

# Utskrivning från sjukhus

## En studie av utskrivningsprocessen vid en medicinklinik

|              |   |
|--------------|---|
| FÖRFATTARE   | David Lundström<br>Anna-Karin Olander   |
| PROGRAM/KURS | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård<br><br>Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot internmedicinsk vård<br><br>VT 2014 |
| OMFATTNING   | 15 högskolepoäng  |
| HANDLEDARE   | Eva Jakobsson Ung   |
| EXAMINATOR   | Tommy Johnsson  |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



|                      |  |
|----------------------|--|
| Titel:               | Utskrivning från sjukhus – En studie av utskrivningsprocessen vid en medicinklinik |
| Title:               | Discharge from hospital – A study of the discharge process at a medicine clinic    |
| Arbetets art:        | Självständigt arbete   |
| Program              | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård.               |
| Arbetets omfattning: | 15 Höskolepoäng  |
| Sidantal:            | 37 sidor   |
| Författare:          | David Lundström<br>Anna-Karin Olander  |
| Handledare:          | Eva Jakobsson Ung  |
| Examinator:          | Tommy Johnsson   |

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Vid vård av äldre patienter är samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper viktigt. Patienter hinner inte alltid återhämta sig innan de skrivs ut från sjukhuset och har ofta ett fortsatt vårdbehov. En välstrukturerad utskrivningsplanering i vilken patient och närstående är delaktiga och där den fortsatta vården säkras är av vikt vid vård av äldre patienter.

**Syfte:** Det övergripande syftet med studien är att beskriva utskrivningsprocessen för patienter över 75 år som vårdas på en medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) respektive en medicinsk akutvårdsavdelning med geriatrisk inriktning (21/34) vid en medicinklinik, jämföra utskrivningsprocessen på dessa enheter samt utvärdera hur det gick för patienterna i hemmet efter utskrivning.

**Metod:** Granskning av patientjournaler med hjälp av ett protokoll och en telefonenkät genomfördes. Data analyserades med beskrivande och analytisk statistik. Patienter som vårdats vid medicinavdelningarna MAVA respektive avdelning 21/34, som är 75 år eller äldre och skrivs ut till ordinärt boende inom Göteborgs stad inkluderades i studien.

**Resultat:** Utskrivningsprocessen skilde sig åt mellan medicinavdelningar med akutmedicinsk respektive geriatrisk inriktning. Brister påvisades rörande patienters och anhörigas delaktighet i utskrivningsprocessen och information inför hemgång. Vidare saknades dokumenterad utskrivningsplanering hos cirka två tredjedelar av patienterna på den akutmedicinska vårdavdelningen.

**Diskussion:** Patientdelaktighet leder till en ökad förmåga att klara sig efter utskrivning. Anhöriga har ofta en stor betydelse i utskrivningsprocessen, är viktiga vid beslutsfattande och utgör det huvudsakliga stödet efter utskrivning. Patienter och anhöriga bör således göras mer delaktiga i utskrivningsprocessen. Det är av stor vikt för vårdkvalitet i den kliniska verksamheten och för forskning att journaldata som utskrivningsplanering dokumenteras på ett systematiskt och strukturerat sätt.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The interaction between different care facilities and professions is important in the care of older patients. Patients do not always get enough time to recover and often have a continued need for care. A discharge process of good structure in which the patient and relatives are participating and the continued need of care is assured is of importance in care of older patients.

**Objective:** The overall purpose of this study is to compare the discharge process for patients over 75 years old admitted to a emergency medicine ward respective a emergency medicine ward with geriatric focus at a medicine clinic, to compare discharge process between these wards and evaluate the patients situation at home after discharge.

**Methods:** A survey of medical records with a protocol and a telephone survey have been performed. Data was analyzed with descriptive and analytic statistic. Patients at the medical wards MAVA and care unit number 21/34, which are 75 years or older and are discharged to their own home, within the municipality of Göteborgs stad, in Sweden, are included in this study.

**Results:** The discharge process differed between medicine wards with emergency medicine and geriatric focus. The result showed a shortage of participation among the patients and relatives in the discharge process and information concerning the discharge process. Documented discharge process was lacking in two thirds of the medical records at the emergency medicine ward.

**Discussion:** Patients participation leads to an increased ability to manage after discharge from hospital. Relatives often have an important impact in the discharge process, are important regarding decision-making and constitute the main support after discharge. There is a need for an increased participation of patients and relatives in the discharge process. It is of great importance for quality of care in clinical work and research that data in the medical record is documented in a systematic and structured way.

**Keywords:** Discharge process, older patients, medical record survey, telephone survey.

|  |     |
|--|-----|
| <b>INNEHÅLL</b>  | Sid |
| <b>INTRODUKTION</b>  | 1   |
| <b>INLEDNING</b>   | 1   |
| <b>BAKGRUND</b>  | 1   |
| Äldre och sjukhusvård  | 1   |
| Risker med sjukhusvård   | 2   |
| Utskrivning  | 3   |
| Dokumentationens betydelse                                     | 5   |
| <b>SYFTE</b>   | 6   |
| <b>METOD</b>   | 6   |
| <b>DESIGN</b>  | 6   |
| <b>INKLUSIONS OCH EXKLUSIONSKRITERIER</b>                      | 6   |
| <b>DELTAGARE</b>   | 7   |
| <b>PROCEDUR</b>  | 7   |
| Utveckling av ett protokoll för granskning av patientjournaler | 7   |
| Telefonintervju  | 8   |
| Datainsamling  | 9   |
| <b>ANALYS</b>  | 10  |
| <b>METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN</b>                              | 11  |
| <b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>                                     | 11  |
| <b>RESULTAT</b>  |     |
| <b>RESULTAT DEL 1 - UTSKRIVNINGSPROCESSEN</b>                  | 13  |
| <b>RESULTAT DEL 2 - WEBBKOLLEN</b>                             | 20  |
| <b>DISKUSSION</b>  | 25  |
| <b>METODDISKUSSION</b>   | 25  |
| <b>RESULTATDISKUSSION</b>                                      | 27  |
| <b>SLUTSATS</b>  | 33  |
| <b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>                                  | 33  |
| <b>REFERENSER</b>  | 34  |
| <b>BILAGOR</b>   |     |
| 1 Protokoll för granskning av patientjournaler                 |     |
| 2 Enkät – Webbkollen Hemma                                     |     |

## **INTRODUKTION**

### **INLEDNING**

Socialstyrelsen (2007) menar att samverkan mellan olika professioner och verksamheter är av stor vikt i vård och omsorg av äldre patienter. Det finns ett behov av att förbättra samarbetet i samband med utskrivning från sjukhus. I denna studie belyses detta bland annat genom frågor om kontakter är tagna inför utskrivning, i form av olika stödinsatser, samt dokumenterade kontakter inför hemgång. Vidare nämner Socialstyrelsen (2007) att tempot inom svensk sjukvård har höjts och äldre patienter ofta inte hinner återhämta sig fysiskt och psykiskt innan de skrivs ut från sjukhuset. Vistelsen på sjukhus är ofta avgörande för hur patienters framtid ter sig. En minskad vårdtid leder till ökad risk att patienter inte hinner ta till sig information om sjukdomen, prognos och uppföljning. Enligt Socialstyrelsen (2007) har medianvårdtiden inom slutenvård på sjukhus minskat från år 1993 till 2006 och inom medicin har medianvårdtiden minskat med cirka 30 % för patienter som är 80 år och äldre. Omsättningen av patienter ökar till en följd av minskat antal vårdplatser och därmed blir vårdtiderna kortare.

Meleis (2010) beskriver att nutida fokus är att minska längden på sjukhusvistelsen för patienter. Patienter skrivs i vissa fall ut i ett mellanläge snarare än när de är helt återställda. Vården sträcker sig bortom utskrivningen och till hemmen vilket leder till att ansvaret för återhämtningen faller på patienter och familjemedlemmar. Enligt Bauer, Fitzgerald, Haesler och Manfrin (2009) finns det olika faktorer som är av betydelse vid utskrivning från sjukhus för äldre patienter, bl.a. att involvera anhöriga, kommunikation och tillgång till stödfunktioner efter utskrivning. Utskrivningsplanering är en process där patienters förväntade hälsobehov identifieras och en förberedelse inför patienters utskrivning från sjukhus. Syftet med utskrivningsprocessen är att överbygga klyftan mellan vård på sjukhus och inom kommunen. Utskrivningsplaneringen involverar en komplex process innehållande patientbedömning, utveckling av planering, utbildning, uppföljning och utvärdering för patient och anhöriga som vårdar en patient.

Fokus för denna studie är utskrivningsprocessen för patienter över 75 år som skrivs ut från slutenvård till hemmet. Studien omfattar en granskning av den vårddokumentation som görs under vårdtiden rörande utskrivningen och hur den eventuellt skiljer sig åt mellan olika vårdenheter samt en uppföljning av hur det gått för patienter efter utskrivning.

### **BAKGRUND**

#### **Äldre och sjukhusvård**

Enligt Statistiska centralbyrån (2012) har antalet personer mellan 65 och 79 år ökat de senaste åren. Socialstyrelsen (2007) beskriver att antalet personer som är 80 år och äldre ökade med över 20 % mellan åren 1992 till 2006. Prognosen för 2012 och tio år framåt är en ökning på cirka 300 000 personer i dessa åldrar. Gällande 80-99 åringar väntas efter år 2020 en fortsatt ökning gällande antalet personer fram till år 2060, då det

kommer att finnas mer än dubbelt så många äldre personer som idag. Störst befolkningsökning av människor i alla åldrar sker hos människor över 65 år.

Enligt Courtney, Edwards, Chang, Parker, Finlayson och Hamilton (2011) är både antalet inläggningar på sjukhus och vårdtiden högre för äldre personer över 65 år än övriga befolkningen. Personer över 65 år svarar för cirka 38 % av alla sjukhusinläggningar i England och 36 % i USA. Enligt Socialstyrelsen (2007) har vårdtiderna för äldre patienter sjunkit under det senaste årtiondet, detta gäller även bland de allra äldsta personerna. Dessutom har antalet äldre patienter som bor i särskilt boende minskat vilket resulterar i att fler äldre med stora behov av omvårdnad skrivs ut från sjukhus för att få vård- och omsorgsinsatser i hemmet av primärvård och kommun (Socialstyrelsen, 2007; FoU i Väst 2013). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2007) att år 2006 vårdades nästan 70 % av de personer som är 65 år och äldre vid ett tillfälle inom slutenvård på sjukhus. Det finns en tendens till ökad konsumtion av vård på sjukhus, beroende på att en större del av vården sker i hemmet och att färre patienter bor på särskilt boende. Patienter som bor på särskilt boende konsumerar mindre sjukvård. Med andra ord ökar behoven av sjukvård när fler äldre bor hemma.

Enligt FoU i Väst (2013) fanns det i slutet av 1960-talet cirka 120 000 vårdplatser inom slutenvården och år 2009 hade den siffran sjunkit till cirka 25 600 platser. Socialstyrelsen (2007) menar att mellan år 2001 och 2006 minskade antalet vårdplatser inom slutenvården med 9 %. Sjukhusvården har effektiviserats, samtidigt som en större del av vården sker utanför sjukhuset, såsom öppenvård, primärvård och hemsjukvård. FoU i Väst (2013) skriver att fler äldre och äldre med flera sjukdomar lever längre med stora behov av vård och omsorg. Konsumtionen av vård av äldre och sjuka patienter kan minskas genom ekonomiska styrsystem, åtgärder mot patientgruppen och samverkan för att minska gapet mellan olika vårdgivare.

Enligt Socialstyrelsen (2007) har antalet personer som är 65 år och äldre fördubblats de senaste 50 åren, vilket framförallt är beroende på att dödligheten minskat och detta gäller främst dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Under 1990-talet skedde en stor ökning av äldre personer som har minst tre långvariga sjukdomar. Antalet hjärtsjuka personer minskade under 1980-talet men ökade stort under 1990-talet, vilket kan bero på att vården av hjärtsjuka då förbättrades, och att antalet sjuka överlevande personer ökade.

### **Risker med sjukhusvård**

Enligt Courtney et al. (2011) sker under sjukhusvistelsen en minskning av den funktionella förmågan vilket resulterar i minskad livskvalitet, förlust av självständighet och en ökad risk för återinläggning. Fall på sjukhus bland äldre patienter är vanligt, men det är ändå svårt att identifiera dem som har fallrisk anser Neumann, Hoffmann, Golgert, Hasford och von Renteln-Kruse (2013). Fall är en av de vanligaste oönskade händelserna på sjukhus, särskilt när det gäller äldre patienter. Därför är fallprevention högprioriterat när det gäller patientsäkerhetsarbete, vårdkvalitet och resursanvändning.

Socialstyrelsen (2006) beskriver att vårdrelaterade infektioner är ett problem inom patientsäkerheten. Det råder stor skillnad i antalet vårdrelaterade infektioner mellan olika sjukhus och kliniker, mycket beroende på att det finns skillnader i riskfaktorer mellan olika patientgrupper. Med reservation för detta är vårdrelaterade infektioner ändå en av de vanligaste komplikationerna som sjukhusvårdade patienter råkar ut för och i genomsnitt drabbas cirka 10 % av alla patienter som vårdas ineliggande på sjukhus, inom akutsjukvården, av en eller flera vårdrelaterade infektioner.

Enligt Franchi, Nobili, Mari, Tettamanti, Djade, Pasina och Iorio (2013) är det vanligt med återinläggningar på sjukhus kort tid efter utskrivning från medicinavdelningar. För att förbättra kvaliteten av vården och minska kostnader är det viktigt att minska antalet återinläggningar. Det finns olika riskfaktorer som förslagits för att identifiera de patienter som är i riskzonen att bli återinlagda. På grund av kostnadsfrågan styrs vården ofta av en strävan efter att minska vårdtiderna. En minskad vårdtid är en riskfaktor som ofta associeras med återinläggningar, pga. minskad kvalitet av vården och otillräcklig återhämtning för patienter. Därför har det beskrivits att högt och ökande antal återinläggningar är priset som får betalas för tidig utskrivning.

