



Vårddokumentation

- En kvalitativ studie

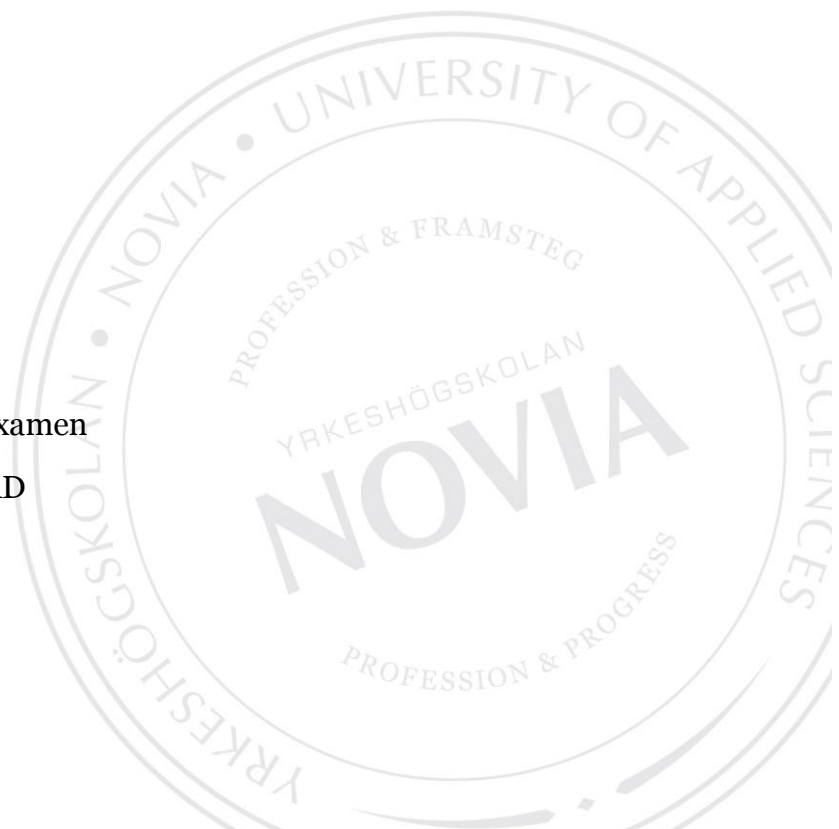
Heidi Martois-Niemelä

Marie Sippus

Examensarbete för sjukskötare-examen

Utbildningsprogrammet för VÅRD

Vasa 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Heidi Martois-Niemelä & Marie Sippus

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete & Hälsovård

Handledare: Maj-Helen Nyback & Lena Sandén-Eriksson

Titel: Vårddokumentation - En kvalitativ studie

Datum 02.05.2011

Sidantal 44

Bilagor 2

Sammanfattning

Detta examensarbete handlar om vårddokumentation. Respondenterna gör sitt examensarbete inom eNNI-projektet, som är ett rikstäckande projekt under åren 2008-2012. Detta är ett beställningsarbete inom projektet ifråga. Syftet med denna studie är att med hjälp av tidigare forskningar beskriva vårddokumentationens teoretiska bakgrund och struktur baserat på dels nationell litteratur och dels internationell litteratur. Genom denna studie söker respondenterna svar på frågorna: Hur beskrivs vårddokumentation i ett nationellt perspektiv? Hur beskrivs vårddokumentationens struktur och vilka olika fenomen dokumenteras i nationell litteratur? Hur beskrivs vårddokumentation i ett internationellt perspektiv? Hur beskrivs vårddokumentationens struktur och vilka olika fenomen dokumenteras i internationell litteratur?

För att genomföra denna kvalitativa och teoretiska studie har respondenterna använt sig av en litteratursökning som datainsamlingsmetod. I innehållsanalysen har man analyserat innehållet i litteraturen. Resuméöversikterna presenterar en kortfattad beskrivning av alla relevanta studier som hänför sig till ämnet ifråga. Resultat redovisningen har delats upp i tre underrubriker; struktur, kvalitet och trygghet, och under dessa underrubriker har man klargjort underkategorierna, t.ex. underkategorin "skolning" finns under underrubriken "kvalitet". Respondenterna har sedan tolkat resultatet utifrån sin teoretiska bakgrund (vårdprocessen enl. Eriksson) och sina teoretiska utgångspunkter (patientsäkerhet, trygghet, kontinuitet och kvalitetssäkring) samt till viss del också några tidigare forskningar om ämnet ifråga.

Språk: svenska

Nyckelord: vårddokumentation, dokumentation, eNNI

BACHELOR'S THESIS

Author: Heidi Martois- Niemelä & Marie Sippus

Degree Programme: Bachelor of healthcare, Vasa

Specialization: Nursing & Healthcare

Supervisors: Maj-Helen Nyback & Lena Sandén-Eriksson

Title: Nursing documentation – A qualitative study

Date 02.05.2011

Number of pages 44

Appendices 2

Summary

This bachelors thesis is about nursing documentation. The respondents are doing their bachelors thesis within the project of eNNI, which is a nationwide project during 2008-2012. This is a commissioned work within the project. The purpose of this study is to describe, with earlier research, the teoretical background and structure of nursing documentation, based on national as well as international literature. By this study, the authors search replies to the their questions: How is nursing documentation being described by national perspective? How is the structure of nursing documentation described and which factors are being documented in national literature? How is nursing documentation being described by international perspective? How is the structure of nursing documentation described and which factors are being documented in international literature?

The respondents have been searching for literature to collect data and accomplish this qualitative and teoretical study. In the content analysis, the content of the literature has been analysed. The summaries present a brief description of all earlier studies that have reference to the subject. The results have been divided up as three subheadings; structure, quality and safety. These subcategories have been defined under these subheadings; for example the subcategory "education" is in the subheading "quality". The respondents have construed their results to the teoretical background (the caring process of Eriksson) and the teoretical starting points (patient certainty, safety, continuity and quality security) and also some earlier studies.

Language: swedish

Key words: nursing documentation, documentation ,

eNNI

Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Syfte och problemprecisering.....	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	3
4	Teoretisk bakgrund.....	4
	4.1 Patientsäkerhet.....	4
	4.2 Trygghet.....	7
	4.3 Kontinuitet.....	8
	4.4 Kvalitetssäkring.....	9
5	Tidigare forskning.....	10
	5.1 Tidigare forskning i nationell litteratur.....	10
	5.2 Tidigare forskning i internationell litteratur.....	13
6	Metod och genomförande.....	21
	6.1 Datainsamlingsmetod.....	21
	6.2 Dataanalysmetod.....	21
	6.2.1 Innehållsanalys.....	22
	6.2.2 Resumé.....	23
	6.3 Praktiskt genomförande.....	23
	6.4 Etiskt övervägande.....	24
7	Resultatredovisning.....	24
	7.1 Struktur.....	24

	7.2	Kvalitet.....	30
	7.3	Trygghet.....	34
8		Tolkning.....	35
	8.1	Struktur.....	35
	8.2	Kvalitet.....	38
	8.3	Trygghet.....	40
9		Kritisk granskning.....	41
	9.1	Intern logik.....	41
	9.2	Struktur.....	42
	9.3	Etiskt värde.....	42
	9.4	Det pragmatiska kriteriet.....	43
10		Diskussion.....	43
		Litteratur	
		Bilagor	

1 Inledning

Ända sedan Florence Nightingales tid har sjukskötare betraktat vårddokumentation som en viktig del av det professionella arbetet. På hennes tid användes vårddokumentationen främst för att vidarebefordra genomförandet av medicinska anvisningar och inte för att observera, bedöma eller utvärdera patientens status (Iyer & Camp, 1999, 1).

Under 1930-talet lanserade Virginia Henderson idén med att använda skrivna planer för att vidarebefordra information om patientens vård. Sedan 1970-talet har vårddokumentationen blivit allt viktigare med återspeglning på vårdyrkets förändringar, reglerande verksamhets krav och lagliga riktlinjer (Iyer & Camp, 1999, 1).

Respondenterna gör sitt lärdomsprov inom eNNI-projektet, som är ett rikstäckande projekt under åren 2008-2012. Detta lärdomsprov är ett beställningsarbete inom projektet. I detta nationella hälsoprojekt är patientdokumentationens gemensamma struktur definierad, och vårdarbetets dokumentation är uppgjord till en gemensam modell. Ibrukttagandet av dokumentationens gemensamma modell främjar vårdarbetets uppdatering (eNNI.fi, [u.å.]).

Ämnet är enligt respondenterna intressant och viktigt med tanke på det framtida yrket som sjukskötare. Vårddokumentationen är nuförtiden en stor del av sjukskötarens dagliga arbete, vilket respondenterna har erfarit under sina studier. Respondenterna har delat upp lärdomsprovets olika ansvarsområden mellan sig. Respondenten Heidi Martois-Niemelä ansvarar för den nationella tidigare forskningen och dess resultatredovisning, medan respondenten Marie Sippus ansvarar för den internationella tidigare forskningen och dess resultatredovisning.

Den centrala utgångspunkten i denna teoretiska studie kommer att vara vårdprocessen utgående från vårdteoretikern Eriksson. Denna teoretiska utgångspunkt har respondenterna valt eftersom FinCC bygger på vårdprocessen och passar väl in med Erikssons vård process. FinCC (Finnish Care Classification) grundar sig på den internationella Clinical Care Classification (CCC) -klassificeringen. Den nationella vårddokumentations modellen grundar sig bl.a. på olika undersöknings- och utvecklingsarbeten (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 4). Patientsäkerhet, trygghet, kontinuitet och kvalitetssäkring har respondenterna valt som teoretisk bakgrund i denna teoretiska studie. Alla dessa teoretiska aspekter återspeglas i vårddokumentationen och därför har respondenterna valt just dessa aspekter.

Vårdokumentationens viktigaste funktion är att vara ett arbetsunderlag för vårdpersonalen i det direkta vårdarbetet. Journalen har också ett juridiskt värde och förväntas vara ett dokument över vårdens uppföljning. I journalen beskrivs vilka beslut som fattats, vilka åtgärder som gjorts, varför och av vem de gjorts samt vilket resultatet blev (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998, 31).

De terapeutiska beslutsfattande stegen är att bestämma vårdbehovet, vårdens planering, vårdens genomförande och vårdens utvärdering. En nationellt bestämd huvudinFORMATION i vårdarbetet är vårdens behov, vårdarbetet funktion, vårdens resultat och vårdarbetets sammandrag. När man genom processmodeller beskriver och dokumenterar vårdarbetets huvudinFORMATION använder man sig av utvecklade klassificeringar för vårdarbetet. Under åren 2005-2008 gjorde man en utvärdering av vårdbehovet och vårdarbetets funktions klassificeringars innehåll. Man gjorde dem användbara i vårdarbetet genom en nationell dokumentationsmodell (Liljamo, Kaakinen & Ensio, 2008, 4).

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna studie är att med hjälp av tidigare forskning beskriva vård dokumentationens teoretiska bakgrund och struktur baserat dels på nationell litteratur och dels på internationell litteratur. Genom denna studie söker respondenterna svar på frågorna:

- 1 Hur beskrivs vårdokumentationen i ett nationellt perspektiv?
- 2 Hur beskrivs vårdokumentationens struktur och vilka olika fenomen dokumenteras i nationell litteratur?
- 3 Hur beskrivs vårdokumentationen i ett internationellt perspektiv?
- 4 Hur beskrivs vårdokumentationens struktur och vilka olika fenomen dokumenteras i internationell litteratur?

Respondenten Heidi Martois-Niemelä ansvarar i huvudsak för frågorna ett och två, medan respondenten Marie Sippus i huvudsak ansvarar för frågorna tre och fyra.

3 Teoretisk utgångspunkt

Den centrala utgångspunkten i denna teoretiska studie kommer att vara vårdprocessen utgående från vårdteoretikern Eriksson. Respondenterna har valt Eriksson eftersom hennes modell av vårdprocessen baserar sig på den finländska miljön och för att FinCC är förankrad i vårdprocessen.

Vårdprocessen innefattar följande faser: patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vårdhandling och vård samt att klargöra sambandet mellan de olika faserna. Vårdprocessen består av olika delprocesser, varav den grundläggande är interaktionen mellan patienten och vårdaren. Vårdprocessen går också att beskrivas som summan av olika interaktions- och beslutsprocesser (Eriksson, 1985, 20-22).

Patientanalys innebär att man samlar in och analyserar data som rör patientens totala situation. Med hjälp av insamlat data kan man som vårdare bilda sig en uppfattning om vilka orsakerna är som stör patientens prestationsförmåga. Genom patientanalysen försöker vårdaren bilda sig en total bild av patienten, medan vårdaren genom den kontinuerliga patientanalysen (att registrera förbättringar och försämringar i patientens situation) kan utvärdera vårdresultatet (Eriksson, 1985, 56, 67-68).

Prioritering av vårdområde innebär att man tar ställning till målet för vården och vårdens inriktning genom att utgå från patientanalysens erhållna data. Prioriteringen av ett vårdområde kan indelas i två beslutsfaser; målfasen (vilka problem man i första hand bör lösa eller hjälpa patienten att lösa) och beslut om vårdhandlingens inriktning (vilken typ av vård patienten i första hand behöver och vilken typ av sjukvård som bör prioriteras). När man väljer vårdområde skall både vårdteamet och patienten vara med. Vid valet av vårdområde bör patientens behov beaktas (Eriksson, 1985, 70-72).

Val av vårdhandling och vård innebär att man väljer vårdhandling och utför själva vården. När man väljer en vårdhandling bör man beakta påverknings- och styrningsprocesser. Vårdhandlingarna kan vara direkta (riktade mot den enskilda patienten) eller indirekta (riktade mot patientens närmiljö). Vården kan indelas i grundvård (primärvård, att tillgodose patientens grundbehov), specialistsjukvård (vård som riktas mot patientens specifika hälsohinder och behov och som innebär en mera komplicerad, intensiv och oftast dyrare vård än grundvård) samt självvård (hjälpa patienten till att så mycket som möjligt

använda sig av sin egen anpassningskapacitet för att uppnå optimal anpassningskapacitet och kunna förverkliga sig själv). Så kallade processfaktorer påverkar direkt eller indirekt skeendet i vårdprocessen, t.ex. lagstiftning, ekonomi, utbildning, sociokulturella faktorer och principer inom sjukvården (Eriksson, 1985, 73-77, 81).

Kärkkäinen & Eriksson (2004) gjorde en undersökning om strukturen på vård dokumentationen baserad på Erikssons teoretiska vårdprocessmodell och hennes teori om hälsa, lidande och omvårdnad. Resultatet som man fick var en klassifikation för omvårdnad och vårdpraktik som överrensstämde med Erikssons vårdprocessmodell (Kärkkäinen & Eriksson, 2004). Respondenterna uppfattar vårdprocessen som en grund för vårdarbetet och vårddokumentationen. I Kärkkäinens och Erikssons (2004) studie kan man se att vårdprocessmodellen är användbar i praktiken.

4 Teoretisk bakgrund

Som teoretisk bakgrund till studien har respondenterna valt att beskriva patientsäkerhet, trygghet, kontinuitet och kvalitetssäkring, eftersom dessa begrepp återspeglas i vård dokumentationen. Därför har respondenterna valt dessa teoretiska aspekter.

4.1 Patientsäkerhet

Social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat en finsk strategi för patientsäkerhet för åren 2009-2013 för att främja patientsäkerheten. Målbilden fram till år 2013 är att patientsäkerheten är förankrad i struktur och praxis, det vill säga att vården är effektiv och säker (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009: 4, 3).

