

POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING

Annica Kihlgren

Patienters förflyttning från kommunal äldreomsorg till vården på akutmottagning

Stora förändringar har skett inom kommunal äldreomsorg under de senaste 10-15 åren med en reducering av antalet platser i särskilda boenden från 118 700 år 1998 till 110 900 år 2003 och en successivt minskad servicenivå för majoriteten av de äldre. Den starka inriktningen mot att i första hand hjälpa de allra äldsta och mest hjälpbehövande har bl.a. inneburit att de personer som finns inom hemsjukvård och särskilda boenden har stora behov av sjukvårdande insatser. Samtidigt med denna utveckling ökar kommunernas problem med att finansiera offentlig omsorg. De äldre har ofta en komplex sjukdomsbild och stora omvårdnads-, rehabiliterings- och sjukvårdsbehov. För vårdpersonalen medför detta att arbetet blivit tyngre och kravet på mer professionellt kunnande ökar. För närstående har det inneburit att de tar på sig nya uppgifter när gapet mellan behov och resurser sviktar. Den låga medicinska bemanningen i kommunerna bidrar till en förflyttning av de multisjuka äldre och förflyttningen sker ofta fram och tillbaka mellan olika vårdnivåer. Förflyttningen i sig ökar deras sårbarhet. De möter nya organisationer, nya miljöer och ny personal. Den geriatriska patientens sjukdomar och behov är specifika och deras möjlighet att ta till sig en ny omgivning är mer begränsad.

Det formella ansvaret för den äldre människan är delat, dels i huvudsak mellan landsting och kommun, dels mellan olika professioner. För kommunernas sjuksköterskor har det ökade antalet multisjuka äldre och Ädelreformens införande förändrat arbetssituationen, rollen och ansvaret, radikalt. Många aspekter är involverade i beslutsfattandet omkring remitteringen av de äldre till akutvård. För att den kommunala äldreomsorgen ska kunna möta framtidens krav, där fler äldre behöver avancerad vård och omsorg, är det viktigt att öka kunskapen om processen runt patientens förflyttning mellan vårdformer och vården i ett akut skede.

Avhandlingsarbetet syftar till att belysa den praxis som finns vid remittering av äldre patienter från eget boende till akutmottagning; vad som påverkar beslutet att remittera (**I, IV, V**) samt omhändertagandet där (**II, III**).

Delarbete **I** syftade till att få svar på i vilken omfattning vårdtagare, ≥ 75 år vid särskilt boende, utnyttjar akutvården under ett år och vilka orsaker som kan ligga bakom remitteringen till akutmottagningen. I Gävleborgs län inkluderades 719 personer från 24 särskilda boenden fördelade på samtliga kommuner. Personerna följdes sedan under ett år med funktionsbedömning och vårdbehovsmätning, som gjordes vid studiens start och efter 1 år med ett etablerat instrument (RAI/MDS 2.0). Vid eventuell överföring till akutsjukvården under året granskades dokumentationen genom att remitterande sjuksköterskor kopierade sina anteckningar och faxade dem till forskningsenheten. Dokumentationen sorterades in i 15 diagnos-/symtomgrupper och analyserades i SPSS. Vid vart tionde remitteringstillfälle intervjuades ansvarig sjuksköterska/läkare och patient, under förutsättning att patienten hade förmåga att verbalt uttrycka sig, om hur remitteringstillfället upplevts. Närstående intervjuades om synen på vården och deras möjlighet att vara delaktiga i olika beslut. Resultaten från intervjuerna redovisas i senare rapporter. Resultaten utifrån RAI/MDS och sjuksköterskornas dokumentation visar att av de 719 äldre vårdtagare som deltog i studien besökte 209 (29%) AKM 314 gånger på ett år. Det fanns inga skillnader mellan kvinnor och män. De vanligaste orsakerna för remittering var fall, feber/infektioner, hjärt-/kärlsjukdomar och symtom från magen. I 38% av remitteringarna fanns ingen anteckning om att sjuksköterskan kontaktat läkare. Telefonkontakt med läkaren var betydligt vanligare än läkarbesök hos patienten.

Delarbete **II** syftade till att studera omhändertagandet på en akutmottagning och hur äldre patienter och närstående upplever vistelsen där. Observationer av omhändertagandet av 20 patienter, 75 år och äldre, genomfördes. Femton av de 20 patienterna hade närstående med till sjukhuset. Patienter med klara diagnoser som t.ex. frakturer och hjärtinfarkt ingick inte i studien. Datainsamling och analys följde strukturen i Grounded Theory. Resultaten gav svar på hur det kan vara att som gammal vänta på AKM. Patienterna uttryckte ett stort behov av trygghet. Otryggheten uttrycktes i rädsla för att t.ex. inte bli trodd, inte få smärtlindring, bli bortglömd och att inte kunna påkalla uppmärksamhet. Vidare uttrycktes den i att förlora kontrollen över sig själv och att inte kunna påverka in- respektive utskrivning. Att vänta upplevdes i studien som ett av de största problemen med att vara på AKM. Väntan var i medeltal fyra timmar. Den präglades av ovisshet i en många gånger påfrestande och opersonlig fysisk miljö, ovisshet över när läkaren skulle komma/återkomma, och vad som kunde ske härnäst. En önskan om att bli sedd och lyssnad till framträdde starkt samt att få vara delaktig i sin egen väntan. Trots att vistelsen på AKM kunde vara svår visade patienter och närstående tilltro till läkare och övrig vårdpersonal. Den kritik som framkom riktades mot organisationen och politiker.

Delarbete **III**. Det är sjuksköterskor som gör den initiala bedömningen vid patientens ankomst till en akutmottagning och beslutar om prioritering och den specialitet som patienten skall sändas vidare till. I syfte att belysa vad sjuksköterskorna anser vara en god vård för äldre på en akutmottagning intervjuades 10 sjuksköterskor. Materialet analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys. Av

intervjusvaren framgick att för att kunna ge bra vård till äldre människor på AKM krävdes att vara kunnig inom olika områden, ha förståelse för den gamles situation, ta ansvar och att inte alltid prioritera medicinska insatser och rutiner. Sjuksköterskorna hade lättare för att beskriva vad som hindrade en god omvårdnad än att beskriva situationer när en god omvårdnad gavs. De ansåg att AKM inte var utformad för att alltid kunna möta gamla människors behov och ifrågasatte ibland varför dessa blivit inremitterade dit från kommunen.

Delarbete **IV** syftade till att studera närmare vad som påverkade beslutsprocessen före remittering till akutvården och vilket stöd som behövdes för att undvika en förflyttning. Fyra vårdcentralchefer och 10 sjuksköterskor inom den kommunala hemsjukvården intervjuades. Berättelserna analyserades med hjälp av latent innehållsanalys. Resultaten visade att kommunens sjuksköterskor ansåg att en av de stora svårigheterna när de kom till ett boende eller till patientens hem var att få fram aktuell kunskap om patienten. Den skriftliga dokumentationen var ofta dålig eller otillgänglig. För att åstadkomma handlingsprogram inför eventuell försämring efterlystes utarbetad vårdplanering och bättre samarbete mellan vårdcentral, kommunens verksamhet samt akutsjukvård. Läkarna efterfrågade bättre rutiner för hur besluten kunde följas upp. Vikten av att samma språk talas mellan sjukhus och primärvård betonades. Svaren handlade även om utbildningsnivå och fortbildning av personalen, vem som ska ansvara för personalgrupperna och om olika tekniska hjälpmedel. Anmälningfallen skrämde sjuksköterskorna och det var problem med att delegera tillsyn över, eller våga lämna kvar försämrade patienter. På grund av stora personalgrupper blev personkännedomen dålig. Professionsstrid och avsaknad av förståelse från omgivningen skapade osäkerhet i beslutsprocessen. Det var inte ovanligt att akuta beslut fattades under stress över annat ogjort arbete. De ansåg att tid inte fanns för att återkomma och se hur situationen utvecklats. Läkarna betonade behovet av ökade resurser utan att ange specialitet. Intervjupersonerna upplevde att utskrivningen från sjukhusen skedde för tidigt och vilket ökade deras ansvarsbörda ytterligare.

Delarbete **V** syftade till att belysa ledares syn på remitteringen av äldre till akutvården och jämföra resonemang hos ledare med social, omvårdnads- respektive medicinsk bakgrund. Intervjuer med områdeschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) eller avdelningsföreståndare och klinikchefer/motsv. i kommuner och landsting inom ett län, totalt 30 intervjuer, genomfördes. De narrativa intervjuerna analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys. Samtliga ledare ansåg att sjuksköterskorna behöver känna trygghet i sina beslut, men skiljde sig åt om hur det skulle uppnås. Läkarna talade om arbetsmiljö, lön och personlig utveckling, chefer med social bakgrund lyfte mer fram gruppens utveckling och personliga egenskaper hos sjuksköterskan. Ledare med omvårdnadsbakgrund talade om mål, riktlinjer och om svagheter inom organisationen. De olika budskap som gavs om vad som bör prioriteras kan ses som en förklaring till varför

kommunsjuksköterskorna saknade förståelse och stöd från arbetsledningen, vilket i sin tur kan leda till den osäkerhet som sjuksköterskorna uttryckte.

Sammanfattning

Avhandlingen har fokuserat på den äldre människan och sjuksköterskan i den process som följer på en förändring i den äldres hälsa; sjuksköterskans beslutsprocess, den förflyttning som sker och upplevelser av omhändertagandet på en akutmottagning. Den kombination av metoder som använts har fördjupat förståelsen av de pågående processerna. Resultaten visar komplexiteten i kommunsjuksköterskans beslutsprocess. Många aspekter influerar besluten som patientens fysiska kondition, kunskapen om patienten som finns tillgänglig, medarbetares och kommunsjuksköterskans egna kunskaper och patientens och anhörigas önskemål som inte alltid överensstämmer. Genom förflyttningen försätts patienten i ett "transition"- tillstånd (se Meleis m.fl. 2000) som ytterligare kan öka sårbarheten. Den gamla människan möter organisationer i förändring med nedskärningar, nya rutiner och ett delat huvudmannansvar. En tolkning av resultaten i avhandlingen är att processen den gamle befinner sig i inom systemet kan betecknas som "in-between-syndromet".

Såväl etiska som humanistiska aspekter kan läggas på att ha ett ansvar. När ansvaret involverar annan person finns också den moraliska aspekten med (Lögstrup 1956). Det faktum att någon är beroende av dig ålägger dig ett ansvar menar Lögstrup. Sjuksköterskan är, utifrån lagar och förordningar, ansvarig för den vård hon/han ger. Hon/han möter patienten öga mot öga och förväntas fatta ett beslut om den bästa möjliga vård där den etiska aspekten inte kan förbises. Det ökar hennes/hans ansvar ytterligare. Av ekonomiska skäl är risken stor att kommunerna anställer personal med lägre utbildning för de svåra uppgifter som vården av äldre och handikappade innebär. Det kan ge vårdarna en känsla av att deras arbete är mindre värt och att vem som helst kan utföra det. Känslan av att vem som helst kan utföra ens arbete kan få som följd att vårdarna förlorar motivation och engagemang och upplever att det sätt på hur arbetet utförs saknar betydelse.

Antalet gamla, sårbara personer i samhället blir fler och risken ökar att medicinskt omhändertagande och omvårdnaden baseras på rutiner som mer passar systemet än de gamla, med ett förtingligande som följd. För patienten i ett tillstånd av förflyttning ses det ytterst nödvändigt att dialogen om rutiner som skapats utifrån den gamles behov får fortsätta och i en ökad takt.