## Utskrivning

Enligt Meleis (2010, s. 153-168) används ordet transition för att beskriva en process av förändring i livets utvecklingsfaser eller förändringar i hälso- eller sociala omständigheter. Övergångar är inte bara ett annat ord för förändring utan belyser mer den psykologiska processen i anpassningen till den förändrande händelsen. Övergångsprocessen uppstår när livets omständigheter eller relationer förändras och medför förändring och anpassning. Livskriser och förluster kan framtvunga förändring och anpassning. Gemensamt för dessa upplevelser är rubbningen, desorientering och utgången som orsakas i personens liv och personernas behov av att hitta nya sätt att leva och vara på grund av förändringen. Vidare menar Meleis (2010, s. 75-81) att övergångar sätts igång av kritiska händelser eller förändringar hos individen eller i miljön. Sjuksköterskor möter ständigt patienter som genomgår övergångar om det så berör deras hälsa, välbefinnande eller förmåga att ta hand om sig själva. Övergångar har definierats på flera olika sätt, en vanligt förekommande definition är att det är passagen eller övergången från ett någorlunda stabilt läge till ett annat och att det är en process som triggas av en förändring. Övergångar karaktäriseras av olika dynamiska skeden, milstolpar och vändpunkter.

Meleis (2010, s. 153-168) beskriver att utskrivning från sjukhus till hemmet ofta benämns som en transition för patienter och för familj. Övergången påbörjas innan utskrivning och sträcker sig till efter utskrivningen. Denna övergång ses som en process i tre delar: hospitaliseringsfasen i vilken utskrivningsplaneringen uppstår, utskrivningen och perioden efter utskrivningen. Då skall patienter skaffa sig en uppfattning om sin förmåga att klara av kraven från vården hemma och sitt behov av stöd och assistans från familj och närstående. Teorin om övergångar är betydelsefull för omvårdnad och att

stötta människor som går igenom övergångar är en viktig funktion för sjuksköterskor. Övergångsperioden vid utskrivning är en period av anpassning till psykosociala förändringar för att återupprätta en känsla av normalitet i livet. En ökad kunskap om övergången från sjukhus till hemmet skulle kunna förbättra utskrivningsplaneringen av patienter och deras livskvalitet. Det finns olika faktorer som påverkar patienters uppfattningar om att vara redo för att skrivas ut från sjukhus. En faktor som påverkar är om patienter är ensam- eller samboende. Att ta hänsyn till patienters personliga åsikter, att lyssna och svara på frågor om specifika problem är en annan viktig del. Att ge logisk information på ett sätt som patienter kan ta till sig samt minska eventuell oro som patienter känner inför hemgången är även det påverkande faktorer.

Faktorer som förbättrar utskrivningsplaneringen är enligt Bauer et al. (2009) att tidigt och aktivt involvera familjemedlemmar till patienter i utskrivningsplaneringen, att få tillgång till adekvat information och utbildning, god kommunikation mellan personal och familjemedlemmar, samt tillgång till pågående stöd efter patienters utskrivning. I studien nämns som exempel på pågående stöd kommunal hälsovård och stöd, supportgrupper och rådgivning. Dessutom menar Courtney et al. (2011) att det finns bevis för att utskrivningsplanering minskar både antalet återinläggningar och vårdtiden på sjukhus för äldre patienter med en medicinsk åkomma.

Enligt Watt och Gardner (2005) bör en utskrivningsplanering börja med tidig bedömning av förväntade behov hos patienter, och att involvera patient, anhöriga och vårdpersonal i en dynamisk och interaktiv kommunikation i takt med att planeringen fortskrider. Fokus bör ligga på samverkan och koordinering mellan olika yrkesgrupper involverade i patienters vård, vilket resulterar i gemensam överenskommelse rörande beslut fortsatt behov av vård. Vidare innehar sjuksköterskor en nyckelroll i utskrivningsprocessen, eftersom de jobbar nära patienter dygnet runt, och är således en konstant medlem i ett multidisciplinärt team, medan andra yrkeskategorier i teamet utför åtgärder som är tillfälliga tidsmässigt. Utskrivningsplanering bör påbörjas omedelbart efter inläggning för att tidigt upptäcka eventuella hinder för utskrivning från sjukhus. Utskrivningsprocessen består av fyra olika faser, bedömning av en patients behov efter utskrivning, utvecklandet av en plan för utskrivningen, implementering av densamma, inkluderande utbildning och remittering till annan hälso- och sjukvård, samt utvärdering av utskrivningsplanen.

Shepperd, Lannin, Clemson, McCluskey, Cameron och Barras (2013) menar att ett mål med utskrivningsplaneringen är att tillhandahålla information till patienter. Hesselink, Schoonhoven, Plas, Wollersheim och Vernooij-Dassen (2013) menar att studier har visat att olika problem som uppstår när vården övergår från sjukhus till kommunen för patienters del är försenad eller utebliven information, dåligt informationsutbyte och ineffektiv planering mellan olika vårdgivare.

Efraimsson, Sandman, Hydén och Rasmussen (2003) menar att enligt både svensk lagstiftning och den allmänna uppfattningen har patienter rätt att delta i planering och



beslutsfattande när det gäller deras vård. Ekdahl, Linderholm, Hellström, Andersson och Friedrichsen (2012) beskriver äldres delaktighet i vården. Det är tidigare påvisat att ökad delaktighet leder till att patienterna är mer nöjda med vården och även får bättre effekter av behandling. Det visade sig dock att äldre patienter sällan var delaktiga i beslutsfattande, exempelvis angående utskrivning. Kommunikationen kring utskrivning pågick främst mellan sjuksköterskor och läkare och patienter fick enbart information när beslut var fattade.

Lindhardt, Rahm-Hallberg och Poulsen (2008) belyser sjuksköterskors upplevelser av samarbetet med anhöriga till äldre på en sjukhusavdelning med akutvård samt vad som gynnar samarbetet och vilka barriärer som finns. Äldre som skrivs in på sjukhus får ofta hjälp från närstående med att klara sina dagliga aktiviteter. De närstående har viktig kunskap om den äldre och denna kunskap kan bidra vid beslutsfattande som berör vård, behandling och utskrivning. Det finns förbättringsområden inom samarbetet med anhöriga. Studien visade att samarbetet kunde påverkas av sjuksköterskors attityder och att detta skulle kunna förbättras med hjälp av handledning och utbildning för sjuksköterskorna samt att det behövs rutiner för hur samarbetet skall ske.

I en studie av Berglund, Wilhelmsson, Blomberg, Dunér, Kjellgren och Hasson (2013) beskrivs äldre patienters uppfattning om vårdens kvalitet. Resultatet visar att en intervention som bland annat innebar tidig geriatrisk bedömning, samarbete mellan olika professioner, stöd till anhöriga och organisering av vårdplaneringsmöten i hemmet ledde till att patienterna upplevde att vården höll en högre kvalitet vad gäller planering. Patienterna hade också i större utsträckning kunskap om vem de skulle vända sig till angående frågor om vård och omsorg. Söderback (2008) beskriver hur patienterna upplevde kvaliteten på vården och trovärdighet vid utskrivning från sjukhus och deras upplevelser i hemmet. De äldre uttryckte att kvaliteten på vården var tillfredsställande och trovärdig. De var dock mindre nöjda med bristen på kontinuitet i personalen från hemhjälp och bristen på rehabilitering. Denna studie belyser även vikten av team-samverkan mellan olika yrkesgrupper inom sjukvården.

### **Dokumentationens betydelse**

Syftet med patientjournalen är bland annat att den skall fungera som ett arbetsverktyg för personalen, ett instrument för kvalitetssäkring samt ett underlag för forskning (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000, s. 279-288). De brister som setts i dokumentation i patientjournaler har bland annat framkommit när det gäller kommunikation, exempelvis när det gäller patienters överflyttning mellan olika vårdformer såsom från sjukhus till kommunala vårdformer. Att patienters säkerhet kan garanteras under vård och behandling är den främsta anledningen till att dokumentation behövs. Ansvariga sjuksköterskor bör snabbt kunna skaffa sig en överblick av patientens situation. Dokumentationen är inte bara till för sjuksköterskor utan i lika hög grad för att kollegor och andra yrkeskategorier skall kunna bilda sig en uppfattning om patienters tillstånd eller få information om planerade åtgärder. För att garantera patienters säkerhet bör dokumentationen vara fullgod även av det som anses vara "vanliga rutiner". En förbättrad dokumentation kan bidra till att förbättra vårdkvalitet,

ökad säkerhet samt utgöra en förutsättning för utveckling, forskning och utbildning. Dokumentation kan ha en avgörande betydelse för patienters säkerhet och kontinuitet i vården. Patientjournalen skall föras på ett sådant sätt att uppgifter inte behöver dokumenteras på flera olika ställen. Rutiner bör utarbetas och efterlevas vad gäller journalföring. Syftet med att använda gemensamma sökord vid dokumentation i patientjournaler är att genom struktur öka tillgänglighet, överblick och underlätta kommunikationen i patienters journal, (Ehnfors et al., 2000, s. 15).

I dagsläget finns kunskap om äldre patienters situation rörande bland annat delaktighet i vården och anhörigas betydelse men till dags dato finns få studier, som genom telefonuppföljning i hemmet, belyser äldres situation i hemmet och upplevelser kort tid efter utskrivning från sjukhus.

## **SYFTE**

Det övergripande syftet med studien är att 1) beskriva utskrivningsprocessen för patienter över 75 år som vårdas på en medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) respektive en medicinsk akutvårdsavdelning med geriatrisk inriktning (21/34) vid en medicinklinik, 2) jämföra utskrivningsprocessen på dessa enheter samt 3) utvärdera hur det gick för patienterna i hemmet efter utskrivning.

## **METOD**

### **DESIGN**

Studien är en kvantitativ studie och består av två delar, dels en granskning av patientjournaler och dels en telefonenkät. Ett granskningsprotokoll har konstruerats för att granska utskrivningsprocessen för de patienter som inkluderats i studien och en telefonintervju har genomförts med hjälp av enkäten *Webbkollen hemma* framtagen av Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2013).

## **INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERER**

### **Inklusionskriterier:**

- Vårdats på avdelning 21/34 eller MAVA på Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Utskriven under tidsperioden 5 september till 5 december 2013
- 75 år eller äldre
- Utskriven till hemmet
- Boende i Göteborgs stad

### **Exklusionskriterier:**

- Patienter som inte kunde lämna samtycke till studien pga. exempelvis demenssjukdom eller konfusion
- Patienter som inte talade svenska

### **DELTAGARE**

Ett konsekutivt urval under en tidsperiod på tre månader gjordes. Alla i populationen som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades om deltagande i studien. Då alla i en tillgänglig population erbjuds att delta i en studie under en bestämd tidsperiod minskas risken för bias enligt Polit och Beck (2012, s. 279). Studien är en undersökning av alla patienter över 75 år boende i Göteborgs stad som skrevs ut till hemmet från två vårdenheter på Verksamhetsområde medicin på Sahlgrenska universitetssjukhuset under tre månaders tid (5 sept-5 dec 2013).

Antalet patienter som uppfyllde inklusionskriterierna och som gav samtycke till kontakt med patient eller anhörig efter utskrivning var 262 stycken. Antal deltagare som intervjun genomfördes med var 207 stycken. Bortfallet var 20,9%. Journalerna för de patienter som intervjun genomförts med granskades därefter.

### **PROCEDUR**

#### **Utveckling av ett protokoll för granskning av patientjournaler**

1. Enligt Polit och Beck (2012, s. 351f) kan det vara svårt att identifiera ett lämpligt instrument för att operationalisera ett begrepp. Det är viktigt att klargöra det aktuella begreppet, dess dimensioner och nyanser, vid utvecklandet av ett instrument. Detta inkluderar att vara kunnig kring relevant teori, forskning i förhållande till begreppet och existerande instrument. Vanligtvis utförs en litteraturgenomgång vilket gjordes inför framtagning av protokollet för granskning av patientjournaler (bilaga 1). I denna studie genomfördes en litteratursökning i databaserna CINAHL och Medline för att hitta artiklar som beskrev faktorer av vikt vid utskrivning av äldre patienter från sjukhus. Fler olika sökord användes, för att täcka in olika aspekter av utskrivningsprocessen.
2. Utgående från innehållet i artiklarna kategoriserades olika begrepp av vikt för utskrivningsprocessen in i olika grupper, vilka var sociodemografisk data, vårddata, hälsosituation, dokumenterade faktorer av betydelse för utskrivningsprocessen och dokumenterad utskrivningsprocess.
3. Därefter konstruerades konkreta frågor, baserat på valda artiklar från litteratursökningen. Frågorna grupperades efter de framtagna kategorierna. Det övervägdes att använda en skala av Likerttyp som enligt Polit & Beck (2012, s.

352ff) innebär påståenden med en bipolar skala som ofta är en sammanhängande enhet med överensstämmelse/oenighet. På grund av karaktären av data i patientjournalen användes inte denna typ av skala, då dokumentationen inte alltid är tillräckligt detaljerad. Baserat på data som finns i en patientjournal valdes att i protokollet för granskning av patientjournaler istället använda frågor med svarsalternativen Ja och Nej, samt kommentar. Svarsalternativen är också baserade på den typ av frågor som protokollet baseras på, vilka baseras på litteraturgenomgången.