Målen med den finska strategin för patientsäkerhet:

- Patienten deltar i förbättrandet av patientsäkerheten.
- Patientsäkerheten hanteras genom förutseende arbete och erfarenhet.
- Riskmoment rapporteras, vi lär oss av dem.
- Patientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser.
- Patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården(Social- och hälsovårdsministeriet, 2009: 4, 3).

Som jämförelse har Socialstyrelsen i Sverige utarbetat en rapport om patientsäkerhet vid elektronisk vårddokumentation. Sekretesskydd och integritet ska tillgodoses vid åtkomst till datorjournalssystem. Den faktiska vård- och behandlingssituationen skall vara styrande för användarens behörighet och tillgodose patienternas rätt till sekretesskydd och integritet. Rapporterade riskområden är driftstörningar och avbrott, läkemedelsfunktionen, dokumentation och signering, informationsöverföring och vårddokumentation samt övriga områden såsom fortbildningsbehov, oklarheter vad gäller ansvar när datorsystem införs eller förändras, användaranpassning och kompetens, varierande rutiner och loggningsrutiner (Socialstyrelsen, 2003).

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) definieras patienten som den som anlitar tjänster inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården fastställer via åtgärder, som utförs av yrkesutbildad personal, patientens hälsotillstånd. Journalhandlingar är tekniska dokument som används i vården av patienten. I journalhandlingarna kommer det fram uppgifter om patienten och dennes hälsotillstånd. Patienten har rätt till sådan vård som hälsotillståndet kräver och rätt att få kvalitativ vård. Patienten har också rätt att få vård på sitt eget modersmål och så gott det går enligt egen kultur (§2 (mom. 1, 2, 5), § 3).

Enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) skall det i hälso- och sjukvården finnas en plan över vården där undersökningar, vård och medicinsk rehabilitering framkommer samt vilken tidtabell man har uppsatt för patienten. Planen skall göras med patienten eller en närstående. Patienten har rätt att få information om hälsotillståndet, vården och behandlingarna samt deras verkan och betydelse. Patienten bör få information på ett förståeligt sätt. Patienten har också rätt att få se sina egna journalhandlingar. Om patienten är missnöjd med vården som han fått, har han rätt att göra en anmärkning om detta i god tid. Patientombudsmannen ger råd åt patienten kring aktuell lagstiftning och anmärkningsärenden gällande hälso- och sjukvården (§4, § 5, § 11)

Uppgifter i journalhandlingarna är sekretessbelagda enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller någon annan som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller utför uppdrag för den får inte utan patientens skriftliga samtycke lämna uppgifter som ingår i journalhandlingarna till utomstående. Om patienten inte själv kan bedöma betydelsen av ett samtycke, får uppgifterna lämnas av patientens lagliga företrädare genom ett skriftligt samtycke. Med utomstående avses i denna lag personer som inte arbetar vid verksamhetsenheten eller på uppdrag av den deltar i patientens vård eller i andra uppgifter i samband med vården (§13).

I Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) innehåller patientjournaler patientuppgifter, åtgärder och undersökningar som innefattar patientens vård. Krav och principer gällande journalhandlingar är att de håller integriteten, att det finns enbart nödvändiga uppgifter och att de är i säkert förvar. För att få ha hand om patientens journalhandlingar bör dennes arbetsuppgifter handla om patienten i fråga. För att få dokumentera i journalen skall man ha utbildning inom vården. En sjukvårdsstuderande behöver godkännande av en handledare före det skrivna sparas i journalen och där bör det komma fram vem som har dokumenterat vad. Journalhandlingar bör innehålla tillräckligt omfattande uppgifter för att man skall kunna planera och utföra en god vård. Dokumentationen bör vara tydlig och begriplig (§2, § 4, § 6, § 7).

Förande och förvaring av journalhandlingar samt sekretessbelagda uppgifter i dem nämns i Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) som hänvisar vidare till Lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) (§16).

Patientjournaler får inte skrivas om/på nytt eller ändras. Detta enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009). I en journal bör det finnas basuppgifter (namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och andra kontaktuppgifter). Det bör antecknas vem som har dokumenterat uppgifterna ifråga i journalen. Om det är fråga om en minderårig patient bör också vårdnadshavarens kontaktuppgifter framkomma. Också en myndig patients kontaktperson bör framkomma. Patientens modersmål, yrke och vem som får ta del av patientens uppgifter bör dokumenteras. En anamnes bör framkomma och vad som är orsaken till besöket. Vården

som patienten har fått och varför just den vården har getts skall dokumenteras i journalen. Varje vårdåtgärd bör vara dokumenterad klart och tydligt i journalen (§9, § 10, § 11, § 12).

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) bör det uppkomma i journalen om patienten har t.ex. någon slags protes, operationer som patienten varit med om tidigare, recept, intyg och annat avvikande. Om det finns något som bör uppmärksammas i vården, som t.ex. allergier, bör det finnas skrivet i journalhandlingarna. Dokumentation bör ske i kronologisk ordning då undersökningar eller vårdåtgärder sker, också om hälsotillståndet försämrats bör det dokumenteras. Dokumentation bör ske dagligen då det är frågan om en patient som är inskriven på en avdelning. Där bör dagligen komma fram hur patientens mående är. Det skall antecknas i journalen om en patient vägrar att ta emot någon vårdåtgärd (§12, § 13, § 14, § 18).

4.2 Trygghet

I samband med bedömningen av patienten skall man upptäcka och dokumentera faktorer som kan bidra till en patientskada, vilket inkluderar att man identifierar patientens risk för fall, trycksår, självmord eller våldsamt beteende, psykiska eller emotionella missförhållanden samt substansmissbruk. Dokumentation av förebyggande åtgärder (t.ex. placeringen av patientens ringklocka) är viktig. Sådan typ av dokumentation tillför sjuksköterskan belägg för att han/hon har varit medveten om patientens fallrisk och försökt att tillföra patienten trygghet. Den planlagda informationen om patientens trygghet i vårddokumentationen borde vara fullständig och specificerad (Iyer & Camp, 1999, 8, 55-56).

Strävan till en trygg vård har alltid varit en ledande tanke. Trygghet indelas i yttre och inre trygghet. Den inre tryggheten grundar sig på den tillit som man har till andra människor och den får man genom livets positiva upplevelser. Den yttre tryggheten får man genom omkringliggande faktorer, varav den viktigaste är relationen till andra människor. Till den yttre tryggheten räknas också materiella villkor, miljön och att uppleva sig ha kontroll och kunskap över situationen (Eriksson, Byfält, Leijonqvist, Nyberg & Uuspää, 1993, 22).

Eriksson (1985) säger att trygghetsprincipen som vårdprincip bör utgå från det interaktiva förhållandet mellan individerna (patienten och vårdaren). Man kan anta att känslan av trygghet eller otrygghet har nära samband mellan att vara fredad eller ofredad (Eriksson, 1985, 99-100).

Patientens trygghet ökar om han ges ökad kunskap om sin situation. En ökad kunskap ger också ökade möjligheter till att ta ställning till olika vårdhandlingsalternativ. Dessutom stärks patientens möjlighet till att kontrollera situationen. Okunskap gör att patientens trygghet minskar då han inte kan kontrollera sin situation (Eriksson m.fl, 1993, 24).

4.3 Kontinuitet

Skriven dokumentation är en nyckel till en framgångsrik och öppen kommunikation bland personal. En omsorgsfull, lämplig och koncis dokumentation är en viktig faktor för att garantera patienten en evidensbaserad vård, inte bara för patientens säkerhet och kontinuitet utan också vid sådana omständigheter där ersättning och vårdens kvalitet bestrids kontraktsevenligt eller enligt lag. Journalen innehåller tillräcklig information för att identifiera patienten, stöda diagnosen, motivera behandlingen, dokumentera den medicinska vården och dess resultat samt främja kontinuitet bland vårdpersonal (Zierler-Brown, Brown, Chien & Blackburn, 2007).

Kontinuitetsprincipen innebär att patientens vård är sammanhängande och fortlöpande. Detta förutsätter samarbete och koordinering mellan såväl vårdenheter som yrkesgrupper. Samarbete är speciellt viktigt när patienten flyttas från en vårdenhet till en annan (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1991, 131). Förverkligandet av principen om kontinuitet i vården underlättas om patienten har en egen vårdare, en egen läkare eller ett eget vårdteam som ansvarar för hans helhetsvård. Det är också lättare att beakta patientens alla livsdimensioner om vårdenheterna samarbetar och patienten har ett eget vårdteam. Patienten kan känna en större trygghet om han kan vända sig till en egen vårdare (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1991, 131).

Patientjournalen är ett centralt dokument för kontinuitet. Vårdokumentationen är ett viktigt hjälpmedel för att garantera kontinuitet och en säker informationsöverföring (Gustafsson & Kolvered, 2003, 33, 35).

4.4 Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring innebär att felaktigheter och avvikelser i verksamheten följs upp systematiskt och återförs till utförarna för att dessa skall kunna få möjlighet att förbättra sitt arbete utifrån detta (Sjöholm 2003). Kvalitetssäkring innebär att man definierar vad god kvalitet är, ser vad som behövs för att uppnå en överenskommen kvalitetsnivå och mäter i vilken graden fastställd kvalitet uppnåtts. Motiven för att arbeta med kvalitetssäkring är en säker vård, ett effektivt resursutnyttjande, att upprätthålla och förbättra den nuvarande kvalitetsnivån på vården, patientintressen samt arbetstillfredsställelsen bland vårdpersonalen (Khan & Marklund, 1995, 14).

Så tidigt som under mitten av 1800-talet gav Florence Nightingale ut sin bok *Notes on Nursing* i vilken hon anger riktlinjer för det kvalitativa innehållet i vården. Hon ansåg att vården skall mätas och värderas. Hon konstruerade också tekniker som var användbara för statistiska tabeller, vilka hon sedan använde för att förbättra vårdkvaliteten (Dahl & Hasselgren, 1991, 17).

Kvalitetssäkring är sådan verksamhet som har som syfte att säkra att avsedd kvalitet uppnås och vidmakthålls. Vad gäller kvaliteten ingår det i kvalitetssäkringen en granskning och översyn av arbetet. Planerade och systematiska åtgärder är nödvändiga för att ge allmänheten tillräcklig tro på att vården och omvårdnaden uppfyller givna kvalitetskrav. Kvalitetssäkring sker genom att göra fortlöpande mätningar och utvärderingar av faktorer som påverkar kvaliteten (Dahl & Hasselgren, 1991, 57).

Kvalitetsmätning är till stor hjälp vid kvalitetssäkring. Kvalitetsmätning blir ett instrument som används för att bedöma och värdera förändringar i vården. Man måste kunna mäta kvaliteten före och efter en förändring för att på detta sätt få hållbara argument t.ex. vid diskuterandet av att införa en ny arbetsmetod. Det är dock inte säkert att kvalitetsmätningen i sig leder till kvalitetssäkring. En metod för kvalitetssäkring innefattar metoder för värdering, mätning och säkring av kvaliteten på omvårdnaden (Khan & Marklund, 1995, 15-16).

För att mäta kvaliteten på vårddokumentationen kan man använda sig av *journalrevision* som mätinstrument. Detta innebär att man går igenom hur journaler skrivs och förs. För att detta inte skall bli tidskrävande kan man nöja sig med att välja ut ett mindre strategiskt antal. Utgående från mätresultaten kan man diskutera vad man tycker är viktigt och vad man behöver bli bättre på vad gäller dokumentation och journalföring. Uppenbara brister i journalföringen kan åtgärdas genom ett strukturerat förändringsarbete (Khan & Marklund, 1995, 79, 90-91).

5 Tidigare forskning

I detta avsnitt om tidigare forskning inom ämnet beskriver respondenterna kortfattat vetenskapligt godkända artiklar. Respondenten Heidi Martois-Niemelä ansvarar i huvudsak för den tidigare forskningen inom nationell litteratur, medan respondenten Marie Sippus ansvarar för den internationella.

5.1 Tidigare forskning i nationell litteratur

Respondenten Heidi Martois-Niemelä har i första hand gjort sin litteratursökning bland vetenskapligt godkända artiklar från årgångarna 2003-2010. Databaser som använts är Ebsco, Cinahl och Medic. Sökord som använts är: documentation Finnish, som gav 9 träffar; documentation Finland, som gav 3 träffar, nursing documentation Finnish, som gav 842 träffar, rakenteellinen kirjaaminen, som gav 242 träffar, patient documentation Finland, som gav 991 träffar, sähköllinen kirjaaminen som gav 242 träffar; hoitotyö som gav 3 701 träffar samt nursing journal som gav 831 träffar. Litteratursökningen gav ett flertal träffar men endast en bråkdel motsvarade respondentens kriterier. Respondenten har i andra hand gjort sin litteratursökning i vetenskapligt godkända tidskrifter från årgångarna 2003-2010.

Kriterierna för litteratursökningen i tidskrifter och artiklar var att forskningarna skulle vara vetenskapligt godkända, nationella, och innehållsmässigt handla om vårddokumentation. Utifrån träffarna exkluderades de artiklar som inte ansågs vara vetenskapligt godkända och de som innehöll om vård men inte om dokumentation. Till sist tog man fasta på årgång och nationella artiklar. De fem artiklar som inkluderas i tidigare forskning valdes för att de

uppfyllde kriterierna och tog fasta på vårt ämne dokumentation och dess struktur. Tolv vetenskapliga artiklar och tidskrifter hittades, varav 5 ingår i tidigare forskning.

Ketola & Merikallio gjorde en litteraturstudie som tar fasta på dokumentationen och vårdens kvalitet. Det bör ske en förändring i vården och dess organisation. Bristande dokumentation har oftast att göra med hur noggranna läkarna är att dokumentera vad som gjorts efter att patienten vårdats. Det finns mycket som ses som onödigt att dokumentera. Kommunikationen vårdare och patienter emellan samt patientåtgärderna dokumenteras oftast inte. De som arbetar inom vården anser att tiden inte räcker till och att det behövs mera personal. Dokumentationen av en patient är viktig. Varje läkare vill ha en medicinlista, en orsak till besöket och en diagnos för att underlätta fortsatta vården och i dokumentationen bör det också framkomma de åtgärder och undersökningar som patienten har fått under vården. Patientjournalerna bör alltid uppdateras då det sker någon förändring. Varje vårdanstalt har sitt sätt att dokumentera och sina dokumenteringsprogram som gör det svårare att få informationen om tidigare vård. Det centrala i det hela är att man vill att hälsovården ska förbättra dokumentationen. Kvaliteten i vården förbättras då man har en god dokumentation att utgå ifrån och där man ser de behandlingar, åtgärder som utförts och laboratoriesvar som patienten har. Detta bör förbättras så att vården kan bli den bästa för patienten (Ketola & Merikallio, 2009).

Långvårdsavdelningar och dess patienter lider (50-80 %) av daglig eller långvarig smärta. Detta bör tas hänsyn till i vardaglig vård av patienten, ex. då man hjälper patienten i duschen bör man vara medveten om att patienten kan känna smärta. Patienten har rätt till tillräcklig vård av smärta. Som vårdare har vi skyldighet att lindra smärtan hos patienten. På långvårdsavdelningar är det viktigt att dokumentera patientens smärta. Det har gjorts en uppföljning över hur det dokumenteras om patientens smärta i vårdplanen. Totalt 83 journaler samt 84 dagliga vårdplaner samlades in från tre olika avdelningar. Av dessa gjordes en innehållsanalys. Resultaten visar att vårdarna inte hade dokumenterat om smärtan och inte använt smärtskalan vid bedömning av patientens smärta eller så hade det bara inte dokumenterats. Patientens smärta kom till kännedom genom den fysiska smärtan, rörelseförmågan var försämrad eller då patienten själv hade berättat om sin smärta för vårdaren. Det kom fram hur vanligt medicinering mot smärtan är hos långvårdspatienterna. Särskilt kl. 21-07 och kl. 07-15. Mediciner gavs alltså mer sällan på eftermiddagen och kvällen. Förutom medicinering användes fysioterapi, kylbehandling och byte av patientens ställning. Dokumentation av hur behandlingar hjälpt fanns inte dagligen med i vårdplanen.

Det kom fram att dagliga uppföljningen och dokumentationen av smärta var bristande (Palvinen, Kankkunen & Suominen, 2005).

I en studie om vårdarnas iakttagelseförmåga vid smärta och dess vård, samlades det in data via enkäter av 257 vårdare som jobbade på en intensivvårdsavdelning. Hela 71 vårdare besvarade enkäten, som analyserades statistiskt och induktivt utgående från enkätsvaren som var uppbyggda som öppna frågor. Resultatet som de fick från undersökningen visade att 73 % ansåg att dokumentationen vara god. Majoriteten (86 %) ansåg sig kunna bedöma smärtan hos patienten. Vårdarnas ålder, erfarenhet och utbildning spelade en betydande roll för synen på smärta och dess behandling. Man ansåg att igenkännande av tidiga symptom på smärta var en svaghet hos vårdare. Vid öppna frågor kom det ofta upp förslag på förbättring av smärtbehandlingen. Om detta skulle ske via praktiska övningar vid smärtbehandling så skulle vården bli effektivare (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, 2009).

I en studie undersökte man vårdarnas attityd till att använda vårddiagnosen i perioperativa dokumentationen och vad som påverkas av dessa attityder. Det finns både nationellt och internationellt en förfrågan på att dokumentationen skulle göras på samma språk och elektroniskt via vårdklasser som alla skulle förstå. Datat samlades in via enkäter år 2003 och skickades ut till 146 vårdare varav 60 % svarade. Resultaten på denna studie visar att vårdarnas attityder till detta var positiva. De som hade lång arbetserfarenhet inom vården var de som var mest positiva, medan det att via koder beskriva patientens tillstånd ansågs vara onödigt (Junttila, Salanterä & Hupli, 2005)

Oili Kärkkäinen och Katie Eriksson gjorde år 2004 en undersökning om strukturen på vårddokumentationen baserad på Erikssons teoretiska vårdprocessmodell och hennes teori om hälsa, lidande och omvårdnad. Syftet med denna undersökning var att skapa en struktur för vårddokumentationen baserad på vårdteori och att framhäva patientens åsikt om sin vård. Ytterligare ville man också göra omvårdnadens innehåll synligt från så många sidor som möjligt. Som undersökningsmetod använde man sig av hermeneutisk dialog. Dialogen utfördes under åren 1982-2002 och den kliniska vårdverkligheten baserades på undersökarens förståelse. Dialogen bygger vidare på Erikssons teori om hälsa, lidande, omvårdnad och klinisk vårdpraktik samt skillnaden mellan vårdprocessen och vård praktiken. Målet var att uppnå en ny vetenskaplig uppfattning om vad man skall grunda vårddokumentationen på. Resultatet som man fick var en klassifikation för omvårdnad och

vårdpraktik som överrensstämde med Erikssons vårdprocessmodell (Kärkkäinen & Eriksson, 2004).

5.2 Tidigare forskning i internationell litteratur

Respondenten Marie Sippus har i första hand i sin litteratursökning använt sig av att manuellt gå igenom olika vetenskapligt godkända tidskrifter från årgångarna 2003-2010. Tidskrifterna *Journal of Advanced Nursing* (årgångarna 2003-2007) från vilken fyra vetenskapliga artiklar hittades, *Journal of Clinical Nursing* (årgång 2004) från vilken fem artiklar hittades, *AORN Journal* (årgångarna 2005-2008) från vilken två artiklar hittades samt *Vård i Norden* (årgång 2005) från vilken en vetenskaplig artikel hittades användes i litteratursökningen.

I andra hand har respondenten använt sig av databasen Cinahl i sökandet efter vetenskapliga artiklar som stöder ämnet i fråga. Sökordet documentation gav 1 896 resultat. Av dessa valdes fjorton stycken vetenskapliga artiklar ut. Sökorden caring documentation gav ett resultat och denna vetenskapliga artikel valdes att tas med i studien. Sökorden nursing documentation gav 121 resultat, av vilka två valdes att tas med i studien. Sökorden electronical documentation gav 1 896 resultat, av vilka en valdes ut att tas med i studien.

Respondenten Marie Sippus har valt att beskriva tjugo vetenskapliga artiklar i avsnittet om tidigare forskning. Respondenten har inkluderat sådana artiklar som har varit relevanta för studien ifråga, haft ett klart och tydligt syfte, metoden varit noggrant beskriven samt att resultatet har tydligt beskrivet. Respondenten har exkluderat sådana artiklar som tidsmässigt har varit alltför gamla för studien i fråga. Respondenten har valt att ta med sådana artiklar som bäst stöder ämnet i fråga. Respondenten har också försökt att ta med artiklar från olika delar av världen, eftersom studien skall vara ur ett internationellt perspektiv. De tidigare forskningarna är strukturerade i alfabetisk ordning. De tidigare studierna (tio stycken), som innehållsanalysen baserar sig på, ingår inte i detta kapitel.

Alquraini, H., Majeed Alashem, M., Shah, A. och Chowdhyny, R. (2007) gjorde en studie vars syfte var att klargöra sjukskötares attityder till datoriserade hälsoinformationssystem, vilka faktorer som bidrar till dessa attityder och på vilken nivå sjukskötarens kunskaper

ligger vad gäller användningen av dator. Metoden som användes i denna studie var ett strukturerat frågeformulär åt sjukskötare som arbetade i Kuwait. Totalt 574 stycken frågeformulär skickades ut till sjukskötare på Ministry of Health hospitals, av vilka 530 stycken besvarades (92,3 %). Datainsamlingen skedde från och med november 2002 till och med januari 2003. Resultatet visade att respondenterna i allmänhet hade positiva attityder till ett datoriserat hälsoinformationssystem. Analysen visade att olikheterna i attityderna stod i relation till nationalitet, utbildningsnivå, tidigare erfarenheter och datakunskaper. Kön, nationalitet, utbildningsnivå och datoranvändningens varaktighet var viktiga faktorer som bidrog till attityder emot ett datoriserat hälsoinformationssystem (Alquraini, Majeed Alashem, Shah & Chowdhyny, 2007).

Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C. och Eichstädter, R. (2003) gjorde en studie om faktorer som påverkas av användargodkännandet i datorbaserad vårddokumentation. Syftet med studien var att klargöra de faktorer som påverkar användarnas godkännande till ett datorbaserat vårddokumentationssystem. Metoderna som användes i studien var subjektiva data från frågeformulär och intervjuer. Resultatet klargjorde två faktorer som påverkade godkännandet av ett nytt datorbaserat vårddokumentationssystem; acceptandet av den föregående vårdprocessen och den föregående självsäkerheten i användningen av datorer (Ammenwerth, Mansmann, Iller & Eichstädter, 2003).

Björvell, C., Wredling, R. och Thorell- Ekstrand, I. (2003) gjorde en studie om att förbättra dokumentationen genom att använda en vårdmodell. Syftet var att beskriva sjukskötares uppfattningar om och attityder emot effekterna av interventionen samt att utveckla hypoteser för vidare forskning. Metoden som användes för studiens datainsamling var fokusgruppdiskussioner med en kvalitativ analysmetod för att bearbeta data. Det mest intressanta resultatet av dessa gruppdiskussioner var deltagarnas uttalanden om det strukturerade sättet att dokumentera på, vilket gjorde att de tänkte efter mera och på ett annat sätt i arbetet med patienterna. Två typer av rollförändringar rapporterades; från en medicinskt tekniskt fokus till en mera vård-expertutlåtande inriktning samt från en ”*hands on clinician*” till mera av en administratör eller sekreterare (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003).

Cascio, B., Wilckens, J., Ain, M., Toulson, C. och Frassica, F. (2005) gjorde en studie på The Johns Hopkins universitet (Department of Orthopaedic Surgery) i Baltimore, vars syfte var att undersöka tillräckligheten av dokumentation i en serie av patienter med akut kompartmentsyndrom och som klarat sig med fasciotomi på ett akademiskt hälsovårdscenter. Undersökningsmetoden som man använde sig av var att betrakta anteckningar som gjorts om 30 patienter (med tillräcklig uppföljning) som hade genomgått fasciotomi för att behandla kompartmentsyndromet. Studiens resultat visade att dokumentationen var otillräcklig i 70 % av fallen (21 patienter). Anteckningarna var inte tidsatta eller daterade i 30 % av fallen (9 patienter) och var i 53 % av fallen (16 patienter) var det till viss del oläsbart (Cascio, Wilckens, Ain, Toulson & Frassica, 2005).

Darbyshire, P. (2004) gjorde en studie vars syfte var att undersöka kliniska sjukskötares och barnmorskors uppfattningar och förståelser för ett datoriserat informationssystem i det dagliga arbetet. Metoden som användes för studien var 13 fokusgrupper som involverade 53 personer (sjukskötare och barnmorskor) från sjukhus i fem australiensiska stater. Resultatet visade att klinikernas erfarenheter kategoriseras av digital besvikelse och elektronisk duglighet. Klinikerna rapporterade i allmänhet att datoriserandet varken hade höjt deras kliniska arbete och patientvården eller hade förbättrat patientens resultat (Darbyshire, 2004).

Davis, J., Zayat, E., Urton, M., Belgum, A. och Hill, M. (2008) gjorde en studie om att delge belägg i klinisk dokumentation. Studiens syfte var att undersöka och avslöja åsikter, uppfattningar och attityder hos yrkespersoner inom terapi och beslutsfattare till delgivet belägg i patientdokumentationen. Metoden som användes i studien var att två olika undersökningar gjordes för datainsamlingen. Den första var en s.k. *online*-undersökning via e-post för yrkespersoner inom terapin i USA. Den andra metoden var en s.k. *delphi*-undersökning, som blev skickad elektroniskt till olika beslutsfattare inom terapin, för att erhålla bekräftande åsikter om infogandet av belägg till dokumentationen. Respondenternas antal blev 126 (29 %) av de 434 tillfrågade. Resultatet visade att 63,5 % av yrkespersonerna trodde på belägg som delgetts i dokumentationen. Yrkespersoner från alla utbildningsnivåer höll med om att yrkespersoner skall delges om detta när finansiering står på spel. Deltagarna höll också med om att belägg skall delges när något blir bestämt av avdelningen (Davis, Zayat, Urton, Belgum & Hill, 2008).

Ehrenberg, A. och Ehnfors, M. (1999) gjorde en studie och syftet med denna var att beskriva de största problemen, behoven, riskerna och vårddiagnoserna samt att undersöka beskrivningarna av några vanliga och allvarliga patientproblem i journaler på vårdhem. För att genomföra denna studie använde man sig av ett retrospektivt mätinstrument för ett slumpmässigt urval av patientjournaler (innehållande anteckningar av enbart sjukskötare) från åtta vårdhem i Sverige. Resultaten av studien visade att det fanns stora brister i vårddokumentationen. Mätinstrumentet avslöjade betydande brister i dokumentationen av patientens problem. Journalerna överensstämde i liten utsträckning med svensk lag och föreskrift om patientjournaler. Ingen journal innehöll varken systematisk eller omfattande bedömning av de utvalda problemen (Ehrenberg & Ehnfors, 1999).

Hill-Westmoreland, E. och Gruber-Baldini, A. (2005) gjorde en studie vars syfte var att analysera överensstämmelsen mellan fall som dokumenterats i Minimum Data Set och fallolyckor som dokumenterats i planlagd dokumentation på äldreboenden. Metoden som man använde sig av i studien var att slumpmässigt välja ut 56 äldreboenden i Maryland, vilket gav 462 boende deltagare över 65 år. Fallen kartlades och jämfördes med fallvariabler (ur Minimum Data Set). Resultatet av studien visade att det under en 30 dagars period förekom fallhändelser i 65 % av fallen, vilket indikerade på en rimlig överensstämmelse mellan Minimum Data Set och den planlagda dokumentationen. Under en 180 dagars period visade den planlagda dokumentationen att 49 % av det slumpmässiga urvalet av boenden föll, medan Minimum Data Set visade att bara 28 % hade fallit. En analys av de boendes fall, som missats av Minimum Data Set, indikerade på att dessa boenden hade betydligt mera försämrad daglig aktivitet och en betydande mer ostadig gång samt användning av käpp (Hill-Westmoreland & Gruber-Baldini 2005).

Jensdóttir, A-B., Jónsson, P., Noro, A., Jonsén, E., Ljunggren, G., Finne-Soveri, H., Schroll, M., Grue, E. och Björnsson, J. (2008) gjorde en studie vars syfte var att jämföra sjukskötares och läkares dokumentation av geriatriska problem och att upptäcka dubbel dokumentation och odokumenterade saker av vikt i ett akutvårdssystem i Finland och Island. Metoden som man använde sig av var att jämföra 56 variabler av Minimum Data Set for Acute Care (MDS-AC) med anteckningar i deltagarnas patientjournaler av sjukskötare och/eller läkare på ett finskt och ett isländskt akutvårdssjukhus. Deltagarna bestod av 78 finländare och 80 islänningar över 75 år och som gett sitt medgivande till detta. Resultatet visade att dokumentation av en försämring av den egna ADL- (Activities

of Daily Living) funktionen saknades i 40-60 % av rapporter av sjukskötare och i 80-97 % av rapporter av läkare. Ännu sämre var dokumentationen av försämringen av IADL- (Instrumental Activities of Daily Living) funktionen, som saknades i 75 % av rapporterna från sjukskötare och i 85-96 % av rapporterna från läkare. Den kognitiva funktionen blev dokumenterad i bara 30-40 % av fallen (Jensdóttir, Jónsson, Noro, Jonsén, Ljunggren, Finne-Soveri, Schroll, Grue & Björnsson, 2008).

Kabir, A., Hanson, R., Mellis, CM. och Van Asperen, PP. (1998) gjorde en studie och syftet med denna var att jämföra dokumentationen av akut astma i skrivna medicinska journaler och i ett datasystem (Computer-Assisted Triage System, CATS). Man analyserade dokumentationen om 104 barn på ett barnsjukhus i Sydney. Personalen instruerades i att dokumentera både i den skrivna journalen och i det datoriserade systemet under undersökningsperioden. Personalen visste dock inte om att man skulle jämföra kvaliteten av dessa två system. Resultaten visade att observationer blev bättre dokumenterade i den medicinska journalen än i CATS. Medicinska detaljer blev också sämre dokumenterade i CATS. Svårighetsgraden av astma var magert dokumenterat i båda systemen (Kabir, Hanson, Mellis & Van Asperen, 1998).

Kleinbeck, S. och Dopp, A. (2005) gjorde en studie vars syfte var att identifiera de trettio mest kritiska kvalitetsmätningarna för att utveckla ett enhetligt mätningssystem baserat på PNDS (Perioperative Nursing Data Set). Metoden var en så kallad pilotstudie där en grupp med 14 expert-perioperativa sjukskötare var inbjudna till att utvärdera kvalitetsmätningen. Dessa personer var tillfrågade att ranka 33 kvalitetsmätningar på en typskala. Totalt 29 stycken kvalitetsmätningar gjordes. Resultatet visade att fastställda informationspunkter kunde övervakas, att spåra kvalitetsmätningar kräver lämpligt handlande, man bekräftar patientens identitet före en operation eller en invasiv åtgärd samt att man bestyrker operationsåtgärden och operationsstället. (Kleinbeck & Dopp, 2005).

von Krogh, G. och Nåden, D. (2008) gjorde en studie vars syfte var att presentera den norska dokumentationsmodellen KPO-modellen, och att presentera de behov och de mångfaldiga funktionerna i de elektroniska patientjournalerna som modellen är riktad till. Genom att undersöka, omorganisera och komplettera redan existerande system, utvecklade man en begreppsmässig modell för vårdyrket. Modellens metodik utvecklades genom en expertgrupp (bestående av 25 sjukskötare). Modellmomenten testades kliniskt under ett års

tid för att försäkra funktionen av informationsstrukturen och textformaten. Studiens resultat visade att fulländad dokumentation blev arrangerad genom att infoga Nursing Minimum Data Set. Systematisk och omfattande dokumentation blev arrangerad genom fastställandet av kategorier som tillhandahöll modellens system. Överrensstämmande dokumentation arrangerades genom att infoga NANDA-I Nursing Diagnoses, Nursing Intervention Classification och Nursing Outcome Classification (von Krogh & Nåden, 2008).

