet och beslutsfattande i vården legitimerar patientens perspektiv, gör patientens och sjuksköterskans samverkan transparent samt främjar vårdens kontinuitet. Dokumentation av sådan information måste ses likvärdig med kliniska fynd och laboratorieresultat. Dokumentation av patientberättelse och samverkan mellan patient och sjuksköterska är således en försäkran om att vården håller en viss kvalitet (5).

## VÅRDKEDJA

I hälso- och sjukvårdslagen (7) står skrivet att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att vården bland annat ska tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (7). Kontinuitet i vården anses vara en viktig faktor som påverkar patientens tillfredsställelse och patienten har rätt till och bör förvänta sig att få en samordnad och individuell vård (7, 16). Många patienter har idag ett kvarstående vårdbehov efter utskrivning från sjukhus på grund av kortare vårdtider. För en patient som behöver genomgå en lång rad av vårdåtgärder kan vårdkedjan innebära en labyrint av svårigheter (18, 19). Ibland har patienten inte alltid ork att själv ta sig genom denna labyrint och då kan sjuksköterskan behöva lotsa patienten genom hela vårdkedjan (19).

En patient som skrivs ut till hemmet med fortsatta omvårdnadsbehov behöver kontakt med en distriktssköterska. Distriktssköterskan och/eller läkaren i primärvården får dock sällan tillgång till patientens vårdplanering och det fortsatta omvårdnadsbehovet riskerar därmed att inte tillgodoses. Det kan leda till oro hos patienten, som då åter söker sjukhusvård kort tid efter hemkomst (16, 18, 20, 21). Om inte rätt information ges till vårdgivare förlängs vårdprocessen med ett onödigt lidande som resultat för patienten. För att nästa vårdgivare ska kunna ta över vården krävs samverkan mellan sjukhus, kommun och primärvård (18, 20). När varken primärvård, kommunal vård eller landsting tar ansvar för helheten och kontinuiteten av patientens vård är det inte ovanligt att patienten hamnar ”mellan stolarna” (18, 22). Problemet är störst vid övergång mellan sjukhus och fortsatt vård exempelvis i det egna hemmet. Även om vårdarbetet på avdelningen är av god kvalitet riskerar slutresultatet att bli bristfälligt om ingen följer upp patientens fortsatta vårdbehov (22). Problemet kan orsakas av bristande kontinuitet och kommunikation, att den ena verksamheten inte vet hur den andra planerat eller att viktig information försvinner på vårdkedjans olika nivåer (18, 22).

Vårdkedjetänkandet innebär att samordna insatserna vilket kräver kunskap om varandras verksamheter samt förmåga att kommunicera och samverka (22). I dagens hälso- och sjukvård finns brister i kommunikation och förståelse av andra vårdaktörers arbetsuppgifter och funktioner. Sjukhusets sjuksköterska har ett sjukdomsorienterat perspektiv medan kommunens sjuksköterska har ett salutogent perspektiv. Sjuksköterskor i landsting och kommun har därmed olika mål, värderingar och tankesätt som kan utgöra ett problem för samarbetet med en gemensam patient (16). Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (7, 23) är kommuners och landstings

verksamheter och yrkesgrupper skyldiga att samarbeta med varandra. Många äldre har omfattande omvårdnadsbehov på grund av funktionsnedsättningar och sjukdomar och behöver således omvårdnadsinsatser från både sjukhus och hemsjukvård (18, 22). Därmed krävs kontinuitet i vårdkedjan och en helhetssyn på patientens situation (22).

### **Omvårdnadsepikris**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (24, 25) är sjuksköterskan skyldig att utvärdera och sammanfatta givna omvårdnadsåtgärder i en omvårdnadsepikris då patienten skrivs hem och/eller överlämnas till en annan vårdgivare. Omvårdnadsepikrisen är värdefull för det fortsatta omhändertagandet av patienten, en garant för vårdens kontinuitet och utgör grunden för nästa vårdgivares vårdplan. Omvårdnadsepikrisen bör därmed ge en god bild av givna omvårdnad och de behov som återstår (26, 27). En bra omvårdnadsepikris innehåller information om patientens aktuella hälsosituation, eventuella fortsatta omvårdnadsbehov och åtgärder, information om kontakter som tagits vid utskrivning samt notering till vilken vårdgivare eventuell epikriskopia skickats (26).

Omvårdnadsepikrisens innehåll beror på vårdtidens längd, hur sjuk patienten är samt till vilken vårdgivare epikrisen ska skickas (27). Socialstyrelsen rekommenderar att omvårdnadsepikrisen snarast skickas till ansvarig läkare och sjuksköterska i kommun eller landsting, dock senast en vecka efter utskrivning från sjukhus (10).

## **PROBLEMFORMULERING**

Personcentrerad vård har visats ge patienten ett ökat välbefinnande och tillfrisknande, bidra till effektivare rehabilitering samt att patienten kan återgå till sitt arbete eller annan aktivitet tidigare. Enligt en programförklaring för personcentrerad vård är dokumentation av PCV-indikatorer en försäkran om att vården håller en viss kvalitet. Då forskning visat att det ofta finns glapp i informationsöverföring mellan olika vårdgivare vill vi med en journalgranskning undersöka i vilken grad informationsöverföring från sjukhus till annan vårdgivare avspeglar personcentrerad vård.

## **SYFTE**

Syftet är att utvärdera i vilken grad personcentrerad vård utifrån kriterier för PCV avspeglas i journalhandlingar av betydelse för vårdkedjans kontinuitet.

## **METOD**

En retrospektiv granskning av patientjournaler från Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra genomfördes, dokumenterade mellan 1 februari och 30 april år 2011. Totalt granskades 194 patientjournaler i journalsystemet Melior som dokumenterats på två medicinavdelningar vilka har som mål att bedriva personcentrerad vård. Granskningen var kvantitativ. Datainsamlingen bestod av två delar. Första delen syftade till att sammanställa information avseende förekomst av journalhandlingar av betydelse för vårdkedjans kontinuitet. Andra delen syftade till att granska omvårdnadsepikrisens- och delar av patientjournalens och planeringsunderlagens innehåll för att sedermera kvantifiera innehållet. Flera sjuksköterskor kan ha påbörjat en omvårdnadsepikris för samma patient och då detta var fallet valdes den senast dokumenterade. Om patienten hade flera vårdtillfällen under perioden på samma avdelning valde vi det första vårdtillfället.

## **BEDÖMNINGSUNDERLAG**

### **PRIMUS-remiss**

I studiens första del undersöktes förekomst av PRIMUS-remiss. PRIMUS-remiss (Primärvårdspatient Ut från Sjukhus) är en omvårdnadsremiss som skickas av sjukhusets sjuksköterska till primärvårdens sjuksköterska/distriktssköterska. Inför utskrivning dokumenterar sjuksköterskan i samverkan med patienten dess fortsatta omvårdnadsbehov i PRIMUS-remissen. Sjuksköterskan i primärvården tar kontakt med patienten efter hemgång för en uppföljning på vårdcentral eller i hemmet (21).

### **Planeringsunderlag**

Planeringsunderlaget (bilaga 1) är grundat på PCV-kriterier enligt GPCC. Det används parallellt med den elektroniska patientjournalen och syftar till att underlätta insamling av patientberättelse och uppföljning av patientens upplevda symptom under vårdtiden. Vid patientens ankomst till avdelningen dokumenteras patientberättelsen i form av patientens upplevda symptom och bedömning av funktionsförmåga. Tre öppna frågor ställs av sjuksköterskan till patienten vid insamlandet av patientberättelsen; ”vill du berätta varför du sökte?”, ”vill du berätta hur din hälsa/sjukdom påverkar ditt dagliga liv?” och ”önskemål och krav på vård/omvårdnad?” (bilaga 1). Planeringsunderlaget innehåller även parametrar som sjuksköterska och patient ska ta ställning till efter ankomstsamtalet. Parametrarna är följande:

- Medicinskt allmäntillstånd
- Socialt nätverk
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Dyspné
- Smärta
- Sömn
- Personal Activities of Daily Living (P-ADL)
- Gångförmåga
- Functional Recovery Scale Victoria (FRS)

En uppföljning av aktuella symptom och funktionsförmågor ska ske 48 timmar (senast 72 timmar) från inskrivning och dokumenteras i planeringsunderlaget. Därefter ska aktuella symptom följas upp med 48 timmars mellanrum tills det att patienten skrivs ut. I planeringsunderlaget ska även teambeslut dokumenteras, vilket innebär att patient, sjuksköterska och läkare tillsammans utformar en vårdplan. Teambeslut ska dokumenteras i planeringsunderlaget under första vård dygnet. Planeringsunderlaget har granskats i studiens första och andra del.

### **Granskningsinstrumentet Cat-ch-ing**

Instrumentet Cat-ch-Ing är ett journalgranskningsinstrument som består av designade kvalitetskriterier vilka poängsätter sjuksköterskans dokumentation. Instrumentet består av två delar, en kvantitativ och en kvalitativ del. År 1996 fastställdes den slutliga versionen av Cat-ch-Ing instrumentet och det är noggrant undersökt vad gäller reliabilitet och validitet. Instrumentet har konstruerats för att kunna mäta specifika kriterier av omvårdnadens kvalitet, och kan alltså modifieras efter syftet med journalgranskningen (28). I studiens andra del har omvårdnadsepikris, patientjournal och planeringsunderlag granskats med hjälp av Cat-ch-Ing instrumentet.