4. Polit och Beck (2012, s. 334f) menar att när det gäller forskning inom omvårdnad är det vanligt att använda olika metoder som innebär samstämmighet forskare sinsemellan. Målet är att de som genomför studien ska ha en gemensam uppfattning om ett begrepp och att nå överenskommelse personerna emellan, vilket interbedömarreliabilitet syftar till. Interbedömarreliabilitet kan fastställas genom olika tillvägagångssätt såsom samstämmighet och mätningar. Andelen överensstämmande svar när bedömningarna är tudelade kan beräknas med följande formel:  $\frac{\text{Antalet möjliga överensstämmelser}}{\text{Antalet möjliga överensstämmelser} + \text{Antalet icke överensstämmelser}}$ . I denna studie granskas 20 stycken patientjournaler individuellt (samma journaler för de enskilda forskarna) och därefter beräknas graden av överensstämmelse utgående från ovanstående formel för att säkra interbedömarreliabiliteten. Antal variabler i protokollet var 26 stycken, vilket ger 520 möjliga överensstämmelser. Detta efter att gemensamma diskussioner forskarna emellan om samstämmighet utförts. Flera granskningar har genomförts, i syfte att uppnå en högre grad av överensstämmelse, tills den blivit över 90 %.

## Telefonintervju

En enkätstudie är enligt Polit och Beck (2012, s. 264f) designad för att få information om prevalens, distribution och förhållandet mellan olika fenomen i en befolkning. En enkät skaffar information från människor genom självrapportering, dvs. deltagarna svarar på ett antal frågor som ställs av undersökarna. Enkätdata kan samlas in på flera sätt, bland annat som i detta fall genom telefonintervjuer. Detta är en mindre kostsam metod, dock kan de svarande vara mindre villiga att besvara frågor per telefon. Enkät per telefon kan vara en lämplig metod för att samla in data om intervjun är kort, specifik och inte för personlig och om undersökarna har haft tidigare personlig kontakt med de svarande så som i denna studie. Telefonintervjuer kan dock innebära svårigheter för vissa patienter, t.ex. för de med hörselsvårigheter. Vid enkätstudier går det enligt Henricson (2012, s. 141-144) att använda redan färdigkonstruerade enkäter eller formulera egna frågor. Fördelen med att använda färdiga enkäter är att resultaten i dataanalysen kan jämföras men andra studier där samma formulär använts. I denna studie bedömdes en svarsfrekvens på 70-75 procent vara acceptabelt.

*Webbkollen hemma* är en webbenkät (bilaga 2) framtagen av SKL (2012) som används för uppföljning av äldre patienter efter utskrivning från sjukhus. Att ta del av äldre patienters beskrivningar av upplevelse av trygghet och delaktighet i samband med

utskrivning från sjukhus kan leda till ökad förståelse för vad som krävs för att skapa trygghet i hemmet och minimera risken för återinläggningar. Webbenkäten visar hur äldre patienter upplever sin utskrivning och vistelse i bostaden kort tid efter utskrivning. Enkäten består av 18 frågor som bland annat berör hur det fungerat för en patient efter utskrivning, om de fått den hjälp de behövt på sjukhuset och hemma och vad de fått för information. De första 11 frågorna besvaras av patient eller närstående och resterande frågor besvaras av intervjuaren där en bedömning gjorts av hur planeringen av vård och omsorg fungerat. Telefonenkäten genomförs med patienter i hemmet inom 72 timmar efter utskrivning från sjukhuset. I denna studie arbetade två sjuksköterskor med att ringa upp patienter och ställa frågor utgående från webbenkäten, som beskrivs ovan. Hela frågan lästes upp för patienten, utan att utelämna eller ändra några ord. Därefter gjordes en bedömning, utgående från patientens svar, om svaret på frågan var Ja eller Nej. Om svaret berörde ett problem, eller andra alternativ (utgående från frågan) gjordes även en kort kommentar. I de fall då inte patienter eller anhöriga svarade i telefon, vid tillfället då intervjuaren ringde, gjordes totalt upp till tre försök. Patienter som inte svarade en dag ringdes istället upp nästkommande vardag, dock ej längre tid än en vardag efter den första telefonuppringningen. Bortfallet var 20,9 % och berodde delvis på att patienter eller anhöriga inte var anträffbara i telefon eller att de inte ville svara på frågor, eller ville avbryta intervjun, då den pågick, vilket togs hänsyn till. I vissa fall avbröts intervjuerna på initiativ av de uppringande sjuksköterskorna, t.ex. då patienten vid telefonsamtalet upplevdes vara förvirrad.

## **Datainsamling**

En granskning av patientjournaler utfördes på de patienter som inkluderats i studien. Granskning av journaler i den egna verksamheten görs enligt Ehnfors et al. (2000, s. 308) allt oftare för att dels bevaka och utveckla kvalitet i vården och dels i forskningssyfte. Metoden är ett naturligt val då data i patientjournalen finns tillgänglig även efter vårdtidens slut. Vid granskningen av patientjournaler gjordes en granskning av det som dokumenteras i Sahlgrenska Universitetssjukhusets journalsystem Melior, under sökordet utskrivningsplanering. I syfte att täcka in så många aspekter som möjligt av utskrivningsprocessen valdes förutom sökordet utskrivningsplanering att även granska sökorden omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus då viss information som dokumenteras under dessa sökord är av betydelse för utskrivningen. De sökord som granskats i granskningen av patientjournalen är:

1. Omvårdnadsanamnes/status. (Sjuksköterskors ankomstbedömning).
2. Utskrivningsplanering. (Sjuksköterskors dokumenterade information om utskrivning).
3. Läkarepikris. (Läkares sammanfattning av vårdtillfället).
4. För variablerna ålder, kön, vårdavdelning och vårdväg har inte ett specifikt sökord använts, utan dessa uppgifter finns i journalen frikopplade från ett enskilt sökord och återfinns på annan plats i patientjournalen, såsom t.ex. förstasidan i journalen eller olika rubriker. Därför har information från olika delar av journalen använts för att granska dessa variabler.

I protokollet för granskning av patientjournaler är variablerna ålder, antal vård dygn, utskrivningsplanering påbörjad inom antal dygn och antal bidiagnoser på kvotnivå och övrig data är på nominalnivå. En nominal mätskala innebär att värden tilldelas nummer för att klassificera olika saker till kategorier t.ex. kön eller blodgruppstillhörighet, utan någon inbördes ordning (Polit och Beck, 2012, s. 379f).

Om endast sökordet utskrivningsplanering i patientjournalen valts att granskas, där information om utskrivning skall samlas, hade viktig information för utskrivningsprocessen missats i patientjournalen. Med andra ord finns det variabler i protokollet för granskning av patientjournaler vilka är av vikt för utskrivningsprocessen, som av tradition brukar dokumenteras under olika sökord. Detta gäller t.ex. frågorna om patienten har anhöriga eller funktionsnedsättningar. Därför föll valet på att utöka granskningen av patientjournaler till att även omfatta sökorden omvårdnadsanammes och omvårdnadsstatus, för att täcka in så många aspekter som möjligt av utskrivningsprocessen. Granskning av löpande text såsom det som dokumenterats under rapportanteckningar har inte gjorts utan valet gjordes att granska valda sökord där all information som rör utskrivning skall samlas av patientsäkerhetsskäl. Granskning av läkarepikrisen gjordes i syfte att granska huvud- och bidiagnos, vilket gjordes för att få en bild av vad de inkluderade patienterna vårdats för. Olika diagnoser har delats in i grupper med hjälp av ICD-10 koder, såsom t.ex. blodsjukdomar, infektionssjukdomar, med flera, då antalet olika specifika diagnoser annars blivit för stort.

## **ANALYS**

Data från granskningen av patientjournaler bearbetades med hjälp av IBM SPSS Statistics (IBM, 2014). Deskriptiv statistik användes enligt Polit och Beck (2012, s. 379) för att beskriva och analysera data. Data som samlades in var på nominalnivå samt kvotnivå. Nominaldata kan behandlas matematiskt genom att dela in värdena i kategorier. Kvotdata är den högsta nivån av data, med en bestämd ordning på värden, intervall mellan värden och det finns en absolut nollpunkt. Lägesmått i form av medelvärde, median och typvärde beräknades för data på kvotnivå. Antal patienter som har sökordet utskrivningsplanering öppnad i Melior var 136 st. Det innebär att deskriptiv statistik presenteras på materialet som helhet (n 207) och en separat analys av kvaliteten på utskrivningsprocessen genomfördes för de patienter som i Melior har en utskrivningsplanering öppnad (n 136). Differensen förklaras av att ett antal patienter ej hade sökordet Utskrivningsplanering öppnad i Melior. För att testa skillnader mellan kategorivariabler mellan vårdavdelningarna användes Chi<sup>2</sup>-test och för skillnader i kontinuerliga variabler användes envägsvariansanalys.

## **METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt Polit och Beck (2012, s. 331-336) finns olika kriterier i syfte att utvärdera ett mätinstruments kvalitet, där reliabilitet och validitet är två huvudsakliga begrepp. Reliabilitet berör enligt Polit och Beck (2012, s. 175) exakthet och överensstämmelse i

den information som fås i en studie. Termen används oftast för att beskriva metoderna som använts för att mäta olika variabler. Reliabilitet är också viktigt när det gäller att tolka statistiska analyser. Statistisk reliabilitet rör möjligheten att resultatet är överförbart till en större grupp än bara de som deltagit i studien, dvs. att resultatet stödjer en slutsats kring vad som är sant i en population.

Validitet är i vilken grad ett instrument mäter det som är avsett att mätas enligt Polit och Beck (2012, s. 336). När ett instrument utvecklas för att mäta ett visst fenomen är det viktigt att säkerställa att det är det avsedda som mäts och inte något annat. Innehållsvaliditet (content validity) berör enligt Polit och Beck (2012, s. 336f) i vilken grad ett instrument rimligen ger den information som eftersöks. När ett nytt mätinstrument konstrueras bör först teoretiska begrepp klargöras för att säkerställa att instrumentet fångar innehållet i hela området. En begreppsbeskrivning inför detta kan baseras på flera källor, såsom rik förstahandsinformation, en grundlig litteraturgenomgång, konsultation med experter eller resultatet från en kvalitativ undersökning. Ett instruments innehållsvaliditet baseras nödvändigtvis på en bedömning. Det finns inga helt objektiva metoder för att säkerställa att innehållet täcks adekvat av ett instrument, men det är vanligt att använda en panel av experter för att värdera innehållsvaliditeten i ett nytt instrument. En expertpanel har dock inte använts för bedömning av det mätinstrument som här utformats. Rörande enkätfrågorna som ställs i form av en telefonintervju används en på förhand utformad mall med bestämda frågor, som tagits fram av Sveriges kommuner och landsting (2013).

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt Vetenskapsrådet (2013) finns fyra allmänna huvudkrav i forskningen. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet och har i denna studie beaktats. Det främsta inom forskningsetik är enligt Henricson (2012, s. 70-73) att värna om människors lika värde, integritet och autonomi. Samtycke till deltagande i studien inhämtades från patient eller anhörig via personlig kontakt med berörda parter. Patienter och anhöriga informeras om att de när som helst kan välja att avbryta sin medverkan och att detta inte påverkar vården av patienterna i övrigt. De får information om att data som samlats in under studien inte kommer användas i något annat syfte. Patienter som bedöms inte själva kunna besvara frågorna (till exempel pga. demenssjukdom eller konfusion) görs ett försök att inhämta samtycke från patient till att närstående kontaktas. Om samtycke inte kan inhämtas från en patient, till telefonuppföljning med anhörig exkluderas den. Det innebär att vissa patienter t.ex. med nedsatt kognitiv förmåga, språksvårigheter eller patienter med hörselnedsättning, där det inte finns fungerande hörapparat, exkluderas. Risken med detta förfarande är att studien inte fullt ut kommer omfatta patienter som har mest kognitiv påverkan, t.ex. demenssjukdom eller konfusion. Detta kan innebära ett skevt urval och att studien inte är representativ för alla äldre patienter som uppfyller kriterierna. De patienter som lämnar svar i denna studie genom telefonintervju ges konfidentialitet då svaren inte registreras tillsammans med några personuppgifter och det går inte att se i statistiken vem som lämnat vilket svar. Personuppgifter har förvarats så obehöriga inte kunnat ta del av dem. Studien behöver inte godkännande från etisk kommitté då den faller inom ramen för magisteruppsats vid specialistsjuksköterskeprogrammet i medicinsk vård vid Göteborgs Universitet.

Risken med deltagande i denna studie kan vara att en patient kan få lämna ut uppgifter om sig själv som kan ses som känsliga. Fördelarna kan vara att deltagarna får en uppföljning efter utskrivning och att om det uppstått några frågor kan patienterna få dem besvarade eller information om vart de kan vända sig. Av etiska skäl kan intervju med patienter och anhöriga ibland avbrytas, t.ex. på grund av önskan om att inte delta eller att en deltagare uttrycker starkt missnöje med vården, bemötande eller icke fungerande hemsituation. I dessa fall görs ett försök att slutföra intervjun. Risken med att en intervju med en mycket missnöjd deltagare avbryts är att resultatet styrks vilket kan leda till studiens slutgiltiga resultat inte till fullo blir representativt för urvalet.



## RESULTAT

### RESULTAT DEL 1 – UTSKRIVNINGSPROCESSEN

#### Sociodemografisk data

Medelåldern bland patienterna var 84,4 år. Det var drygt 10 % fler kvinnor som vårdades på avdelningarna under den aktuella tiden (tabell 1).

Tabell 1: Sociodemografisk data

| Sociodemografisk data                 | n = 207 (%) |
|---------------------------------------|-------------|
| Ålder (år):                           |             |
| Medelålder                            | 84.5        |
| Medianålder                           | 84          |
| Minimum, maximum                      | 75-97       |
| Kön:                                  |             |
| Kvinnor                               | 114 (55.1)  |
| Män                                   | 93 (44.9)   |
| Medelålder särredovisat för kön (år): |             |
| Kvinnor                               | 84.8        |
| Män                                   | 84.1        |

#### Vårddata

Det var fler patienter som skrevs in på avdelning 21/34 jämfört med MAVA. Medelvårdtiden var 6 dygn men varierade mellan 1-42 dygn (range 41 dygn). Hälften av patienterna vårdades 1-4 dygn (ej redovisat i tabell 2). Majoriteten av patienterna kom via akutmottagningen (tabell 2).