Leth, D., Hostrup, H. och Thulstrup A-M. (2005) gjorde en studie om det s.k. Cat-ch-Ing-instrumentet, som är baserat på VIPS-modellen, kan användas till att mäta kvaliteten i sjukvårdsdokumentationen. Syftet var att undersöka dolda variationer i Cat-ch-Ing (ett granskningsinstrument som utvecklats från Sveriges VIPS-modell). Undersökningens metod var att samla in tjugo tillfälligt utvalda sjukvårdsjournaler och identifiera genomsnitts skillnaden mellan två observatörers bedömningar. Resultatet visade att skillnaden mellan de två observatörernas bedömningar låg nära noll, men det fanns dock betydande avvikelser mellan dem. (Leth, Hostrup & Thulstrup, 2005).

Pakhomov, S., Jacobsen, S., Chute, C. och Roger, V. (2008) gjorde en studie som hade som syfte att fastställa om det fanns en bristande överrensstämmelse mellan patienternas egna rapporterade symtom (bröstsmärta, dyspné och hosta) och vårdarnas dokumentation av dessa symtom i den elektroniska medicinska journalen. Metoden som man använde sig av i studien var att man jämförde patienternas information om sina symtom med vårdarnas kliniska text. Olika informationsformer användes för att samla in patienternas rapporterade symtom fr.o.m. januari 2006 t.o.m. juni 2006. Patienterna var 1 119 till antalet och var 18 år och äldre. Termer som utgjordes av de tre symtomen användes för att söka efter kliniska elektroniska anteckningar. Resultatet visade att felaktig överrensstämmelse fanns mellan patienternas rapporterade symtom och vårdarnas dokumentation om detta, t.ex. den positiva överrensstämmelsen var lite lägre för kvinnor som hade alla tre symtom och tenderade att bli ännu lägre för de yngre. Negativa överrensstämmelsen varierade och tenderade att bli lägre för män och äldre (Pakhomov, Jacobsen, Chute & Roger, 2008).

Saletnik, L-A., Niedlinger, M. och Wilson, M. (2008) gjorde en studie om synpunkter på genomförandet av ett elektroniskt dokumentationssystem (ORMIS) inom vården. Syftet med studien var att utvärdera hur genomförandet av systemet (ORMIS) kräver ett

betydelsefullt mänskligt engagemang. Undersökningsmetoden som användes var de erfarenheter som personalen på The John Hopkins Hospital i Baltimore fick när de övergick till att använda ett enhetligt datasystem (ORMIS). Resultatet av studien visade att arbete ännu återstår för sjukhuset ifråga för att fullt ut kunna dra nytta av systemet. Hälsovårdsteamets engagemang måste kvarstå från planeringsfasen genom genomförandet till det ständiga underhållet av systemet (Saletnik, Niedlinger & Wilson, 2008).

Thoroddsen, A. och Ehnfors, M. (2007) gjorde en studie vars syfte var att beskriva förändringen i dokumentationen av vårdprocessen på alla avdelningar på ett universitetssjukhus i Reykjavik. Den främsta frågeställningen var att finna skillnader före och efter införandet av dokumentationspolicyn (relaterat till vårdprocessens olika steg). Undersökningsmetoden som man använde sig av var ett förtest med 355 journaler för att få ett standardvärde för vårddokumentationens status före införandet av det nya sättet att dokumentera på. Sedan introducerade man alla sjukskötare till att genomföra den nya policyn. Senare använde man också ett eftertest med 349 journaler för att mäta vårddokumentationens status efter införandet av det nya sättet att dokumentera på. All data samlades in på två dagar (under den 21 mars 2002 och den 21 januari 2004). Resultatet visade en klar förbättring i att dokumentera bedömning, vårddiagnoser, vårdåtgärder och daglig omvårdnad (Thoroddsen & Ehnfors, 2007).

Törnkvist, L., Gardulf, A. och Strender, L-E. (2003) gjorde en studie med syftet att undersöka om distriktsskötares uppfattningar ändrades efter skolning och introduktion för distriktsskötare som ”smärtekonsulter” på primära hälsovårdscenter beträffande bl.a. vårddokumentation om patienter med kronisk smärta. Man använde sig av ett frågeformulär som distriktsskötare (totalt 53 till antalet) fick fylla i både före och efter introduktionen. Resultatet angående vårddokumentationen visade att tillfredsställelsen med den egna vårddokumentationen ökade (Törnkvist, Gardulf & Strender, 2003).

Törnvall, E., Wahren, L-K. och Wilhelmsson, S. (2007) gjorde en studie vars syfte var att undersöka huruvida uppfattningar om elektronisk vårddokumentation och dess utförande avviker p.g.a. primärhälsovårdens ledning. Undersökningsmetoderna som användes var ett frågeformulär med 31 frågor per post till sjukskötare i distriktet samt ett mätinstrument (Cat-ch-Ing) för vårdjournaler från två organisationer inom primärhälsovården i Sverige; ett från en vårdprofessionell organisation och ett från en multidisciplinär organisation med allmänna läkare och/eller yrke som ledare. Cat-ch-Ing-instrumentet mäter hur olika steg i

vårdprocessen blir dokumenterade. Resultatet visade att en uniprofessionell ledning inom vården minskade distriktets sjukskötares positiva uppfattningar om vårddokumentation, men påverkade inte dokumentationens utförande, som var ofullständig oavsett typen av ledning (Törnvall, Wahren & Wilhelmsson, 2007).

Wang, J., Grossman, H., Langhoff, E., Rosendorff, C. och Silverman, J. (2006) gjorde en studie vars syfte var att prova kapaciteten för genomförandet av kliniska IT-lösningar på vårdhem. Undersökningsmetoden som man använde sig av var att ta i bruk en experimentellt jämförbar modell på två vårdhem i Australien. Femton deltagare (vårdhems personal) använde det elektroniska systemet för dokumentation, medan tolv deltagare (facilitetspersonal) använde sig av pappersform. Man undersökte också deltagarnas grundläggande demografiska information, normen av att använda ett relevant dokumentationssystem, deltagarnas datakunskap, deras attityder emot användningen av IT-lösningar samt deras kapacitet till användningen av ett sådant system och informationen som det tillhandahåller. Dessutom använde man sig också av semistrukturerade intervjuer och ett frågeformulär som undersökningsmetoder. Resultatet visade att den stora utmaningen med vårddokumentation bland vårdarna snarare var att veta vad som borde dokumenteras än om man använder sig av dokumentation i form av papper eller elektroniskt system. T.o.m. 80 % av vårdarna stödde sin organisations beslut om att införa kliniska IT-system (Wang, Grossman, Langhoff, Rosendorff & Silverman, 2006).

Webster, J., Davis, J., Holt, V., Stellan, G., New, K. och Yegdich, T. (2003) gjorde en studie vars syfte var att testa sjukskötares kunskap om datorer och deras attityder till att använda datorn i arbetet. Metoden som användes var ett frågeformulär åt all vårdpersonal på Royal Brisbane och Royal Women`s Hospital. Totalt 1 708 frågeformulär skickades ut, av vilka 590 returnerades (34,5 procent). Resultatet visade att datoranvändningen påverkades av utbildning, ålder och hur länge man tidsmässigt varit inom vården samt i mindre utsträckning också könet (Webster, Davis, Holt, Stellan, New & Yegdich, 2003).

6 Metod och genomförande

För att kunna genomföra denna kvalitativa och teoretiska studie har respondenterna tänkt använda sig av en litteratursökning som datainsamlingsmetod, för att sedan göra en innehållsanalys där man analyserar innehållet i litteraturen.

Syftet med en kvalitativ studie är att skaffa en annan och djupare kunskap än den fragmenterade kunskap som ofta fås genom kvantitativa metoder. När man gör en kvalitativ bearbetning arbetar man oftast med ett textbaserat material (Patel & Davidson, 2003, 118-119). Den kunskap som vi erhåller genom litteraturen gäller kunskap från teorier/modeller och kunskap från tidigare undersökningar inom området, vilket hjälper oss att hitta det väsentliga inom vårt problemområde och vi kan göra en avgränsning (Patel & Davidson, 2003, 45).

6.1 Datainsamlingsmetod

En systematisk litteraturstudie baserar sig på att all data kommer från primärkällor i form av publicerade vetenskapliga artiklar eller rapporter. Primärkällor innebär att artiklarna är skrivna av de personer som utfört undersökningen (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, 173).

Ett så kallat teoretiskt arbete utförs genom en litteraturundersökning. Inga empiriska data ingår i detta. Man samlar in, ordnar, omstrukturerar, gör egna analyser och synteser av information som samlats in av andra (Nyberg, 2000, 29).

6.2 Dataanalysmetod

Enligt Kyngäs & Vanhanen (1999) är en innehållsanalys ett sätt att analysera dokument systematiskt och objektivt. Analysen kan göras induktivt eller deduktivt, varvid analysen styrs av tidigare forskning som grundram. I innehållsanalysen försöker man skapa sig en bild av fenomenet som man undersöker i en kompakt och samlad form. I analysens slutskede producerar man beskrivande kategorier av fenomenet ifråga.

Dataanalysens och resultattolkningens yttersta syfte är att summera och beskriva resultaten så att de kan användas för praktiska syften. Genom att studiens samtliga steg tydligt redovisas gör man det möjligt att upprepa studien och samla mera kunskap om aktuella frågeställningar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, 30).

6.2.1 Innehållsanalys

I innehållsanalysen kan man framskrida på två olika sätt; endera utgående från materialet (induktivt) eller utgående från tidigare begreppssystem (deduktivt). (Kyngäs & Vanhanen, 1999). Respondenterna har valt att använda sig av en induktiv metod i sin studie, vilket innebär att man utgående från empiriska fakta drar slutsatser som är allmänna och generella. Man kan aldrig få ett helt säkert resultat av en induktiv slutsats, men man kan komma fram till att sannolikheten är större eller mindre för ämnet ifråga. I en deduktiv metod ställer man först upp hypoteser och sedan gör man en deduktiv slutsats för att till slut undersöka om hypoteserna överrensstämmer med verkligheten (Thurén, 2004, 19-21). Enligt respondenterna är en deduktiv metod inte relevant för studien ifråga.

Före man påbörjar analysen måste forskaren bestämma sig för om man endast analyserar det som uppenbart finns i dokumentet (manifest content) eller om man också analyserar det dolda i dokumentet (latent content) (Kyngäs & Vanhanen, 1999).

Efter det att man har valt analysmetoden läser man flera gånger igenom innehållet. Det aktiva läsandet har som syfte att skapa en grund för analysen. När man bekantat sig med innehållet ifråga framskrider analysen genom att man försöker se om analysen styr innehållet eller tidigare valda kategorier, begrepp, teman eller begreppssystem (Kyngäs & Vanhanen, 1999).

En kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och används bl.a. inom vårdvetenskap. När man gör en kvalitativ innehållsanalys fokuserar man på beskrivningen av variationer genom att man identifierar skillnader och likheter i textens innehåll. Man uttrycker dessa skillnader och likheter i kategorier och teman på olika nivåer. Kontext har betydelse när man skapar dessa kategorier och teman, vilket innebär att delar ur texten inte kan plockas hur som helst ut ur sin omgivning (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, 159, 162).

Fördelen med en kvalitativ innehållsanalys är att metoden kan anpassas till olika syften, till datamaterial av varierande kvalitet och till forskarens erfarenhet och kunskap. Ju bättre datamaterial och ju större erfarenhet hos forskaren, desto mer sammanhängande och fullödigt blir resultatet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, 171).

6.2.2 Resumé

En resuméöversikt presenterar en kortfattad beskrivning av alla relevanta studier som hänför sig till ett särskilt ämne. Den innehåller information av de övergripande elementen i studien, problempreciseringen, specifika frågor eller testade hypoteser, testade interventioner, metoder samt de övergripande resultaten. Resuméöversikten tillför en effektiv överblick av alla relevanta studier inom ämnet för forskare och andra som är intresserade av ämnet ifråga. Alla studier som ingår i resumén ges lika mycket uppmärksamhet (Kirkevold, 1997, 980-981).

6.3 Praktiskt genomförande

Respondenten Heidi Martois-Niemelä har studerat vetenskapligt godkända artiklar. Respondenten har hittat tolv relevanta vetenskapligt godkända artiklar och tidskrifter om vårddokumentationen i Finland, men har valt att basera resultatredovisningen på de sju mest relevanta forskningarna. De resterande fem artiklarna är kortfattat beskrivna i avsnittet tidigare forskning. Sökord som respondenten har använt är följande: documentation Finnish/ Finland, nursing documentation Finnish, rakenteellinen kirjaaminen, patient documentation Finland, sähköllinen kirjaaminen, hoitotyö och nursing journal.

Respondenten Heidi Martois-Niemelä har inkluderat sju artiklar i resumén. Resumén inkluderar de artiklar som respondenten har valt att basera resultatredovisningen på. Sökningen då det gäller det nationella perspektivet i vårddokumentationen var problematisk med tanke på att det fanns så få relevanta artiklar och tidskrifter. Trots detta hittades relevanta forskning som gjorts under 2000-talet och som berör ämnet och frågeställningen.

Respondenten Marie Sippus har gått igenom vetenskapligt godkända artiklar. Respondenten har hittat trettio relevanta vetenskapligt godkända artiklar inom sitt ämne, men har valt att basera sin resultatredovisning på de tio mest relevanta för studien ifråga och att kortfattat beskriva tjugo stycken i avsnittet om tidigare forskning. Respondenten har använt sig av följande sökord i sin litteratursökning: documentation, caring documentation, vårddokumentation, elektronisk dokumentation och nursing documentation.

Respondenten Marie Sippus har inkluderat tio artiklar i resumèn. Resumèn inkluderar de artiklar som respondenten har valt att basera resultatredovisningen på. Inkluderade artiklar är från olika delar av världen och relativt nya tidsmässigt (inte äldre än från år 2005). En artikel togs dock med som var från år 2001, eftersom den ansågs vara relevant för studien ifråga.

6.4 Etiskt övervägande

Med etik avser man att göra gott och undvika skada. Skada kan förhindras eller minskas genom att man tillämpar etiska principer som är lämpliga (Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2001). Etiska överväganden ingår i alla faser av omvårdnadsprocessen (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, 174).

7 Resultatredovisning

I resultatredovisningen har respondenterna gått tillbaka till de vetenskapligt godkända artiklarna och analyserat dem med hjälp av en innehållsanalys. Resultaten presenteras som två resuméer; en nationell och en internationell (se bilagor). För att göra resultatredovisningen mera lättläst har respondenterna valt att dela upp kategorierna i underrubriker och underkategorierna skrivs med *kursiv* stil. Respondenterna har byggt upp resultatredovisningen så att den nationella kommer före den internationella i de olika underrubrikerna.

7.1 Struktur

Under underrubriken struktur presenterar respondenterna sådana resultat som har att göra med vårdokumentationens struktur och på vilket sätt den är uppbyggd.

I en studie gjordes en undersökning om hur god dokumentationen är vid sårvård och dess behandling. Angående vävnadskomponenten användes följande huvudgrupper: hudvård, trycksår och dess vård, sårvård samt brännsår. I resultatredovisningen tog man fasta på kroniska sår, akuta sår och hur god dokumentation var. Både den akuta och kroniska sårvården uppfyllde delvis kriterierna. Rengöringen och om det kommer någon slags vätska från såret ansågs vara viktigt att dokumentera. Vid dokumentation av vätska som

kommer från såret användes ofta följande *termer*: gulaktig, våtliknande och blodblandad vätska. I journalerna överlag så uppkom det många olika *termer* och *förkortningar* (Kinnunen, Saranto & Ensio, 2008).

I denna undersökning användes TIME-modellen. T står för vävnadens vård, I för inflammation, M för vätskebalans, E för epitelvävnad och dess vård. Genom sammandrag av TIME-modellen så kom det fram att för rengöring och död hud användes olika *termer*. Rengöring kom bra fram medan inflammation bara var delvis dokumenterat. Inflammation nämndes bland annat med orden rodnad, svullet och smärta vid såret. Om såret vätskades beskrevs hur vätskan såg ut, men inget nämndes om storleken på såret och sårets utseende. Ingenting nämndes heller om vilka sårvårdstillbehör som använts. God dokumentation förekom vid förbandsbyte och vätskande från sår samt vid dreenvården (Kinnunen, Saranto & Ensio, 2008).

Till *Fysiologiska faktorer* vid operation hörde patientens ankomst och anamnes, kroppens funktion och smärtbedömning. Det tas också upp om patientens längd och vikt. Under operationen följer man med andningen, blodtrycket och pulsen. Dessa fanns med för alla patienter. Bedövningsgraden var dokumenterat hos 88 %. Andra *fysiologiska faktorer* som medvetandegrad (88 %) fanns med och hos varje patient fanns det om smärtbehandling och bedömning av smärta (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009).

Den svenska VIPS-modellen för vårddokumentation är en akronym för de svenska termerna välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet, av vilka alla ses som betydande mål för omvårdnaden. Modellen stöder en individualiserad inställning till vården baserad på skrivna vårdplaner och den består av ett system av *nyckelord* på två nivåer. Den första nivån vad gäller *nyckelord* hänvisar till vårdprocessens olika steg; vårdhistoria, vårdstatus, vårddiagnos, mål, vårdåtgärd, resultat och utskrivning. Den andra nivån hänvisar till vårdhistoria, vårdstatus och vårdåtgärd. VIPS-modellens struktur gör det möjligt för sjukskötare att använda, spara, återfå och återanvända information (Rosendal Darmer, Ankersen, Nielsen, Landberger, Lippert & Egerod, 2006).

En viktig aspekt för VIPS-modellens datasystematisering är användningen av *nyckelorden*, VIPS-modellen tillhandahåller en omfattande beskrivning av *nyckelord*. Studien visade att

sjukskötare använde sig av nyckelorden som planerat i enlighet med VIPS-modellen (Rosendal Darmer m.fl., 2006).

VIPS-modellen omfattar 14 *nyckelord* för patientens status. Riktlinjerna från sjukhus kräver att den inledande patientstatusen tar itu med åtminstone åtta *nyckelord*, där sjukskötaren systematiskt bedömer patientens individuella behov av omvårdnad, d.v.s. mobilitet, smärta eller fysiska hjälpmedel. Efter studien ifråga inkluderade alla vårdjournaler en partiell inledande patientstatus. Vid utskrivning från sjukhus skall patientstatusen sammanfattas i enlighet med *nyckelorden* (Rosendal Darmer m.fl. 2006).

Enligt Friberg, Bergh & Lepp (2005) fastställdes ämnen som indikerade på patientens behov av kunskap genom dokumentationen så som patientens frågor, patientens uppfattningar och upplevelser av kroppsliga förändringar. Anteckningar i dokumentationen om patientens frågor berör planerade behandlingar, medicinering, medicinska undersökningar och tester av olika slag. Andra frågor handlar om patientens framtid. Termer som ”frågar” och ”undrar” användes i dokumentationen. En uppfattning uppfattas som någonting patienten tror eller tänker på vad gäller sin sjukdom, behandling, medicinering eller hälsostatus. Termen uppfattning används inte i dokumentationen, istället används termer som ”tänker”, ”tror” och ”tror inte” för att beskriva patientens perspektiv. Anteckningar om patientens kommentarer angående upplevelser av kroppsliga förändringar berör hans kommentarer till kroppens reaktion på sjukdomen, medicinering och behandling.

Fem områden i dokumentationen kunde fastställas som indikerade på sjukskötares *undervisningsinterventioner*: information, motiverande samtal, förklaringar, instruktioner och att sätta upp förväntningar. Vad gäller information användes termen ”information” för att förmedla budskap till patienten. Dessa budskap berör oftast behandlingar, tester och planerade undersökningar (Friberg, Bergh & Lepp, 2005).

Motiverande samtal berör behandlingar, medicinering och patientens upplevelser av kroppsliga förändringar. De flesta motiverande samtal hölls mellan läkare och patienter. I de andra fallen hittade man anteckningar som bestod av vagt formulerade fraser, där sjukskötaren förklarade anledningen till de planerade åtgärderna eller andra relevanta aspekter åt patienten ifråga. Termer som ”prata”, ”motivation” och ”uppmuntran” användes (Friberg, Bergh & Lepp, 2005).

Förklaringar hittades i dokumentationen och termen ”förklaring” användes i anteckningarna för att förklara behandling och medicindoser. Instruktioner är relaterade till sjukskötarens syfte att hjälpa patienten att klara av praktiska saker. Några enstaka anteckningar i dokumentationen hittades som handlade om planerade instruktioner åt patienter. Termen ”instruktion” användes en gång. Anteckningarna är dokumenterade under rubriken ”vårdstatus”, men ingen vidare kommentar under rubriken ”vårdåtgärder” fanns (Friberg, Bergh & Lepp, 2005).

Pedagogisk relevans kunde fastställas i 27 av 35 patientjournaler. Analysen avslöjade att varken patienternas behov av kunskap eller *undervisningsinterventioner* fanns dokumenterade på ett strukturerat sätt. Splittrade indikationer för patienternas behov av kunskap framträder som uppfattningar, frågor och kommentarer om deras upplevelser av kroppsliga förändringar. Termer och uttryck som indikerar undervisning, såsom information, instruktioner och att sätta upp förväntningar, är registrerade utan associering till patienternas behov av kunskap. Ett annat problem som kunde fastställas var oklarheten angående skillnaden mellan ”vårdstatus” och ”vårdåtgärd”. Pedagogiska åtgärder, t.ex. ”förklaringar” påträffades i flera fall under vårdstatus. Inga målsättningar eller vård diagnoser av pedagogisk relevans hittades. Resultat av vården framfördes vid ett par tillfällen men i relation till utvärdering av medicinska problem i motsats till ett specifikt pedagogiskt problem. Det vanligaste *nyckelordet* var ”psykosocial”. Därefter var de vanligaste nyckelorden av fysiologisk innebörd, varav ”smärta” var det vanligaste. *Nyckelord* relaterade till pedagogiska aktiviteter, såsom ”kognition/utveckling” (vårdstatus) och ”information/undervisning” (vårdåtgärd), användes inte i vårddokumentationen (Friberg, Bergh & Lepp, 2005).

Gebru, Åhsberg & Willman (2007) gjorde en studie om dokumentationen av *patienters kulturella bakgrund*. Den teoretiska bakgrunden till denna undersökning var Leiningers Sunrise Model. Analysen av denna undersökning, vad gäller Sunrise-modellens begrepp, visade att släktskap och sociala faktorer, såsom civilstånd, antal barn och barnbarn och vid behov släktingars boningsplats, alltid blev dokumenterat. I flera patientjournaler fanns det dokumenterat att patienter/släktingar vägrade en obduktion. En viktig del av patientens etnohistoria är att veta patientens födelseort, som blev dokumenterat i de flesta (64 %) patientjournaler. Ungefär hälften (50 %) av patientjournalerna innehöll hänvisningar om kommunikation och språk. Några lyfte fram svårigheter i att prata och förstå, medan andra

kom med eventuella lösningar till språkbarriären genom hjälp av släktingar. Pedagogiska faktorer kunde man finna i 22 % av patientjournalerna.

Religiösa och filosofiska faktorer kunde hittas i en del patientjournaler. Kulturella omdömen, övertygelser och livsstilar är nära sammankopplade med religiösa och filosofiska faktorer (Gebru, Åhsberg & Willman, 2007).

Några enstaka patientjournaler hänvisade till patientens finansiella svårigheter. Nästan ingen (0,8 %) av patientjournalerna innehöll politiska eller juridiska faktorer. Det fanns inga belägg för att sjukskötare diskuterade teknologiska faktorer med patienterna i patientjournalerna (Gebru, Åhsberg & Willman, 2007).

Tranter, Bubnij, Dunford, Graham, Holland, Josland, Millar, Paulik, Sargeant & Tasker (2009) gjorde ett projekt inom vårddokumentation och det s.k. SAO-systemet. SAO hänvisar till *händelsen* eller *situationen* ("situation") som har inträffat, *åtgärden* ("action") och *resultatet* ("outcome"). Betydande förbättringar gällande dessa kunde fastställas. Förbättringar i alla kvalitetspunkter patientstatus, bedömning, vårdplan, aktuella läkare och patientens framsteg, kunde påvisas i dokumentationen.

När man i en studie använde sig av taxonomin från de olika terminologierna North American Diagnosis Association (NANDA), Nursing Intervention Classification (NIC) och Nursing Outcome Classification (NOC), som sedan blev integrerade för att forma en struktur av *kategorier* och *klassificeringar*, fick man ett organiserat system med åtta *kategorier* och 29 *klassificeringar*. Man använde sig också av Walker och Avants (1983, 1988) metod för att konstruera nya begrepp och sammanställningar av begrepp (von Krogh, Dale & Nåden, 2005).

De åtta *kategorierna* består av fysiologiskt, funktionellt, psykologiskt-kognitivt, säkerhet, existentiellt, livsstil, familj och omgivning. *Klassificeringarna* är metacluster som formar strukturen av varje *kategori* och gruppövarelser med vanlig karaktär. *Klassificeringarna* i det nya systemet är konstruerade för att ge varje betecknad företeelse endast en enda plats i en klass (von Krogh, Dale & Nåden, 2005).

Vad gäller vårddokumentation av risk, förebyggande och behandling av trycksår, dokumenterades det ofta i patientjournalen *åtgärder* såsom förflyttning, svängnings-

schema, att förse med kuddar, användning av hudkräm samt förband. Varken patientens näringsförsörjning, reducering av friktion eller patientundervisning blev dokumenterat. Riskbedömning och *klassifikation* av trycksår hade nyligen blivit introducerat och framställt i pågående forskning. Det var uppenbart att vårdpersonalen fogade sig endast delvis med de strategier som föreslås i de svenska kvalitets-riktlinjerna, som består av riskbedömning, observation av huden, förflyttning, madrass/överdrag, kuddar, mat- och vätskeintag, friktion, hygien och fukt samt patientundervisning (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjäöden, 2001).

I innehållsanalysen kom det fram att sjukskötare dokumenterar patienters *bedömning* genom tre olika diskurser; medicinsk, vård och informell. Varje sådan har inverkan på formuleringen av vården vad gäller dokumentation. Användningen av dessa diskurser tycks vara motiverade av den typ av information som rapporteras (Irving, Treacy, Scott, Butler & MacNeela, 2006).

Den medicinska diskursen hittades på alla steg i patientens vårddokumentation. Den medicinska diagnosen var startpunkten för vårddokumentationen. Medicinsk terminologi användes för att förklara patientens hälsostatus. Det medicinska sättet av vård dokumentation indelades i tre underkategorier; detaljer om patientens lov om vård, anteckningar om vårdens kontinuitet samt psykologisk vårdbedömning (Irving, Treacy, Scott, Butler & MacNeela, 2006).

Det verkar vara lite av en svårighet för sjukskötare som förlitar sig för mycket på det medicinska sättet att beskriva patientens fenomen som ligger utanför det medicinska språket, såsom sexualitet och psykologisk hälsa. I vårddokumentationen leder denna svårighet endera till att använda det informella sättet att dokumentera på för att ersätta det medicinska eller en frånvaro av bedömning av någonting utanför den medicinska diskursiva strukturen. I den informella beskriver sjukskötare patientens hälsostatus genom att använda sig av folkspråksengelska. (Irving, Treacy, Scott, Butler & MacNeela, 2006).

Vad gäller vården var diskursen begränsad i de insamlade dokumenten. Alla dokument i urvalet påvisade några belägg av vårdprocessen med början genom bedömningen av patienten. Denna diskurs indelades i fem underkategorier; respiratorisk bedömning,

bedömning av behov, funktionell bedömning, riskbedömning samt bedömning av sinnesstämningen, informell diskurs (Irving, Treacy, Scott, Butler & MacNeela, 2006).

7.2 Kvalitet

Under underrubriken kvalitet presenterar respondenterna sådana resultat som har att göra med vårddokumentationens kvalitet och hur man bibehåller/bygger på vårddokumentationens kvalitet, t.ex. i form av skolning.

Viktigt som patienten bör få är *information* om sin sjukdom och vård man går igenom, finns det om några risker eller annat som man bör veta före åtgärden. Detta kom fram i en studie som gjorts på ett sjukhus i Finland om kvaliteten på *information* som patienten får och vad patienten ser som viktig information. Majoriteten av dem som svarat (83 %) anser att information om deras hälsotillstånd och diagnos är viktigt. Undersökningar och dess resultat (77 %) samt behandling och dess information (74 %) ansåg patienten som viktig information. Det som de ansåg få bäst information om var sjukdomen och diagnosen. Något som var förvånansvärt var att endast (12 %) var nöjda med informationen om alternativa behandlingar och endast (17 %) var nöjda med information om risker med behandlingarna. Det som framkom var att kvinnor fick bättre *information* än män, men också åldern hade betydelse. Det visade sig att yngre patienter var mer nöjda än de äldre. En patient som var högt skolad hade mera krav på informationen. Då det gäller *information* om rehabilitering så ser 40 % att det är viktigt att få *information* och i verkligheten så får 25 % information om rehabilitering. Eftervård ser 37 % som viktigt och 34 % har fått information om sin eftervård. En intressant synpunkt var att 23 % anser att *information* om patientens rättigheter då det gäller den egna vården är viktigt men i verkligheten får endast 3 % den informationen. I undersökningen användes McNemars test som visade vad patienterna anser vara viktigt i *information* och vad de vill få *information* om då det gäller vården mot den informationen som de får i verkligheten av vårdpersonalen (Suhonen, Nenonen, Laukka & Välimäki, 2005).

I en undersökning om dokumentationens kvalitet framkom det att i 79 % av journalerna fanns en orsak till besöket, medan 32 % av journalerna innehöll en patientanamnes (patientberättelse). Akuta fall var *dokumenterade* medelbra i 53 % av fallen och bra i 31 %. Fysiska undersökningar nämndes i 62 %, och diagnoser och medicinska problem nämndes hos 90 %. All behandling som getts var bra *dokumenterad* hos alla, medan information om

behandlingar fanns hos 95 %. I en helhetsöversikt var 18 % dåligt *dokumenterade*, (62 %) medelbra och 20 % bra (Vainiomäki, Kuusela, Vainiomäki & Rautava, 2008).

I Voutilainen, Isola och Muurinens studie framkom det hur uppdaterade patienternas *vårdplaner* och den dagliga dokumentationen är. Medan resultatet påvisar att 73 % av journalerna hade en uppdaterad vårdplan, hade resterande procent en ouppdaterad *vårdplan*. Analysen skedde med hjälp av Senior Monitor-instrument (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004).

Då det gäller en patients *vårdplan* bör där nämnas patientens fysiska och psykosociala mående. Det kognitiva beteendet är också något som bör framkomma i vårdplanen och det var *dokumenterat* i 69 % av journalerna, där var fjärde patient led av demens. Vid bedömning av patientens fysiska funktioner finns en plan över hur man skall tillfredsställa patientens behov och detta var något som var detaljerat planerat. En synpunkt som hade missats i dokumentationen var kontroll av hudens kondition. (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004).

I fyra procent av journalerna analyserades *brister i dokumentation* över hur man skulle främja patientens självständiga funktion. I resultaten som sågs var vårdarnas dokumentation för ytlig. Ett vanligt påstående var t.ex. ”Hjälpt patienten med de dagliga sysslorna”. I 48 % saknades dokumentation om hur och hur ofta man har vårdat patienten då det gäller att upprätthålla den fysiska funktionen hos patienten, samt en beskrivning av om det är en terapeutisk eller förebyggande syn som man har i vårdandet av denna patient (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004).

Det visade sig i Voutilainen, Isola & Muurinens undersökning att vissa frågor fick upp till 20 % nekande svar av repondenterna. Dessa frågor gällde främst bemötandet och tillfredsställandet av patientens fysiska behov, psykosociala välmåendet, samt ökandet av patientens egen självständighet. Det framkom att all patientdata inte fanns i journalerna, exempelvis hade 11 av 36 avdelningar en separat lista över patienternas tarmfunktion. I var tredje patientjournal fanns dokumenterat behandling och orsak till behandling som vårdpersonal utfört på avdelningen, samt information om varför patienten behövde just denna vård (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004).

En studie gjordes på hur poliklinikpatienten ser på kvaliteten av vården vid en poliklinik. Det visade sig att majoriteten vara nöjda med vården och gav polikliniken vitsorden nio eller tio (62 % - 79 %). Det som avvek från de goda vitsorden var att patienterna var lite missnöjda med *information* om hur länge besöket tar på polikliniken, men då började de skicka hem brev till patienterna där det framkom *information* om tidpunkten då undersökningar och vård utförs vid polikliniken. Där nämns det också hur länge besöket räcker och vilka undersökningar som är inplanerade. Då det sedan gjordes en uppföljning efter två år så ökade vitsorden på kvaliteten (Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002).

Det professionella kunnandet hos personalen och helheten i vårdandet och behandlingarna sågs som goda på de kirurgiska poliklinikerna, medan de inremedicinska poliklinikerna hade bättre resultat då man jämförde våren år 1997 och hösten år 1999, men då det gäller *information* till patienten så hade kirurgiska poliklinikerna högre resultat än inremedicinska (Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002).

I en undersökning kartlade man hur utbildad personalen inom sjukvården är i datorhantering och olika dataprogram som de bör kunna hantera i sitt arbete. Via enkät undersökningen om hur kunnig personalen är och vad personalen skulle behöva mera utbildning i kom det fram att över hälften (53 %) hade fått *skolning* på arbetsplatsen. T.o.m. 30 % hade fått *skolning* på den arbetsplats som de befinner sig på nu och resterande på förra arbetsplatsen. I enkätstudien skulle de svara på hur de själva ser sig kunna hantera datorn. Hela 57 % ansåg sig vara dåliga på det och (39 %) ganska dåliga. Bland dem som jobbade med pappersarbete och som var kontorsarbetare så var 50 % medelbra. I undersökningen såg man att åldern hade stor betydelse. I ålderskategorin 51-60 ansåg (53 %) att deras kunskaper var dåliga. Resultaten visar på att de som behöver mera *skolning* i datorhantering inom sjukvården var den äldre ålderskategorin (51-60), medan kontorsarbetarna behöver minst skolning. Hos vårdpersonalen behövdes mer skolning framförallt i användning av textprogram (Hämäläinen & Saranto, 2009).

Karlsens studie (2007) påvisade att sjukskötares vårddokumentation förbättrades så att den i större utsträckning än tidigare tillgodosåg professionella och lagenliga krav. Dokumentations systemens professionella kvalitet blev också bättre. Detta skedde genom en *skolningsdag* som hade som syfte att klargöra för sjukskötarna ifråga vad som behövde

förbättras. Efter *skolningsdagen* fick sjukskötarna en 2-3 månaders provotid för att försöka förbättra vårddokumentationen. (Karlsen, 2007).

Ett projekt inom vårddokumentation delades in i fyra projektfaser. Första fasen innebar att man utvecklade ett mätinstrument och riktlinjer för dokumentationen. I den andra fasen gjorde man upp ett standardvärde. I den tredje fasen utvecklade man och påbörjade en *undervisningsstrategi* och i den fjärde fasen utvärderade man mätinstrumentet. Vad gäller *undervisningsstrategin* utvecklade man en Powerpoint-presentation och sammankomster och obligatoriska undervisningsdagar introducerades för sjukhuset ifråga. En tjugo minuter lång presentation hölls för att belysa mätinstrumentets resultat och metoder för att förbättra dokumentationens kvalitet inklusive användningen av SAO-systemet. Undersökningens resultat visade en förbättring av kvaliteten på vårddokumentationen och i användningen av det s.k. SAO-systemet (Tranter, Bubnij, Dunford, Graham, Holland, Josland, Millar, Paulik, Sargeant & Tasker, 2009).

Winton, Celenza & Jackson (2008) klargjorde i sin studie att vårddokumentationen för endotrakeal intubation förbättrades efter det att personalen på en akutvårdsmottagning hade fått ta del av ett mångfaldigt *undervisningsprogram* och introducerats till en bestämd typ av *handledning* för dokumentation. De huvudsakliga elementen i dokumentationen, läkemedel och dos, storleken på intubationstuben, storleken på laryngoskopet, bestyrkandet av placeringen och kritiska ögonblick/svårigheter som man stött på, förbättrades. Fastställande information såsom patientens namn, födelse tid, datum samt tid för intubering och dess indikation fanns väl dokumenterat både före och efter undervisningsprogrammet och handledningen. Bedömningen av pre-anestesitypen (t.ex. tändernas tillstånd) fanns sällan dokumenterat.

En studie om utvärdering av kvalitets inverkan på vårddiagnoser, åtgärder och resultat på ett akutvårdssjukhus följdes av genomförandet av ett *skolningsprogram*. Resultatet av denna studie påvisade en betydande förbättring, tack vare det planerade genomförandet av *skolningsprogrammet*, på dokumentationskvaliteten av vårddiagnoser, vårdåtgärder och vårdresultat. Dokumentationen av vårddiagnoser avslöjade en betydande förbättring i att formulera vårddiagnostiska skötselråd, en betydande förbättring i att identifiera tecken/symptom samt korrekta etiologier. Målsättningarna för vården förbättrades också betydligt. Före *skolningsprogrammet* var målsättningarna för vården ofta utan samband med problemet ifråga. Målsättningarna fastställde inte etiologin inom problemframställningen.

Dokumentationen av vårdåtgärder påvisade en betydande ökning av att namnge och att planera konkret samt att tydligt nämna vårdåtgärder som visar vilken åtgärd som kommer att bli gjord, på vilket sätt, hur ofta och av vem. Detaljerade vårdåtgärder var inte endast sammankopplade med de konstaterade etiologierna, utan också riktade till att nå upp till målsättningarna för vården. Dokumentationen av vårdresultaten blev bättre p.g.a. en ökning av tillrättavise samband mellan vårddiagnoser, åtgärder och resultat (Muller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin & Achterberg, 2007).

7.3 Trygghet

Under underrubriken trygghet presenterar respondenterna sådana resultat som har att göra med tryggheten och säkerheten vad gäller vårddokumentationen.

Vid ankomsttillfället skall man se på patienten som skall genomgå en operation hur hudområdet vid operationsområdet ser ut och detta är *dokumenterat* i 78 % av fallen. Överkänslighet hos patienten var *dokumenterat* endast i 12 % av fallen. Säkerställandet av patienternas identitet vid ankomsten fanns *inte dokumenterat* i någon av de 120 journalerna. Aseptiken och desinficeringen av operationsstället fanns inte heller dokumenterat, men dock beskrevs renligheten under operationen i alla journaler. Kroppsställningen vid operationen fanns dokumenterat i 98 % av journalerna och om det byttes kroppsställning under operationen så dokumenterades detta. Hur såret fastsyddes och hur det gick till var också nedskrivet, samt slutresultatet i 66 % av journalerna. Sårets och kanylställets hudskick fanns dokumenterat i 100 % men det nämndes däremot inget om var såret ligger eller vilken sida kanylen ligger på. Eftervården dokumenterades i 76 % av journalerna (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009).

Vid *vårdapparatur* så var det bra dokumenterat när man påbörjat och när man avslutat detta hos alla patienter. Diatermapparatens användning och patientens värme var inte dokumenterade hos någon av patienterna, medan röntgenbild fanns hos alla, dock inget om strålningskydd. *Problem* vid operationen, t.ex. om handsken hade gått sönder, fanns dokumenterat i 18 patientjournaler (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009).

Vid ankomsten kom det inte fram något om patientens bakgrund eller diskussioner med patienten. Det skulle höra den emotionella, psykosociala och kulturella bakgrunden. Det nämdes inget om smärtpumpar och ingen *information* om dessa gavs åt patienten. Information om en sådan sak som att röra på benen efter operationen nämdes inte hos någon, men patientens subjektiva mående var dokumenterat i 36 % av journalerna (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009).

8 Tolkning

Respondenterna har tillsammans tolkat resultatet utifrån sin teoretiska bakgrund (vård processen) och sina teoretiska utgångspunkter (patientsäkerhet, trygghet, kontinuitet och kvalitetssäkring) samt till viss del också några tidigare forskningar om ämnet. För att göra studiens tolkning mera lättläst och strukturerad, har respondenterna valt att även här dela upp kategorierna med underrubriker och underkategorierna skrivs med *kursiv* stil (på samma sätt som i resultatredovisningen).

8.1 Struktur

Olika termer och förkortningar användes i journalerna (Kinnunen, Saranto & Ensio 2008). Respondenterna har tolkat detta som att användning av *olika termer* och *förkortningar* i vårddokumentationen kan leda till missförstånd och oklarheter t.ex. hos nyanställda. Det är viktigt att man för kontinuiteten i vårddokumentationen är medveten om vilka olika termer och förkortningar som används till vilka fenomen i vårddokumentationen. Detta för att inga oklarheter eller missförstånd skall uppstå hos vårdpersonalen.

Fysiologiska faktorer i samband med en operation är viktiga att dokumentera före, under och efter operationen. Till fysiologiska faktorer räknas patientens längd, vikt, andning, blodtryck, puls, bedövningsgrad, medvetandegrad, smärtbehandling och smärtbedömning (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009). Respondenterna har tolkat detta som att man genom att noggrant och omsorgsfullt dokumentera patientens fysiologiska faktorer främjar patientsäkerheten. Genom att ”slarva” med dokumentationen av patientens fysiologiska faktorer kan man missa någonting som är väsentligt i samband med vården av

patienten. Iyer & Camp (1999) betonar att man i samband med bedömningen av patienten skall upptäcka och dokumentera faktorer som kan bidra till en patientskada. På detta sätt kan man genom noggrann och omsorgsfull dokumentation av patientens fysiologiska faktorer, enligt respondenterna, också främja patientens trygghet.

Den svenska VIPS-modellen består av ett system av *nyckelord*. Den första nivån vad gäller *nyckelord* hänvisar till vårdprocessens olika steg; vårdhistoria, vårdstatus, vårddiagnos, mål, vårdåtgärd, resultat och utskrivning. Den andra nivån hänvisar till vårdhistoria, vårdstatus och vårdåtgärd. VIPS-modellens struktur gör det möjligt för sjukskötare att använda, spara, återfå och återanvända information (Rosendal Darmer, Ankersen, Nielsen, Landberger, Lippert & Egerod, 2006). Det vanligaste *nyckelordet* var ”psykosocial”. Därefter var de vanligaste nyckelorden av fysiologisk innebörd, varav ”smärta” var det vanligaste. Respondenterna har tolkat detta som att man genom denna VIPS-modell kan främja kontinuiteten i vårddokumentationen och därmed också vården av patienten, eftersom man kan använda, spara, återfå och återanvända information om patienten ifråga. Respondenterna har också tolkat att man som vårdpersonal oftast använder sådana nyckelord som har att göra med patientens psykosociala och fysiologiska faktorer.

Undervisningsinterventioner, såsom information, motiverande samtal, förklaringar, instruktioner och att sätta upp förväntningar, fanns inte dokumenterade på ett strukturerat sätt. Termer och uttryck som indikerar på undervisning är registrerade utan associering till patienternas behov av kunskap (Friberg, Bergh & Lepp, 2005). *Nyckelord* relaterade till pedagogiska aktiviteter användes inte i vårddokumentationen (Friberg, Bergh & Lepp, 2005). Respondenterna har tolkat dokumentationen av dessa undervisningsinterventioner mot trygghet och kvalitetssäkring. Patienters behov av kunskap måste kunna associeras till undervisningstermer och uttryck samt ev. i form av olika nyckelord i vård dokumentationen. På så sätt kan man öka tryggheten och kvalitetssäkringen i vårddokumentationen.

Som sjukskötare är det viktigt att veta, kunna ta reda på (av t.ex. patienters släktingar) och dokumentera *patienters kulturella bakgrund*. Det är också viktigt att patientjournalerna innehåller hänvisningar om patienters kommunikation och språk (Gebu, Åhsberg & Willman, 2007). Process faktorer påverkar direkt eller indirekt skeendet i vårdprocessen, t.ex. sociokulturella faktorer inom sjukvården (Eriksson 1985, 73-77, 81). Respondenterna kan se ett samband mellan studien ifråga och Erikssons vårdprocess, vad gäller

sociokulturella faktorer, eftersom kulturella omdömen, övertygelser och livsstilar är centrala faktorer för sjukskötare att förstå, för att kunna planera en effektiv vård åt patienten (Gebru, Åhsberg & Willman, 2007).

Strukturen vad gäller vårddokumentation kan indelas i den inträffade *händelsen* eller *situationen*, den vidtagna *åtgärden* och *resultatet* av den (Tranter, Bubnij, Dunford, Graham, Holland, Josland, Millar, Paulik, Sargeant & Tasker, 2009). Åtgärder kom också fram i en studie om vårddokumentation av risk, förebyggande och behandling av trycksår (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjødèn, 2001). Detta är något som enligt respondenterna främjar kontinuiteten i vårddokumentationen eftersom en omsorgsfull, lämplig och koncis dokumentation är en viktig faktor för att garantera patienten en evidensbaserad vård (Zierler- Brown, Brown, Chien & Blackburn 2007).

Kategorier och *klassificeringar* är något som kan skapa struktur i vårddokumentationen (von Krogh, Dale & Nåden, 2005). Kärkkäinen & Eriksson (2004) skapade också en klassifikation för omvårdad och vårdpraktik som överrensstämde med Erikssons vård processmodell. Klassifikation av trycksår kom också fram (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjødèn, 2001). Enligt respondenterna kan man dra paralleller mellan kategorier och klassificeringar samt vårdprocessen. Detta är något som sparar tid och är kunskapsgivande i sjukskötarens arbete. Med hjälp av kategorier och klassificeringar kan man skapa en bra struktur som är överskådlig i vårdarbetets dokumentation och som i sin tur främjar kontinuiteten.

Sjukskötare dokumenterar patienters *bedömning* genom tre olika diskurser; medicinsk, vård och informell (Irving, Treacy, Scott, Butler & MacNeela, 2006). Patientanalys innebär att man samlar in och analyserar data som rör patientens totala situation. Med hjälp av patientanalysen försöker man bilda sig en total bild av patienten. Genom den kontinuerliga patientanalysen (att registrera förbättringar och försämringar i patientens situation) kan man utvärdera vårdresultatet. (Eriksson, 1985, 56, 67-68). Respondenterna kan se likheter mellan bedömning och analys. Man behöver ha patientanalysen för att kunna göra en bedömning av patienten.

8.2 Kvalitet

Information är en viktig del i vården av patienten. Informationen åt patienten om dennes tillstånd samt vilka åtgärder som kommer att göras är viktig. Också det att patienten borde få mera *information* om patientens rättigheter vad gäller vården är en viktig punkt i *informationen* (Suhonen, Nenonen, Laukka & Välimäki, 2005; Hiidenhovi, Nojonen & Laippala, 2002) Hos ingen patient nämndes smärt pump och dess *information* åt patienten (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009). Här kan man dra paralleller till kvalitetssäkring i vården. Enligt Khan & Marklund (1995, 14) innebär en kvalitetssäkring att man definierar eller med andra ord granskar vad kvaliteten är och vad som behövs för att förbättra den. Motivet för att arbeta med kvalitetssäkring är en säker vård. Patientens trygghet ökar om han ges ökad kunskap om sin situation. Ökad kunskap ger också ökade möjligheter till att ta ställning till olika vårdhandlingsalternativ (Eriksson m.fl. 1993, 24). Patienten känner en större trygghet om han ges tillräckligt med *information* och då kan han också ta ställning till olika alternativ i sin vård.

Då det handlar om vårddokumentationen så kommer det upp en viktig punkt i att patientens *vårdplan* skall vara uppdaterad och att det dagligen har blivit dokumenterat om patienten. Det blir snabbt och slarvigt dokumenterat eller så glömmar man bort att dokumentera något som är viktigt. I vårdplanen bör det framkomma om fysiskt, psykiskt och psykosocialt välmående hos patienten. Det samma gäller daglig dokumentation om patientens vård (Voutilainen, Isola, & Muurinen, 2004). Detta är något som respondenterna anser har mycket gemensamt med vårdprocessen som en patientanalys som ger helhetsbilden av patienten. Vid regelbunden dokumentation ser man helheten av patientens mående, om den är förbättrad eller försämrad (Eriksson, 1985, 56, 67-68).

Brister i dokumentation sker i vårddokumentationen om man dokumenterar alltför kortfattat och därmed lämnar bort något viktigt. Det beskrivs sällan varför man gör som man gör. (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004). Här ser man att vårdprocessen kommer in för att analysera patienten och handlandet. Vårdprocessens faser är patientanalys, prioritering av vård, vårdhandling och till sist hur alla dessa faser hör samman (Eriksson, 1985, 20-22). Respondenterna kan se att detta också används i vårddokumentationen för att få en klar bild över vården.

Det framkom tydligt i resultatredovisningen att vårddokumentation är något som kräver *skolning*. Det var framförallt textprogram som det behövdes mer *skolning* i hos vårdpersonalen (Hämäläinen & Saranto, 2009). Karlsens studie (2007) visade att sjukskötares vårddokumentation förbättrades genom en *skolningsdag*, så att den i större utsträckning än tidigare tillgodosåg professionella och lagenliga krav. Dokumentations systemens professionella kvalitet blev också bättre. Respondenterna har tolkat detta som att skolning och skolningsdagar är något som säkrar kvaliteten i vårddokumentationen. I kapitlet om tidigare forskning ändrades distriktsskötares uppfattningar efter skolning och introduktion, så att tillfredsställelsen med den egna vårddokumentationen ökade (Törnkvist, Gardulf & Strender, 2003). Respondenterna har kunnat dra paralleller mellan dessa studier.

Ett projekt (med fyra projektfaser) inom vårddokumentation påvisade en förbättring av kvaliteten på vårddokumentationen med hjälp av bl.a. en *undervisningsstrategi* (Tranter, Bubnij, Dunford, Graham, Holland, Josland, Millar, Paulik, Sargeant, & Tasker, 2009). En undervisningsstrategi och enligt vilket system (t.ex. en Powerpoint-presentation) den görs är viktiga vad gäller att kvalitetssäkra vårddokumentation, enligt respondenterna. Man kan också här dra paralleller till en tidigare studie; Thoroddsen, A. och Ehnfors, M. (2007).

Handledning för personalen är något som också framkom som viktigt för vårdokumentationens kvalitet (Winton, Celenza & Jackson, 2008). God *handledning* och ett mångfaldigt *undervisningsprogram* i vårddokumentation för vårdpersonal förbättrar vårddokumentationens kvalitet och dess innehåll, vilket i sin tur främjar kontinuiteten och kvalitetssäkringen.

En betydande förbättring, tack vare genomförandet av ett *skolningsprogram* på dokumentationskvaliteten av vårddiagnoser, vårdåtgärder och vårdresultat, kunde påvisas. Dokumentationen av vårdresultaten blev bättre tack vare ett ökat tillrättaviserat samband mellan vårddiagnoser, åtgärder och resultat (Muller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin & Achterberg, 2007). Vårdprocessens faser är patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vårdhandling och vård samt att klargöra sambandet mellan de olika faserna (Eriksson, 1985, 20-22). Respondenterna har här tolkat att *skolningsprogrammet* ifråga gjorde att vårddokumentationen mera riktades in på vårdprocessen genom ett ökat samband mellan vårddiagnoser, åtgärder och resultat. *Skolningsprogram* i vårddokumentationen för vårdpersonal främjar också kontinuiteten och kvalitetssäkringen.

8.3 Trygghet

Överkänslighet hos patienten var *inte dokumenterad* i många journaler. Säkerställningen av att det är rätt patient vid ankomsttillfället var *inte dokumenterad* i någon journal. Aseptiken av operationsstället var *inte* heller *dokumenterad* (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009). I samband med bedömningen av patienten skall man upptäcka och dokumentera faktorer som kan bidra till en patientskada (Iyer & Camp 1999, 8, 55-56). Strävan till en trygg vård har alltid varit en ledande tanke (Eriksson m.fl., 1993, 22). Något som bör uppmärksammas i vården, som t.ex. allergier, bör finnas skrivet i journalhandlingarna (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009). Att *inte dokumentera* aseptik och säkerställningen av att patienten är den rätta gör patientens vård otrygg och kan eventuellt bidra till en patientskada. Detsamma gäller att låta bli att dokumentera ev. överkänslighet hos patienten. Om patienten blir utsatt för patientskada, är det inte bara patienten som blir lidande utan också vårdpersonalen som deltagit i dennes vård.

Påbörjandet och avslutandet av *vårdapparatur* var väldokumenterat. Däremot *problem* i samband med en operation var endast dokumenterat hos en liten del (Junttila, Leinonen, Salanterä & Tiusanen, 2009). Varje vårdåtgärd bör vara dokumenterad klart och tydligt i journalen (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009). Riskmoment skall rapporteras (Social- och hälsovårdsministeriet 2009:4, 3). Att dokumentera användningen av *vårdapparatur* ökar patientens trygghet och patient säkerheten. Genom att dokumentera och rapportera problem i samband med operationer, lär man sig något av dem. Detta främjar patientens trygghet och patientsäkerheten.

9 Kritisk granskning

Studiens kritiska granskning utgår från Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Larsson presenterar den övergripande strukturen som *kvaliteter i framställningen som helhet* (perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde), *kvaliteter i resultaten* (innebördsrikedom, struktur och teoritillskott) och *validitetskriterier* (diskurskriteriet, heuristiskt värde, empirisk förankring, konsistens och det pragmatiska kriteriet). När man använder sig av dessa kriterier kan de tjäna som hjälpmedel för att få fram vilka starka och svaga punkter ett vetenskapligt arbete har. De flesta arbeten har av olika skäl svaga punkter (Larsson, 1994, 165, 186).

Respondenterna har valt att basera sin kritiska granskning på *intern logik, struktur, etiskt värde* och *det pragmatiska kriteriet*, eftersom dessa anses vara relevanta vad gäller studiens kritiska granskning.

9.1 Intern logik

Larsson (1994) menar att den ursprungliga satsen harmoni bör råda mellan forskningsfrågan, antaganden om forskningen och det studerade fenomenets natur, datainsamlingen och analystekniken. Denna tanke bygger på den estetiska principen om att ett vetenskapligt arbete skall vara en väl sammanfogad konstruktion, ett slutet system (Larsson, 1994, 170).

Eftersom forskningsfrågorna har ändrat karaktär under studiens gång, har datainsamlingen varit omfattande och mångfaldig. På så sätt finns det forskningar i avsnittet om tidigare forskning som eventuellt inte anses vara relevanta för studien ifråga.

Detta är det allra första lärdomsprovet för respondenterna och på så sätt är de så kallade nybörjare inom ämnet. I början av studien visste man inte riktigt vad man skulle börja med och man sökte efter tidigare forskningar som handlade om vårdokumentation. Respondenterna menar att om frågeställningarna skulle ha varit klart definierade från studiens början, så kanske man hade försökt hitta sådana tidigare forskningar som mera behandlade frågeställningarna.

9.2 Struktur

Resultaten bör ha en struktur som är så enkel och klar som möjligt. Man skall framställa resultaten på ett sådant sätt som framhäver och tydliggör strukturen. Resultaten får inte vara ”suddiga”. Resonemang skall gå att följa utan att viktiga led är överhoppade (kravet på den röda tråden). En bra textstruktur innebär att man tydligt markerar vad som är huvudsak och vad som är bisak (Larsson, 1994, 173-175).

Respondenterna har gjort upp varsin resumé. I denna har man sammanfattat det viktigaste innehållet och på så sätt gjort det mera lättläst och överskådligt. I resultatredovisningen har respondenterna klargjort med hjälp av underrubriker och kursiv stil vad som är huvudsak och vad som är bisak.

9.3 Etiskt värde

Det är viktigt att en vetenskaplig studie har god etik. Grupper kan drabbas av de tolkningar och konklusioner som man gör. Som forskare skall man vara sanningsenlig och inte dra förhastade slutsatser som drabbar oskyldiga individer. Man bör avstå från att göra studien om den etiska hänsynen leder till osanna resultat. Som forskare är det svårt att fuska utan att själv veta om det (Larsson, 1994, 171-172).

Som forskare skall man inte korrumpas, t.ex. studeranden som är beroende av sina handledare är speciellt utsatta. Att ha otur med sin handledare kan innebära att man riskerar att hävda vad man uppfattar som sant, t.ex. om det kolliderar med handledarens egna intressen. Kvaliteter i det vetenskapliga arbetet innebär att man inte fuskar med vad man själv tycker är sant (Larsson, 1994, 171).

Respondenterna tycker sig inte ha dragit några förhastade slutsatser vad gäller vårddokumentation. Respondenterna har t.ex. inte tolkat resultaten till att sjukskötare dokumenterar sitt vårdarbete på ett visst sätt. På så sätt drabbar denna studie inte oskyldiga individer.

Respondenterna, som är vårdstuderande, tycker sig inte ha haft otur med sina handledare som handlett dem under studiens gång. Handledarnas egna intressen har aldrig diskuterats

eller kommit fram under studiens genomförande. Respondenterna har enligt sina egna åsikter inte på något sätt fuskat, utan hävdar i sin studie vad de själva uppfattar som sant.

9.4 Det pragmatiska kriteriet

Det pragmatiska kriteriet utformas som; *”Kvaliteten i analysen är avhängig i vilken utsträckning undervisning utifrån de beskrivna uppfattningarna kan resultera i ökad förståelse av visst innehåll”*. Det pragmatiska kriteriet handlar om validitetskriterier som lägger vikt vid de konsekvenser som följer av resultat i en kvalitativ studie. Det är viktigt hur man förmedlar resultaten till praktiken och att man talar om dess betydelse i verkligheten. Genom empiriskt förankrade tolkningar av verkligheten kan man åstadkomma en dynamik där man kan ifrågasätta tidigare tolkningar (Larsson, 1994, 185-186).

Respondenterna tycker sig inte ha ifrågasatt några tidigare tolkningar genom empiriskt förankrade tolkningar av verkligheten och på så sätt inte åstadkommit den sortens dynamik i sin studie. Detta är något som kan anses vara en brist för studien ifråga och som kunde ha tagits med.

10 Diskussion

Syftet med denna studie var att klargöra hur vårddokumentationen beskrivs och hur dess struktur ser ut idag. Vårddokumentationen är nuförtiden en stor del av sjukskötarens dagliga arbete, och något som kräver tid. Man bör också minnas att all dokumentering är juridiska dokument. Studien förväntades medföra svar på frågeställningarna ur både nationellt och internationellt perspektiv. Respondenterna anser att de har fått svar på sina frågeställningar, men att frågeställningarna har varit alltför ”flytande” och omfattande, de kunde ha preciserats mera. Från studiens början kunde man eventuellt ha riktat in sig på antingen nationella eller internationella forskningar.

I det här kapitlet kommer respondenterna att lyfta fram sådana resultat som har varit intresseväckande. Nyckelord, olika termer, kategorier och klassificeringar utgjorde vårdokumentationens struktur. Respondenterna har själva märkt genom sitt vårdarbete hur svårt det kan vara att dokumentera på rätt sätt. Respondenterna menar att det är svårt att

veta var man skall dokumentera vad, t.ex. patientens fot är rödaktig till färgen. Skall detta dokumenteras under nyckelorden "hud och vävnad" eller under "cirkulation och andning"?

Vad gäller att bibehålla och förbättra vårddokumentationens kvalitet, kom det tydligt fram att skolning och undervisning i vårddokumentation är något som främjar detta. Respondenterna har lämnat att fundera över om man som vårdpersonal med jämna mellanrum kunde delta i vårddokumentationsskolning? Kunde man på detta sätt kontinuerligt bibehålla vårddokumentationens kvalitet?

Vad gäller tryggheten i vårddokumentationen kom det fram i resultatredovisningen att viktiga aspekter ifråga om patientens trygghet ofta inte blev dokumenterade. Att noggrant dokumentera kan förebygga risken för en patientskada samt öka patientens trygghet och patientsäkerhet.

Respondenterna är själva nöjda med detta lärdomsprov som de har åstadkommit. Det finns dock alltid saker som man kan förbättra. Tolkningen kunde ha varit mera omfattande vad gäller tolkning mot tidigare forskningar. Respondenterna menar att om frågeställningarna skulle ha varit klart definierade från studiens början, så kanske man hade hittat sådana tidigare forskningar som mera behandlade frågeställningarna. Syftet med att dela upp den nationella och internationella delen var inte att jämföra de båda delarna senare. Detta är också något som kunde ha gett studien ett djupare perspektiv, om man skulle ha valt att ta med det.

Den teoretiska bakgrunden passade bra som "ram" för studien. De teoretiska utgångspunkterna anser respondenterna var lämpliga för studien. Man kunde dock ha beskrivit mera ingående varför man valt just dessa utgångspunkter.

Man kan alltid forska vidare inom detta omfattande ämne. I vidare forskning kunde man välja att forska mera ingående i, och eventuellt med en annan undersökningsmetod, endast en liten del som har att göra med vårddokumentation, t.ex. hur vårdåtgärder blir dokumenterade. Detta lärdomsprov behandlar ämnet ifråga ganska ytligt och är inte så djupgående. Om man däremot skulle rikta in sig på ett visst specifikt problem ifråga inom vårddokumentation, skulle man eventuellt få ett mera djupgående perspektiv.

Litteratur

Alquraini, H., Majeed Alashem A., Makhdoom, A. Shah & Chowdhyny Rafiqul I. (2007). Factors influencing nurses` attitudes towards the use of computerized health information systems in Kuwaiti hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 375-381.

Ammanwerth, E., Mansmann, U., Iller, C. & Eichstädter, R. (2002). *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association*, 2003, 10, 69-84.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 402-410.

Cascio, B., Wilckens J., Ain, M., Toulson, C. & Frassica, J. (2005). Documentation of Acute Compartment Syndrome at an Academic Health-Care Center. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 87- A (2), 346-350.

Dahl, I. & Hasselgren, A-M. (1991). *Kvalitet i vården*, Lund: Studentlitteratur.

Darbyshire, P. (2004). Rage against the machine? Nurses` and midwives` experiences of using computerized patient information systems for clinical information. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 17-25.

Davis, J., Zayat, E., Urton, M., Belgum, A. & Hill, M. (2008). Communicating evidence in clinical documentation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2008, 55, 249-255.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Vårdförbundet, Stockholm. Stockholm: Bromma-förlag AB.

eNNI [u.å.]. [Online] <http://www.amk.fi/eni/> (hämtat 25.11.2010).

Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (1999). Patient Problems, Needs, and Nursing Diagnoses in Swedish Nursing Home Records. *Nursing Diagnosis*, 10 (2), 65-76).

Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen*. (3. uppl.) Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Eriksson, K., Byfält, H., Leijonqvist, G-B., Nyberg, K. & Uuspää B. (1993). *Vårdteknologi*. Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Friberg, F., Bergh, A-L. & Lepp, M. (2005). In search of details of patient teaching in nursing documentation-an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15, 1550-1558.

Gebru, K., Åhsberg, E. & Willman, A. (2006). Nursing and medical documentation on patients`cultural background. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 2056- 2065.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Författarna och Studentlitteratur.

Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. & Sjødèn P-O. (2000). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers-nursing staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2001, 15, 257-263.

Gustafsson, B. & Kolvered, M. (2003). *PeriOP-VIPS*. Lund: Studentlitteratur.

Hiidenhovi, H., Nojonen, K. & Laippala, P. (2002). Measurement of outpatients´ views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 59-67.

Hill-Westmoreland, E. & Gruber-Baldini, A. (2005). Falls Documentation in Nursing Homes: Agreement Between the Minimum Data Set and Chart Abstractions of Medical and Nursing Documentation. *JAGS (Journal of the American Geriatrics Society)*, 2005, 53, 268-273.

Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Butler, M. & MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 151-159.

Iyer, P. & Camp, N. (1999). *Nursing Documentation-A nursing process approach*. (3. uppl.) R.R. Donnelley & Sons Company.

Jensdóttir, A-B., Jónsson, P., Noro, A., Jonsén, E., Ljunggren, G., Finne-Soveri, H., Schroll, M., Grue, E. & Björnsson, J. (2007). Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care- patient records compared with standardized assessment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2008, 22, 341-347.

Junttila, K., Salanterä, S. & Hupli, M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (3), 271-280.

Kabir, A., Hanson, R., Mellis, CM. & Van Asperen, PP. (1998). Is asthma documentation improved by computer-facilitated data entry? *Journal of Quality in Clinical Practice*, 1998, 18, 187-193.

Karlsen, R. (2007). Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 573-577.

Khan, I. & Marklund, B. (1995). *Kvalitetssäkring i öppen vård*. FoU rapport 46. Vårdförbundet SHSTF, Stockholm. Stockholm: Realtryck.

Ketola, E., Merikallio & J. (2009) Mistä apua perushuollon työn kehittämiseen? *Duodecim*, 2009, 125, 1877-80.

Kinnunen, U-M., Saranto, K., & Ensio, A. (2008). Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede* 20, (2) ,70-81.

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research-an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 977-984.

Kleinbeck, Susan V. M. & Dopp, Annette M. (2005). The perioperative Nursing Data Set- A new language for documenting care. *AORN Journal*, 82 (6).

von Krogh, G., Dale, C. & Nåden, D. (2005). A Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (3), 275-381.

von Krogh, G. & Nåden, D. (2007). A Nursing- Specific Model of EPR Documentation: Organizational and Professional Requirements. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (1), 68-75.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-5.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 229-236.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Leth, D., Hostrup, H. & Thulstrup, A-M. (2005). Kan auditredskabet Cat-ch-Ing anvendes til måling af kvaliteten i sygeplejedokumentation baseret på VIPS-modellen? *Vård i Norden*, 25 (2), 4-8,

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. (2008). *Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa*. [Online]

http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

(hämtat 01.03.2010).

Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M-A. & van Achterberg, T. (2007). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses,

Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18 (1), 5-17.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Orb, A., Eisenhauer, L. & Wynaden, D. (2001). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 93-96.

Pakhomov, S., Jacobsen, S., Chute, C. & Roger, V. (2008). Agreement Between Patient-reported Symptoms and Their Documentation in the Medical Record. *AJMC-American Journal of Managed Care*, 14 (8), 530-539.

Palviainen, J., Kankkunen, P., & Suominen, T. (2005). Pitkääikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoitotyön kirjaaminen, pro gradu. *Kuopion yliopisto hoitotieteen laitos, Kipuviesti*, 2005.

Patel & Davidson (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. (2009). Nurses' perceptions of pain assessment in premature infants receiving intensive care. *Hoitotiede*, 21(2), 86-89.

Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod I. (2006). Nursing documentation audit-the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 525-534.

Saletnik, L-A., Niedlinger, M. & Wilson, M. (2008). Nursing resource considerations for implementing an electronic documentation system. *AORN Journal*, 87 (3), 585-596.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.

Sarvimäki, A. & Stenbock- Hult, B. (1991). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Sjöholm, Å. (2003). *Läkartidningen*, 100 (30-31), 2461.

Social- och hälsovårdsministeriet (2009:4). *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans -Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013*. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

Socialstyrelsen (2003). *Patientsäkerhet vid elektronisk vårddokumentation. Rapport från verksamhetstillsyn 2003 i ett sjukvårdsdistrikt inom norra regionen*. [Online]

<http://www.vgregion.se/upload/AmbuLink/Arkiverat/Patients%C3%A4kerhet%20vid%20elektronisk%20v%C3%A5rddokumentation.pdf> (hämtat 13.9. 2010).

Statens författningsdata Finlex.

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) [Online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559> (hämtat 14.9.2010).

Lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785) [Online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> (hämtat 14.9.2010).

Social- och hälsovårdministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) [Online]

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298> (hämtat 19.5.2010).

Suhonen, R., Laukka, H. & Välimäki, M. (2005) Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1167-1176.

Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2006). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 1826-1838.

Thurén, T. (2004). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB.

Tiusanen, T., Junttila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. (2009). Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede*, 21 (4), 269-281.

Tranter, S., Bubnij, S., Dunford, M., Graham, J., Holland, G., Josland, E., Millar, R., Paulik, O., Sargeant, C. & Tasker, N. (2009). A hospital wide nursing documentation project. *Australian Nursing Journal*, 17 (5), 34-36.

Törnkvist, L., Gardulf, A. & Strender, L-E. (2002). Effekts of 'pain-advicers': district nurses' opinions regarding their own knowledge, management and documentation of patients in chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2003, 17, 332-338.

Törnvall, E., Wahren, L-K. & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*, 2007, 15, 634-642.

Vainiomäki, S., Kuusela, M., Vainiomäki, P. & Rautava, P. (2008). The Quality of elektronik patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of primary health care* 26, 117-122.

Wang, J., Grossman, H., Langhoff, E., Rosendorff, C. & Silverman J. (2006). Electronic versus paper-based nursing documentation systems: The caregivers weigh in. *JAGS*, 54 (10), 1625-1626.

Webster, J., Davis, J., Holt, V., Stallan, G., New, K. & Yegdich, T. (2003). Australian Nurses`and midwives`knowledge of computers and their attitudes to using them in their practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (2), 140-146.

Winton, J., Celenza, A. & Jackson, T. (2008). Improving documentation of endotracheal intubation in an adult emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 2008, 20, 488-493.

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes- state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2004, 18, 72-81.

Zierler-Brown, S., Brown, T., Chen, D. & Blackburn, R.W. (2007). Clinical documentation for patient care: Models, concepts, and liability considerations for pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2007, 64, 1857-1858.

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat
Hiidenhovi, H Nojonen, K & Laippala, P (2002)	Syftet med denna studie var att få en bild av kvaliteten på polikliniker ur patientens syn. Och detta skulle användas för att förbättra kvaliteten.	Tre veckors period mellan åren 1997 och 1999 på 13-19 polikliniker. Samlade data via frågeformulär som patienter fick. De var utformade för att mäta kvaliteten på poliklinikerna.	Majoriteten av de som svarat på enkäten var nöjda och gav vitsorden 9-10 på kvaliteten. Det kom fram att patienterna var missnöjda med informationen om bland annat hur länge det reserverats tid för just denne patient. Därefter skickades hem informationen om längden på besöket för denne patient och siffrorna steg efter två år.
Hämäläinen, V & Saranto, K (2009)	Få en bild över personalens datakunskap och behov av mera skolning.	Frågeformulär, där 125 st skickades ut åt vårdare inom specialsjukvården varav 99 svarade.	Över hälften (53 %) hade fått dataskolning på arbetsplatsen. Dålig datakunskap ansåg 57 %, ganska dåligt 39 %. Åldern hade stor betydelse.
Kinnunen, U-M, Saranto, K & Ensio, A (2008)	Få en bild över hur sårvården dokumenteras elektroniskt. Enligt SHToL-vävnadshelhet.	Data samlades in via patientdokument från år 2003. där det hade använts SHToL-tabellen	Hos både akuta- och kroniska sårvården uppfyllde delvis kriterierna. Olika termer och förkortningar användes väl. För att få sammanfattat resultatet gjordes en TIME- modell.

Suhonen, R Nenonen, H Laukka, A & Välimäki, M (2005)	Studien tar fram information som patienter får och jämför informationen med patienternas syn och önskemål.	Frågeformulär (928st) till vuxna patienter på ett sjukhus i Finland. Därefter analyserades och sattes upp en statistisk tabell.	Patienterna såg informationen om sin sjukdom och vård som god. Det kom också fram att dagliga måendet hos patienten, eftervården och patientens rättigheter inte togs upp lika ofta.
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tiusanen, T Junttila, K Leinonen, T & Salanterä, S (2009)	Att få en översikt över vårddokumentationens kvalitet hos perioperativa vården.	Analys av 50 patienter, 2-3 veckors period vid en kirurgisk avdelning enligt patienternas journaler.	Resultaten visade att dåligt dokumenterat var måendet information och problem som uppstått, däremot bedövning, smärtbehandling och eftervård var bra dokumenterade.
Vainiomäki, S Kuusela, M Vainiomäki, P & Rautava, P (2008)	Vårddokumentationens kvalitet utvärderas, välgjord dokumentation är basen till god vård.	Fyra hälsovårds stationer, och tre olika program, 175 patientjournaler analyseras.	Orsak till besöket dokumenterat hos (79%), patient anamnes hos(32%), om fallet var akut framkom bra, diagnos(90%).
Voutilainen, P Isola, A & Muurinen, S (2004)	Syftet med denna studie var att söka svar på om patientens behov är med i vårdplanen och dess kvalitet i dokumentationen.	Data samlades in från 36 avdelningar från fyra vårdhem, 322 journaler.	73 % av journalerna hade en uppdaterad vårdplan. Det kom fram att var fjärde patient led av demens. Fysiska funktionens dokumentation var god och självständiga funktionens dokumentation nämndes dåligt.

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat
Friberg, F., Bergh, A-L. och Lepp, M. (2006)	Att identifiera termer och uttryck som indikerar på patientens behov av kunskap, förståelse och undervisning, som dokumenterats i vårdjournalen.	Man analyserade 35 patientjournaler som samlats in från en medicinsk avdelning på ett sjukhus i Sverige.	Vad beträffar vårddokumentationen visade resultatet att innehållet och strukturen av de pedagogiska aktiviteterna är splittrat och vagt.
Gebru, K., Åhsberg, E. och Willman, A. (2007)	Att undersöka om och i vilken utsträckning vårdjournaler på den enhet där patienten avlidit innehåller anteckningar om patientens kulturella bakgrund.	Att analysera arkivdata från terminalvårdspatienter. Stickprovet bestod av 121 journaler från patienter över 65 år. Anteckningar identifierades, kodades och kategoriserades med hjälp av Leiningers "Sunrise"-modell.	Vissa faktorer hittades i alla journaler och alla faktorer, förutom teknologiska sådana, kunde spåras i patientens journal. Information om folkslag kunde inte hittas.
Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. och Sjödèn, P-O. (2001)	Att undersöka sjukskötares och vårdassistenters kunskap om risk, förebyggande och behandling av trycksår före genomförandet av ett system för riskbedömning och klassificering av trycksår för patienter med höftfraktur. Man ville också undersöka om sjukskötarna dokumenterade genomförandet i patientens journal och i vilken utsträckning rapporterades och dokumenterades genomföranden som överensstämde med svenska kvalitetsriktlinjer.	Frågeformulär som skickades till sjukskötare och vårdassistenter (sammanlagt 85 stycken) samt journaler av alla patienter med höftfraktur granskades (sammanlagt 55 stycken).	Vissa förebyggande åtgärder rapporterades med jämna mellanrum och dokumenterades i viss utsträckning. Näringsstöd, minskning av friktion och bristning, hygien, hudfukt och patientundervisning rapporterades i viss utsträckning men blev inte alls dokumenterat.

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat
Karlsen, R. (2007)	Att personalen på ett norskt psykiatriskt sjukhus skulle bli medveten om det egna språkbrukets oavsiktliga följder.	Att analysera 32 anonyma patientjournaler som personalen själv hade skrivit. Efter analysen arrangerade man en skolningsdag (vars syfte var att klargöra vad som behövdes förbättras) för personalen.	Ett dokumentations system som i större utsträckning tillgodosåg aktuella, professionella och lagenliga krav.
von Krogh, G., Dale, C. och Nåden, D. (2005)	Att beskriva de metoder som används till att strukturera upp ett system som omfattar vårdkunskap, fungerar som en kognitiv plan för läkare och ökar effektiviteten till att använda terminologi från <i>North American Diagnosis Association (NANDA)</i> , <i>Nursing Intervention Classification (NIC)</i> och <i>Nursing Outcome Classification (NOC)</i> tillsammans i den elektroniska patientjournalen.	Taxonomin från de olika terminologierna blev integrerade för att forma en struktur av områden och klassificeringar. Man använde sig också av Walker och Avants (1983, 1988) metod för att konstruera nya begrepp och sammanställningar av begrepp.	Organiserat system med åtta områden (fysiologiskt, funktionellt, psykologiskt-kognitivt, säkerhet, existentiellt, livsstil, familj och omgivning) samt 29 klassificeringar.
Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. och Egerod, I. (2006)	Att beskriva sjukskötares tillgivenhet till VIPS-modellen genom att utvärdera kvaliteten på vårdbedömning och kvantiteten på avslutade vårdplaner.	Retrospektiv, där sammanlagt 600 ospecifikt utvalda journaler från olika avdelningar blev granskade årsvis i tre års tid genom Cat-ch-Ing-instrumentet.	Vårdokumentationen förbättrades avsevärt.

Författare och årtal	Syfte	Metod	Resultat
Winton, J, Celenza, A. och Jackson, T. (2008)	Att utvärdera effekten av undervisning om dokumentationsformen för lämplig dokumentation av intubation på en akutvårdsmottagning.	Man analyserade strukturerade medicinska journaler från ett sjukhus i Perth, Australien, både före (61 stycken) och efter (68 stycken) ett undervisningsprogram och en introduktion, av en speciellt formad handbok för dokumentation.	Dokumentationen förbättrades efter undervisningen och introduktionen av handboken för dokumentation.