### **DEL 1 - FÖREKOMST AV JOURNALHANDLINGAR**

Elektroniska patientjournaler dokumenterade på avdelning A och B granskades. Granskningen av journaler från avdelning A kompletterades med granskning av planeringsunderlaget under rubriken *utskrivningsplanering*. Det undersöktes om de elektroniska patientjournalerna och planeringsunderlagen innehöll:

- Utskrivningsplanering
- Omvårdnadsepikris

- Medicinsk epikris och
- PRIMUS-remiss

Vidare undersöktes:

- Om förekomst av omvårdnadsepikris påverkades av om patienten skrevs ut till hemmet eller till annat boende/avdelning
- Om samband fanns mellan skrivna omvårdnadsepikriser och antal vård dagar

Kriterium för att en journalhandling skulle räknas var för den elektroniska patientjournalen att sökordet var aktiverat i Melior och för planeringsunderlaget att en notering fanns under rubriken. Som stöd vid granskningen utformades två lika granskningsprotokoll, ett till varje avdelning för att skilja resultaten åt. Resultatet redovisades i procentsats och sammanställdes deskriptivt i form av stapeldiagram för att resultatet skulle bli lätt att överskåda.

## **DEL 2 - KVANTITATIV INNEHÅLLSGRANSKNING**

En granskning av omvårdnadsepikrisernas innehåll och delar av patientjournalernas och planeringsunderlagens innehåll gjordes med hjälp av instrumentet Cat-ch-Ing. Instrumentets kvantitativa del bearbetades för att svara till studiens syfte (bilaga 2). Med utgångspunkt från Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) (5) valde vi att granska tre delar med instrumentet Cat-ch-Ing. Dokumenterad patientberättelse i omvårdnadsepikris, uppföljning av given vård i omvårdnadsepikris samt teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag. Vidare undersöktes om förekomst av teambeslut påverkade omvårdnadsepikrisens innehåll av PCV. Med hjälp av instrumentet bedömdes huruvida patientens berättelse, uppföljning av given vård samt teambeslut fanns beskrivet eller inte.

Vid granskning av patientberättelse dokumenterad i omvårdnadsepikris söktes:

- Hälsohistoria/vårderfarenhet
- Sysselsättning
- Socialt nätverk
- Huvudsymptom
- Kognitiv förmåga

- P-ADL och aktivitetsförmåga
- Annat symptom om det fanns beskrivet i omvårdnadsepikrisen

Vid granskning av aktuell uppföljning dokumenterad i omvårdnadsepikris söktes symptom och förmågor som var aktuella att följas upp för nästa vårdgivare. Poäng gavs enligt utarbetat instrument (bilaga 2). Högre poäng tilldelades ju fler komponenter i epikrisen som tolkades som subjektivt upplevda av patienten. Som högst kunde en omvårdnadsepikris tilldelas sex poäng (tre poäng för patientberättelse och tre poäng för uppföljning) och som lägst noll poäng.

Granskning av dokumenterat teambeslut gjordes i den elektroniska patientjournalen och i planeringsunderlaget. I de elektroniska patientjournalerna söktes teambeslut under sökorden *teamrond* och *utskrivningsplanering*. För avdelning A kompletterades sökningen med granskning av planeringsunderlaget under rubrikerna *teambeslut* och *utskrivningsplanering*. Vid granskning av teambeslut söktes:

- Överenskommelse i enlighet med patientens önskemål och vilja
- Vårdprognos/beräknat utskrivningsdatum
- Om närstående informerats om eventuell vårdplan
- Försvårande omständigheter för vården
- Om patient och närstående informerats om datum för samordnad vårdplanering (SVPL) i det fall det var aktuellt och fanns beskrivet av ansvarig sjuksköterska

Högre poäng tilldelades ju fler delar som fanns beskrivna (bilaga 2). Som högst kunde tre poäng uppnås och som lägst noll poäng.

Vid granskning med Cat-ch-Ing instrumentet utformades två likadana granskningsprotokoll, ett till varje avdelning, för att skilja resultaten åt. Cat-ch-Ing instrumentet består av fyra olika nivåer (ingen, tendens, delvis och fullständig) vilka är ställda i relation till ett poängsystem (bilaga 2). Data analyserades utifrån det sistnämnda och sammanställdes deskriptivt i form av stapeldiagram för att resultaten skulle bli överskådligt. Analysen visade likvärdigt resultat för de två avdelningarna oavsett om de studerades utifrån de fyra nivåerna eller utifrån poängsystemet. Vi valde att redovisa resultatet utifrån de fyra olika nivåerna av PCV i diagrammen.

## URVAL

Vi valde konsekutivt ut patientjournaler förda på avdelning A och B under tidsperioden 1 februari till 30 april år 2011 vilket är ett systematiskt urval

(26). För att kvalitetsuppföljningen skulle bli så rättvis som möjligt utgick vi från samma patientjournaler som användes i den tidigare kvalitetsgranskningen så långt det var möjligt. Totalt inkluderades 194 patientjournaler. 27 patientjournaler exkluderades, 19 från avdelning A och åtta från avdelning B. Exklusionskriterium för studien:

- Patienter som avlidit under vårdtiden då dessa inte kunde följas upp efter utskrivning från avdelning.
- Patienter vars ankomstsamtal gjorts på en annan avdelning eftersom den första patientberättelsen utgör en stor del av PCV (5).
- Patienter med vårdtid kortare än tre dygn då vårdtiden var för begränsad för att ge PCV innan utskrivning från avdelningen. Det var också ett exklusionskriterium för den tidigare kvalitetsgranskningen av dokumentation på avdelning A och B.

## RESULTAT

### STUDIEPOPULATION

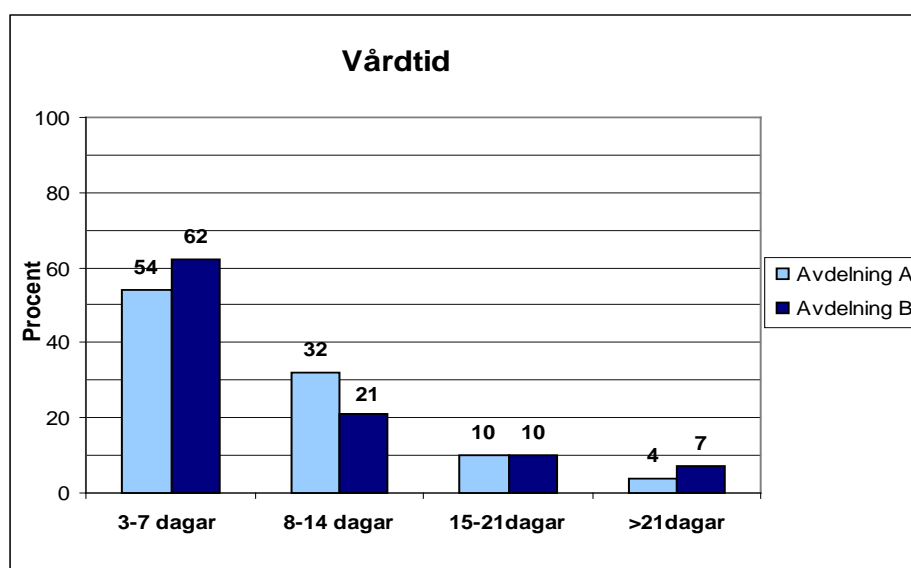
Det granskades färre journaler från avdelning A än från avdelning B. Könsfördelningen skiljde sig åt mellan avdelningarna och det var ett års skillnad på medelåldern. Det var en i stort sett ingen skillnad i medelvårdtid men det var en dags skillnad i medianvårdtid (tabell 1).

**Tabell 1.** Kön, medelålder, medelvårdtid och medianvårdtid på patienterna vars journaler inkluderades i studien, samt antal journaler från varje avdelning.

	<b>A</b>	<b>B</b>
Totalt antal journaler	81	113
Kvinnor (procent)	50 (62 %)	80 (71 %)
Män (procent)	31 (38 %)	33 (29 %)
Medelålder	75,8 år	76,9 år
Medelvårdtid	8,7 dagar	9 dagar
Median vårdtid	7 dagar	6 dagar

Patienternas vårdtid illustreras i figur 1.





**Figur 1.** Vårdtid för patienterna vars journaler ingick i studien.

Patienterna på avdelningarna diagnostiserades med ett antal olika diagnoser. I tabell 2 är de inkluderade patienternas huvuddiagnoser fördelade i 12 kategorier utifrån vad diagnosen var relaterad till.

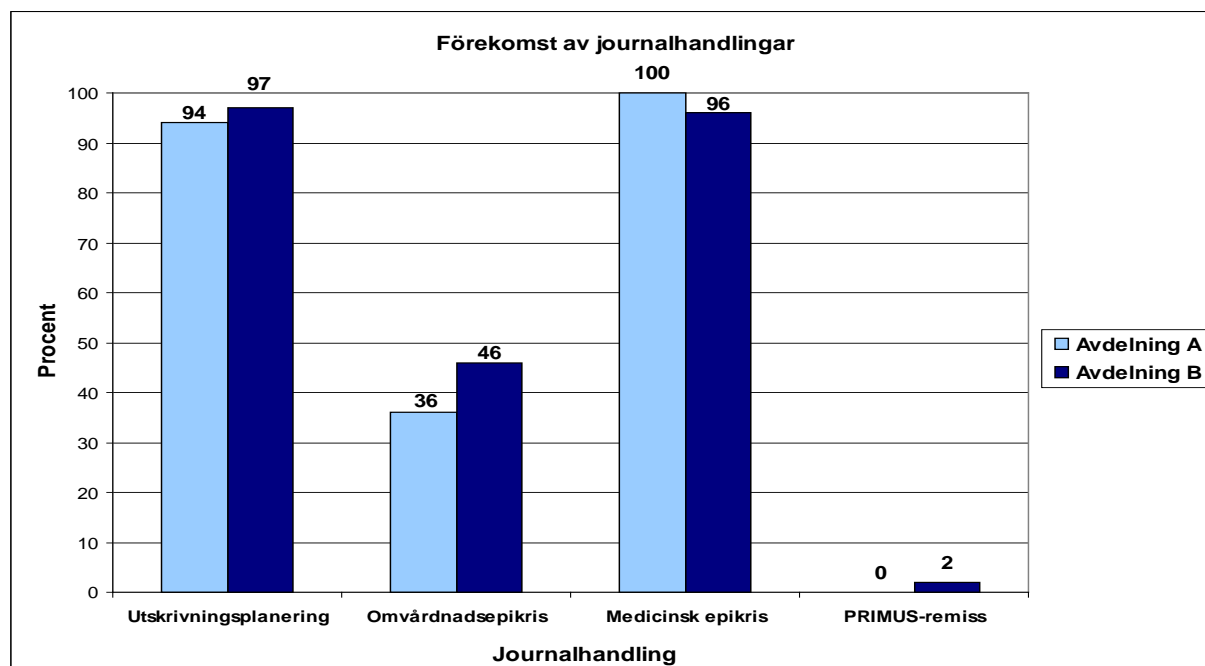
**Tabell 2.** Huvuddiagnoser för patienterna på avdelning A och B uppdelade i 12 kategorier efter vad diagnosen var relaterad till.