Tabell 2: Vårddata

| Vårddata                      | n = 207 (%) |
|-------------------------------|-------------|
| Vårdavdelning:                |             |
| 21/34                         | 108 (52.2)  |
| MAVA                          | 99 (47.8)   |
| Vårdtid (dygn):               |             |
| Medelvårdtid                  | 6           |
| Medianvårdtid                 | 4           |
| Minimum, maximum              | 1-42        |
| Typvärde                      | 2           |
| Kom till vårdavdelningen via: |             |
| Hemmet                        | 12 (5.8)    |
| Vårdcentral                   | 18 (8.7)    |
| Akutmottagning                | 161 (77.8)  |
| Annan vårdavdelning           | 16 (7.7)    |

## Hälsosituation

De vanligaste huvuddiagnoserna vid utskrivning var hjärtkärlsjukdomar, symtom och tecken samt infektionssjukdomar vilka tillsammans omfattade drygt tre femtedelar av huvuddiagnoserna. De flesta patienter hade en eller flera bidiagnoser vid utskrivning varav drygt hälften av patienterna hade 1-3. Två tredjedelar av patienterna hade någon form av funktionsnedsättning beträffande hörsel, syn, tal eller kognition (tabell 3).

Tabell 3: Hälsosituation

| Hälsosituation                | n = 207 (%) |
|-------------------------------|-------------|
| Huvuddiagnos (enligt ICD-10): |             |
| Hjärtkärlsjukdomar            | 47 (22.7)   |
| Symtom och tecken             | 49 (23.7)   |
| Infektionssjukdomar           | 43 (20.8)   |
| Gastrointestinala sjukdomar   | 13 (6.3)    |
| Blodsjukdomar                 | 12 (5.8)    |
| Lungsjukdomar                 | 10 (4.8)    |
| Tumörsjukdomar                | 8 (3.9)     |
| Muskuloskeletala sjukdomar    | 9 (4.3)     |
| Neurologiska sjukdomar        | 7 (3.4)     |
| Psykiatriska sjukdomar        | 4 (1.9)     |
| Endokrinologiska sjukdomar    | 3 (1.4)     |
| Olycksfall                    | 3 (1.4)     |
| Förgiftningar                 | 1 (0.5)     |
| Mer än en huvuddiagnos        | 4 (1.8)     |
| Saknar huvuddiagnos           | 2 (0.9)     |
| Bidiagnoser (antal)           |             |
| Medelvärde                    | 2.6         |
| Median                        | 2           |
| Typvärde                      | 3           |
| 0                             | 25 (12,1)   |
| 1                             | 38 (18.3)   |
| 2                             | 41 (19,8)   |
| 3                             | 45 (21,7)   |
| 4                             | 29 (14,0)   |
| 5                             | 13 (6.3)    |
| 6                             | 5 (2.4)     |
| 7                             | 8 (3.9)     |
| 8                             | 2 (1)       |
| 9                             | 1 (0.5)     |
| Funktionsnedsättningar:       |             |
| Hörselnedsättning             | 48 (23.2)   |
| Synnedsättning                | 60 (29)     |
| Afasi                         | 3 (1.4)     |
| Kognitiv svikt                | 26 (12.6)   |

## Skillnader mellan vårdavdelningarna

Medelåldern på de två vårdavdelningarna skilde 2,4 år ( $p = 0,001$ ). Medelvårdtiden skiljde 4,6 dygn mellan avdelningarna ( $p < 0,001$ ). Till avdelning 21/34 var det vanligare att patienterna kom via hemmet, vårdcentral eller annan avdelning jämfört med MAVA där majoriteten av patienterna kom via akuten ( $p < 0,001$ ). Beträffande huvuddiagnoser var hjärtkärlsjukdomar mer än dubbelt så vanligt förekommande bland patienterna som vårdades på MAVA ( $p = 0,005$ ) medan infektionssjukdomar var mer än dubbelt så vanligt förekommande bland patienterna som vårdades på avdelning 21/34 ( $p = 0,023$ ). Funktionsnedsättningar som hörselnedsättning, synnedsättning ( $p = 0,043$ ) och kognitiv svikt ( $p < 0,001$ ) var vanligare hos patienterna på avdelning 21/34 (tabell 4).

Beträffande fördelningen på övriga variabler så var de relativt lika fördelade mellan vårdavdelningarna.

Tabell 4: Skillnader mellan vårdavdelningarna

| Skillnader mellan vårdavdelningarna | Avdelning 21/34<br>(n = 108) (%) | MAVA<br>(n = 99) (%) |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Ålder (år):                         |                                  |                      |
| Medelålder                          | 85.6                             | 83.2                 |
| Median                              | 86                               | 83                   |
| Typvärde                            | 89                               | 80                   |
| Min-max                             | 75-97                            | 75-94                |
| Vårdtid (dygn):                     |                                  |                      |
| Medelvårdtid                        | 8.2                              | 3.6                  |
| Median                              | 7                                | 3                    |
| Typvärde                            | 6                                | 2                    |
| Min-max                             | 1-42                             | 1-18                 |
| Kom till avdelningen via:           |                                  |                      |
| Hemmet                              | 12 (11.1)                        | 0 (0)                |
| Vårdcentral                         | 13 (12.0)                        | 5 (5.1)              |
| Akutmottagning                      | 71 (65.7)                        | 90 (90.4)            |
| Annan vårdavdelning                 | 12 (11.1)                        | 5 (4)                |
| Huvuddiagnoser:                     |                                  |                      |
| Hjärtkärlsjukdomar                  | 16 (14.8)                        | 31 (31.3)            |
| Infektionssjukdomar                 | 30 (27.8)                        | 13 (13.1)            |
| Funktionsnedsättningar:             |                                  |                      |
| Hörselnedsättning                   | 30 (27.8)                        | 18 (18.2)            |
| Synnedsättning                      | 39 (36.1)                        | 21 (21.1)            |
| Kognitiv svikt                      | 19 (17.6)                        | 7 (7.1)              |

## Dokumenterade faktorer av betydelse för utskrivningsprocessen

Drygt en tredjedel av patienterna var ensamboende och drygt en tredjedel var samboende. Dock saknades dessa uppgifter i närmare en tredjedel av journalerna. Information om boendeform (villa, lägenhet) fanns dokumenterad i drygt två femtedelar av patientjournalerna och en patients inställning till sitt boende i knappt en tredjedel.

Närmare fyra femtedelar av patienterna hade närstående som det framgår av dokumentationen. I majoriteten av fallen framgick det i patientjournalen om en patient hade stödinsatser i hemmet eller inte. Utskrivningsplanering var öppnad i Melior i två tredjedelar av patientjournalerna (tabell 5).

Tabell 5: Dokumenterade faktorer av betydelse för utskrivningsprocessen

| <b>Faktorer av betydelse för utskrivningsprocessen</b> | <b>n = 207 (%)</b> |
|--|--------------------|
| Social boendesituation dokumenterad:                   |                    |
| Ensamboende  | 73 (35.3)          |
| Samboende  | 79 (38.2)          |
| Framgår ej i patientjournalen                          | 55 (26.6)          |
| Boendeform dokumenterad i patientjournalen             | 91 (44)            |
| Patientens inställning till sitt boende dokumenterat   | 63 (30.4)          |
| Närstående framgår av dokumentationen?                 | 165 (79.7)         |
| Stödinsatser i hemmet vid inskrivning dokumenterat:    |                    |
| Vård av närstående                                     | 33 (15.9)          |
| Primärvård   | 46 (22.2)          |
| Kommunal vård och omsorg                               | 200 (96.6)         |
| Hjälpmedel i hemmet                                    | 123 (59.4)         |
| Utskrivningsplanering öppnad i Melior                  | 136 (65.7)         |

### Skillnader mellan vårdavdelningarna

På avdelning 21/34 var boendeform dokumenterad i drygt en tredjedel av patientjournalerna och i närmare hälften på MAVA. Så som det framgick av dokumentationen i patientjournalerna var det fler ensamboende som vårdades på avdelning 21/34 jämfört med MAVA. Dock var det vanligare att detta inte framgick i patientjournalen på avdelning 21/34 ( $p = 0,023$ ). Information om en patients inställning till sitt boende förekom i drygt hälften av patientjournalerna på avdelning 21/34 jämfört med knappt en tiondel i patientjournalerna på MAVA ( $p < 0,001$ ). Det var betydligt vanligare att patienterna på avdelning 21/34 hade stödinsatser i hemmet i form av vård av närstående ( $p = 0,004$ ) och hjälpmedel ( $p = 0,009$ ) medan patienterna på MAVA oftare hade primärvårdskontakter ( $p = 0,045$ ). I majoriteten av patientjournalerna på avdelning 21/34 fanns en utskrivningsplanering öppnad i Melior jämfört med en tredjedel av journalerna på avdelning MAVA ( $p < 0,001$ ) (tabell 6).

Tabell 6: Skillnader mellan vårdavdelningarna

| Skillnader mellan vårdavdelningarna                  | Avdelning 21/34<br>(n = 108) (%) | MAVA<br>(n = 99) (%) |
|--|----------------------------------|----------------------|
| Boendeform dokumenterad i patientjournalen           | 40 (37)                          | 51 (48.5)            |
| Boendesituation:                                     |                                  |                      |
| Ensamboende  | 34 (31.5)                        | 39 (39.4)            |
| Samboende  | 36 (33.3)                        | 43 (43.4)            |
| Framgår ej i patientjournalen                        | 38 (35.2)                        | 17 (17.2)            |
| Patientens inställning till sitt boende dokumenterat | 55 (50.9)                        | 8 (8.1)              |
| Närstående framgår av dokumentationen?               | 89 (82.4)                        | 76 (76.8)            |
| Stödinsatser i hemmet vid inskrivning:               |                                  |                      |
| Vård av närstående                                   | 25 (23.1)                        | 8 (8.8)              |
| Primärvård   | 18 (16.7)                        | 28 (28.3)            |
| Kommunal vård och omsorg                             | 106 (98.1)                       | 94 (94.9)            |
| Hjälpmedel   | 74 (68.5)                        | 49 (49.5)            |
| Utskrivningsplanering öppnad i Melior                | 105 (97.2)                       | 31 (31.3)            |

### Dokumenterad utskrivningsprocess

I de fall då en utskrivningsplanering öppnades i Melior så skedde det drygt ett dygn efter ankomst till vårdavdelningen. I knappt en tredjedel av journalerna framkom det att patienterna var delaktiga i beslut rörande utskrivningsprocessen och i drygt en tredjedel av journalerna framkom patientens vilja. I majoriteten av fallen framkom det i patientjournalen om anhöriga var delaktiga i utskrivningsprocessen och i drygt hälften av fallen framkom det om ett behov av utökat stöd fanns, eller inte. Dock framgår patientens inställning till hemgång endast i mycket få fall (tabell 7).

Tabell 7: Dokumenterad utskrivningsprocess

| <b>Dokumenterad utskrivningsprocess</b>                     | <b>n=136 (%)</b> |
|---|------------------|
| Dokumenterad utskrivningsplanering påbörjad inom antal dygn |                  |
| Medeltid  | 1.5              |
| Mediantid   | 1                |
| Typvärde  | 1                |
| Minimum, maximum  | 1-12             |
| Framgår av dokumentationen:                                 |                  |
| Att beslut rörande utskrivning skett i samråd med patienten | 40 (29.4)        |
| Patientens preferenser rörande utskrivningsprocessen        | 48 (35.3)        |
| Att närstående var delaktiga i utskrivningsprocessen        | 74 (54.4)        |
| Behov av utökat stöd i hemmet                               | 72 (52.9)        |
| Patientens inställning till hemgång är dokumenterad         | 2 (1.5)          |
| Dokumenterade kontakter inför hemgång:                      | 89 (65.4)        |
| Biståndsbedömare  | 77 (56.6)        |
| Hemsjukvård   | 35 (25.7)        |
| Hemtjänst   | 34 (25.0)        |
| Rehab   | 17 (12.5)        |
| Distriktsköterska   | 5 (3.7)          |
| Distriktsläkare   | 0 (0)            |

### Skillnader mellan vårdavdelningarna

En utskrivningsplanering var signifikant oftare öppnad på avdelning 21/34 jämfört med MAV A ( $p < 0,001$ ). Utskrivningsplaneringarna öppnades något tidigare på avdelning 21/34 jämfört med MAV A. Att beslut skett i samråd med patienten dokumenterades oftare på avdelning 21/34, liksom patientens vilja och om närstående var delaktiga. Skillnaderna är dock inte signifikanta. I nästan dubbelt så många fall på avdelning 21/34 framkom det om ett behov av utökat stöd i hemmet fanns jämfört med MAV A ( $p = 0,014$ ). Patientens inställning till sin hemgång var endast dokumenterad i två fall och då på avdelning 21/34 (tabell 8).

