

Hafdís Skúladóttir, hafdís@unak.is

FRÆÐSLA Á SKURÐ- OG LYFLÆKNINGAÐEILDUM

Nám er forsenda þess að manneskja geti aðlagast nýjum aðstæðum



© Þórdís Erla Ágústsdóttir

Hvergi í menntakerfinu er neitt námskeið sem undirbýr einstaklinginn fyrir veikindi og sjúkrahúsinnlagnir. Það nám byrjar hjá flestum þegar síst varir, þegar veikindin, slysin eða áföllin skella á. Fjölgun meðferðaúrræða hefur leitt til aukinnar eftirspurnar eftir meðferð. Á sama tíma hafa auknar kröfur um hámarkshagkvæmi haft þau áhrif að legutími á sjúkradeildum hefur styst. Styttri legutími hefur það í för með sér að sjúklingar eru oftast útskrifaðir af sjúkrahúsum áður en meðferð er lokið. Langoftast útskrifast þeir heim til sín þar sem aðstandendur taka við umönnun þeirra.



Hafdís Skúladóttir, Ms. hjúkrunarfræðingur. Lektor við heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri.

Ástæður og aðdragandi innlagnar á sjúkrahús geta verið margvíslegar en í flestum tilfellum þýðir það einhverjar breytingar sem reyna á aðlögunarhæfni sjúklingsins og fjölskyldu hans. Nám er forsenda þess að manneskja geti aðlagast nýjum aðstæðum (Redman, 2001). Markmið markvissrar fræðslu, sem veitt er af heilbrigðisstarfsfólki, er að hafa áhrif á hvernig sjúklingurinn og fjölskylda hans takast á við þessar breyttu aðstæður. Að sögn Redman (2001) er fræðsla til sjúklunga annaðhvort veitt um leið og umönnun eða á skipulagðan hátt, t.d. þegar sjúklingar greinast með sykursýki. Einnig hefur það færst í aukana á stærri sjúkrahúsum að fræðsla fyrir aðgerðir fari fram á innskriftarmiðstöðvum nokkrum dögum áður en sjúklingar leggjast inn.

Höfundur hafði unnið að gerð markvissari útskriftaráætlana á bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) frá árinu 1997 og í framhaldi af því verið umsjónarkennari námskeiðs í hjúkrunarfræði á 3. ári við Háskólann á Akureyri. Í því námskeiði unnu nemendur verkefni um útskriftaráætlanir í klínisku námi á skurðeildum og lyflækningadeildum. Í framhaldi af því vöknudu spurningar um hvernig staðið væri að fræðslu og upplýsingagjöf fyrir útskrift á þessum deildum frá sjónarhorni sjúklingsanna. Formleg rannsókn var undirbúin með tilskildum leyfum. Hringt var í þátttakendur viku eftir útskrift og þeir spurðir spurninga af stöðluðum spurningalista. Niðurstöðurnar verða kynntar hér í þessari grein.

Hvaða fagstétt sér um að fræða sjúklunga og aðstandendur þeirra? Er einhver munur á fræðslu á skurðeildum og lyflækningadeildum? Á hvaða formi er fræðslan, þ.e. munnleg, skrifleg, formleg eða óformleg? Er fræðsla og upplýsingar settar fram á auðskiljanlegan hátt? Er innihaldið það sem raunverulega skiptir máli fyrir skjólstæðingana þannig að þeir eigi auðveldara með að takast á við daglegt líf eftir útskrift? Er fræðsluþarfir sjúklunga uppfylltar? Hvernig meta skjólstæðingarnir heilsu sína viku eftir útskrift, er hún verri, betri eða óbreytt? Hvað veldur þeim mestum óþægindum eftir útskrift?

Fræðsla sjúklunga

Fræðsla er eitt af mikilvægustu atriðunum til að koma í veg fyrir heilsufarsvandamál vegna óhollra neysluvenja, til að auka velíðan og í allri meðhöndlun sjúkdóma. Lög um réttindi sjúklunga nr. 74/1997 kveða á um að þeir eigi rétt á upplýsingum um allt sem varðar heilsufar þeirra og meðferð. Þar er einnig kveðið á um að: „Við útskrift af heilbrigðisstofnun [skuli] sjúklingur fá, eftir því sem þörf krefur, leiðbeiningar um þýðingarmikil atriði er varða eftirmeðferð, svo sem lyfjagjöf, mataræði, þjálfun og hreyfingu. Ef þess er óskað skulu leiðbeiningar gefnar skriflega“ (Lög um réttindi sjúklunga nr. 74/1997).

Til að koma til móts við þetta er mælt með því að semja markvissa innskriftar- og útskriftaráætlun á hverri deild og stofnun (Boyle o.fl., 1992; Bull o.fl., 2000; Walker o.fl., 1997). Útskriftaráætlun var fyrst skilgreind 1974 af American Hospital Association sem skipulögð áætlun sett fram af heilbrigðisstofnunum til að tryggja að sérhver sjúklingur hefði áætlun um framhaldsmeðferð eins og þörf væri á hverju sinni (McClelland o.fl., 1985).