	A	B	Totalt
Andningsorgan	15	32	47
Cirkulationsorgan	9	15	24
Matsmältningsorgan	8	5	13
Övrig buk	9	0	9
Hjärna	3	5	8
Urogenitala organ	13	7	20
Blod	5	16	21
Tumör	5	16	21
Psykiatri	3	1	4
Skelett och muskler	2	1	3
Hud	2	3	5
Övrigt	7	12	19
<b>Totalt</b>	<b>81</b>	<b>113</b>	<b>194</b>

## DEL 1 - FÖREKOMST AV JOURNALHANDLINGAR

### Förekomst av utskrivningsplanering, omvårdnadsepikris, medicinsk epikris och PRIMUS-remiss

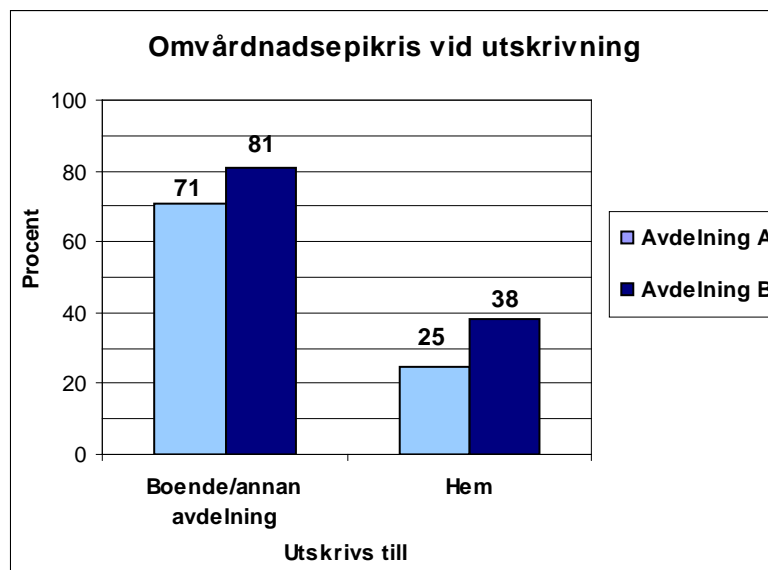
Undersökningen visade att 94 % av journalerna tillhörande avdelning A hade ett aktiverat sökord för utskrivningsplanering i Melior och/eller en anteckning under rubriken utskrivningsplanering i planeringsunderlaget. På avdelning B hade 97 % av journalerna ett aktiverat sökord för utskrivningsplanering i Melior. Drygt en tredjedel, 36 %, respektive 46 % av journalerna dokumenterade på avdelning A och B innehöll ett aktiverat sökord för omvårdnadsepikris. Samtliga journaler dokumenterade på avdelning A innehöll ett aktiverat sökord för medicinsk epikris och på avdelning B förekom sökordet i 96 % av journalerna. Inga PRIMUS-remisser skrevs på avdelning A, 2 % av journalerna på avdelning B innehöll en PRIMUS-remiss (två stycken). Journalhandlingarnas förekomst illustreras i figur 2.



**Figur 2.** Förekomst av utskrivningsplanering, omvårdnadsepikris, medicinsk epikris samt PRIMUS-remiss.

### Omvårdnadsepikris vid utskrivning

Granskningen visade att av de patienter som skrevs ut till äldreboende, LSS-boende, LVM-hem, hospice eller annan avdelning hade 71 % på avdelning A en dokumenterad omvårdnadsepikris. Motsvarande resultat för avdelning B var 81 %. Av de patienter som skrevs ut till hemmet hade 25 % på avdelning A respektive 38 % på avdelning B en dokumenterad omvårdnadsepikris i patientjournalen (figur 3).



**Figur 3.** Andel patienter som skrevs ut till boende/annan avdelning eller till hemmet vars journaler innehöll en dokumenterad omvårdnadsepikris.

### Omvårdnadsepikris och vårdtid

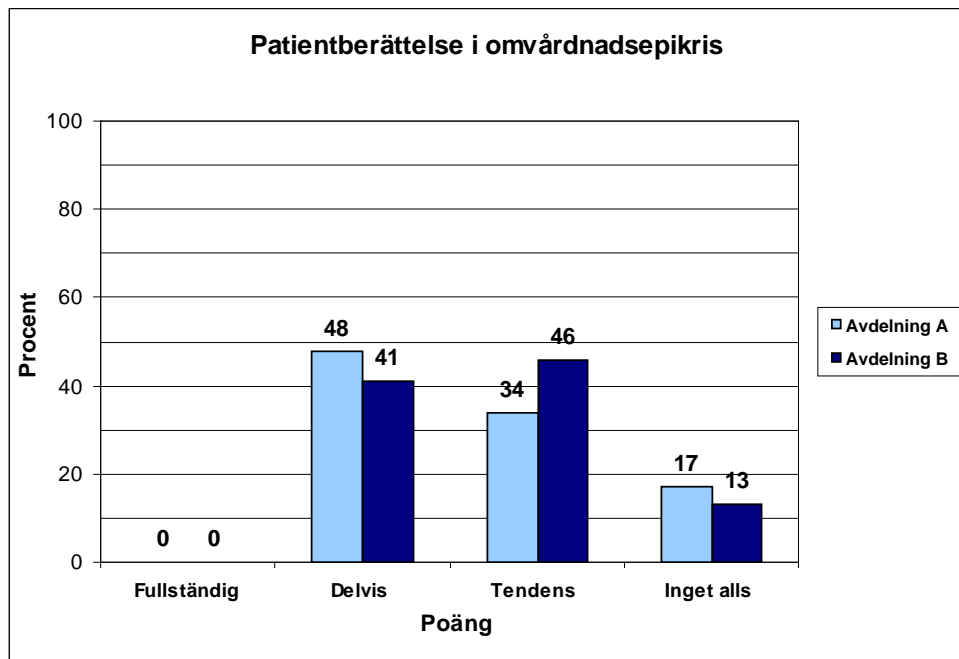
Underökningen visade att förekomst av omvårdnadsepikris inte påverkades av patientens vårdtid.

## DEL 2 - KVANTITATIV INNEHÅLLSGRANSKNING

Tre delar granskades med hjälp av instrumentet Cat-ch-Ing; patientberättelse och uppföljning av given vård i omvårdnadsepikrisen samt teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag. Det undersöktes även om förekomst av teambeslut påverkade graden av PCV som avspeglades i omvårdnadsepikrisen.

## Patientberättelse i omvårdnadsepikris

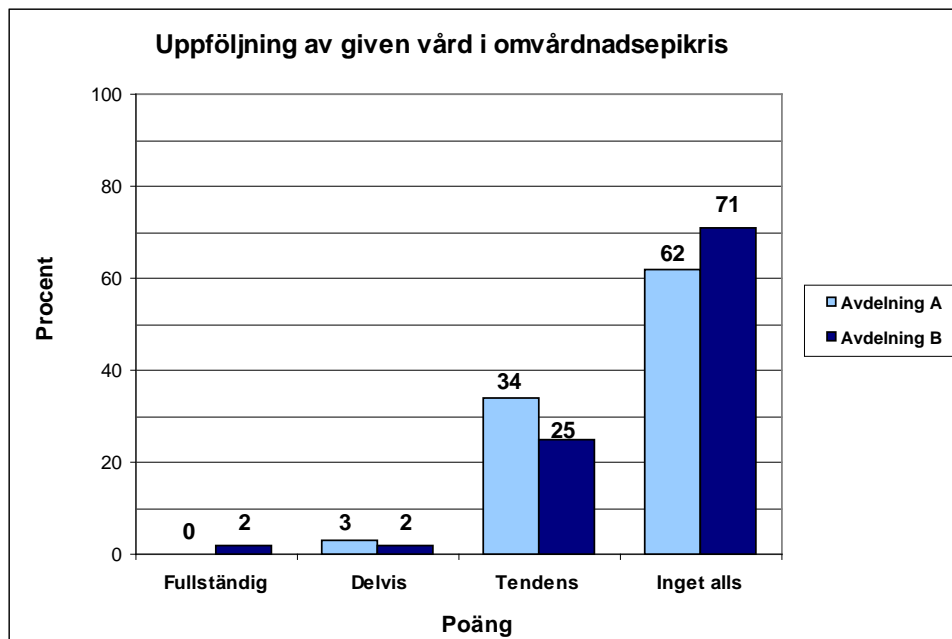
Inga omvårdnadsepikriser uppnådde nivån fullständig PCV avseende patientberättelse. Närmare hälften, 48 %, av omvårdnadsepikriserna på avdelning A och 41 % av omvårdnadsepikriserna på avdelning B uppnådde nivån delvis PCV. Andelen omvårdnadsepikriser på avdelning A och B vilka nådde nivån tendens till PCV var 34 % respektive 46 %. Andelen omvårdnadsepikriser som inte innehöll någon PCV var 17 % på avdelning A och 13 % på avdelning B. Poängsättning av patientberättelse i omvårdnadsepikris illustreras i figur 4.



**Figur 4.** Poängsättning av dokumenterad PCV. Patientberättelse i omvårdnadsepikris.

## Uppföljning i omvårdnadsepikris

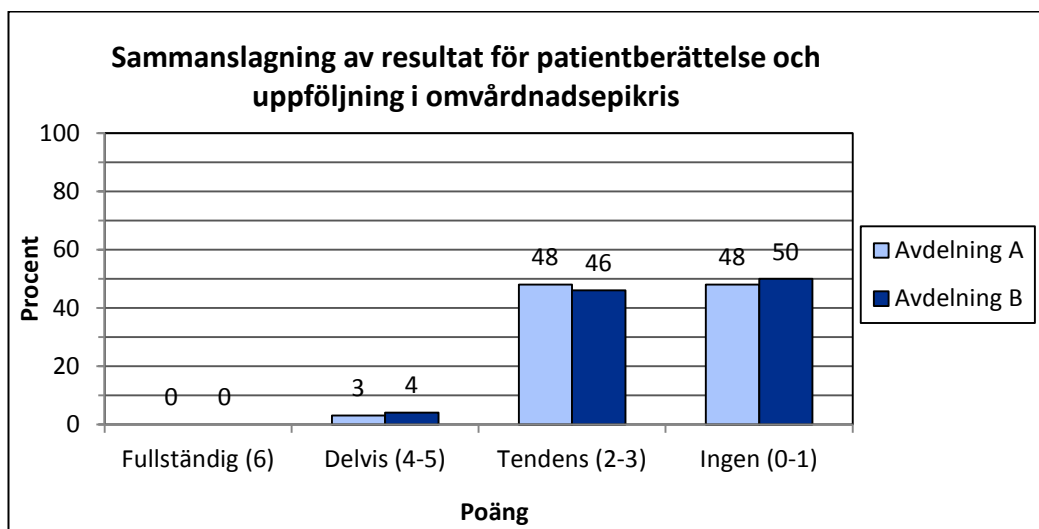
Nivån fullständig PCV avseende uppföljning av given vård uppnåddes inte i några omvårdnadsepikriser på avdelning A och i 2 % av omvårdnadsepikriserna på avdelning B. Andelen omvårdnadsepikriser på avdelning A och B vilka uppnådde nivån delvis PCV var 3 % respektive 2 %. Cirka en tredjedel, 34 %, av omvårdnadsepikriserna på avdelning A och 25 % på avdelning B nådde nivån tendens till PCV. Andelen omvårdnadsepikriser som inte innehöll någon PCV var på avdelning A 62 % och på avdelning B 71 %. Poängsättning av uppföljning i omvårdnadsepikris illustreras i figur 5.



**Figur 5.** Poängsättning av dokumenterad PCV. Uppföljning av given vård i omvårdnadsepikris.

### **Sammanslagning av resultatet för patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikris**

En sammanslagning av resultaten från granskningen av omvårdnadsepikriser avseende patientberättelse och uppföljning av given vård pekar på att de i låg grad avspeglar personcentrerad vård. Inga omvårdnadsepikriser uppnådde nivån fullständig PCV. Nivån delvis PCV uppnåddes av 3 % respektive 4 % av omvårdnadsepikriserna från avdelning A och B. På avdelning A nådde 48 % av omvårdnadsepikriserna nivån tendens till PCV och på avdelning B nådde 46 % av omvårdnadsepikriserna samma nivå. Andelen omvårdnadsepikriser som inte innehöll någon PCV i dokumentation av patientberättelse och uppföljning var för avdelning A 48 % och avdelning B 50 %. Poängsättning av patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikris illustreras i figur 6.

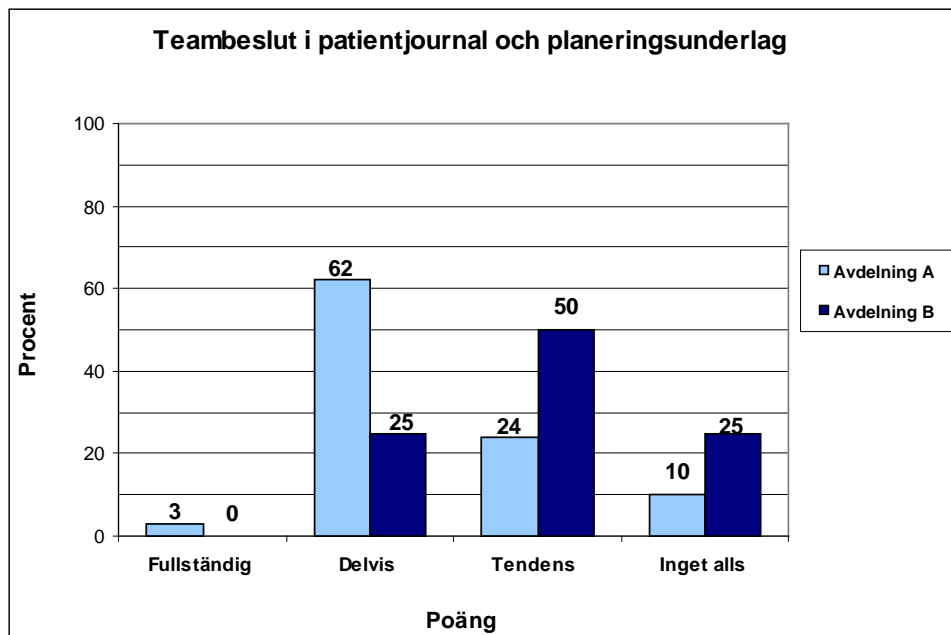


**Figur 6.** Grad av PCV i omvårdnadsepikriser avseende patientberättelse och uppföljning, uppmätt med Cat-ch-Ing.

### Teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag

Teambeslut söktes i den elektroniska patientjournalen under sökorden *teamrond* och *utskrivningsplanering* i Melior. Sökning av teambeslut i elektronisk patientjournal kompletterades på avdelning A med teambeslut dokumenterat i planeringsunderlaget under rubrikerna *teambeslut* och *utskrivningsplanering*.

Nivån fullständig PCV i dokumentation av teambeslut uppnåddes i 3 % av journalerna och planeringsunderlagen på avdelning A. Inga journaler dokumenterade på avdelning B uppnådde nivån fullständig PCV. Andelen journaler och planeringsunderlag på avdelning A och B som uppnådde nivån delvis PCV var 62 % respektive 25 %. Nivån tendens till PCV uppnåddes på avdelning A i 24 % av fallen och på avdelning B i 50 % av fallen. Andelen journaler och planeringsunderlag som inte innehöll någon PCV i dokumentation av teambeslut var på avdelning A 10 % och på avdelning B 25 %. Poängsättning av teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag illustreras i figur 7.



**Figur 7.** Poängsättning av dokumenterad PCV. Teambeslut dokumenterat i elektronisk patientjournal och planeringsunderlag.

### **Teambeslut och omvårdnadsepikrisens innehåll av PCV**

Undersökningen visade att förekomst av teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag inte påverkade grad av personcentrerad vård som avspeglades i omvårdnadsepikriserna. De journaler som innehöll ett teambeslut poängsatt med tre poäng (fullständig PCV) eller två poäng (delvis PCV) hade inte högre grad av PCV i omvårdnadsepikriserna än de journaler som hade ett teambeslut poängsatt med ett poäng (tendens till PCV) eller noll poäng (ingen PCV).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Datainsamlingsmetod**

Metoden som använts är journalgranskning och valdes med anledning av studiens syfte som var att undersöka i vilken grad personcentrerad vård utifrån valda kriterier för PCV avspeglades i journalhandlingar av betydelse för vårdkedjans kontinuitet. Syftet besvarades genom den valda metoden. Studien kan ses som en kvalitetsuppföljning som indikerar kvalitén på given PCV på de två avdelningarna. Resultatet gäller endast för dessa och några långtgående slutsatser kan inte dras av undersökningen eftersom den endast berörde två avdelningar.

Dokumentation har en central roll i kvalitetsgranskning och är ett kostnadseffektivt sätt att samla in information om given vård (26, 29). Litteraturen riktar dock viss kritik mot journalgranskning med syfte att mäta kvalitet på given vård, då dokumentationen i patientjournaler inte nödvändigtvis speglar hela verkligheten av den vård som i praktiken har givits (28). Det kan inte med säkerhet sägas att all given personcentrerad vård på avdelningarna har dokumenterats. Av denna anledning kan undersökningen inte ge en fullständig bild av kvalitén på vården som gavs på avdelningarna och resultatet kan visa lägre grad av personcentrerad vård än vad som i praktiken gavs. Sjuksköterskan har en skyldighet att dokumentera given vård och då dokumentation är en viktig del av personcentrerad vård anser vi att avdelningarna misslyckats med att ge fullständig personcentrerad vård i det fall de inte dokumenterat allt (5, 17).

Undersökningen och urvalet av patientjournalerna ger ett säkert resultat. Journalerna som granskades valdes för att vi ville använda samma journaler som ingick i den tidigare kvalitetsgranskningen, samt för att de dokumenterats en kort tid efter att avdelningarnas personal fått utbildning i personcentrerad vård. En fördel är att personalen hade utbildningen aktuell i minnet och att de därmed borde vara motiverade att ge personcentrerad vård. En nackdel kan vara att de inte hunnit skapa rutiner för det nya arbetssättet med personcentrerad vård.

Vi utförde journalgranskningens första del tillsammans för att minska risken att missa väsentlig data och för att öka interbedömarreliabiliteten. Journalgranskningens andra del som undersökte omvårdnadsepikrisens och delar av patientjournalens och planeringsunderlagens innehåll utfördes enskilt, för att sedan jämföras och diskuteras innan poäng sattes. Tillvägagångssättet valdes för att få ett så trovärdigt resultat som möjligt.



Vid de tillfällen vi var oense om poängsättningen valdes den lägre poängen. En styrka med studien är att vi var två personer som granskade journalerna mot varandra och därmed kunde kontrollera och diskutera poängsättning. Dock kan det ha lett till att journalerna vi var oense om tilldelats en för låg poäng. Det går inte att bortse från svagheter som att bedömningen med Cat-ch-Ing instrumentet är subjektiv och att den ”mänskliga faktorn” kan ha medfört att data missats under granskningens gång.

### **Del 1 – Förekomst av journalhandlingar**

Kriterium för att en journalhandling skulle räknas var för den elektroniska patientjournalen att sökordet var aktiverat, och för planeringsunderlaget att en notering fanns under rubriken. Kriterierna kan ha lett till att en utskrivningsplanering som endast innehöll en för utskrivningen oväsentlig notering räknats som en befintlig utskrivningsplanering.

Resultaten redovisades i stapeldiagram. Vi valde att redovisa resultaten utan decimaltal eftersom det gör dem lättare att tolka för läsaren. Detta medförde att summan av procentsatserna i diagrammen inte alltid är hundra procent.

### **Del 2 – Kvantitativ innehållsgranskning**

Cat-ch-Ing är ett noggrant undersökt instrument vad gäller dess validitet och reliabilitet och anses vara ett bra instrument vid granskning av patientjournaler dokumenterade enligt VIPS-modellen. Instrumentet har hög reliabilitet då det används av olika granskare (28). Vi valde att utgå från den version av Cat-ch-Ing instrumentet som användes vid den tidigare kvalitetsgranskningen för att kunna använda samma PCV-kriterier i så hög utsträckning som möjligt. Versionen av Cat-ch-Ing instrumentet som användes vid den tidigare kvalitetsgranskningen bestod av tre bedömningsdelar; patientberättelse, uppföljning och teambeslut. Cat-ch-Ing instrumentet som använts i denna studie består av samma bedömningsdelar. Delarna som poängsätter patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikrisen bearbetades flertalet gånger tills de mätte det vi avsåg att mäta. Delen som poängsätter teambeslut i patientjournal och planeringsunderlag har inte reviderats sedan den tidigare kvalitetsgranskningen. När slutlig version av instrumentet fastställdes granskade vi ett antal journaler var för sig som en sista kontroll av instrumentet. En svaghet med studien kan vara att en extern person inte medverkade vid denna kontroll. För att granskningen inte skulle innebära något tolkningsmoment utformades instrumentet så tydligt som möjligt. Granskningen med Cat-ch-Ing visade endast på kvantitet. Detta innebär att två omvårdnadsepikriser av olika kvalitet kan ha tilldelats lika poäng. En implikation är att en hög poäng med instrumentet inte behöver innebära att vården som givits motsvarat patientens behov av omvårdnad.

För att uppnå nivån delvis PCV vid granskning med Cat-ch-Ing instrumentet krävdes dokumentation av minst ett PCV-kriterium vilket var tveksamt huruvida det var patientens subjektiva upplevelse eller ej. Vi valde att utforma instrumentet på detta sätt för att få ett mer nyanserat resultat. Om fler PCV-kriterium hade krävts för att uppnå nivåerna delvis PCV och tendens till PCV hade resultatet blivit annorlunda. För att kunna utvärdera satta gränser krävs att fler använder samma version av Cat-ch-Ing instrumentet.

Vid granskning av omvårdnadsepikriserna valde vi att inte ta del av annan dokumentation i journalen då vi ville ha samma förutsättning som mottagaren av epikrisen har för att förstå given vård och fortsatta omvårdnadsbehov. Vid de tillfällen två omvårdnadsepikriser dokumenterats för samma patient valde vi den senast dokumenterade omvårdnadsepikrisen. Om patienten hade flera vårdtillfällen under perioden på samma avdelning valde vi det första vårdtillfället.

### **Personcentrerad vård**

Det finns idag ingen vedertagen version i Sverige av begreppet personcentrerad vård och studien bygger på den version som utvecklats av Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC). Cat-ch-Ing instrumentet som omarbetats grundar sig således på PCV-kriterier enligt GPCC. Om studien gjorts på en annan ort i Sverige skulle den kunna ha baserats på andra PCV-kriterium och därmed gett ett annorlunda resultat.

### **Etik**

Vi ansökte om att få tillgång till journaler genom patientjournalssystemet Melior hos verksamhetschefen för medicin/geriatrik/akutmottagning på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra. Verksamhetschefen gav oss tillstånd att granska patientjournaler dokumenterade på avdelningarna A och B i syfte att göra en kvalitetsuppföljning av dokumenterad PCV. Eftersom offentlighets- och sekretesslagen (30) råder var vi noga med att endast gå igenom det material i patientjournalerna som vi behövde för att besvara vårt syfte.

## RESULTATDISKUSSION

### **Att skriva eller inte skriva en omvårdnadsepikris**

För att kunna kvalitetssäkra omvårdnaden måste den vara möjlig att utvärdera. För att utvärdering ska vara möjlig krävs att hela omvårdnadsprocessen dokumenteras på ett utförligt sätt (27). Resultatet av studien visar att cirka en tredjedel av journalerna på avdelning A och närmare hälften av journalerna på avdelning B innehöll en omvårdnadsepikris.

Enligt Socialstyrelsens författningar är sjuksköterskan vid vårdtidens slut skyldig att utvärdera och sammanfatta givna omvårdnadsåtgärder i en omvårdnadsepikris (24, 25). Studien uppmärksammar sjuksköterskorna på avdelning A och B på att fler omvårdnadsepikriser bör skrivas och att nuvarande förfarande strider mot Socialstyrelsens riktlinjer. Omvårdnadsepikrisen är värdefull för det fortsatta omhändertagandet av patienten, en garant för kontinuitet i vårdkedjan och utgör grunden för nästa vårdgivares vårdplan (26, 27). Således riskerar slutresultatet att bli bristfälligt även om vårdarbetet på avdelningarna är av god kvalitet om ingen följer upp patientens fortsatta vårdbehov (22).

Dagens hälso- och sjukvård har sjukare och mer vårdkrävande patienter än tidigare vilket leder till att många vårdgivare är involverade i patientens vård (18, 27). På sjukhuset träffar patienten läkare, sjuksköterskor och terapeuter, därefter kan vården övergå i hemmet för att sedan följas upp i öppenvården. Vårdkedjan har fått fler länkar med kortare vårdtider i varje länk och vården är inte alltid samordnad vilket innebär att patienten möter en fragmenterad vård (3, 18, 31). Patienten riskerar då att få motstridig eller felaktig vård som kan leda till illabefinnande och en ökad risk för att patienten söker sjukhusvård kort tid efter utskrivning. En smidigare övergång från sjukhus till hemmet kan förhindra detta (18, 31-33). Det är därmed viktigt att information om patienten kommuniceras till nästa vårdgivare så att han eller hon vet vad den föregående identifierat och beslutat. Med andra ord handlar dokumentation om säkerhet och kontinuitet för patienten (27). Statistik visar att många patientfall som anmälts till HSN är skador och dödsfall orsakade av informations- och kommunikationsmissar i sjukvården. Missarna kan vara att läkaren inte känner till vissa fakta om patientens liv som hade kunnat leda till en säkrare diagnos, fakta som hade kunnat komma fram om rätt frågor hade ställts (15).

## **Sambandet omvårdnadsepikris – boende**

Undersökningen visade att omvårdnadsepikriser i större omfattning dokumenterades för patienter som skrevs ut till annat boende eller annan vårdavdelning. Idag bedrivs vård och omsorg i stor omfattning i hemmet och det är mindre vanligt att äldre bor på så kallade särskilda boendeformer. Av de som bor på särskilt boende är tre fjärdedelar 90 år och äldre och antalet personer som bor kvar i hemmet med insatser i form av hemtjänst och/eller hemsjukvård ökar (34). I litteraturen poängteras att väl fungerande samarbetsformer och god kommunikation krävs mellan vårdgivarna samt mellan vårdgivare och patient, för att underlätta för patienter och närstående inför omställningen till den nya vårdsituationen i hemmet och för att såväl frihet som trygghet ska behållas (35). Äldre människor uttrycker ett behov av att sjuksköterskan på sjukhuset bryr sig om huruvida de kommer att klara sig i hemmet efter utskrivning eller ej (16). Mot bakgrund av detta är avdelningarnas sjuksköterskor skyldiga att skriva omvårdnadsepikriser även till de patienter som skrivs ut till det egna hemmet. Om inte uppföljningen av vård som givits på avdelningarna fungerar kan det leda till att vårdens slutresultat blir bristfälligt (22).

## **Patientberättelse och uppföljning i omvårdnadsepikris**

Vem skriver sjuksköterskan omvårdnadsepikrisen för?

Kvalitetsgranskningen visade att dokumenterade omvårdnadsepikriser i låg grad avspeglade personcentrerad vård. Nästan alla omvårdnadsepikriser dokumenterade på avdelningarna nådde nivåerna tendens till PCV eller ingen PCV. Inga epikriser uppnådde nivån fullständig PCV trots att avdelningarna har ambitionen att bedriva personcentrerad vård. I vad och hur patienten varit delaktig i vården finns sällan dokumenterat i patientjournaler (27).

Omvårdnadsepikrisen bör ge en god bild av given omvårdnad och de behov som återstår (26, 27). Läkaren i primärvården liksom hemsjukvårdspersonal får sällan tillräcklig information om patientens vårdtid på sjukhus (18, 33). Problemet överensstämmer med studiens resultat som visar att knappt hälften av patientberättelserna i omvårdnadsepikriserna på avdelningarna uppnådde nivån delvis PCV. Vad gäller omvårdnadsepikrisernas dokumentation av uppföljning visade granskningen att nästan alla omvårdnadsepikriser på avdelningarna nådde nivåerna tendens till PCV eller ingen PCV.

En bra omvårdnadsepikris innehåller information om patientens aktuella hälsosituation och om eventuellt fortsatta omvårdnadsbehov och åtgärder (26, 27). Kanske kan omvårdnadsepikrisens innehåll avspegla vart

sjuksköterskans fokus i omvårdnaden ligger. En sjuksköterska som ser omvårdnadsepikrisen som en viktig del av patientens fortsatta vård kanske lägger ner mer tid på att skriva en välformulerad omvårdnadsepikris än en sjuksköterska som ser omvårdnadsepikrisen som ett arbetsmoment som måste göras för en patient som är medicinskt färdigbehandlad. Sjuksköterskorna på avdelningarna kanske ser omvårdnadsepikrisen som ett arbetsmoment som behöver bli gjort, istället för som en viktig del av fortsatt vård, en försäkring för att vården som givits på sjukhuset inte ska vara ofullständig och som en viktig faktor för patientens tillfredsställelse (26, 27).

Resultatet av kvalitetsgranskningen kan uppmärksamma sjuksköterskor på avdelning A och B om att omvårdnadsepikriserna i högre grad bör avspegla PCV. Uppmärksammas bör även att beskrivning av patientberättelse och uppföljning av given vård i omvårdnadsepikrisen behöver förbättras för att vården som ges på avdelningarna inte ska vara ofullständig (22). På varje arbetsplats bör det ifrågasättas vad sjuksköterskan dokumenterar och vad det är hon/han egentligen borde dokumentera. Inte sällan dokumenteras saker som borde dokumenterats av andra yrkesgrupper, så som läkare och sjukgymnast (27). Kan dokumentation av ”fel” saker vara en bidragande orsak till att omvårdnadsepikriserna inte innehåller tillräcklig information om patientberättelse och uppföljning av given vård? Bättre kommunikation mellan olika yrkesgrupper skulle kunna förhindra eventuella oklarheter (18, 27).

Det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att rutiner finns för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen. Att ha en mall för dokumentation av omvårdnadsepikriser på avdelningen kan underlätta skrivandet (24, 27). Kanske kan en tydlig mall för skrivning av omvårdnadsepikris på avdelningarna leda till att de avspeglar större mängd PCV och till att information om patientberättelse, symptom och aktuell uppföljning blir bättre.

De senaste decennierna har sjuksköterskestudenter utbildats i att dokumentera strukturerat. Dessvärre händer det ofta att nyutexaminerade sjuksköterskor möts av en äldre arbetskultur vad gäller dokumentation och hon/han socialiseras efter ett tag in i den rådande och äldre traditionen (27). För att öka vårdens kvalitet behöver dokumentation och utbildning för vårdpersonal utvecklas (21, 36). Om undervisning hålls regelbundet för både ny och erfaren personal på avdelningarna kanske fler omvårdnadsepikriser skulle skrivas och deras innehåll förbättras.

## **PRIMUS-remiss**

I hälso- och sjukvårdslagen (7) står skrivet att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet i vård och behandling. Förutsägbarhet har visat sig vara ett kännetecken på kontinuitet i vården och en PRIMUS-remiss innebär att sjuksköterskan i primärvården tar kontakt med patienten efter utskrivning från sjukhus för att kunna ge fortsatt vård. På avdelning B skrevs två PRIMUS-remisser och på avdelning A skrevs inga. Kontinuitet i vården anses vara en viktig faktor för patientens tillfredsställelse och kanske kan fler skrivna PRIMUS-remisser medföra en högre patienttillfredsställelse genom att deras behov av trygghet och kontinuitet i vården på så vis tillgodoses.

Många patienter har idag ett kvarstående vårdbehov efter utskrivning från sjukhus på grund av kortare vårdtider (22). Dessvärre hamnar patienten ofta ”mellan stolarna” och problemet är störst vid övergång mellan slutenvård på sjukhus och annan vårdform så som fortsatt vård i det egna hemmet (22, 33, 36). I hälso- och sjukvårdsrapporten 2009 (4) konstateras att fokus på patienten måste förbättras. Genom PRIMUS-remissen får mottagande sjuksköterska i primärvården information om patientens kvarstående vårdbehov och kan på så vis ge patienten den vård hon/han behöver utanför sjukhuset (21). Om sjuksköterskan i primärvården inte får någon PRIMUS-remiss eller information om uppföljning genom en dokumenterad omvårdnadsepikris kan hon/han inte veta om patienten har kvarstående omvårdnadsbehov. Konsekvensen kan bli att kvarvarande vårdbehov inte tillgodoses om inte patienten själv tar kontakt med sjuksköterskan, och att patientens behov av trygghet och kontinuitet i vården kanske inte uppfylls så som hälso- och sjukvårdslagen (7) förespråkar att det ska göras. Möjligheten att öka patientens tillfredsställelse motiverar att fler PRIMUS-remisser bör skrivas av sjukhusets sjuksköterskor. Det har visats att då primärvårdspatienter gavs personcentrerad vård effektiviserades vården genom att färre diagnostiska test behövde göras och färre remisser skrivas. Patienternas hälsa förbättrades och det sågs även tendenser till att de i lägre utsträckning sökte vård i primärvården framöver (37).

En anledning till att så få PRIMUS-remisser skrivits under granskningsperioden kan vara att remissen endast kunde skrivas till offentliga vårdcentraler på Hisingen där arbetssättet införts. En annan anledning till det magra resultatet kan vara att det är nytt för sjuksköterskor att remittera, samt att remissen fortfarande är under implementering. Då remissen är under implementering kan det vara viktigt att personalen på avdelningarna får regelbunden utbildning i hur, varför och när remissen ska skrivas. PRIMUS-remissens effekt är under utvärdering (i manus) men är i linje med Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (25). En pilotstudie av PRIMUS-remissens effekt

är gjord vilken visar att remissen leder till ökad patienttillfredsställelse och färre återinläggningar på sjukhus (21).

### **Utskrivningsprocessen**

Varför brister den personcentrerade vården i utskrivningsprocessen? Kan en anledning vara kunskapsbrist om vikten av vårdkedjans kontinuitet och omvårdnadsepikrisens inverkan på patientens fortsatta vårdförlopp? Kanske att det behövs fler utarbetade verktyg och hjälpmedel i den personcentrerade vården för att förbättra utskrivningsprocessen och för att förhindra att viktiga delar prioriteras eller glöms bort i dokumentationen.

Trots att avdelningarna har ambition att ge personcentrerad vård brister den i utskrivningsprocessen. För att en avdelning genomgående ska kunna ge personcentrerad vård krävs ett gemensamt arbetssätt och en vårdfilosofi som utövas av alla samt ett organisatoriskt stöd (38). Således krävs att all vårdpersonal som träffar en patient under dess vårdtid bedriver personcentrerad vård. Patienterna i studien hade en medelvårdtid på nio dygn, vilket kan innebära att ännu fler sjuksköterskor varit ansvariga för vården. Mot bakgrund av detta kan det förstås att det är svårt att arbeta personcentrerat eftersom det är många faktorer som påverkar resultatet. Kanske kan en orsak till studiens magra resultat av PCV vara att personalen, fastanställd så väl som timanställd, inte har ett delat arbetssätt och en delad vårdfilosofi.

Förutsägbarhet och delaktighet har visats vara viktiga faktorer för patientens upplevelse av kontinuitet i vården (16). Sjuksköterskan måste förbereda patienten och kommande vårdgivare på övergången i vårdkedjan och tillsammans med dem planera för denna (36). Patientcentrerad vård innebär att patienten är delaktig i planering av utskrivning i ett tidigt skede vilket underlättar överföringen mellan vårdgivare och därmed ger patienten bättre förutsättningar efter utskrivning (21). Det är således motiverat att avdelningarna involverar patienten i utskrivningsprocessen genom att ge personcentrerad vård. Dåliga övergångar i vårdkedjan kan innebära högre vårdkostnader då ökad risk finns för att patienten åter söker sjukhusvård kort tid efter utskrivning (18, 33). Denna effekt förbises dessvärre när den ekonomiska påfrestningen i vården motiverar snabba utskrivningar (18). Studier (5, 6, 9, 11) har visat att fullt implementerad personcentrerad vård leder till kortare vårdtider med ökad tillfredsställelse hos patienter och vårdpersonal och enligt World Health Organization (WHO) (39) är personcentrerad vård möjlig även med begränsade resurser. Forskning indikerar att vårdkostnader kan minskas genom att tillgodose patientens psykosociala behov, inte enbart de fysiska, och genom att låta patienten vara

delaktig i vården (40). Således motiveras personcentrerad vård i dagens hälso- och sjukvård där ett ökat krav ställs på ekonomiskt tänkande (18, 22).

För att förbättra utskrivningsprocessen måste tvärvetenskapliga team bli mer dynamiska, mer komplexa och förbättra kommunikationen med varandra. För att möjliggöra detta krävs samordning mellan hälso- och sjukvårdspersonal som deltar i patientens övergång samt att de delar samma mål för att förbättra vården (18, 31, 33). Idag finns rigida gränser mellan hälso- och sjukvårdens organisationer och dessa får inte utgöra begränsningar för god och säker vård (16, 18, 33). Det har visats att sjukhuset och hemsjukvården arbetar efter egna etablerade och formella strukturer för att försäkra likformighet inom organisationen och att tydliga riktlinjer för samverkan mellan organisationerna saknas (16). För att kunna säkerställa vårdens kontinuitet krävs strategier och etablerade förfaringssätt avseende samverkan både inom och mellan vårdorganisationer och att alla parter tar ett större ansvar för vad som händer i övergången mellan olika vårdorganisationer (16, 18). En förutsättning för att förbättra patientens övergång mellan olika vårdgivare i vårdkedjan är således att ge personcentrerad vård (18).

### **Planeringsunderlaget**

Granskningen visade att planeringsunderlaget inte hade någon inverkan på omvårdnadsepikrisernas innehåll av PCV. Den tidigare kvalitetsgranskningen som fokuserade på patientens vårdtid visade att personcentrerad vård i högre grad avspeglades i dokumentation på den avdelning (A) som använde planeringsunderlaget. Kan detta bero på att sjuksköterskan är inställd på att ge PCV under vårdtiden och ”släpper taget” om patienten i utskrivningsprocessen då hon/han är medicinskt färdigbehandlad? Sker detta på grund av tidsbrist? Tidsbrist är ett vanligt skäl som anges till att allt inte dokumenteras och den som ansvarar för patientens utskrivning från sjukhus har sällan tid att planera en smidig överlämning (18, 27). Planeringsunderlaget tycks inte heller ha någon inverkan på att skriva PRIMUS-remitter då endast avdelning B hade skrivit två stycken.

### **Hur studien bidrar till att förbättra det praktiska vårdarbetet**

Dokumentation i patientjournalen är en viktig faktor för kontinuitet och säkerhet i vården och det finns anledning att reflektera över i vad och hur dokumentationen kan förbättras (27). Studien bidrar till att uppmärksamma sjuksköterskor på avdelning A och B på att omvårdnadsepikriserna i högre grad bör avspegla PCV och på att information om patientberättelse och uppföljning av given vård behöver förbättras för att den givna vården inte



ska vara ofullständig (22). Studien uppmärksammar även sjuksköterskorna på avdelning A och B om det magra antalet PRIMUS-remisser som skrivits och vår förhoppning är att de kommer att skriva fler framöver. Det är angeläget att hitta sätt att förbättra dokumentation av patientens medverkan i patientjournalen (27). Vår förhoppning är att planeringsunderlaget bearbetas och utvecklas så att det kan användas effektivare i den personcentrerade vården.

För att kunna fastställa huruvida personcentrerad vård bedrivs eller ej och hur den kan förbättras behöver arbetsplatser använda mätinstrument eller metoder som innebär och möjliggör systematisk utvärdering (16). Mot bakgrund av detta anser vi att fler kvalitetsgranskningar av PCV och av utskrivningsprocessen bör göras. Vår studie visar att det är svårt att arbeta personcentrerat då många faktorer har betydelse för resultatet. Vår erfarenhet är att utskrivningsplaneringar och omvårdnadsepikriser inte alltid skrivs och att kommunikation inom och mellan vårdgivare (akutsjukvård, öppenvård och primärvård) inte alltid förekommer. Vår förhoppning med studien är att sjuksköterskor börjar reflektera konstruktivt över sina egna omvårdnadshandlingar och rutiner vid överlämning av patient till nästa vårdgivare.

## **KONKLUSION**

Studien visar att avdelningarnas dokumentation av utskrivningsprocessen i låg grad avspeglade personcentrerad vård utifrån GPCC:s kriterier för PCV samt att planeringsunderlaget inte hade någon effekt. Omvårdnadsepikrisen har en viktig roll i vårdkedjan och vi tror att uppföljning av symptom och kvarstående omvårdnadsbehov skulle fungera bättre om alla sjuksköterskor skrev välformulerade omvårdnadsepikriser. Fler och mer välformulerade omvårdnadsepikriser kan leda till färre återinläggningar och en ökad patienttillfredsställelse.

Studien visar på kvantitet och som ett led i kvalitetsuppföljningen anser vi att kvalitén på omvårdnadsepikrisernas innehåll bör undersökas för att bidra med en helhetsuppfattning av problemområdet. Vi tror att personcentrerad vård ökar förutsättningarna för att ge god och säker vård. Vår förhoppning är att fler sjuksköterskor börjar reflektera konstruktivt över sina egna omvårdnadshandlingar och rutiner vid överlämning av patient till nästa vårdgivare, för ingen kedja är starkare än sin svagaste länk.

## REFERENSER

1. Jonasson Hammar V, Malm A. Personcentrerad vård. Var är dokumentationen? Göteborgs Universitet: Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, 2011.
2. Wåhlin S. Dagens sjukvård vinner på ökad patientcentrering. Fokus på patienten ger effektiv vård – Men paternalism har också en plats. Läkartidningen. 2010;107(44):2726-8.
3. Swedberg K. Personcentrerad vård - Klinikerns comeback. Anamnesen och patientens symtom åter i fokus. Läkartidningen. 2010;107(6):320-1.
4. Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F6E3B1D4-98F3-47D7-8151-95068F618C55/13938/200912672\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F6E3B1D4-98F3-47D7-8151-95068F618C55/13938/200912672_rev2.pdf). Hämtad: 2012-01-19.
5. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care - Ready for prime time. European journal of cardiovascular nursing 2011;10(4):248-51.
6. Ekman I, Wolf A, Olsson L-E, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. European Heart Journal 2011 sep. 15 ;[Epub ahead of print].
7. Hälsa- och sjukvårdslag 1982:763. Svensk författningssamling 1982; 1982. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763). Hämtad: 2011-12-16.
8. Kristiansson Ekwall A. Personcentrerad vård ur ett akuttvårdsperspektiv. Ur: Edvardsson D (red). Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 51-60.
9. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: A prospective comparative study of patients with acute hip fracture. Journal of orthopaedic surgery and research. 2006;1(1):3-.
10. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I, Vårdförbundet. VIPS-boken: Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.

11. Holliday R, Cano S, Freeman J, Playford E. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 2007;78(6):576-80.
12. Santamäki Fischer R. Att samla in och använda livsberättelser – Teorier och metoder. Ur: Edvardsson D (red). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 39-49.
13. Edvardsson D. Förord. Ur: Edvardsson D (red). *Personcentrerad vård i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 11-14.
14. Edvardsson D. Inledning. Ur: Edvardsson D (red). *Personcentrerad vård i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 15-18.
15. Ådahl K. On decision support in participatory medicine supporting health care empowerment. Blekinge: School of Computing; 2012.
16. Hellesø R, Lorensen M. Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(7):807-22.
17. Patientdatalagen, 2008:355. Svensk författningssamling 2008; 2008. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/?bet=2008:355](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/?bet=2008:355). Hämtad: 2011-12-16.
18. Parry C, Coleman EA, Smith JD, Frank J, AM K. 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):1-17.
19. Rooke L. *Omvårdnad. Erfarenhet - Reflektion - Teori*. Lund: Studentlitteratur; 1994.
20. Karlsson H, Waltersson M. *Samverkan och kompetens vid informationsöverföring från slutenvård till primärvård och kommun inför samordnad vårdplanering*. Högskolan i Skövde: Institutionen för klinik och samhälle, 2008.
21. Arvidsson L. *PRIMUS - Primärvårdspatient ut från sjukhus. En omvårdnadsremiss för patienten vid informationsöverföring mellan vårdgivare*. Göteborgs Universitet: Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, 2010.

22. Dunér A, Blomqvist K. Vårdkedjans aktörer och organisering. Ur: Ehrenberg A, Wallin L (red). Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 181-211.
23. Socialtjänstlagen 2001:453. Svensk författningssamling 2001; 2001. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/). Hämtad: 2012-01-05.
24. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens författningssamling 2008; 2008. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>. Hämtad: 2011-12-19.
25. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27. Socialstyrelsens författningssamling 2005; 2005. Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27). Hämtad: 2011-12-16.
26. Ehnfors M, Ehrenberg A. Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen. Ur: Idvall E (red). Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Gothia; 2007. s. 30-44.
27. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring och informationshantering. En praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2011.
28. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. Quality in health care. 2000;9(1):6-13.
29. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens författningssamling 2011; 2011. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>. Hämtad: 2012-01-05.
30. Offentlighets- och sekretesslag, 2009:400. Svensk författningssamling 2009; 2009. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla\\_sfs-2009-400/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/). Hämtad: 2011-12-15.

31. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. Health policy. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20:953-7.
32. Parry C, Coleman EA. Active roles for older adults in navigating care transitions: Lessons learned from the care transitions intervention. *Open Longevity Science*. 2010;4:43-50.
33. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals Internal Medicine*. 2004;140:533-6.
34. Socialstyrelsen. Äldre - Vård och omsorg 1 april år 2011. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen- samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18555/2012-1-6.pdf> 2011. Hämtad: 2012-02-08.
35. Efraimsson E. Vårdplaneringsmötet. En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare. Umeå: Umeå Universitet; 2005.
36. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatric Society*. 2003;51(4):556-7.
37. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of family practice*. 2000;49(9):796-804.
38. Manley K, Hills V, Marriot S. Person-centred care: Principle of Nursing Practice D. Art & science. 2011;25(31):35-7.
39. World Health Organization. People-centred care in low- and middle-income countries. Third Geneva Conference on Person-centred Medicine; Genève, Schweiz, 2010.
40. Sobel DS. Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*. 1995;57:234-44.

## BILAGA 1: PLANERINGSUNDERLAG

### PERSONCENTRERAD VÅRD

Arbetsblad för ankomstsamtalet

<b>Vill du berätta varför du sökte?</b>
<b>Vill du berätta om hur din hälsa/sjukdom påverkar ditt dagliga liv?</b>
<b>Önskemål och krav om vård/omvårdnad?</b>

#### *Ifylls av sjuksköterska och undersköterska:*

Inskrivningsdatum och tid:						Ansvarig sjuksköterska:					
Upplysningar	Ja	Nej	Allergi	Ja	Nej	Biobank	Ja	Nej	Rökare	Ja	Nej
Tolk	Ja	Nej	PVK	hö	vä	ID band	Ja	Nej	Ex rökare	Ja	Nej
Färdtjänst	Ja	Nej	Körkort	Ja	Nej	Inf.känslighet	Ja	Nej	Överkänslighet	Ja	Nej
Smitta	Ja	Nej	MRSA	Ja	Nej	Utlandsvårdad	Ja	Nej	Blöd.benägenhet	Ja	Nej
Har du haft symtom på magsjuka				Ja	Nej	Har dina anhöriga haft symtom på magsjuka				Ja	Nej
Närstående:						Är de kontaktade				Ja	Nej

### Patientskattade förmågor och symtom

Medicinskt allmäntillstånd						Socialt nätverk					
A B C						Tätt Glest Saknas					
FRS* (0-100)						SPMSQ* (1-10)					
Muntorrhet	Ja	Nej	Illamående	Ja	Nej	Dyspné (1-5)*			Trötthet (1-5)*		
Yrsel	Ja	Nej	Hosta	Ja	Nej	Sömn			Längd		
Smärta (1-10)*			Bensår	Ja	Nej	Andra sår	Ja	Nej	Vikt		
<b>Huvudsymtom:</b>											
Normal miktionsfunktion				Ja	Nej	RIK					
KAD				Ja	Nej	Slutdatum					
Normala avföringsvanor				Ja	Nej	Övrigt:					

\*Lickertskalan\*FRS Functional Recovery Scale \*Visual Analog Scale \*SPMSQ Short Portable Memory State Questionnaire

### Behov av annan specialistkompetens

Sjukgymnast	Arbetsterapeut	Dietist	Kurator
-------------	----------------	---------	---------

## Övrigt


## Personlig funktionsnivå

ADL funktion (sätt kryss i lämplig ruta)		Aktivitet/hjälpmedel		
Självständig vid bad/dusch	<b>A</b>	Gångförmåga (ringa in lämpligt alternativ)		
Självständig på och avklädning	<b>B</b>	<b>1 2 3 4 5 6</b>		
Självständig vid toalettbesök	<b>C</b>	Gånghjälpmedel	Ja	Nej
Självständig i och ur sängen	<b>D</b>	Stödstrumpor	Ja	Nej
Är kontinent (kan hantera inkontinenshjälpmedel)	<b>E</b>	Synnedstättning	Ja	Nej
Äter framdukad mat själv	<b>F</b>	Hörselnedstättning	Ja	Nej
Klarar inget av ovanstående	<b>G</b>	Typ av hjälpmedel:		

## Boende

Villa	Ja	Nej	Radhus	Ja	Nej	Trappor	Ja	Nej
Lägenhet	Ja	Nej	Trappor	Ja	Nej	Hiss	Ja	Nej
Servicehus	Ja	Nej	Äldreboende	Ja	Nej	Gruppboende	Ja	Nej

## Hemtjänst

Ingen	mindre än gång/v	1 gång/v	mer än 1 gång/v	Dagligen	Natt
Vilka insatser?					
Hemsjukvård	Ja	Nej	Trygghetslarm	Ja	Nej
Inskrivningsmeddelande/KLARA	Ja	Nej	För patienter med hemtjänst/särskilt boende eller där behov av hjälp kan/beräknas förmodas uppstå		
Utskrivningsplanering startas i Melior datum:			Senaste Apodoskort utskrivet datum:		
Ordinarie vårdcentral:					

## Övrigt

Ex. Psykosocialt, Social bakgrund



## Teambeslut

*Ifylls av läkare och sjuksköterska:*

<b>Överenskommelse i enlighet med patientens önskemål och vilja:</b>	Ja	Nej
<b>Vårdprognos, beräknat utskrivningsdatum:</b>		
<b>Närstående informerade om vårdplan datum:</b>		
<b>Finns försvårande omständigheter för vården:</b>	Ja	Nej
<b>Försvårande omständigheter:</b>		
<b>Patient/närstående informerad om SVPL datum:</b>		

## Medicinsk utredningsplan

*Ifylls av läkare:*

<b>Ansvarig läkare:</b>		
<b>Utredningsplanen fastställd</b>	Ja	Nej
<b>Datum:</b>		

## Utvärderingsbedömning var tredje dygn från behandlingsstart

<b>Känner du dig bättre gentemot inskrivningsdagen?</b>		
<b>Datum</b>	Ja	Nej

*Ifylls av sjuksköterska och undersköterska:*

Symtom			Aktivitet (sätt kryss i lämplig ruta)		
Dyspné (1-5)*			Sitter uppe	Ja	Nej
Trötthet (ange värde 1-5)*			Promenerar till toa	Ja	Nej
Smärta (1-10)*			Är självständig	Ja	Nej
Illamående	Ja	Nej	<b>Övrigt:</b>		
<b>Huvudsymtom:</b>					
<b>Social koordination</b>					
Dialog med biståndsbedömare	Ja	Nej	Behöver Apodos ordnas inför hemgång	Ja	Nej
Dialog med HSV	Ja	Nej	KLARA		

\*Lickertskalan \*Visual Analog Scale

### Utskrivning

Symtom			Aktivitet/hjälpmedel		
Dyspné (1-5)*			Gångförmåga (ringa in lämpligt alternativ)		
Trötthet (ange värde 1-5)*			1 2 3 4 5 6		
Smärta (1-10)*			<b>Övrigt:</b>		
Illamående	Ja	Nej	<b>Huvudsymtom:</b>		

\*Lickertskalan \*Visual Analog Scale

*Ifylls av läkare och sjuksköterska:*

Remiss primärvård	Ja	Nej	Remiss Med. Mott.	Ja	Nej	Primus-remiss	Ja	Nej
Läkarepikris dikterad/skriven			Ja	Nej	Skickad till:			
Utskrivningssamtal	Ja	Nej	Omvårdnadsepikris	Ja	Nej	Tagit del av sin omvårdnadsepikris	Ja	Nej
KLARA/SVPL utskrivningsinformation							Ja	Nej
Dialog med anhöriga:							Ja	Nej
Utskrivningsdatum:								
Anser patienten att vårdplanen har följts							Ja	Nej
Anser patienten att utskrivningen är planerad på ett tillfredsställande sätt							Ja	Nej

## BILAGA 2: GRANSKNINGSINSTRUMENTET CAT-CH-ING

### Granskningsmall Cat-ch-Ing

#### Omvårdnadsepikris:

#### Patientberättelse:

Fullständig (3):	PCV <sup>1</sup> indikatorer enligt patientens subjektiva upplevelse: <ul style="list-style-type: none"><li>• Hälsohistoria/vårderfarenhet</li><li>• Sysselsättning</li><li>• Socialt nätverk</li><li>• Huvudsymptom</li><li>• Kognitiv förmåga</li><li>• P-ADL<sup>2</sup>, FRS<sup>3</sup> och gångförmåga ska framkomma på något sätt</li><li>• (Annat symptom)</li></ul>
Delvis (2,5):	Alla PCV indikatorer dokumenterade, minst en är subjektivt upplevd av patienten
Delvis (2):	Alla PCV indikatorer dokumenterade, oklart om någon är subjektivt upplevd av patienten
Tendens (1,5):	Alla PCV indikatorer är ej dokumenterade, minst en är subjektivt upplevd av patienten
Tendens (1):	Alla PCV indikatorer är ej dokumenterade, oklart om någon är subjektivt upplevd av patienten
Ingen alls (0,5):	Alla PCV indikatorer är ej dokumenterade, observation eller symptom är ej subjektivt upplevd av patienten
Inget alls (0):	Inget av ovan.

1. Personcentrerade vård
2. Personal Activities of Daily Living
3. Functional Recovery Scale Victoria
4. Samordnad vårdplanering

### **Uppföljning:**

Fullständig (3):	Av patienten subjektivt upplevda symptom och förmågor vid ankomst/under vårdtid som är aktuella att följa upp
Delvis (2,5):	Oklart om ovan nämnda är subjektivt upplevda av patienten
Delvis (2):	Minst en av ovan nämnda är subjektivt upplevd av patienten
Tendens (1):	Observation eller symptom som är aktuella att följa upp är inte subjektivt upplevda av patienten
Inget alls (0):	Inget av ovan

### **Patientjournal:**

#### **Teambeslut:**

Fullständig (3):	<ul style="list-style-type: none"><li>• Överenskommelse i enlighet med patientens önskemål och vilja</li><li>• Vårdprognos, beräknat utskrivningsdatum</li><li>• Närstående informerade om datum för vårdplan</li><li>• (Försvårande omständigheter för vården)</li><li>• (Patient och närstående informerade om SVPL<sup>4</sup> datum)</li></ul>
Delvis (2):	Minst en av ovan dokumenterad under första halvan av vårdtiden, alternativt minst en av ovan ifylld i planeringsunderlaget
Tendens (1):	Minst en av ovan dokumenterad under andra halvan av vårdtiden
Inget alls (0):	Inget av ovan

1. Personcentrerade vård
2. Personal Activities of Daily Living
3. Functional Recovery Scale Victoria
4. Samordnad vårdplanering