Tabell 8: Skillnader mellan vårdavdelningarna

| <b>Skillnader mellan vårdavdelningarna</b>                  | <b>Avdelning 21/34<br/>(n = 105) (%)</b> | <b>MAVA<br/>(n = 31) (%)</b> |
|---|--|------------------------------|
| Dokumenterad utskrivningsplanering påbörjad inom antal dygn |  |                              |
| Medeltid  | 1.41                                     | 1.81                         |
| Mediantid   | 1.00                                     | 2.00                         |
| Typvärde  | 1  | 2                            |
| Minimum, maximum  | 1-12                                     | 1-5                          |
| Framgår av dokumentationen:                                 |  |                              |
| Att beslut rörande utskrivning skett i samråd med patienten | 34 (32.4)                                | 6 (19.4)                     |
| Patientens preferenser rörande utskrivningsprocessen        | 40 (38.1)                                | 8 (25.8)                     |
| Att närstående var delaktiga i utskrivningsprocessen        | 62 (59.0)                                | 12 (38.7)                    |
| Behov av utökat stöd i hemmet                               | 62 (59.0)                                | 10 (32.3)                    |
| Patientens inställning till hemgång är dokumenterad         | 2 (1.9)                                  | 0 (0)                        |
| Dokumenterade kontakter inför hemgång:                      | 68 (64.4)                                | 21(67.7)                     |
| Biståndsbedömare  | 56 (53.3)                                | 21(67.7)                     |
| Hemsjukvård   | 29 (27.6)                                | 9 (29.0)                     |
| Hemtjänst   | 25 (23.8)                                | 6 (19.4)                     |
| Rehab   | 13 (12.4)                                | 4 (12.9)                     |
| Distriktsköterska   | 4 (3.8)                                  | 1 (3.2)                      |
| Distriktsläkare   | 0 (0)                                    | 0 (0)                        |

**RESULTAT DEL 2 - WEBBKOLLEN**

Resultatet av *Webbkollen hemma* visade att över hälften av patienterna på avdelning 21/34 blev uppringda inom 2 dagar efter utskrivning från sjukhus, medan mindre än hälften av patienterna på MAVA blev uppringda inom 2 dagar efter utskrivning. De flesta patienterna på båda avdelningarna fick hjälp med det de sökte för men bara cirka hälften var med och planerade för sin hemgång. Cirka tre femtedelar av patienterna fick med sig information om vad som planerats när de åkte hem och i cirka tre fjärdedelar av fallen gjordes det en ändring av medicinerna under den senaste sjukhusvistelsen. Fler patienter som vårdats på MAVA än avdelning 21/34 uppgav att de inte fick med sig någon skriftlig sammanställning över sina läkemedel med hem från vårdavdelningen.

Cirka tre fjärdedelar av patienterna på avdelning 21/34 tyckte det fungerar bra när de kommit hem, jämfört med drygt hälften för MAVA. Fler patienter på MAVA än avdelning 21/34 tyckte det fungerar både bra och dåligt efter hemkomsten. Av de som tyckte det fungerade dåligt efter hemkomsten svarade knappt hälften av patienterna som vårdats på avdelning 21/34 och drygt hälften av patienterna som vårdats på MAVA att de ej har mått bra. Fler patienter på avdelning 21/34 än MAVA vet till vem de ska vända sig vid eventuella frågor, dock är det bara som mest knappt 75 % av patienterna som vet till vem de ska vända sig. Cirka sju tiondelar uppger att de ska vända sig till vårdcentralen. Fler patienter på avdelning 21/34 uppgav att de fick den hjälp de behövde när de kom hem från sjukhuset, dock var det fyra tiondelar av patienterna som vårdats på MAVA som uppgav att det ej var aktuellt. I cirka fyra femtedelar av telefonsamtalen intervjuades patienten och i resterande fall närstående. Detta skilde sig inte mellan avdelningarna (tabell 9).

Tabell 9. Resultat Webbkollen.

| <b>Bakgrundsdata</b>  | <b>Avdelning 21/34 (n = 108) (%)</b> | <b>MAVA (n = 99) (%)</b> |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Hur många dagar sedan skrevs du ut från sjukhuset?          |                                      |                          |
| 1 dag   | 7 (7)                                | 3 (3)                    |
| 2 dagar   | 60 (56)                              | 42 (42)                  |
| 3 dagar   | 23 (21)                              | 28 (28)                  |
| 4 dagar   | 13 (12)                              | 19 (19)                  |
| 5 dagar   | 4 (4)                                | 8 (8)                    |
| <b>På sjukhuset</b>   |                                      |                          |
| Orsak och hjälp   |                                      |                          |
| När du låg på sjukhuset fick du hjälp med det du sökte för? |                                      |                          |
| Ja  | 96 (90)                              | 91(91)                   |
| Nej   | 9 (8)                                | 7(7)                     |
| Vet ej  | 2(2)                                 | 2(2)                     |
| <b>Inför hemgång</b>  |                                      |                          |
| Var du med och planerade inför din hemgång?                 |                                      |                          |
| Ja  | 56 (52)                              | 48 (48)                  |
| Nej   | 46 (43)                              | 50(50)                   |
| Vet ej  | 5 (5)                                | 2(2)                     |



|   |         |         |
|---|---------|---------|
| Fick du med dig någon information om vad som planerats när du åkte hem?                           |         |         |
| Ja  | 67 (62) | 59 (59) |
| Nej   | 36 (34) | 37 (37) |
| Vet ej  | 4 (4)   | 4 (4)   |
| <b>Hemmasituationen</b>   |         |         |
| <b>Läkemedel</b>  |         |         |
| Gjordes det någon ändring av dina läkemedel när du låg på sjukhuset senast?                       |         |         |
| Ja  | 78 (73) | 77 (77) |
| Nej   | 23 (21) | 18 (18) |
| Vet ej  | 6 (6)   | 5 (5)   |
| Vet du vilka läkemedel du tar?  |         |         |
| Ja  | 91 (85) | 86 (86) |
| Nej   | 11 (10) | 9 (9)   |
| Ej aktuellt   | 2 (2)   | 2 (2)   |
| Vet ej  | 3 (3)   | 3 (3)   |
| Fick du med dig någon skriftlig sammanställning över dina läkemedel med hem från vårdavdelningen? |         |         |
| Ja  | 92 (86) | 82(82)  |
| Nej   | 9 (8)   | 15 (15) |
| Vet ej  | 6 (6)   | 3 (3)   |
| <b>Hur det fungerar</b>   |         |         |
| Hur fungerar det nu när du kommit hem?  |         |         |
| Bra   | 76 (71) | 60 (60) |
| Dåligt  | 9 (8)   | 11 (11) |
| Både bra och dåligt   | 21 (20) | 29 (29) |
| Vet ej  | 1 (1)   | 0 (0)   |
| Vad är det som fungerar dåligt? (*)   |         |         |
| Bekymmer med läkemedel  | 4 (13)  | 3 (8)   |
| Behovet av hjälpmedel har inte tillgodosetts  | 2 (7)   | 0 (0)   |
| Hemtjänsten har inte varit tillräcklig  | 4 (13)  | 2 (5)   |
| Vårdcentralens insatser har varit otillräckliga   | 0 (0)   | 0 (0)   |
| Hemsjukvårdens insatser har varit otillräckliga   | 0 (0)   | 0 (0)   |
| Har inte mått bra   | 14 (47) | 23 (58) |
| Anhörig orkar inte  | 0 (0)   | 1 (2)   |
| Annat alternativ/Kommentar  | 9 (30)  | 13 (32) |
| Vet du till vem du ska vända dig med eventuella frågor?   |         |         |
| Ja det vet jag  | 76 (71) | 59 (59) |
| Nej det vet jag inte  | 30 (28) | 38 (38) |

|  |          |         |
|--|----------|---------|
| Vet ej om jag känner till det                                  | 1 (1)    | 3 (3)   |
| Till vem ska du vända dig med eventuella frågor? (**)          |          |         |
| Akuten   | 3 (5)    | 4 (7)   |
| Vårdcentralen  | 43 (65)  | 39 (70) |
| Sjukvårdsrådgivningen/1177                                     | 5 (8)    | 6 (11)  |
| Nödnummer 112  | 0 (0)    | 5 (9)   |
| Specialistmottagning   | 5 (8)    | 5 (9)   |
| Vårdavdelningen  | 2 (3)    | 4 (7)   |
| Distriktssköterskan  | 7 (11)   | 1 (2)   |
| Annat alternativ   | 9 (14)   | 9 (16)  |
| <b>Behov av hjälp</b>  |          |         |
| När du kom hem från sjukhuset fick du då den hjälp du behövde? |          |         |
| Ja   | 84 (78)  | 52 (52) |
| Nej  | 8 (7)    | 8 (8)   |
| Vet ej   | 2 (2)    | 0 (0)   |
| Ej aktuellt  | 13 (12)  | 40 (40) |
| <b>Uppföljning</b>   |          |         |
| <b>Samtalet</b>  |          |         |
| Hur säker bedöms intervjupersonen vara på de lämnade svaren?   |          |         |
| Säker  | 95 (89)  | 91 (91) |
| Ganska säker   | 9 (8)    | 7 (7)   |
| Viss osäkerhet   | 3 (3)    | 2 (2)   |
| Osäker   | 0 (0)    | 0 (0)   |
| Har intervju skett med patient eller anhörig/närstående?       |          |         |
| Patienten  | 87 (81)  | 83 (83) |
| Närstående/anhörig   | 20 (19)  | 17 (17) |
| <b>Vårdplan</b>  |          |         |
| Hur har planeringen av vård och omsorg fungerat? (***)         |          |         |
| Bra  | 100 (93) | 83 (84) |
| Dåligt   | 8 (7)    | 10 (10) |
| Ej aktuellt  | 2 (2)    | 7 (7)   |

\*. Antal svarande på frågan för avd 21/34: 30 st. Antal svarande på frågan för MAVA: 40 st. Fler svar möjliga på denna fråga.

\*\* . Antal svarande på frågan för avd 21/34: 67 st. Antal svarande på frågan för MAVA: 56 st. Fler svar möjliga på denna fråga.

\*\*\*. Fler svar möjliga på denna fråga.

Det totala antalet patienter som svarade på frågan ”Finns det något ytterligare som du vill uttrycka som du inte fått möjlighet till i denna dialog?” var 86 stycken. Antalet

patienter som var nöjda med bemötande och vården på avdelningen eller som uppgav att hemsituationen var välfungerande var 45 stycken. Beträffande läkemedel uppgav 13 patienter att de upplevt läkemedelsrelaterade problem. När det gäller information svarade sju patienter att de fått bristande information under vårdtiden. Vad gäller brister i utskrivningsprocessen svarade sju patienter att hemgången gick för fort/utskrivning skett för tidigt eller att samordningen inför hemgången var bristfällig. Antal patienter som uppgav att de inte mått bra efter utskrivningen var sju stycken och likaså de som uppgav missnöje.

### **Läkemedel**

Beträffande problem rörande läkemedel uppgav patienter t.ex. att det inte fanns recept på apoteket när läkemedel skulle hämtas ut, att de ej fått med sig någon läkemedelslista, att hemtjänsten inte gett nyinsatta läkemedel, att de fått en otydlig läkemedelslista, att de inte fått veta att nya läkemedel var insatta, att de upplevt att de fått fel läkemedel, att de har frågor kring sina läkemedel eller att de fått en läkemedelslista som ej stämmer.

### **Information**

Beträffande information svarade sju patienter att de fått bristande information under vårdtiden. Detta rörde t.ex. vårdplanering, ej fått samtal med läkare eller bristande information rörande sjukdomar, eller ej fått kostinformation, på grund av att de ej fått träffa dietist.

### **Brister i utskrivningsprocessen**

Vad gäller brister i utskrivningsprocessen uppgav patienter eller närstående t.ex. att hemgången gick för fort/utskrivning skett för tidigt, att patienters behov ej identifierats på avdelningen, samt att samordningen inför hemgången var bristfällig eller svårighet att nå olika omsorgsinstanser.

### **Ej mått bra**

De patienter som inte mått bra efter utskrivningen uppger att de bland annat haft problem med yrsel, smärta, feber, trötthet eller högt blodsocker.

### **Missnöje**

Beträffande missnöje nämnde patienter t.ex. att de störts av medpatienter under vårdtiden, brister i vårdrutiner samt långa telefonköer och svårigheter att komma i kontakt med sjukvården.

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Ett protokoll för granskning av patientjournaler har konstruerats, utifrån en litteratursökning. Syftet är att granska kvaliteten på utskrivningsprocessen och till grund för protokollet ligger studier som belyser aspekter av vikt för utskrivningen av äldre patienter från sjukhus. Resultatet i de olika studierna kan vara beroende av vilka skalor eller mätinstrument som använts, för att bedöma viktiga aspekter rörande utskrivningsprocessen. Ett problem i denna studie är att bedöma kvaliteten på de studier som ligger till grund för protokollet för granskning av patientjournaler. Till grund för protokollet har flera artiklar använts, bland annat Meleis (2010).

Meleis (2010) nämner olika faktorer som påverkar patienters upplevelse av att vara redo för utskrivning och definieras som en bedömning av patienters förmåga att lämna en akutvårdsavdelning och en uppfattning om att endera vara redo eller inte för utskrivning från sjukhus. Olika instrument har använts, bl.a. The Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) och Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS). Foss och Askautrud (2010) undersökte existerande granskningsinstrument som designats för att utvärdera patienters perspektiv i utskrivningsprocessen, bl.a. de skalor (RHDS och QDTS) som använts av Meleis (2010), och som därmed delvis ligger till grund för protokollet för granskning av patientjournaler. Resultatet av Foss et al. (2010) visar att skalan RHDS inte innehöll någon del som kan relateras till patientdelaktighet i utskrivningsprocessen och att skalan QDTS delvis innehöll det.

Således tyder resultatet på att det framtagna protokollet för granskning av patientjournaler i någon mån verkligen mäter patientdelaktighet, även om inte båda skalorna gjorde det. Således styrker detta i viss mån protokollets validitet. Däremot behöver det inte vara en nackdel att båda skalorna inte mäter patientdelaktighet, eftersom många andra aspekter ligger till grund för en god utskrivningsplanering, samt att andra studier, förutom Meleis (2010) ligger till grund för protokollet.

Vidare har andra artiklar rörande aspekter av utskrivningsplanering, refererats till i denna studie, bland annat Shepperd et al. (2013) och Preyde, Macaulay och Dingwall (2009). Kvaliteten på artiklarna som refererats till och de som belyser aspekter av utskrivningsprocessen är av vikt för resultatet i denna studie. Socialstyrelsen (2012) har i en sammanställning av översikter bedömt kvaliteten på olika artiklar som handlar om utskrivningsplanering. Flera artiklar ligger till grund för bedömningen, bland annat Shepperd et al. (2010) och Preyde et al. (2009). Den första artikeln bedöms av Socialstyrelsen (2012) som uppdaterad och av god kvalitet, men däremot bedöms den andra artikeln ha begränsad kvalitet.