Fræðsla er samstarfsverkefni þeirra fagaðila sem sinna meðferð sjúklunga, eins og lækna, hjúkrunarfræðinga, sjúkrapjálfa, iðjuþjálfara, næringarráðgjafa, félagsráðgjafa, sálfræðinga og svo mætti lengi telja. Mikilvægt er að þessir fagaðilar vinni saman á markvissan hátt. Hver og einn ber ábyrgð á því að koma upplýsingum til skila til sjúklunga og umönnunaraðila þeirra innan sjúkrahússins og þeirra sem taka við meðferð eftir útskrift. Connolly (1991) bendir á að samvinna á milli hjúkrunarfræðinga, lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna sé nauðsynleg til að hægt sé að semja staðlaða áætlun. Sjúklingum og fjölskyldum þeirra sé nauðsynlegt að fá upplýsingar og fræðslu um t.d. sáraskiptingar, einkenni sýkingar, takmörkun hreyfingar, æfingaáætlun og verkjameðferð.

Rannsóknir hafa sýnt að góð fræðsla og markviss eftirfylgni, með símaviðtölum eða heimsóknum hjúkrunarfræðinga, skiptir mjög miklu máli, sérstaklega þegar um er að ræða sjúklunga með langvinna sjúkdóma þar sem búast má við endurinnlögnum (Boyle o.fl., 1992; Naylor og

McCauley, 1999). Við innlögn á sjúkrahús þarf að gera sér grein fyrir aðstæðum sjúklunga heima fyrir. Meta þarf getu skjólstæðingsins til að bjarga sér sjálfur við daglegar athafnir og fá upplýsingar um þá aðstoð sem er í boði hverju sinni. Það hefur sýnt sig að þeir sem eiga í erfiðleikum með daglegar athafnir og fá litla aðstoð eru líklegri til að leggjast aftur og jafnvel margsinnis inn á sjúkrahús. Í þeim tilvikum er sérstaklega mikilvægt að fylgja þeim eftir með símaviðtölum og heimsóknum (Naylor og McCauley, 1999; Rosswurm og Langham, 1998).

Í könnun, sem fram fór á FSA árið 1997, fengu ákveðnir sjúklingar, sem útskrifuðust af sjúkrahúsinu á ákveðnu tímabili, afhentan spurningalista við útskrift. Niðurstöður þeirrar könnunar leiddu m.a. í ljós að það sem sjúklingarnir töldu helst vera ábótavant voru upplýsingar sem þeir fengu um lyf, niðurstöður rannsókna, eftirlit og eftirmeðferð og vinnulag á deild. Engin deild fékk góða dóma fyrir frammistöðu sína í þeim efnum (Dóróthea Bergs o.fl., 2000). Önnur könnun var gerð á FSA meðal 76 einstaklinga sem voru útskrifaðir eingöngu frá handlækningadeild (H-deild) eða bæklunardeild (O-deild). Ögðust 76% af H-deild og 85% af O-deild hafa fengið útskriftaráætlun. Hins vegar kom ekki fram í svörum þátttakenda að vinnubrögð eru mismunandi eftir deildum varðandi útskriftaráætlunina. Könnunin sýndi að sjúklingarnir voru almennt ánægðir með hjúkrunina (Árún K. Sigurðardóttir, 2001). Sams konar könnun var framkvæmd á lyflækningadeild FSA árið 2003 og tóku alls 55 einstaklingar þátt. Þar sögðust 54% hafa fengið útskriftaráætlun (Árún K. Sigurðardóttir, 2004).

Til að draga úr endurinnlögnum er mikilvægt að upplýsingarnar séu á máli sem sjúklingurinn skilur og þær mega ekki vera of staðlaðar. Ef þær eru of staðlaðar og innihalda eitthvað sem ekki á við einhvern ákveðinn sjúkling eru minni líkur til þess að hann nýti sér þær (Robinson og Miller 1996). Í rannsókn Ghulam o.fl., (2006) var metin ánægja 3888 sjúklunga, eingöngu kvenna, á fræðslu fyrir skurðaðgerðir. Þar kom fram að þeir sem voru óánægðir skildu ekki upplýsingarnar því þær voru ekki á því tungumáli sem þeir

Tafla 1. Hvaða upplýsingar og/eða fræðslu fékkstu? (fjölvalspurningar)

Hvaða upplýsingar og/eða fræðslu fékkstu?	Tíðni	Prósentur
Verkjameðferð (t.d. lyf, bakstra)	36	41
Hvenær á að taka klemmur/sauma	30	34
Hvenær á að mæta í endurkomu	66	75
Símanúmer og símatíma lækna	44	50
Símanúmer deildar	41	47
Notkun hjálpartækja	13	15
Leiðbeiningar um æfingar	33	38
Einkenni sýkingar	26	30
Notkun teygjusokka	12	14
Hvenær má keyra bíl	20	23
Hvenær má fara að vinna aftur	34	39
Næringarráðgjöf	18	21
Meðferð við hægðatregðu	12	14
Hugsanleg viðbrögð (eftir aðgerð/meðferð)	18	21
Verkun og aukaverkanir lyfja	27	31
Sármeðferð (umbúðir, hvenær má fara í sturtu)	38	43
Annað Fékk enga fræðslu/upplýsingar	1	1
Það sem má aldrei gera eftir aðgerð	1	1

töluðu. Í niðurstöðunum kom m.a. fram að mikilvægt sé að sjúklingar fái bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar því það gerir þeim auðveldara fyrir að taka upplýsta ákvörðun um meðferð.

Símaviðtalsrannsókn á þremur sjúkráhusum

Rannsóknin, sem hér er gerð grein fyrir, var kynnt fyrir framkvæmdastjórum hjúkrunar og lækninga, yfirlæknum og deildarstjórum á skurðeildum (handlækninga- og bæklunardeildum) og lyflækningadeildum FSA, Landsspítala-háskóla-sjúkrahúss (LSH) og Sjúkrahúsi Akraness (SA) og leyfi fengið fyrir framkvæmdinni. Leyfi fékkst fyrir rannsókninni hjá vísindasiðanefnd (VSN númer 03-073-S1) og siðanefnd FSA. Einnig var send tilkynning til Persónuverndar.

Þýði þessarar rannsóknar voru allir karlar og konur 20 ára og eldri sem útskrifuðust á tímabilinu 6. október til 14. nóvember 2003 af áðurnefndum deildum. Gagnasófnun fór fram á þessu sama tímabili. Þar sem um símaviðtal var að ræða voru sett nokkur skilyrði til þátttöku. Þátttakandi varð að hafa aðgang að síma, geta gert sig skiljanlegan á íslensku í gegnum síma og vera kominn heim til sín, eða til ættingja eða vina, viku eftir útskrift. Þeir sem útskrifuðust á aðrar stofnanir voru útilokaðir því í sumum tilfellum hefði verið um áframhaldandi

meðferð að ræða sem hefði gert þeim erfitt um vik að svara sumum spurningunum.

Hjúkrunarnemendur á 3. námsári við heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri sáu um gagnasöfnun á þeim deildum sem þeir voru í klínísku námi á. Hver hjúkrunarnemandi útvegaði þrjú þátttakendur og voru þátttakendur alls 88, 45 karlar og 43 konur. Þátttakendur fengu afhent einnig kynningu munnlega á meðan þeir lágu inni. Þeir sem samþykktu þátttöku skrifuðu undir samþykkisyfirlýsingu. Viku eftir útskrift var síðan hringt í þá sem höfðu samþykkt þátttöku og þeir spurðir spurninga af stöðluðum spurningalista. Þar sem spurningalistinn hafði ekki verið notaður áður var um forprófun á honum að ræða. Þátttakendur voru spurðir hvort þeir hefðu fengið formlegt útskriftarviðtal hjá lækni, hjúkrunarfræðingi og/eða sjúkrabjálfa (já/nei). Einnig hvaða upplýsingar og/eða fræðslu þeir hefðu fengið og á hvaða formi þær hefðu verið, þ.e. munnlegar og/eða skriflegar. Þar sem búast mátti við að veittar væru upplýsingar um fleiri en eitt atriði þá var gefinn sá möguleiki að merkja við fleiri en eitt atriði þar að lútandi. Í framhaldi af því var spurt hvort sjúklingarnir hefðu fengið nægar upplýsingar og fræðslu og hvort fjölskyldan hefði fengið einhverjar upplýsingar.

Spurt var um verki og verkjameðferð, svefn og svefnlyfjanotkun, andlega líðan og kvíða eða streitu eftir útskrift. Einnig var spurt um sjúkrabjálfun, hjálpartækjanotkun, hvort og þá hjá hverjum sjúklingurinn fengi aðstoð við daglegar athafnir. Í opnum spurningum var leitast við að fá nánari útlistun á því sem betur mætti fara, eins og í upplýsingagjöf og almennt um þá meðferð sem þátttakendur fengu á deildinni hjá heilbrigðisstarfsfólki. Spurningin „Hvað veldur þér mestum óþægindum?“ var sett fram sem opin spurning með dæmi um svarmöguleika þar sem sérstaklega var leitað eftir svörum sem lutu að líkamlegum og andlegum óþægindum.

Úrtak

Meirihluti þátttakenda var á aldrinum 51-80 ára (67%). Á aldrinum 31-50 ára voru 21,6%. Á FSA voru þátttakendur 40 og nokkuð jöfn kynjaskipting, 19 karlar og 21 kona. Á LSH voru þátttakendur 45, 26 karlar og 19 konur. Á SA voru þátttakendur 3, allt konur. Alls voru skurðsjúklingar 47 en sjúklingar á lyflækningadeildum voru 41.

Legutími

Algengast var að innlöggn stæði í 1-7 daga (80%) og var dreifing nokkuð jöfn. Hjá 42% þátttakenda bar innlöggn brátt að. Þar af voru 25% sjúklinga á skurðeildum lagðir inn brátt en 70% sjúklinga

Tafla 2. Samanburður á skurðeildum og lyflækningadeildum
Fékkst þú munnlegar leiðbeiningar eða skriflegar leiðbeiningar með þér heim?

Munnlegar og/eða skriflegar leiðbeiningar	FSA (n=40)	LSH (n=45)	SA (n=3)	Skurðeildir (n=47)	Lyflækningadeildir (n=41)
Já, bæði	18 (45%)	21 (46,6%)		27 (57%)	12 (29%)
Já, bara munnlegar	16 (40%)	12 (26,6%)	2%>	13 (27%)	17 (41%)
Já, bara skriflegar	1 (2,5%)	1 (2,2%)		2 (0,04%)	0
Nei, hvorugt	5 (12,5%)	11 (24,4%)	1%>	5 (10%)	12 (29%)

á lyflækningadeildum. Langflestir vissu af útskrift daginn fyrir (43%) eða sama dag (33%), og var ekki marktækur munur á milli deilda eða stofnana. Það er ekki útilokað að útskriftardagur hafi verið ræddur við sjúklingana og undirbúningur hafist fyrr þó endanleg ákvörðun hafi ekki legið fyrir í hugum sjúklinganna, með öðrum orðum að lækni hafi komið til sjúklings og sagt honum hvaða dag hann ætti að útskrifast. Engin tilraun var gerð til að athuga hjá heilbrigðisstarfsfólki viðkomandi deilda hvenær undirbúningur útskriftar hófst eða hvenær útskriftardagur var ákveðinn og bera saman við það sem þátttakendur sögðu.

Upplýsingagjöf

Pegar skoðað var hvernig upplýsingagjöf var háttað kom í ljós að 66% sögðust hafa fengið formlegt útskriftarviðtal hjá lækni, 56% hjá hjúkrunarfræðingi og 27% hjá sjúkraþjálfara. Sumir fengu viðtal við fleiri en einn. Algengustu upplýsingar við útskrift voru um endurkomutíma (75%), símanúmer og símatíma lækna (50%), símanúmer deilda (47%), sármeðferð (43%), verkjameðferð (41%) og hvenær mætti fara að vinna aftur (39%) (Tafla 1). Rétt tæplega helmingur þátttakenda (44%) sagðist hafa fengið bæði munnlegar og skriflegar leiðbeiningar en 19% sögðust engar upplýsingar hafa fengið. Munur var á milli lyflækningadeilda annars vegar og skurðeilda hins vegar. Algengara var að sjúklingar á skurðeildum fengu bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar (57%) en þeir sem höfðu legið inni á lyflækningadeildum fengu hins vegar oftast eingöngu munnlegar upplýsingar (41%) og 29% þeirra sögðust ekki hafa fengið neinar upplýsingar, hvorki munnlegar né skriflegar. Ef stofnanirnar eru bornar saman var ekki mikill munur á milli FSA og LSH. Á báðum stofnunum fékk rétt tæplega helmingur þátttakenda

bæði munnlegar og skriflegar leiðbeiningar eða bara skriflegar leiðbeiningar með sér heim. Þátttakendurnir þrír á SA fengu annaðhvort bara munnlegar upplýsingar eða engar upplýsingar með sér heim (Tafla 2).

Gefinn var kostur á því að svara í opinni spurningu hverju væri helst ábótavant í upplýsingagjöf og fannst 19% þátttakendanna að þeir hefðu ekki fengið nægar upplýsingar. Svörin voru til dæmis á þessa leið: „að þeir þyrðu ekki að spyrja vegna hraðans í kerfinu“ eða „var of veikur til að meðtaka fræðslu“. Einnig söknuðu sumir þess að geta ekki talað meira við lækna. Nokkrir sögðu að þá hefði vantað leiðbeiningar um hvað ætti að gera ef eitthvað kæmi upp á og hvað mætti gera eftir aðgerð. Upplýsingarnar væru óljósar. Þá vantaði meiri upplýsingar um sjúkdóminn og framhaldið, verki, lyf og verkun þeirra og hugsanleg viðbrögð.

Tæplega helmingur þátttakenda fékk aðstoð við daglegar athafnir (49%) og var algengast að aðstandendur veittu þá aðstoð en 10% þátttakenda fengu aðstoð heimahjúkrunar eða heimilis-aðstoðar. Þetta hlutfall var hærra hjá þeim sem bjuggu einir (30%) og voru þeir á aldrinum 51-90 ára.

Mat á heilsu

Meirihluti þátttakenda taldi heilsu sína góða eða frekar góða (67%). Ef þeir miðuðu við heilsuna eins og hún var fyrir ári svöruðu 63% þeirra því til að hún væri nokkurn veginn eins eða betri. Við samanburð á milli þeirra sem voru útskrifaðir af skurðeildum annars vegar og lyflækningadeildum hins vegar kom í ljós að 85% sjúklinga af skurðeildum töldu heilsu sína mjög góða eða frekar góða en 46% sjúklinga af lyflækningadeildum.

Pegar þátttakendur voru beðnir að meta hvað ylli þeim mestum óþægindum þá höfðu nokkrir engin óþægindi og áttu sumir erfitt með að gera upp á milli því óþægindin voru mörg, en algengast var „minna úthald“ (17%) „verkir“ (14%) og „breyta“ (10%) (Tafla 3). Allir þátttakendur voru spurðir á öðrum stað hvort þeir hefðu verki og sögðust 44% vera með verki og 48% notuðu verkjalyf.

Þátttakendur voru beðnir að meta hversu mikið heilsufarið háði þeim við ákveðnar daglegar athafnir. Svarmöguleikarnir voru „já, háir mér mjög“, „já, háir mér nokkuð“, „nei, alls ekki“. Ef svarmöguleikarnir „já, háir mér mjög“ og „já, háir mér nokkuð“ eru lagðir saman þá reyndist flestum erfðast (já, háir mér mjög + já, háir mér nokkuð) að „lyfta þungu“, t.d. að bera innkaupapoka (81%) og „erfið heimilisstörf“, t.d. ryksuga og skúra (66%) „beygja sig niður, halla sér fram“ (60%) og „gönguferðir 100-1000m“ (47%) (Tafla 4).

Hvaða upplýsingar eru mikilvægar fyrir sjúklinga og aðstandendur?

Varasamt er að alhæfa neitt út frá niðurstöðum þessarar rannsóknar en þær vekja upp spurningar um hvaða upplýsingar eru mikilvægar fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra við útskrift og hvaða þjónusta er nauðsynleg til að draga úr endurinnlögnum. Einungis var spurt um fræðslu fyrir útskrift þannig að sú fræðsla, sem veitt var á innlagnartímabilinu, kom ekki fram í svörum þátttakendanna.

Sjúkrahúslegu má skipta niður í nokkra hluta, t.d. innlögn, aðgerðardag, dagana eftir aðgerð, undirbúningur fyrir rannsóknir, rannsóknir og undirbúningur útskriftar. Fræðslu, sem veitt er á hverju tímabili, má t.d. skipta í fræðslu við innlögn,

Tafla 3. Hvað veldur þér mestum óþægindum?

Hvað veldur þér mestum óþægindum?	Tíðni	Prósentur
Verkir	12	14
Preyta	11	13
Minna úthald	15	17
Hægðatregða	2	2
Pvagleki	2	2
Takmörkuð hreyfigeta	7	8
Mæði	2	2
Svefnleysi	4	5
Kvíði	3	3
Ekkert	6	7

fræðslu fyrir rannsóknir, fræðslu um eftirmeðferð (verkjameðferð, sárameðferð, hreyfingu) og fræðslu fyrir útskrift. Það er athyglisvert að um 65% svöruðu því til að lækni hefði veitt þeim fræðslu við útskrift en rétt rúmlega helmingur sagði að hjúkrunarfræðingur hefði veitt þeim upplýsingar. Heilbrigðisstarfsfólk, eins og lækna, hjúkrunarfræðingar, iðjubálfar og sjúkrapjálfarar, eru stöðugt að veita upplýsingar á meðan þeir sinna skjólstæðingum sínum, frá innlögn til útskriftar.

Ef öll þessi upplýsingagjöf er meira og minna veitt með óformlegum hætti og munnlega þá er hætt við því að sjúklingarnir telji þetta ekki fræðslu þó að starfsmaðurinn, sem í hlut á, líti þannig á. Einnig má velta því fyrir sér hversu vel slík upplýsingagjöf skilar sér til skjólstæðinganna. Þegar þátttakendur voru spurðir á einum stað hvort þeir hefðu fengið leiðbeiningar með sér heim og á öðrum stað hvaða upplýsingar og/eða fræðslu þeir hefðu fengið þá kom fram misræmi. Á einum stað svöruðu þátttakendur því til að þeir hefðu engar leiðbeiningar (hvorki munnlegar né skriflegar) fengið en á öðrum stað höfðu þeir fengið upplýsingar og/eða fræðslu um tiltekin atriði. Ein skýring gæti verið sú að þær upplýsingar hafi verið veittar með óformlegum hætti einhvern tíma í sjúkrahúslagunni en ekki í formlegu útskriftarviðtali og því ekki flokkaðar í hugum þátttakenda sem fræðsla fyrir útskrift.

Henderson og Zernicke (2001) rannsókuðu hvaða áhrif það hefði að veita upplýsingar um verki, verkjameðferð og sárameðferð hjá skurðsjúklingum við útskrift. Þeir sem fengu upplýsingar voru ólíklegri

til að leita til heilbrigðisþjónustunnar eftir útskrift vegna vandamála sem tengdust verkjum og sárameðferð. Það var hins vegar engin trygging fyrir því að þótt þátttakendur segðust við útskrift hafa fengið nægar upplýsingar að þeim fyndist það einni til tveimur vikum eftir útskrift. Þeir sögðust hafa veigrað sér við að spyrja, m.a. vegna tímaleysis heilbrigðisstarfsfólks, framandi umhverfis og vegna þess að ef til vill væri búið að veita þeim þessar upplýsingar. Rannsakendur töldu sjúklingana heppna að engin vandamál skyldu hafa komið upp á í kjölfar þessa þekkingarleysis. Athyglisvert er að fólki skuli hafa veigrað sér við að spyrja vegna þess að það var ekki visst um hvort búið væri að veita því þessar upplýsingar. Líklegasta skýringin er sú að þetta fólk hafi fengið munnlegar upplýsingar en ekki haft neitt skriflegt í höndunum.

Ókosturinn við að veita eingöngu munnlegar upplýsingar er sá að ekki er hægt að sannreyna að upplýsingagjöf hafi yfirleitt átt sér stað, þær er ekki hægt að endurtaka og koma áleiðis til þeirra sem sinna áframhaldandi meðferð, því er hætta á að þær komist ekki til skila í heilu lagi. Þær geta frekar gleymst en skriflegar upplýsingar. Afleiðingarnar geta verið þær að sjúklingar verði óruggir og hafi oft samband við heilbrigðisstarfsfólk eftir útskrift (Henderson og Zernicke, 2001; Robinson og Miller, 1996). En eru sjúklingar hvattir til að hafa samband eftir útskrift ef þeir hafa einhverjar spurningar eða ef einhver vandamál koma upp?

Æskilegast er að upplýsingagjöf sé bæði á skriflegu formi og munnlegu (Clark o.fl., 2005; Ghulam o.fl., 2006; Johnson o.fl.,

2004). Með því að afhenda skriflegar upplýsingar fyrir eða við innlögn er skjólstæðingnum gefinn kostur á því að lesa upplýsingarnar fyrir t.d. aðgerð eða rannsóknir. Einnig er mikilvægt að huga að formlegri fræðslu fyrir útskrift munnlega og skriflega. Skriflegar upplýsingar er hægt að taka með sér heim og sýna þær þeim sem sjá um áframhaldandi umönnun, t.d. fjölskyldunni og starfsfólki heimahjúkrunar og heimahlyningar. Ekki er nóg að afhenda eingöngu skriflegar upplýsingar því þær eru oft almenns eðlis. Með því að gefa kost á munnlegri fræðslu um leið er gefinn kostur á spurningum og nánari útskýringum (Ghulam o.fl., 2006).

Mikilvægt er að þeir sem eiga að sjá um frekari umönnun fái einnig fræðslu og upplýsingar (McKenna o.fl., 2000). Í rannsókninni, sem kynnt var hér á undan, svöruðu einungis 19% þátttakendanna því til að fjölskyldan hefði fengið upplýsingar um eftirmeðferð frá starfsfólki deildarinnar fyrir útskrift þrátt fyrir að um helmingur þeirra þyrfti aðstoð við daglegar athafnir en aðeins 10% þeirra fékk aðstoð frá heimahjúkrun eða heimilisaðstoð. Þetta má túlka þannig að meirihlutinn treysti á aðstoð fjölskyldunnar. McKenna o.fl. (2000) könnuðu á meðal hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum annars vegar og hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu hins vegar hvernig útskriftaráætlun virkaði og hvernig samstarf þessara hjúkrunarfræðinga væri. Í ljós kom að gott upplýsingaflæði og samvinna milli þeirra sem útskrifa annars vegar og þeirra sem taka við umönnun hins vegar væri lyklatríði í útskriftaráætlun, m.a. með beinum samskiptum og góðum skriflegum leiðbeiningum. Bent var á að eitt af lyklatríðum í

Tafla 4. Að hve miklu leyti háir heilsufar þitt þér þegar þú sinnir þessum verkum nú?

Háir heilsufar þitt þér:	Tíðni	Prósentur
Við að fara í bað		
Já, háir mér mjög	10	11
Já, háir mér nokkuð	21	24
Nei, alls ekki	57	65
Við að klæðast		
Já, háir mér mjög	4	5
Já, háir mér nokkuð	17	19
Nei, alls ekki	67	76
Við að undirbúa mat		
Já, háir mér mjög	6	7
Já, háir mér nokkuð	24	27
Nei, alls ekki	57	65
Við að lyfta þungu (innkaupapoka)		
Já, háir mér mjög	50	57
Já, háir mér nokkuð	21	24
Nei, alls ekki	16	18
Við erfið heimilisstörf (skúra)		
Já, háir mér mjög	44	50
Já, háir mér nokkuð	14	16
Nei, alls ekki	28	32
Við léttari heimilisstörf (afpurkun)		
Já, háir mér mjög	14	16
Já, háir mér nokkuð	19	22
Nei, alls ekki	54	61
Við að þvo þvott í höndum/þvottavél		
Já, háir mér mjög	15	17
Já, háir mér nokkuð	11	13
Nei, alls ekki	60	68
Við að ganga upp eina hæð í húsi		
Já, háir mér mjög	18	21
Já, háir mér nokkuð	17	19
Nei, alls ekki	52	59
Við gönguferðir (100-1000m)		
Já, háir mér mjög	18	21
Já, háir mér nokkuð	23	26
Nei, alls ekki	46	52
Við að ganga innandyra		
Já, háir mér mjög	5	6
Já, háir mér nokkuð	17	19
Nei, alls ekki	65	74
Við að beygja þig niður, halla þér fram		
Já, háir mér mjög	28	32
Já, háir mér nokkuð	25	28
Nei, alls ekki	35	40

góðri útskriftaráætlun væri að hafa verk-efnisstjóra sem væri hjúkrunarfræðingur á deildinni og héldi utan um útskriftaráætl- anir á sinni deild og fylgdi þeim eftir í sam- starfi við annað starfsfólk.

Þegar niðurstöðurnar í þessari rann-

sókn eru skoðaðar kemur fram munur á sjúklingahópi á lyflækningadeildum ann- ars vegar og skurðeildum hins vegar þar sem sjúklingar á lyflækningadeildum leggjast oft inn brátt og þeir telja einnig heilsu sína lakari en þeir sem hafa legið inni á skurðeildum. Einnig er athygl-

isvert að sjá að munnlegar upplýsingar voru algengari að mati þátttakenda af lyflækningadeildum og þriðjungur þeirra sagðist engar upplýsingar hafa fengið. Búast má við að útskriftaráætl- anir séu unnar á annan hátt þegar um er að ræða sjúklinga sem leggjast inn brátt, sama af hvaða deild það er. Erfiðara er að byrja undirbúning útskriftar strax við innlögn þegar um bráðainnlagnir er að ræða. Ekki er alltaf vitað við innlögn hversu alvarlega veikur sjúklingurinn er og því síður hvenær hann getur útskrifast. Hvort sem sjúklingar leggjast inn brátt eða af biðlistum eru ákveðin áhersluatriði sem hægt er að vinna útskriftaráætlun eftir. Hægt er að byrja að undirbúa útskrift við innlögn með því að safna upplýsingum um heimilisaðstæður og þegar útskrift hefur verið ákveðin að láta sjúklinga og aðstandendur þeirra vita með góðum fyrirvara þannig að hægt sé að hefja und- irbúning fyrir heimkomu sjúklings.

Skriflegar upplýsingar, viðtal við útskrift og símaviðtal eftir útskrift hafa reynst ódýrustu og áhrifaríkustu leiðirnar til að veita upplýsingar (Clark o.fl., 2005). Þarfir sjúklinga eru mismunandi en þeir sem mesta aðstoð og eftirfylgni þurfa eru þeir sem eru langveikir, búa einir, hafa lítinn stuðning og leggjast aftur og aftur inn á deild (Bostrom o.fl., 1996; Minnick og Young, 1999). Mælt er með því að hafa upplýsingar ekki of sjúkdómsmiðaðar eða staðlaðar, betra er að þær miðist við það hverju búast má við eftir að heim er komið og þá sérstaklega viðvikjandi daglegt líf, næringu, hvíld og hreyfingu (Bostrom o.fl., 1996). Veita verður upplýsingar um eftirmeðferð og hvernig á að bregðast við ákveðnum einkennum eins og kveðið er á um í lögum um réttindi sjúklunga.

Vantar fræðslufni til að afhenda sjúklingum?

Líkja má því að leggjast inn á sjúkrahús við skólagöngu þar sem markmiðið er að ákveðið nám eigi sér stað jafnframt með- ferð. Sjúklingarnir eru nemendurnir og heilbrigðisstarfsfólkið kennarnir. Það gerir nemendunum óneitanlega erfiðara um vik ef þeir eiga eingöngu að styðjast við fyrirlestra þar sem kennarnir koma einstöku sinnum inn í stofuna og tala við þá í nokkrar mínútur og þeir fá engar kennslubækur að lesa.

Einungis rétt rúmlega helmingur svaraði því til að hjúkrunarfræðingur hefði veitt þeim útskriftarfræðslu. Aðeins fleiri sögðu að lækni hefði veitt þeim fræðslu. Algengast var að fræðslan væri um endurkomutíma, símanúmer og símaviðtals-tíma. Rétt tæplega helmingur fékk bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar. Um fimmtingur sjúklinga sagðist hafa útskrifast án þess að fá fræðslu. Svipaður fjöldi svaraði því til að fjölskyldan hefði fengið fræðslu. Þeir sjúklingar, sem töldu heilsu sína versta, komu flestir af lyflækninga-deildum en þar var jafnframt algengara að innlagnir bæri að brátt og upplýsingar væru munnlegar eða engar að mati þátt-takenda.

Gæti hluti skýringarinnar verið að það vanti fræðslufni til að afhenda sjúkling-um? Eða er tímaleysi og manneklu um að kenna? Treysta kannski sumir of mikið á að einhver annar hafi frætt viðkomandi sjúkling og telja það nóg? Ekki verður lagt mat á það því skýringarnar geta verið margar og mismunandi eftir deildum og stofnunum. Verður hver og einn að svara því fyrir sig.

Pakkir

Þeim sem áttu þátt í undirbúningi, framkvæmd og úrvinnslu gagna þessarar könnunar á einn eða annan hátt er þakkað: þeir sem tóku þátt í könnuninni með því að svara spurningarlistanum, hjúkrunarfræðinemendum á 3. ári haustið 2003 sem aðstoðuðu við gagna-

söfnun, starfsfólki Rannsóknastofnunar Háskólans á Akureyri fyrir aðstoð við úrvinnslu gagna og starfsfólki LSH, FSA og SA á þeim deildum sem tóku þátt.

Heimildaskrá

- Árún K. Sigurðardóttir (2001). *Viðhorf einstaklinga til hjúkrunar á bæklunardeild og handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri*. Skrifstofa framkvæmdastjóra hjúkrunar FSA.
- Árún K. Sigurðardóttir (2004). *Viðhorf einstaklinga til hjúkrunar á lyflækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri*. Skrifstofa framkvæmdastjóra hjúkrunar FSA.
- Bostrom, J., Caldwell, J., McGuire, K., og Everson, D. (1996). Telephone follow-up after discharge from the hospital: Does it make a difference? *Applied Nursing Research*, 9(2), 47-52.
- Boyle, K., Nance, J., og Passau-Buck, S. (1992). Post-hospitalization concerns of medical-surgical patients. *Applied Nursing Research*, 5(3), 122-126.
- Bull, M.J., Hansen, H.E., og Gross, C.R. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 76-87.
- Clark, P.A., Drain, M., Gesell, S.B., Mylod, D.M., Kaldenberg, D.O., og Hamilton, J. (2005). Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Education and Counselling*, 59(1), 56-68.
- Connolly, M.L. (1991). Ambulatory surgery and prepared discharges: Effects on orthopedic patients and nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 26, 105-112.
- Dórothea Bergs, Ingriður Sigurðardóttir og Vigfús Þorsteinsson (2000). *Könnun á viðhorfi sjúklinga á FSA til þjónustu sjúkrahússins*. Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.
- Ghulam, A.T., Kessler, M., Bachmann, L.M., Haller, U., og Kessler, T.M. (2006). Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: A multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 307-312.

- Henderson, A., og Zernicke, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.
- Johnson, A., Sandford, J., og Tyndall, J. (2004). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- McClelland, E., Kelly, K., og Buckwalter, K.C. (1985). *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. Orlando: Grune & Stratton.
- McKenna, H., Keeney, S., Glenn, A., og Gordon, P. (2000). Discharge planning: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 594-601.
- Minnick, A., og Young, W. (1999). Comparison between reports of care obtained by postdischarge telephone interview and predischARGE personal interview. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(1), 32-37.
- Naylor, M.D., og McCauley, K.M. (1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 44-54.
- Redman, B.K. (2001). *The practice of patient education* (9. útg.). St. Louis: Mosby.
- Robinson, A., og Miller, M. (1996). Making information accessible: Developing plain English discharge instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 528-535.
- Rosswurm, M.A., og Langham, D.M. (1998). Discharge planning for elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*, maíhefti, 14-21.
- Walker, D., Houston, S., og LeClair, C. (1997). Outcomes management in orthopedics. *Nursing Clinics of North America*, 32(3), 561-569.

FRÉTTAPUNKTUR

Oxford Health Alliances gefa út skýrslu um áhrif langvinnra sjúkdóma á efnahag þjóða

Í skýrslunni, sem ber heitið *Chronic Diseases: An Economic Perspective*, er sýnt fram á neikvæð efnahagsleg áhrif langvinnra sjúkdóma og stjórnvöld

hvött til að bregðast við með því að gera að forgangsmáli að koma í veg fyrir slíka sjúkdóma.

V.H.

