

**Att dokumentera omvårdnad enligt hospicefilosofin
- är det möjligt?**

Helena Ekegren Hällgren
Birgit Rasmussen
2007-05-21

Bakgrund

Axlagården är ett fristående hospice i Umeå, Norra Sverige. Hospicet startade 1992 bland de första hospicen i Sverige.

Axlagården har 16 platser för vård i livets slutskede. Alla gäster har ett eget rum med pentry, toalett och dusch samt en bäddsoffa med möjlighet för närstående att sova i. De flesta gästerna har någon form av cancersjukdom, men även andra sjukdomsgrupper som stroke, als, hjärtsvikt och kol förekommer.

På Axlagården arbetar läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. I teamet ingår också bildterapeut, arbetsterapeut och diakon. Kökspersonal och städet samt vaktmästeri är nära gästen. Axlagården har även ett 30-tal volontärer vilka hjälper gäster samt personal med olika göromål.

Axlagårdens journal är en traditionell pappersjournal med pärm för varje enskild gäst. Läkare dokumenterar i "läkaranteckningar", omvårdnadspersonal i sina speciella blad. Dokumentationssystemet är byggt endast för Axlagårdens behov, all information från närliggande sjukhus, andra boende, distriktsvården kommer till Axlagården i form av epikriser, laboratorielistor, röntgensvar eller remissvar via posten eller faxen. Omvårdnadsdokumentation bygger sedan lång tid tillbaka på VIPS systemet. All vårdpersonal har tillgång till all dokumentation.

Den palliativa vården har ändrats rejält den senaste årtionde och det finns skäl att tro att vårdpersonal inte har kunskap om de psykosociala behoven hos gäster. I en journalgranskning på Axlagården kunde man se att de medicinska och fysiska behoven var väl dokumenterade i anteckningarna, men inte de andliga/kulturella eller sociala behoven (Ekegren Hällgren, 2002). Varken hospicefilosofin eller en helhetsbild av gästens individuella behov kunde ses i dokumentation.

För att förbättra dokumentation och att få hospicefilosofin mera synligt i dokumentation startades det ett utvecklingsprojekt på Axlagården. All personal utbildades i en modell som ger stöd till bland annat dokumentation och vårdplanering och som är inspirerad av Weisman och framtagen till svenska förhållanden av Britt- Marie Ternestedt och medarbetare (Ternestedt, Andershed, Eriksson & Johansson, 2002). Ternestedt kallar sättet för

personfokuserad omvårdnad och det används i många hospice och palliativa enheten över hela Sverige. Denna modell att dokumentera fokuserar på 6 S:n, vilka är gästens självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, samtycke och summering. Detta är en förhållningssätt, och inte enbart teknik, vilket hjälper personalen samla kunskap om gästen och ge denne god vård i livets slutskede och möjliggör god döende och en god död genom att konkretisera hospicefilosofin (Ternestedt, 1998).

Det förnyade dokumentationssättet på Axlagården innebär att den dokumentationsansvariga sjuksköterskan skriver vid gästens ankomst en ankomstsammanfattning enligt de 6 S:n. De dagliga anteckningarna görs också enligt de 6S:n. Minst en gång i veckan skrivs en sk. veckosammanfattning som är ett slags utvärdering/sammanfattning av gångna veckan, där man beskriver ändringar i gästens tillstånd och de observationer man gjort när det gäller gästens hälsa och livskvalitet. Veckosammanfattningar är också en utgångspunkt för teamronden. Som hjälp för denna struktur har var och en i personalen fått ett kort i fickformat innehållande stödorden och förklaringar om 6 S:n. Hela personalen har nu dokumenterat enligt denna modell några år.

Syfte:

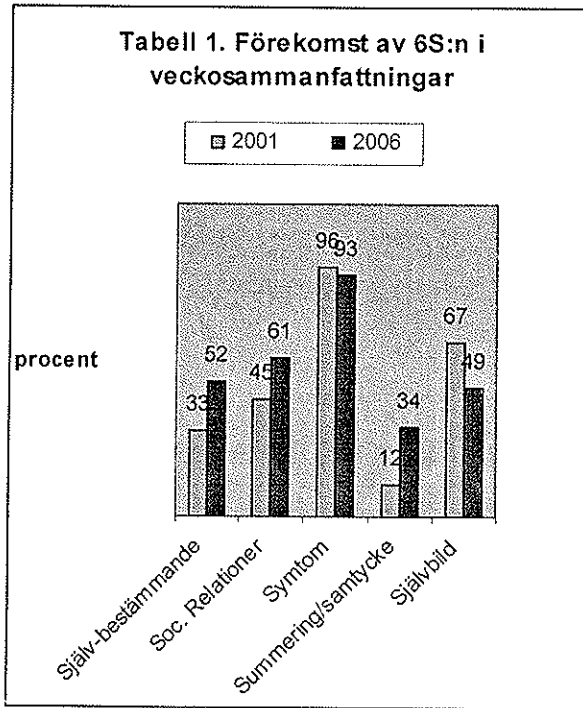
Syfte med den här studien är jämföra dokumentation kring veckosammanfattningar före och efter implementering de 6 S:n samt undersöka personalens åsikter angående 6 S:n.

Metod:

Det valdes slumpmässigt 40 journaler från året 2001 då sättet med att dokumentera enligt de 6S:n fanns inte och 40 journaler från året 2006. I 22 av journalerna från 2001 och i 25 av journalerna 2006 fanns veckosammanfattningar, av dessa valdes slumpmässigt 20 stycken journaler med veckosammanfattningar av vardera året som jämfördes innehållsmässigt. Veckosammanfattningar från året 2001 lästes genom och texten bearbetades via innehållsanalys så att texten delades under 6S kategorier; självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring och summering/samtycke. De flesta sammanfattningar året 2006 var redan kategoriserade under 6S struktur. Förekomsten av innehållet i olika kategorier jämfördes. Samtidigt med journalgranskning delades det ut en enkät till personalen med syfte att undersöka deras åsikter om de 6 S:n. Enkäten analyserades med hjälp av innehållsanalys till negativa och positiva kategorier.

Resultat:

Totalt av de 20 stycken av journalerna fanns veckosammanfattningar 49 gånger år 2001, då det året 2006 fanns veckosammanfattningar 61 gånger. Innehållet i veckosammanfattningar visas i tabell 1.



Begreppet summering och samtycke beskriver gästens önskan eller behov få samtala om sin syn på det levda livet, om framtiden och om döden. Även förberedelser och önskemål angående stundade döden kan beskrivas här. År 2001 skrevs anteckningar under denna kategori endast i 6 veckosammanfattningar (12 %). Året 2006 hade anteckningar under detta sökord ökat till 21 stycken (34%).

Sociala relationer berättar om gästens sociala nätverk. Även frågorna hur, när och med vilka gästen vill hålla kontakten med behandlas här. År 2001 fanns anteckningar under denna kategori i 45 % av fallen och år 2006 61 % av fallen.

Självbestämmande kan beskriva om gästens vilja planera sin tid och vård. De möjliga önskemålen beskrivs här. År 2001 fanns självbestämmande på 33% av anteckningar och år 2006 fanns självbestämmande beskrivet på 52% av anteckningarna.

Symtomlindring beskriver gästens vilja och behov för optimal symtomlindring. Här beskrivs gästens symtom, obehag och lindring av dessa. Av anteckningar under detta sökord hade år 2001 96 % och år 2006 93 %. De vanligaste symtom år 2001 var smärta, nutrition, aktivitet och elimination. År 2006 var symtomen smärta, nutrition, andning och elimination.

Självbild berättar om vem gästen är; dennes ålder, yrke, intressen, sysselsättningar, osv. Hur gästen upplever sin sjukdom och sin beroende ska också kunna skrivas här. Självbilden är den centrala för att lära känna gästen. År 2001 gjordes anteckningar under detta sökord på 67% av anteckningarna och år 2006 endast 49%.

I samband med journalgranskning delades också en enkät till personalen. I enkäten frågades personalens positiva och negativa åsikter om de 6S:n. Av 25 enkäten besvarades 7 stycken.

Det positiva med de 6S:n enligt personalenkäten är att det ger hjälp att få en helhetsbild av gästen.

Bra att använda vid ankomstsamtal...

En beskrivning av den sjuke utifrån de 6 S:n ger en mycket heltäckande bild av människan bakom diagnosen

Heltäckande. Lätt att hitta i rapportbladet, då jag söker något speciellt. JÄTTEBRA vid ankomstsamtal. Fokus på gästen. Lätt att använda.

Vi får hjälp att vända perspektivet så att vi förhoppningsvis ser det utifrån gästens. Ger signaler till oss om vårt förhållningssätt och hjälper så sätt oss.

Det negativa med de 6S:n är tex. en viss osäkerhet om innehållet av sökorden samt att det verkar bli mycket text. Enkäten innehåller följande citat:

Svårt ibland att hitta bra sökord.

Svårt att bedöma status.Har ibland svårt att finna rätt rubrik, för tex. psyk soc, var skriver jag det.

Modellen tar tid att arbeta sig in i. Det krävs en större känslomässig insats av den som skriver, eftersom man via rubrikerna "tvingas" gå på djupet i beskrivningen av den sjuke. Detta kan göra att man drar sig för att skriva en sammanfattning. Det är inte tvärgjort. Det tar både kraft och tid, speciellt den första tiden.

*Mycket text, översködligt. Hur mycket skall man skriva utan att det kränker integriteten?
Vården har inte förbättrats.*

Diskussion:

Sammanfattningsvis kan man säga att årets 2006 anteckningar ger en bredare bild och bättre kunskap av gästen vilket vad även syfte med att starta med detta system.

Bra kännedom av gästen, att gästen kan påverka och bestämma sin egen vård, att anhöriga blir uppmärksammade och sedda, att gästen får optimal symtomlindring och att gästen får leva tills han dör ger möjlighet att följa hospicefilosofin i grundtanken.

Resultatet visar dock att dokumentation inte har ändrats så mycket som författaren hade önskat. Mängden veckosammanfattningar hade ökat, men det fanns trots allt veckosammanfattningar som var ostrukturerade och det fattades veckosammanfattningar. Det kan bero på olika saker tex att gästens tid på Axlagården blev för kort, dokumentationsansvarige sjuksköterska kan ha varit på semester eller sjukskriven eller placerat hos andra gäster.

Veckosammanfattningar år 2001 var inte strukturerade, utan författaren har gjort en innehållsanalys och placerat anteckningar som fanns under de rubrikerna de hör till enligt 6 S:n struktur. Denna tolkning kan ge något missvisande bild av resultatet då författaren har friheten att placera innehållet. Till exempel andelen av anteckningarna under självbild år 2001 är större än år 2006. 2001 fanns mycket anteckningar som: "är nöjd...", "verkar trivas" och kunde inte placeras i annan kategori. År 2006 var meningarna längre och mer innehållsrika angående självbild: "Uttrycker att hon känner sig svagare i kroppen. Är mer och mer trött...", "Berättat om sitt arbete som slipare, om makens död, flyttningen till XXX. Ganska klar i tanken då hon berättar. Har varit oklar ofta sista tiden."

De befintliga kategorierna har inte ändrats även fast författaren kunde ha tolkat innehållet hörande till något annat sökord.

Trots att överenskommelsen av att veckosammanfattningar ska skrivas enligt de 6 S:n var 21% av anteckningarna år 2006 gjorda utan struktur. De analyserades som årets 2001 anteckningar.

Det är möjligt att 6 S:n inte är det optimala sättet att dokumentera. Det finns även skäl att tro att ändra det vanliga sättet att dokumentera är svårt. Personalen verkar uppleva att mera utbildning behövs för att reda ut frågetecken. Trots att 6S:n verkar ge bra bild av gästen och dennes önskemål, fattas det vissa viktiga delar av gästens helhetsbild.

Saknar en mer medicin klinisk dokumentation. Det blir för långa omvägar när jag bara vill rapportera givet läkemedel.

Vad klarar gästen ADL-mässigt?

Saknar utrymme för att skriva ner ett tillstånd. Tex. har irriterat hud på ryggen. Tycker inte det går under självbild. Något att bara skriva ner ett tillstånd under, som bara jag observerat, utan att symtomlindra (SL). Någon form att skriva utifrån mig, inte utifrån gästen. Min bild av saken alltså...mitt konstaterande. Gästen kanske anser att den tex kan resa sig...men jag vet att denne ej kan det.

Tyvärr ger inte denna studie svar om gästen/anhöriga upplever att vården har blivit bättre, men det skulle vara intressant att studera vidare om denna aspekt.

Modellen och förhållningssätt med de 6 S:n verkar inte vara helt färdigutvecklad utan är en process som fortsätter. Mera utbildning och övning behövs på enskild arbetsplats samt utveckling av modellen så att den passar till egen verksamhet. Även fortsatt samarbete mellan enheterna samt vidare utveckling av innehållet av de 6S:n verkar behövas.

Referenser:

Ekegren Hällgren, H. (2002). *Omvårdnadsdokumentation vid livets slut på ett hospice*. C-uppsats. Institution för omvårdnad. Umeå universitet.

Ternstedt, B-M., Andershed, B., Eriksson, M. & Johansson, I. (2002). A Good Death. Development of a nursing Model of Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 4:153-160.

Ternstedt, B-M. (1998). *Livet pågår! Om vård av döende*. Stockholm: Vårdförbundet.