I denna studie har det refererats till både Shepperd et al. (2013) och Preyde et al. (2009). Artiklarna av Shepperd et al. (2010), samt Shepperd et al. (2013) har samma titel, försteförfattare, samt att båda är Cochrane-artiklar. Det tyder på att artikeln från 2013 är en uppdaterad version av artikeln från år 2010. Eftersom Socialstyrelsen menar att artikeln från 2010 är uppdaterad och av god kvalitet kan det peka på att artikeln från

2013 också kan vara av god kvalitet, vilket kan ses som en styrka. Däremot bedömdes artikeln av Preyde et al. (2009) ha begränsad kvalitet. Dock har i denna studie endast refererats till information som återfinns i artikelns bakgrund, men skulle ändå kunna ses som en begränsning i denna studie, dock ej av avgörande betydelse av ovan nämnda anledning.

Eder, Fullerton, Benroth och Lindsay (2005) menar att två grundläggande principer är av vikt för en studies resultat. Det första är att främja en initial grad av interbedömarreliabilitet hos dem som genomför en granskning av patientjournaler. Den andra principen är ett kritiskt behov av att behålla den höga nivån under lång tid i ett projekt. Enligt Polit och Beck (2012, s. 334) är målet med interbedömartest att forskare ska en delad uppfattning om en viss företeelse och att nå exakt överensstämmelse.

I studien har klagjorts från vilka sökord information ur patientjournalen har hämtats, samt att forskarna strikt hämtat information från dessa i förväg bestämda sökord vilket skulle kunna minska risken för variation i bedömningen. Genom att utföra ett interbedömartest skapas en förutsättning för lika bedömning. Det torde öka chansen för, men inte garantera, en fortsatt god överensstämmelse under resten av datainsamlingsprocessen. Rörande enkäten fördes gemensamma diskussioner mellan intervjuarna innan första telefonsamtalen kring dess innehåll, i syfte att uppnå struktur och överensstämmelse rörande tolkning av svaren. Det kan vara svårt att utvärdera om den höga nivån av interbedömarreliabilitet har bibehållits under en så lång tid som möjligt under processen med studien.

Ett problem i denna studie skulle eventuellt kunna vara att forskarna är kliniskt verksamma sjuksköterskor och därmed använder dokumentationssystemet Melior i klinisk praxis. Det skulle kunna leda till ökad risk för övertolkning av data som finns i patientjournalen, eller att ersätta information med egna kliniska åsikter, det vill säga om knapphändig information om en viss sak står nämnd i patientjournalen kan det faktiska förhållandet ändå antas. Ett annat problem är att veta om det som dokumenteras i journalen faktiskt representerar verkligheten eller om det kan finnas frågor som inte dokumenteras.

Enligt Eder et al (2005) är det vanligt att retrospektiva studier baseras på extrahering av innehåll ur en patientjournal för att få tillgång till forskningsdata. Detta tillvägagångssätt baseras på flera antaganden om validiteten på data och inkluderar att data som eftersöks finns dokumenterat i journalen, finns i en form som kan abstraheras eller manipuleras i forskningssyfte och att data i journalen exakt representerar det faktiska förhållandet, det vill säga speglar verkligheten. Vidare att data som handlar om en enskild sak och som dokumenteras på mer än ett ställe i den medicinska journalen konsekvent dokumenteras av en eller flera individer som skriver in data. Det sista antagandet är att ord i journalen är tolkningsbara på ett gemensamt sätt för de som har tillgång till journalen.

Ett sätt att öka sannolikheten för att ord i journalen tolkas på ett gemensamt sätt är att testa interbedömarreliabiliteten. Den kliniska verkligheten är sådan att enskilda frågor som handlar om samma sak dokumenteras under olika sökord och underrubriker, beroende på den individuella personen som antecknar i journalen. I studien finns en risk att data i journalen inte exakt speglar verkligheten, vilket kan ses som en begränsning. Ehnfors et al. (2000, s. 308ff) styrker detta och menar att lite är känt om hur väl omvårdnadsdokumentationen överensstämmer med den givna vården och patienters tillstånd. I studier av tillförlitligheten i sjuksköterskors dokumentation har ansevärda brister konstaterats. Trots nackdelarna med granskning av patientjournaler ses en vinst med att granska utskrivningsprocessen, baserat på en patients journal, i syfte att utvärdera dess kvalitet och därigenom komma med förslag som kan förbättra utskrivningsprocessen för patienter och dokumentationen hos sjuksköterskor både på en geriatrisk och en akutmedicinsk vårdavdelning. Dessa två faktorer samverkar genom att en god dokumentation kring aktuella frågor är en förutsättning för en lyckad utskrivningsplanering. Resultatet i denna studie, rörande utskrivningsprocessen bygger på den information som är dokumenterad i patientjournalen. Under granskningen har sökordet utskrivningsplanering granskats i Melior och inte anteckningar i löpande text. Det är möjligt att det låga antalet öppnade utskrivningsplaneringar i Melior på MAVA innebär att information om utskrivningen dokumenteras på andra ställen i patientjournalen, än sökordet utskrivningsplanering, vilka inte granskats. Den kliniska verkligheten är dock sådan att för att vara ändamålsenlig måste viktig journaldata som utskrivningsplanering dokumenteras på ett systematiskt sätt på samma ställe av alla. Således utgör det låga antalet utskrivningsplaneringar på den akutmedicinska vårdavdelningen en klar brist.

Eder et al. (2005) menar att det i en studie är av vikt att de som genomför en granskning av patientjournaler är medvetna om, i de fall där data saknats eller utelämnats i journalen, att inte ersätta informationen med egna kliniska åsikter eller antaganden. Ibland kan det finnas en övertolkning av den information som faktiskt dokumenteras i en patientjournal. Fenomenet att övertolka information av data som finns i patientjournalen har i denna studie i möjligaste mån försökt undvikas genom gemensamma diskussioner. Samtidigt kan det ses som en styrka att utföra en granskning av patientjournaler i ett dokumentationssystem, där kunskap hos forskarna redan finns om hur dokumentationssystemet och patientjournalen är uppbyggda och hur information dokumenteras.

Weissman et al. (2008) undersöker i en studie om patientsäkerhet, negativa händelser som rapporteras av patienter i intervjuer efter utskrivning från sjukhus jämfört med samma sorts händelser som upptäcks i patienters journaler. Med negativa händelser avsågs oavsiktlig skada hos patienten som uppkommit till följd av försummelse snarare än den underliggande sjukdomen. Resultatet visade att i journalen dokumenterades cirka en fjärdedel av de negativa händelser som patienten rapporterade i intervjun. Gällande intervjuerna var kvinnor mer benägna att rapportera händelser och detsamma gällde yngre patienter. Eder et al. (2005) menar också att reliabiliteten i data är en tvingande fråga och vidare finns en möjlighet för variation i bedömningen mellan olika forskare om fler än en person extraherar data, som ökar om information hämtas från flera olika ställen och om data samlas in under en lång tidsperiod.

Således tyder resultatet av Weissman et al. (2008) på att även om studien handlar om vårdskador tyder det på att det i vissa sammanhang kan finnas en viss underrapportering i patientjournalen, vilket också skulle kunna påverka resultatets generaliserbarhet i denna studie. Processen att granska patientjournaler pågick i denna studie dock bara under cirka en veckas tid, vilket skulle kunna minska risken för variationer i bedömningen. Risken med att datainsamlingen sträcker sig för långt över tid skulle kunna vara att längre tid går sedan det inledande testet av graden av överensstämmelse utfördes. En risk finns att ju längre tid det går desto mer olika blir bedömningarna. Gällande insamlingen av data från enkäterna pågick samtalen under cirka tre månaders tid. Här kan istället ses en styrka i att forskarna blev mer säkra på att ställa frågor och bedöma de svar som patienter lämnade, ju längre tid telefonsamtalen pågick, det vill säga forskarna har fått mer erfarenhet i början av december, då de sista telefonsamtalen ringdes, jämfört med i början av september.

I studien deltog 207 patienter och bortfallet var 20,9 %. Antalet journaler där det finns en utskrivningsplanering öppnad i Melior är 136 stycken, drygt 60 %. Det innebär att ett lägre antal journaler ligger till grund för bedömningen av kvaliteten på utskrivningsprocessen. Vidare påverkas variabeln dokumenterad utskrivningsplanering påbörjad inom antal dygn av det faktum att en planering öppnades inför projektet webbollen, varför den faktiska siffran kan vara något högre.

De övriga variablerna i protokollet för granskning av patientjournaler, (sociodemografisk data, vårddata, hälsosituation och faktorer av betydelse för utskrivningsprocessen) baseras på samma antal deltagare som i enkäten, vilket kan ses som en styrka. En annan styrka är att det totala antalet deltagare är över 200, vilket i sig kan tala för ett tillräckligt stort urval, för att dra slutsatser om utskrivningsprocessen.

I en analys av studier som innehöll telefonuppföljning av patienter som skrevs ut från sjukhus menar Mistiaen och Poot (2008) att studierna var av låg kvalitet. Stor variation rådde i hur telefonuppföljningen genomfördes och vilka parametrar som mättes och det kunde inte fastslås att telefonuppföljning är en effektiv åtgärd. Beroende på ovan nämnda faktorer, framför allt att de inkluderade studierna var av låg kvalitet, motiverar till att genomföra fler studier, utöver denna studie, rörande telefonuppföljning av patienter som skrivs ut från sjukhus.

## **RESULTATDISKUSSION**

Den här studien visar att två tredjedelar av patienterna hade någon form av funktionsnedsättning beträffande hörsel, syn, tal eller kognition. En lika stor andel av patienterna har behov av hjälpmedel i hemmet. Vidare hade de flesta patienter en eller flera bidiagnoser vid utskrivning och drygt hälften hade en till tre stycken. Enligt Fried, Ferrucci, Darer, Williamson och Anderson (2004) används ofta tre olika begrepp för att karaktärisera sköra äldre personer: skörhet, multisjuklighet och funktionsnedsättning, vilka ofta överlappar varandra. Skörhet innebär hög sårbarhet för negativa hälsoeffekter vilka inkluderar t.ex. funktionsnedsättning, beroende, fall, trötthet, allmän svaghet, viktminskning, låg fysisk aktivitet, sämre balans och rörlighet och mortalitet.

Funktionsnedsättning definieras som beroende eller svårighet att utföra aktiviteter som är viktiga för att leva ett självständigt liv. Funktionsnedsättning innebär en högre risk för hospitalisering, behov av långtidsvård, död och höga utgifter för hälso- och sjukvården. Sternberg, Schwartz, Karunanathan, Bergman och Clarfield (2011) menar att det är omtvistat vilka begrepp som ingår i termen skörhet, men identifierar också ytterligare faktorer för skörhet. De mest förekommande var fysisk funktion, kognition och gånghastighet. Studiens resultat tyder på att det finns en skörhetskomponent bland patienterna som ingått i studien. Detta innebär att det är en patientgrupp som löper risk för negativa hälsoeffekter och har ett stort behov av vård och omsorg, vilket i sin tur leder till ett behov av samordning inför hemgång.

Studien visade att en tredjedel av patienterna var ensamboende och drygt en tredjedel var samboende. Dock saknades dessa uppgifter i närmare en tredjedel av journalerna. Enligt Bauer et al. (2009) är en av de mest avgörande faktorerna för en lyckad utskrivningsprocess anhöriga till patienter. Det är även av vikt att identifiera anhörigas roll i vården av äldre patienter, att fatta beslut kring vården och att fatta beslut för patienter. Således bör även faktorn om patienter är ensamboende eller samboende vara av vikt för utskrivningsprocessen, då anhöriga kan utgöras av eventuell maka eller make. Shepperd et al. (2013) menar att knappt en tredjedel av alla utskrivningar från sjukhus försenas av icke medicinska orsaker. Flera faktorer bidrar till försenad utskrivning, nämligen bl.a. bristfällig bedömning hos sjukvårdspersonal av patienter vilket t.ex. leder till dålig kännedom om sociala omständigheter.

I princip alla patienter på avdelning 21/34 hade en utskrivningsplanering i Melior jämfört med en tredjedel av patienterna på MAVA. Det låga antalet öppnade utskrivningsplaneringar på MAVA gör att resultat gällande skillnader mellan vårdavdelningarna angående utskrivningsplanering bör beaktas med viss försiktighet. Sammantaget hade en tredjedel av patienterna i studien ingen utskrivningsplanering i Melior. I hälften av utskrivningsplaneringarna framgår om det finns ett behov av utökat stöd eller inte. Enligt Efraimsson et al. (2003) är utskrivningsplanering en process vars syfte är att tillsammans med patienter koordinera planeringen av patienters framtida vård, vilket inkluderar övergången från sjukhus till hemmet. Shepperd et al. (2013) menar att målet med utskrivningsplaneringen är förbättra effektiviteten och kvaliteten i sjukvården genom att minska antal försenade utskrivningar från sjukhus, att underlätta patienters övergång från sjukhus till eftervård och tillhandahålla information till efterföljande vård om en patients tillstånd. Detta belyser behovet av att samla information och dokumentation inför utskrivning på ett och samma ställe i journalen.

Enligt Svensk författningssamling (2008) säger patientdatalagen att hantering av information i hälso- och sjukvården ska vara organiserad på ett sådant sätt att god kvalitet och patientsäkerhet kan tillgodoses. Det ska föras patientjournal vid vård av patienter och syftet är att understödja god och säker vård för patienter. Studiens resultat tyder på ett det behövs ökade kunskaper om betydelsen av att ha en utskrivningsplanering dokumenterad i journalen för dessa patienter.



Enligt Socialstyrelsen (2008) ska en vårdgivare borga för att det finns rutiner för hur uppgifter rörande patienter ska dokumenteras i en patientjournal. Rutinerna ska även säkra att patientjournalen kan vara en utgångspunkt för uppföljning av resultat och kvalitet inom vården. Vidare ska rutinerna vara utarbetade på ett sätt som ska garantera att uppgifter som är dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen (2012) menar även att evidens finns att en strukturerad utskrivningsplan som är anpassad individuellt för en patient som används vid utskrivningsplanering från sjukhus sannolikt leder till kortare vårdtid på sjukhuset och en minskning av antalet återinläggningar för äldre patienter som vårdats för ett medicinskt tillstånd. Däremot är utskrivningsplaneringens effekt på hälsoeffekter, dödlighet och kostnader oklar. Shepperd et al. (2013) påvisar ett liknande resultat som Socialstyrelsen (2012), nämligen att en strukturerad utskrivningsplanering som skraddarsys för en patient medför en minskad vårdtid, samt lägre antal återinläggningar. Således motiveras ytterligare vikten av att dokumentera i en sammanhängande vårdplan, i Melior lämpligen under sökordet utskrivningsplanering.

Studien visar att utskrivningsplaneringen öppnades i Melior något tidigare på avdelning 21/34 jämfört med MAVA. Watt och Gardners (2005) studie kring utskrivningsplanering visar att fokus i förberedelser för patienters utskrivning från en akutvårdsavdelning tycks ligga på att möta ett omedelbart behov, snarare än att förbereda patienten och anhöriga på tiden efter utskrivning. Det visade sig också att utskrivningsplaneringen påbörjades när som helst mellan inläggning och datum för utskrivning såsom i denna studies resultat. Påbörjandet av en utskrivningsplanering berodde på avdelningskultur, diagnos och vanor hos den enskilda sjuksköterskan. Vidare prioriterades utskrivningsplaneringen lägre än den dagliga vården, speciellt när sjuksköterskan hade hög arbetsbelastning. Liksom i denna studie skiljer det sig åt när under vårdtiden en utskrivningsplanering påbörjas vilket tyder på en skillnad i avdelningskultur mellan de båda vårdheterna som inkluderats i studien.

Studien visar att kontakter inför utskrivningen togs för nästan två tredjedelar av patienterna. Enligt Preyde et al. (2009) är effektiv kommunikation mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården mycket viktigt för vårdkontinuitet från sjukhus till hemmet. Svårigheter har påvisats i informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal, likaså med kommunikation. En orsak är användandet av olika terminologi mellan sjukvårdspersonal på sjukhuset respektive i kommunen som riskerar att leda till förvirring och missförstånd rörande behovet av vård. Vidare menar Shepperd et al. (2013) att andra orsaker till försenade utskrivningar från sjukhus är bristfällig organisation av vården efter utskrivning och kommunikation mellan sjukhuset och hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen, samt annan uppföljningsvård. Vid utskrivning av en patient från sjukhus till hemmet finns en risk för diskontinuitet i vårdkedjan och det kan öka risken för att en negativ händelse ska inträffa på grund av bristfällig planering av patienters utskrivning. Dålig kommunikation mellan sjukhuset och nästa vårdaktör kan resultera i att viktig information inte når nästa vårdaktör och att patienter är ovetande om information som kan hjälpa dem att klara av sin situation och förbereda sig för utskrivning från sjukhus. Således motiveras här vikten av att dokumentera utskrivningsplaneringen under ett särskilt, samlat, sökord i Melior, för att

underlätta organisationen av vård efter utskrivning och kommunikation med andra vårdaktörer.

Enligt Watt och Gardner (2005) finns flera olika definitioner av utskrivningsplanering, en definition är processen att koordinera utförandet av hälso- och sjukvård bortom sjukhusets ansvarsområde och en annan innebär en del av en kontinuerlig vårdkedja som utförs för att förbereda patienter för nästa fas i vården och att utföra nödvändiga åtgärder för den fasen. Ytterligare en definition lyder: En process som består av flera faser vars omedelbara mål är föregripa förändringar i patienters vårdbehov och vars långsiktiga mål är kontinuitet i hälso- och sjukvården. Studien visar att i över en tredjedel av fallen togs inga kontakter inför utskrivning vilket tyder på att ett ökat behov av samordning inför hemgång för att öka kontinuiteten i vårdkedjan.

Studien visar att en fjärdedel av patienterna upplevde att det fungerade både bra och dåligt efter utskrivning och en av tio upplevde att det fungerade dåligt. Cirka en tredjedel av patienterna fick inte med sig information om vad som var planerat efter utskrivning. Liknande resultat har framkommit i en tidigare studie av Mistiaen och Poot (2008) som menar många patienter upplever olika problem första veckan efter utskrivning från sjukhus såsom t.ex. ett behov av information och att patienter får lite information om både det egna tillståndet och läkemedel. Detta tyder på att första veckan efter utskrivning är en skör tid för patienter och att behovet av information är stort, särskilt kring läkemedel.

Studien visar att endast hälften av patienterna var delaktiga i utskrivningsprocessen. Detta stämmer med Efraimsson et al. (2003) som beskriver att en studie kring utskrivningsplanering av äldre kvinnliga patienter visar att sjukvårdspersonalen dominerade kommunikationen och fokuserade främst på patienters medicinska tillstånd och administrativa rutiner. Patienterna upplevde maktlöshet och att de behandlades som ett objekt. Beslutsfattandeprocessen var kort och kvinnorna själva var sällan beslutsfattarna. Beslutet fattades snarare baserat på de resurser som erbjöds av sjukvården eller den mängd stöd som närstående kunde ge. Betydelsen av patientdelaktighet, som ett teoretiskt koncept är enligt Efraimsson et al. (2003) tvetydig, men har beskrivits som en existerande relation där deltagarna är insatta i en annan persons problem på ett emotionellt och motiverat sätt.

Studien visar att två tredjedelar av patienterna hade någon form av funktionsnedsättning beträffande kommunikation. Efraimsson et al. (2003) menar att studier har visat att god kommunikationsförmåga underlättar en lyckad utskrivningsplanering och patienters förmåga att delta i processen. Foss et al. (2011) menar att en avgörande faktor som påverkar deltagande i utskrivningsplaneringen från sjukhus hos äldre patienter är hörsel. God hörsel är med andra ord nödvändigt för att patienter effektivt skall kunna påverka och vara delaktig i planeringen av utskrivningen från sjukhus. Äldre patienter vill delta mer i planeringen av utskrivningen från sjukhus än vad de gör men denna önskan tillmötesgås inte. Att en stor del av patienter har funktionsnedsättningar kan vara en bidragande orsak till det låga antalet patienter som var delaktiga i sin planering.

Denna studie visar att patienters vilja framkom i en dryg tredjedel av utskrivningsplaneringarna totalt och i ännu lägre utsträckning (cirka en fjärdedel) på MAVA. Patienters inställning till nuvarande hemsituation fanns dokumenterat i knappt en tredjedel av journalerna. Detta dokumenterades i högre utsträckning på avdelning 21/34. Beslut togs i samråd med patienter i utskrivningsprocessen i knappt en tredjedel av fallen. Detta överensstämmer med en tidigare studie kring äldre patienters delaktighet i vården av Ekdahl et al. (2012) där det visade sig att dessa patienter sällan var delaktiga i beslutsfattande, exempelvis när det gäller utskrivning. Kommunikationen kring utskrivning pågick främst mellan sjuksköterskor och läkare och patienter fick enbart information när beslut var fattade. Det är tidigare påvisat att ökad delaktighet leder till att patienterna är mer nöjda med vården och även får bättre effekt av behandling. Efraimsson et al. (2003) beskriver att lågt patientdeltagande kan bero på olika faktorer. Åsikterna om vad patientdeltagande innebär varierar mellan sjukvårdspersonal och patienter och patienternas vilja att delta kan inte tas för given. Faktorer såsom ålder, hälsosituation, kunskap, erfarenheter av sjukhusvård påverkar patienternas attityder. Likaså sjuksköterskans attityder påverkar om patienter erbjuds att delta. En ökad andel patienter som är delaktiga i sin utskrivningsplanering kan leda till att patienterna blir mer nöjda med vården och även får bättre effekter av behandlingen. Detta tyder på att det finns ett ökat behov av att involvera patienterna i utskrivningsplaneringen.

Resultat av granskningen av patientjournaler visar att i hälften av fallen var anhöriga delaktiga i utskrivningsprocessen. Detta skiljer sig åt från studien av Efraimsson et al. (2003) som visade att anhöriga var mer delaktiga än patienterna i både förhandling och beslutsfattande kring utskrivning. De patienter som var väl förberedda till exempel i samband med en vårdplanering kunde påverka sin utskrivning i större utsträckning. Enligt Popejoy (2011) råder få tvivel om att anhöriga spelar en nyckelroll i att stötta äldre patienter efter att de lämnar sjukhuset. De är ofta den huvudsakliga källan till hjälp efter utskrivning. Äldre patienter fattar ofta inte beslut rörande sjukvårdsfrågor själva utan gör det i samråd med familjemedlemmar och andra som kan erbjuda en inblick i beslutet. Detta tyder på att det bör eftersträvas att anhöriga i högre utsträckning görs delaktiga i utskrivningsplaneringen. Foss och Askautrud (2010) menar att äldre patienter är särskilt sårbara i utskrivningsprocessen och att de har mångfacetterade behov på grund av fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar. Patientdelaktighet rörande planering och beslutsfattande i utskrivningsprocessen har visats öka patienters förmåga att klara sig efter utskrivning samtidigt som det hjälper patienter att mobilisera sina egna resurser. Dock verkar det som att det fortfarande är lättare att göra utskrivningsplaneringar för patienter snarare än med dem, beroende på kortare sjukhusvistelser samt tidsbrist hos sjukvårdspersonalen. Det är av vikt att inhämta information om patienters åsikt och beakta denna i utskrivningsprocessen.

Studien visar att medelvårdtiden var lägre på MAVA jämfört med avdelning 21/34 samt att närstående var delaktiga i hälften av utskrivningarna. Detta kan jämföras med en studie av Preyde et al. (2009) som menar att tidig utskrivning från sjukhus innebär att patienterna skrivs ut snabbare och i ett sjukare tillstånd, vilket innebär att en större del av återhämtningen sker utanför sjukhuset och en större börda faller på närstående.

Anhöriga upplevde vidare ofta att de hade litet inflytande över beslutet vart patienter skrivs ut. Det är viktigt att ta hänsyn till detta i utskrivningsplaneringen och belyser ytterligare att det är nödvändigt att både anhöriga involveras i utskrivningsprocessen för att utskrivningsplaneringen ska lyckas och att nöjdhet med planeringen ska uppnås.

Denna studie visade att patienters inställning till hemgång dokumenterades i mycket få fall. Enligt MacNaughton-Doucet (2013) är en effektiv utskrivningsplanering baserad på en sammanhängande vårdplan vilken utförs av vårdpersonal som har aktuell och specifik information om en patients nuvarande situation, mål och åsikter. Detta tyder på att patienters inställning till hemgång är av betydelse att dokumentera inför utskrivning vilket dock sällan görs.

Resultatet visar att bland de patienter som upplevt att det fungerat dåligt efter hemgång samt bland dem som haft något ytterligare att tillägga uppgav flera att de upplevt läkemedelsrelaterade problem i samband med utskrivningsprocessen. Enligt Enguidans och Brumley (2005) är äldre patienter mest känsliga för fel rörande läkemedel. De löper ökad risk att drabbas av biverkningar, minskad organfunktion, vilket resulterar i att metabolism av läkemedel tar längre tid, har ett ökat antal kroniska sjukdomar som kräver flera mediciner och kan ha flera förskrivande läkare. En faktor som ökar risken för läkemedelsrelaterade fel är överflyttning mellan olika vårdinstanser som i denna studie. Vidare minskar patienters kunskap om instruktioner rörande läkemedel i takt med att komplexiteten i de föreskrivna medicinerna ökar. Sjukhusvistelse innebär ofta att patienter får ett nytt läkemedel eller en ändring av befintliga läkemedel och dessa förändringar kommuniceras inte alltid korrekt till patienter och deras närstående vid utskrivningen. Läkemedelsrelaterade fel beror också på användande av medicinsk terminologi i patientjournalen. Ytterligare bekymmer är situationer där patienter oavsiktligt fortsätter med en medicin som satts ut eller inte fortsätter med aktuell ordination eller tar nya mediciner. Enligt Weissman et al. (2008) utgjordes i en studie om patientsäkerhet 53 % av alla negativa händelser som patienter utskrivna från sjukhus rapporterade i intervjuer efteråt, av negativa läkemedelseffekter. Sammantaget tyder detta på att information kring läkemedel i samband med utskrivning från sjukhus kan förbättras för att minska risken för negativa effekter för patienter.

Resultatet visar att ca en tredjedel av patienterna inte fick någon information om vad som planerats när de åkte hem. Kerzman, Baron-Epel och Toren (2005) menar att rådgivning till patienter syftar till att tillhandahålla kunskap och information, vilket leder till att patienter kan inta en aktiv roll i att hantera ohälsa och den egna behandlingen. Patienter som får information är bättre rustade för att ansvara för den egna läkemedelsbehandlingen. Resultatet tyder på att informationen till patienter inför utskrivning kan förbättras.

Resultatet från webbkollen visar att cirka 75 % av patienterna fick ändrade mediciner då de låg på sjukhus senast. Av frågan framgår dock inte hur många patienter som fick nya läkemedel respektive bara ändringar, men då cirka tre fjärdedelar av patienterna enligt

Kerzman et al. (2005) visste varför de tog ett nytt läkemedel finns indikationer på ett behov av mer information rörande läkemedel vid utskrivning från sjukhus.

Studien visar att ca 90 % av patienterna vet vilka läkemedel de tar, 84 % fick med sig en sammanställning vid utskrivning. Detta överensstämmer med Kerzman et al. (2005) vars studie gällande utskrivning av äldre patienter från sjukhus visar att de flesta patienter blir informerade om anledningen till att de tar läkemedel. Däremot visade deras studie brister i kunskapen om bieffekter av läkemedel. Cirka 90 % av patienterna visste varför de tog ett visst läkemedel, dock var siffran 73 % gällande nya läkemedel. Resultatet tyder på att information om läkemedel kanske inte saknas men att den kan vara ineffektiv. Ett sätt att öka patienters förståelse för sina läkemedel kan vara skriftlig information. Detta kan utföra ett incitament för att öka andelen skrivna sammanställningar över aktuella läkemedel som patienter får med sig hem från vårdavdelningarna 21/34 och MAVA. Denna skulle kunna utgöras av en läkemedelslista eller en läkemedelsberättelse, som innehåller information om förändringar i läkemedelsbehandlingen. Målet bör vara att alla äldre patienter får med sig en skriftlig information om aktuella läkemedel.

## **SLUTSATS**

Utskrivningsprocessen skilde sig åt mellan medicinavdelningar med akutmedicinsk respektive geriatrisk inriktning. Brister påvisades rörande patienters och anhörigas delaktighet i utskrivningsprocessen och information inför hemgång. Vidare saknades dokumenterad utskrivningsplanering hos cirka två tredjedelar av patienterna på den akutmedicinska vårdavdelningen. Resultatet visade även att många patienter inte vet till vem de ska vända sig med eventuella frågor vilket tyder på ett behov av mer information till patient och anhöriga inför utskrivning. Patientdelaktighet leder till en ökad förmåga att klara sig efter utskrivning. Anhöriga har ofta en stor betydelse i utskrivningsprocessen, är viktiga vid beslutsfattande och utgör det huvudsakliga stödet efter utskrivning. Patienter och anhöriga bör således göras mer delaktiga i utskrivningsprocessen. Det är av stor vikt för vårdkvalitet i den kliniska verksamheten och för forskning att journaldata som utskrivningsplanering dokumenteras på ett systematiskt och strukturerat sätt.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Författarnas förhoppning är att studiens resultat ska komma både medicinkliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och även andra kliniker och sjukhus till gagn. Studien har påvisat brister i bland annat information till patienter och delaktighet, vilket motiverar ett behov av förbättringsåtgärder i utskrivningsprocessen på de vårdavdelningar som inkluderats i studien. Studien påvisar också faktorer av vikt vid utskrivningsprocessen av äldre patienter och är av värde för vårdavdelningar med denna patientgrupp. Slutligen poängteras vikten av att dokumentera utskrivningsprocessen under ett samlat sökord i patientjournalen

## REFERENSER

- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2539-2546. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x
- Berglund, H., Wilhelmson, K., Blomberg, S., Dunér, A., Kjellgren, K., & Hasson, H. (2013) Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2934–2944.
- Courtney, M. D., Edwards, H. E., Chang, A. M., Parker, A. W., Finlayson, K., & Hamilton, K. (2011). A randomized controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 202, 1-7. doi: 10.1186/1472-6963-11-202.
- Eder, C., Fullerton, J., Benroth, R., & Lindsay, S. P. (2005). Pragmatic strategies that enhance the reliability of data abstracted from medical records. *Applied Nursing Research*, 18, 50-54.
- Efrainsson, E., Sandman, P.O., Hydén L-C., & Rasmussen, B. H. (2003). Discharge planning: 'fooling ourselves?' – patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 562–570.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken : om en forskningsbaserad modell i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ekdahl, A.W., Linderholm, M., Hellström, I., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2012). 'Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?' A qualitative observational study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2012-002027.
- Enguidans, S. M., & Brumley, R. D. (2005) Risk of Medication Errors at Hospital discharge and barriers to Problem Resolution. *Home Health Care Services Quarterly*, 24, (1-2), 123-135. Doi: 10.1300/J027v24n01\_09
- Foss, C., & Askautrud, M. (2010). Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. *Scand J Caring Sci*, 24, 46-55.
- Foss, C., & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*, 85, 68-73.
- FoU i Väst. *Onödig sjukhusvård av sköra äldre. En kunskapsöversikt*. Hämtad 2013-11-19 från: [http://grkom.se/download/18.27eeeb5814155ca726a4393/1382015434354/2013\\_onodig\\_slutenvard\\_fourapport.pdf](http://grkom.se/download/18.27eeeb5814155ca726a4393/1382015434354/2013_onodig_slutenvard_fourapport.pdf)
- Franchi, C., Nobili, A., Mari, D., Tettamanti, M., Djade, C. D., Pasina, L., & Iorio, A. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*, 24, 45-51. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2012.10.005>

Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 59(3), 255-263.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vernooij-Dassen, M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66-74.

IBM (2014). *IBM SPSS Statistics*. Hämtad 2014-01-28 från <http://www-01.ibm.com/software/se/analytics/spss/>

Kerzman, H., Baron-Epel, O., & Toren, O. (2005). What do discharged patients know about their medication? *Patient Education and Counseling*, 56, 276–282.

Lindhardt, T., Rahm-Hallberg, I., & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 668-681.

MacNaughton-Doucet, L. J. (2013). Policy and practice note. Determinants of health in discharge planning for seniors: Asking the right questions. *Canadian Journal on Aging*, 32(3), 207-315.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mistiaen, P., & Poot, E. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD004510. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3

Neumann, L., Hoffmann, V. S., Golgert, S., Hasford, J., & Von Renteln-Kruse, W. (2013). In-hospital fall-risk screening in 4735 geriatric patients from the Lucas projekt. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(3), 264-269.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Popejoy, L. (2011). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*, 24, 4, 256-262.

Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge Planning From Hospital to Home for Elderly Patients: A Meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6, 198-216.

Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.

Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. Art. No.: CD000313.  
DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub3

Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Hämtad 2013-11-21 från  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12\\_200612312.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf)

Socialstyrelsen. (2007). *Vård och omsorg om äldre*. Hämtad 2013-11-10 från  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8863/2008-131-6\\_20081316.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8863/2008-131-6_20081316.pdf)

Socialstyrelsen (2008). *Senaste version av SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)*. Hämtad 2014-01-18 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>

Socialstyrelsen. (2012). *Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter*. Hämtad 2013-11-10 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18638/2012-3-13.pdf>

Statistiska centralbyrån. (2012). *Sverige framtida befolkning. 2012 - 2060*. Hämtad 2013-09-18 från  
[http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401\\_2012I60\\_BR\\_BE51BR1202.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf)

Sternberg, S. A., Schwartz, A. W., Karunanathan, S., Bergman, H., & Clarfield, A. M. (2011). The identification of frailty: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*, 2129-2138.

Svensk författningssamling. (2008). *Patientdatalag*. Hämtad 2014-01-18 från  
<http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/08/080355.PDF>

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre. Webbkollen hemma - uppföljning av personer 65 år och äldre som rings upp efter utskrivning från slutna specialistsjukvård*. Hämtad 2013-09-18 från  
[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=5928fcc5-1247-40ec-aad5-06ae0e06918a&FileName=Webbkollenhemma\\_manual\\_20130326.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=5928fcc5-1247-40ec-aad5-06ae0e06918a&FileName=Webbkollenhemma_manual_20130326.pdf)

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Webbkollen hemma*. Hämtad 2013-12-09 från  
[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=c80d3351-b386-4133-85e7-9f81ea9c84da&FileName=20130617HemmaFragor.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=c80d3351-b386-4133-85e7-9f81ea9c84da&FileName=20130617HemmaFragor.pdf)

Söderback, I. (2008). Hospital discharge among frail elderly people: a pilot study in Sweden. *Occup. Ther. Int. 15*(1), 18–31.

Vetenskapsrådet. (2013). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Watt, R., & Gardner, H. (2005). Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences, 7*, 175-183.



Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelman, S., Annas, C. L., Ridley, N., Kirle, L., & Gatsonis, C. (2008). Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 149, 100-108.

**BILAGOR****BILAGA 1****Protokoll för granskning av patientjournaler**

| Utskrivningsprocessen  |                 |                 |            |                           |
|--|-----------------|-----------------|------------|---------------------------|
| Personnummer:  |                 | Vårdavdelning:  | 21/34      | MAVA                      |
| Ålder:   |                 | Antal vårddygn: |            |                           |
| Kom till avdelningen via:<br>Hemmet<br>Vårdcentral<br>Akutmottagning<br>Annan avdelning  |                 |                 |            |                           |
| Man  |                 | Kvinna          |            | Huvuddiagnos:             |
| Ensamboende:   |                 | Samboende:      |            | Framgår ej:    Kommentar: |
| Lägenhet/villa   |                 | Trappor/hiss    |            | Framgår ej:    Kommentar: |
| Hörselnedsättning:   | Synnedsättning: | Afasi:          |            | Framgår ej:    Kommentar: |
| Kognitiv svikt:  | Ja              | Nej             |            | Framgår ej:    Kommentar: |
| Finns en dokumenterad utskrivningsplanering?   |                 | Ja              | Nej        |                           |
| Dokumenterad utskrivningsplanering påbörjades (antal dygn efter inskrivning):  |                 |                 |            |                           |
| <b>Fråga</b>   |                 | <b>Ja</b>       | <b>Nej</b> | <b>Kommentar</b>          |
| Framgår det om patienten har närstående/anhöriga?  |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om patienten har stöd av anhöriga/närstående i hemmet?   |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om patienten känner sig tillfreds med sin nuvarande hemsituation?  |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om patienten har hjälpmedel i hemmet innan inskrivning och/eller får med sig hjälpmedel efter utskrivning?             |                 |                 |            |                           |
| Framgår det att beslut i förhållande till <b>utskrivningsprocessen</b> skedde i samråd med patienten?                              |                 |                 |            |                           |
| Är patientens vilja/önskemål i förhållande till <b>utskrivningsprocessen</b> dokumenterad?   |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om anhöriga/närstående var delaktiga i <b>utskrivningsprocessen</b> ?  |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om patienten har några kommunala insatser i hemmet vid tiden för <b>inskrivning</b> (hemtjänst och eller hemsjukvård)? |                 |                 |            |                           |
| Framgår det om patienten har någon primärvårdskontakt vid tiden för <b>inskrivning</b> (distriktsköterska,                         |                 |                 |            |                           |

|  |              |         |            |
|--|--------------|---------|------------|
| distriktsläkare)?  |              |         |            |
| Framgår det om patienten hade ett behov av utökat stöd i hemmet vid tiden för <b>utskrivning</b> ?   |              |         |            |
| Kontakter tagna inför <b>utskrivning</b> (ringa in nedan):<br>Ej behov av/Inga kontakter tagna<br>Distriktsläkare<br>Distriktsköterska<br>Hemtjänst<br>Hemsjukvård<br>Biståndsbedömare<br>Andra: | Kommentarer: |         |            |
| Dokumenterad patientupplevelse/attityd till hemgång?   | Positiv      | Negativ | Framgår ej |

## **BILAGA 2**

### **Enkät – Webbkollen Hemma**

Län

Kommun

Stadsdelsförvaltning

Intervjun genomförs av person vid:

Sjukhus

Kommunal hemsjukvård

Kommunal Vård & Omsorg

Korttids

Landstingets primärvård

Ålder

Kön

Man

Kvinna

Hur bor du?

Ordinärt boende

Särskilt boende

Seniorboende

Tillfällig vistelse på korttidsboende

Annat alternativ

Hur många dagar sedan skrevs du ut från sjukhuset?

1 dag före detta samtal

2 dagar före detta samtal

3 dagar före detta samtal

4 dagar före detta samtal

5 dagar eller mer före detta samtal

Hur fungerar det nu när du kommit hem?

Bra

Dåligt

Både bra och dåligt

Vet ej

Vad var det som fungerar bra?

Vad är det som fungerar dåligt?

Bekymmer med medicinen

Behovet av hjälpmedel har inte tillgodosetts

Hemtjänsten har inte varit tillräcklig

Vårdcentralens insatser har varit otillräckliga

Hemsjukvårdens insatser har varit otillräckliga

Har inte mått bra

Anhörig orkar inte

Annat alternativ/Kommentar

Annat som fungerar dåligt

När du låg på sjukhuset fick du då hjälp med det du sökte för?

Ja

Nej

Vet ej

Annat alternativ/notering

När du kom hem från sjukhuset fick du den hjälp du behövde?

Ja

Nej

Vet ej

Ej aktuellt

Annat alternativ/notering

Var du med och planerade inför din hemgång?

Ja

Nej

Vet ej

Notering

Fick du med dig någon information om vad som var planerat när du åkte hem?

Ja

Nej

Vet ej

Notering

Vet du till vem du skall vända dig med eventuella frågor?

Ja, det vet jag

Nej, det vet jag inte

Vet ej

OM JA OVAN: Vet du till vem du skall vända dig med eventuella frågor?

Akuten

Vårdcentralen

Sjukvårdsrådgivningen

112

Specialistmottagning (ex. medicinmottagning, ortoped)

Vårdavdelningen

Distriktssköterskan

Annat alternativ/notering

Gjordes det någon ändring av dina läkemedel när du låg på sjukhuset senast?

Ja

Nej

Vet ej

Vet du vilka läkemedel du tar?

Ja

Nej

Ej aktuellt

Vet ej

Fick du med dig någon skriftlig sammanställning över dina läkemedel med hem från vårdavdelningen?

Ja

Nej

Vet ej

Finns det något ytterligare du vill uttrycka som du inte fått möjlighet till i denna dialog?

---

BEDÖMNING GÖRS AV DEN SOM GENOMFÖR INTERVJUN:

Hur säker bedöms intervjupersonen vara på de lämnade svaren?

Säker

Ganska säker

Viss osäkerhet

Osäker

Har intervju skett med patient eller närstående/anhörig?

Patienten

Närstående/anhörig

Hur har planeringen av vård och omsorg fungerat?

Bra

Dåligt

Ej aktuellt

Om dåligt vad är det som fattas:

Har du hänvisat till:

Vårdcentral

Sjukhusmottagning

Akuten

Hemtjänst

Hemsjukvård

Annan

Har du för patientens räkning tagit kontakt med:

Vårdcentral

Sjukhusmottagning

Akuten

Hemtjänst

Hemsjukvård

Annan

Finns en dokumenterad vårdplanering inför hemgång?

Ja

Nej

Vet ej

Övriga kommentarer: