

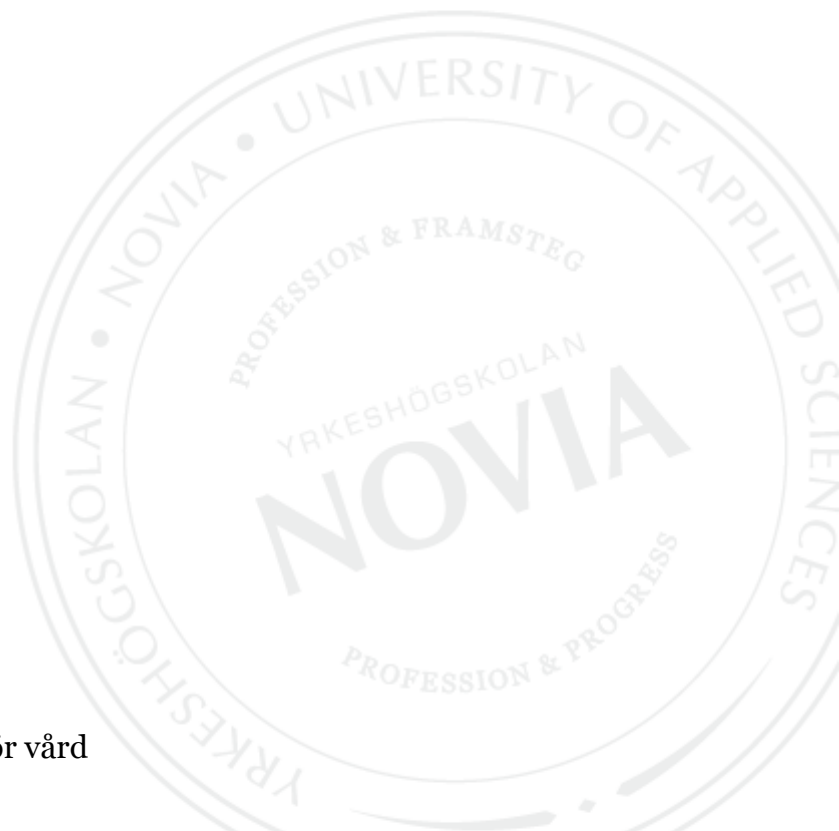
Den elektroniska dokumentationens inverkan på vårdkvaliteten

Jenny Gustafsson

Examensarbete

Utbildningsprogrammet för vård

Hammarland



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Gustafsson

Utbildningsprogram och ort: Vård Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vård

Handledare: Minna Syrjäläinen/Lindberg

Titel: Den elektroniska dokumentationens inverkan på vårdkvaliteten

Datum 8.3.2012

Sidantal 17

Bilagor 2

Sammanfattning

Syftet med examensarbetet var med hjälp av litteraturöversikten utreda hur elektronisk vårddokumentation inverkar på vårdkvaliteten och att få beslutsfattarna i min hemkommun att förstå varför det är bättre med elektronisk vårddokumentation än pappersvårddokumentation. Frågeställningarna i denna studie är: Vilka positiva och negativa effekter elektronisk vårddokumentation har och på vilket sätt vårdkvaliteten påverkar genom sig utav elektronisk vårddokumentation.

Datasökningen har gjorts dels i manuellt, i böcker, handböcker och dels i databaser Chinal, Ebsco och PubMed.

Studien visar att användningen av elektronisk vårddokumentation i olika organisationer inom vården ger patienten en bättre vårdkvalitet och effektiviteten ökar genom elektronisk vårddokumentation. Syftet med att använda sig utav elektronisk vårddokumentation är att trygga den fortsatta vården av patienten som ska tillgodose patientens rätt till information och som stöd för ledning och planering av vårdarbete. Dessutom får hela vårdteamet tillgång till informationen om patienten, utan att behöva samsas om en pappersjournal.

Elektronisk vårddokumentation är inte bara ett redskap för dokumentation av patientinformation, den är i lika hög grad ett redskap för kliniskt beslutsstöd. Med hjälp av litteraturöversikten utarbetade jag min produkt som är en broschyr och en Power Point som är ett visuellt stöd i mitt framförande för beslutsfattarna.

Språk: svenska Nyckelord: Vårddokumentation, dokumentation, vårdkvalitet, elektroniskvårddokumentation,

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Gustafsson

Degree Programme: Vård Åbo

Specialization: Sjukskötare (YH)

Supervisors: Minna Syrjäläinen/Lindberg

Title: Electronic documentation impact on quality of care

Date 8.3.2012

Number of pages 17

Appendices 2

Summary

The Purpose of this Bachelor's thesis is to describe how electronic care documentation affects care quality and to help the decision-makers in my home town understand why it is better with electronic care documentation, rather than care documentation in paper. There are two research questions for this study: what positive and the negative effects electronic care documentation has, as well as in which way the care quality affects the use of electronic care documentation.

The method used is partly research in literature, books and scientific articles surrounding the subjects and partly searching through Chinal, Ebsco and Pubmed.

The study shows that the use of electronic care documentation in different organizations in health care gives the patient a better care quality and efficiency increases through the use of care documentation.

The purpose of using electronic care documentation is to secure the continued care of the patient, to satisfy the patient's right to information and support for management and planning of care work. The care team also has access to information about the patient, without waiting until the paper journal is available. Electronic care documentation is not just a tool for documentation of the patient, it is also just as important as a tool for clinical decision making.

Language: Swedish

Key words: Care documentation, documentation, care quality, electronic documentation,

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2 Elektronisk vårddokumentation	3
2.2 Förändringsprocessen kring vårddokumentation	5
2.3 Lagar och förordningar för vårddokumentation	6
3 Mot bättre vårdkvalitet.....	7
3.1 Kvalitetsarbete	8
3.3 Utveckling av vårddokumentation	9
4 Den elektroniska dokumentationens vårdkvalitet.....	9
5. Sammanfattning	11
6 Förverkligande av min produkt.....	13
7 Diskussion.....	14
Källförteckning	17

Bilaga 1 Power Point

Bilaga 2 Broschyr

1. Inledning

Jag har valt att skriva mitt examensarbete om elektronisk vårddokumentation av patientjournaler. Jag valde att skriva om ämnet, eftersom servicehemmet för äldre där jag arbetar dokumenterar i pappersjournaler. Målet är att min arbetsplats skall övergå till elektronisk vårddokumentation inom en snar framtid, och att jag skall få beslutsfattarna att förstå vikten med att använda sig av elektronisk vårddokumentation.

Användningen av elektronisk vårddokumentation innebär en ökad effektivitet och vårdkvalitet blir högre, vilket ökar patientsäkerheten. Dokumentation av behandling och omvårdnad har under senare år blivit en allt viktigare del av sjukvårdsarbetet. Trots betydande tidsåtgång brister dokumentationen ofta i kvalitet och också innehållsmässigt.(Sandstedt 2008, s.200).

Omsorgsfull vårddokumentation är ett av det mest kraftfulla verktygen för att utveckla patientvården i positiv riktning. Vårddokumentationen kan ha en avgörande betydelse för omvårdnadens kvalitet, för utvecklingen av omvårdnads kunskap och är en förutsättning för kvalitetssäkring inom omvårdnad. En god vårddokumentation kan medverka till att förbättra patientsäkerheten och göra omvårdnadsarbete mera synligt och nyanserat, och förbättrar kommunikationen och minskar den muntliga rapporteringstiden mellan olika vårdgivare.(Ehnfors & Thorell- Ekstrand, 2000 s. 14).

Att dokumentera omvårdnaden på ett omsorgsfullt sätt i patientens journal är en väsentlig åtgärd för att utveckla patientvården i positiv riktning. Det är viktigt med tanke på omvårdnadens kvalitet, utvecklingen av omvårdnads kunskap och det är en självklar grund för kvalitetsutveckling inom omvårdnad. Dokumentation kan också medverka till att patientsäkerheten förbättras, att omvårdnadsarbetet blir synligt och mera nyanserat, och att kommunikationen förbättras och den muntliga rapporteringstiden mellan olika vårdgivare minskar.(Ehnfors 2005, s.14).

Vårddokumentation innebär att, som vårdpersonal lägga fram ett dokument som ett bevismaterial eller för att understödja en uppfattning. Det mest centrala är

dokumentationen i patientjournalen, där omvårdnadsdokumentation utgör en självständig del. En patientjournal skall ge en bild av det som sker med patienten under vård och behandlingsförloppet. Sjukskötaren har skyldighet att dokumentera sina bedömningar och handlingar.(Kristoffersen 2006, s. 104). Huvud syfte med att dokumentera är att säkerställa att patienten får en god kvalitativ omvårdnad. Dokumentationen skall bidra till kontinuitet och kvalitet i omhändertagandet av varje patient. Patientens kunskaper och resurser är lika viktiga oberoende om man skriver på papper eller dator.(Kristoffersen 2006, s. 147). Dokumentationens främsta syfte är att nå en hög kvalitet inom vården genom dokumentation av de uppgifter som behövs för en god och säker vård (Fäldt, Hansson, Emilsson & Sanden 2009, s. 20).

Examensarbetet består av två delar, en litteraturöversikt och en produkt som är en triangelformad broschyr. Den triangelformade broschyren skall vara ett stöd till beslutsfattarna, och jag använder mig också av en Power Point presentation vid framförandet.

Syfte är att med hjälp av litteratur utreda hur den elektroniska vårddokumentationen inverkar på vårdkvaliteten.

Frågeställningar är:

1. Vilka positiva och negativa effekter har elektronisk vårddokumentation inom vården?
2. På vilket sätt påverkar vårdkvaliteten genom att använda sig av elektronisk vårddokumentation?

Mitt examensarbete grundar sig på litteraturstudier, aktuella forskningar och forskningsresultat. Med hjälp av litteraturöversikten utarbetar jag min produkt som är en triangelpyramids broschyr och Power Point som jag skall ha i mitt framförande till beslutsfattarna. Broschyren är ett visuellt stöd till beslutsfattarna. I broschyren tar jag fram fakta om dokumentation, fördelar med elektronisk vårddokumentation och om hur många organisationer/verksamheter som använder sig av elektronisk vårddokumentation i Finland. Mina förväntningar av examens arbete, är att beslutsfattarna i min kommun skall förstå varför det är bättre att använda sig av elektronisk vårddokumentation, och målet är att få elektronisk vårddokumentation budgeterat till arbetsplatsen inom en snar framtid.

Jag har sökt litteratur via biblioteken, Mariehamns stadsbibliotek, Yrkeshögskolan Novia på biblioteket, samt via nätet. Följande databaser har använts i datainsamlingsprocessen: Pubmed, SweMed och artiklar från EBSCOs Academic search Elite. Sökorden har varit vårddokumentation, dokumentation, vårdkvalitet, electronic documentation, carequality, nursing documentation, nurses.

I första skedet av informationssökningen hittades några relevanta artiklar och material. Vid bearbetningen av materialet visade det sig att flertalet av artiklarna inte motsvarade min frågeställning varför de lades åt sidan. Sökandet efter relevant litteratur, artiklar och forskarrapporter har fortgått under arbetets gång.

2 Elektronisk vårddokumentation

Elektronisk vårddokumentation togs i bruk 1982 i Finland. Det har funnits ända från 1960 någon sorts datasystem. Men på grund utav lagar som trädde i kraft 2007 så är det många vårdenheter som använder sig av elektronisk vårddokumentation i Finland. Sedan dess borde alla använda sig av det, och också ändra sitt arbetssätt. (Kuusisto 2008, s. 12).

Social och hälsovårdsministeriet beställde från Institutet hälsa och välfärd om en undersökning för att se hur många sjukhus, hälsocentraler och privata aktörer använde sig utav elektronisk vårddokumentation år 2007 i hela Finland. Undersökningen visade ett resultat på att 99,1 % använder sig av elektronisk vårddokumentation. (Winblad 2008, s. 43).

Den elektroniska vårddokumentationen är ett hjälpmedel som är avsett för att förbättra hälso- och sjukvården. Med en elektronisk vårddokumentation kan samma uppgifter användas för olika ändamål som till exempel läkemedelsanvändningen. När läkaren ordinerar läkemedlet i den elektroniska vårddokumentationen går dessa uppgifter till sjuksköterskan som ska administrera läkemedlet. Att uppgifterna bara skrivs på ett ställe, är mycket viktigt från säkerhetssynpunkt. Om man skriver på fler ställen är risken större att det blir fel. Patientens kunskaper och resurser är lika viktigt oberoende om man skriver på papper eller dator. (Kristofersson 2006, s. 147).

Elektronisk vårddokumentation är inte bara ett redskap för dokumentation av patientinformation. Den är i lika hög grad ett redskap för kliniskt beslutsstöd.

Utvecklingen av en bra vårddokumentation kräver därför att alla yrkesgrupper och discipliner inom hälso- och sjukvården specificerar sina bidrag till patientens hälsa och utifrån detta definierar vilken information och dokumentation de behöver för att kunna utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt. Vilket gör att man får den bästa utgångspunkten att gå in i ett professionsövergripande samarbete om utvecklingen av en gemensam vårddokumentation, där alla grupper av klinisk hälso- och sjukvårdspersonal kan finna den nyckelinformation som ger stöd i deras beslutsfattande. (Ruland 2002, s. 108).

Kuusisto (2010) har fått fram i sin undersökning att det också finns negativa faktorer av att använda sig av elektronisk vårddokumentation såsom köandet till datorerna, finns inte tillräckligt med datorer på arbetsplatsen, vilket gör att sjuksköterskorna ofta måste bli övertid (Kuusisto 2010, s. 16). IT-stöd inom hälso- och sjukvården är av största vikt för att förbättra vårdkvaliteten, effektivera vården och öka patientsäkerheten. Den sammanhållna elektroniska vårddokumentationen är det viktigaste redskapet för att uppnå dessa effekter (Östman 2006, s. 10).

Darbyshire, P. (2004) gjorde en studie vars syfte var att undersöka den kliniska sjuksköterskans uppfattning och förståelse för ett datoriserat informationssystem i det dagliga arbetet. Metoden som användes för studien var 13 fokusgrupper som involverade 53 sjuksköterskor från sjukhus i fem australiensiska stater. Resultatet visade att klinikernas erfarenheter kategoriseras av digital besvikelse och elektronisk duglighet. Klinikerna rapporterade i allmänhet att datoriseringen varken hade höjt deras kliniska arbete och patientvården eller hade förbättrat patientens resultat (Darbyshire 2004, s.17).

Den elektroniska vårddokumentationen skall samla all nödvändig information om en patient och vara fokuserad på vårdprocesserna runt patienten för att säkerställa en bra, trygg och säker vård. Det kan uppstå konflikter mellan behov och tillgängliga resurser eftersom kommunernas ekonomiska situationer i många fall är dålig. Tar man i bruk it lösningar så leder de till en optimal resursutnyttjande. Med hjälp av kloka it lösningar kan vårdpersonalen fungera optimalt och arbetet flyter smidigare, samtidigt som informationen används effektivt.(Östman 2006, s.10).

Det största hindret till att använda sig av elektronisk vårddokumentation är tidsbristen. Innan vårddokumentationen har blivit en självklar rutin kan dokumentationstiden behöva schemaläggas. En lämplig tid för detta är efter eftermiddagsrapporten. Vissa arbetsuppgifter som sjuksköterskan inte har hunnit med under förmiddagen behöver hon då ha möjlighet att lämna över till sin kvällskollega för att få tid över till journalöverföring. Det tar oftast lång tid att lära sig att föra journal.(Björkvell 2010, s. 32).

2.2 Förändringsprocessen kring vårddokumentation

I vårt samhälle tillförs det ständigt ny kunskap, vilket i sin tur ger förutsättningar för en kontinuerlig förändringsprocess som vi måste vänja oss vid och medverka. Många upplever förändringar som otrygghet, man tappar kontrollen över något som länge har varit välkänt, som man ansett sig klara av. Införande av en adekvat vårddokumentation är i sig en förändring och synliggör ofta behovet av andra förändringar . Anledningen är sannolikt att dokumentation handlar om att sätta ord på åtgärder och fenomen . När vi sätter ord på något tidigare namnlöst, lyfts det fram i ljuset, blir synligt och vi ges en chans att granska det. Det kan gälla arbetsrutiner, arbetsfördelning m.m. På arbetsplatser med en harmonisk arbetsplats och en bra och tydlig ledare kan förändringar ske smärtfritt. Ibland behövs det inte särskilt stora förändringar för att vårddokumentationen skall fungera. Det viktigaste i förändringsarbete är att ha ett öppet sinne och fantasi för vad som är möjligt att förändra, att våga gå utanför det vanliga och söka nytt (Björkvell 2010, sid. 27).

Alla sjuksköterskor tycker inte om tanken att införa ett nytt sätt att dokumentera på. Nyttan med en strukturerad omvårdnadsdel i journalen är inte genast helt tydlig. Många upplever att en ytterligare arbetsuppgift läggs till, i en redan stressad arbetsmiljö, trots att man vet fördelarna och nyttan med vårddokumentation och ser fram emot att få en väl fungerade journalföring. Risker är att man ger upp i frustrationen över att det tar tid innan det fungerar och vinsten blir tydlig. Det är då i ett sådant igångsättningskede som stödet från arbetsledaren är viktig.(Björkvell 2010, s. 29).

2.3 Lagar och förordningar för vårddokumentation

Statsrådet har gjort ett principbeslut som förpliktar hälso- och sjukvården att ta i bruk elektroniska patientjournalen före utgången av 2007. Övergången till elektronisk dokumentation motiveras med att uppgifterna lätt kan hittas och sökas, och att de kan kombineras och enkelt statistikföras (Ikonen 2008, s. 123).

Det finns olika lagar som har tagit upp ramar för dokumentationen inom vården. De mest centrala av dessa är Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1194), personuppgiftslagen(523/1999), Lagen om specialiserad sjukvård 1062/1989) och folkhälsolagen (66/1972). I Lagen om patientens rättigheter 785/1992) står det att ”En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i journalhandlingarna som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient”. Detta är den grundläggande riktlinjen: sjukskötaren skall dokumentera sådant som är väsentligt för att vården av patienten skall bli så bra och ändamålsenlig som möjligt.

Den nyaste förordningen om vårddokumentation är social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar, given i Helsingfors den 30 mars 2009. I denna framkommer allmänna principer om krav på vårddokumentation. Där står det att ur dokumentation skall det framgå hur vården genomförts och vilka beslut som fattas om patientens vård. Enligt denna förordning skall det dagligen antecknas observationer och vårdåtgärder samt annat som är viktigt med tanke på patientens tillstånd. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009).

Vårdpersonal har dokumentationsplikt både juridisk och i omvårdnadsprofessionell mening. Den elektroniska vårddokumentationen är ett användbart verktyg. Användningen av elektronisk vårddokumentation kräver kunskap och teknik. Vårdpersonal måste ta sitt ansvar i samband med att den elektroniska vårddokumentationen förts in.(Kristofferson 2006, s. 145). För vårdpersonalen är det viktigt att man har kunskap om säkerheten kring den elektroniska dokumentationen. En elektronisk vårddokumentation med given struktur och med entydiga sökord/termer gör det möjligt att följa vården med kvalitetsindikatorer. Dessa kan varna om kvalitetsnivån sjunker, till exempel genom förekomst av trycksår då de registreras i journalen.(Kristoffersson 2006, s. 148).

Överallt inom hälso- och sjukvården är patientjournalen ett viktigt arbetsredskap vid planering, genomförandet och utvärderingen av servicen och vården. Patientjournalen skall innehålla vissa basuppgifter och ska göras anteckningar om varje besök inom öppenvården och hemvården samt om varje vårdperiod på en avdelning.(Ikonen 2008, s. 120).

Syftet med dokumenteringen av vårdarbete inom sjukvården är att trygga den fortsatta vården av klienten och vården som helhet, tillgodose klientens rätt till information, säkerställa klientens och personalens rättskydd och stå till tjänst med information som stöd för ledning och planering av vårdarbetet.(Ikonen 2008, s. 122).

3 Mot bättre vårdkvalitet

Vårdkvalitet kan ses ur många olika perspektiv, ur vårdorganisationens synvinkel, ur ekonomisk synvinkel, patienternas, deras anhörigas och vårdarnas synvinkel. Ett sätt att bedöma vårdens kvalitet är att se om den håller en jämn och hög standard för alla patienter. Berg och Rask (2010) konstaterar att allmänna riktlinjer och standardiserade vårdplaner är bra då man strävar efter en kvalitativ hög standard inom vården men det finns risk att de individuella behoven hos patienten blir åsidosatta om vårdarna följer standardiserade planer (Berg & Rask 2008, s.13). Ett elektronisk vårdokumentations system ger bättre effektivitet, säkerhet och kvalitet. Men studier har visat varierande effekt. I genomsnitt tillbringar en sjuksköterska med pappersdokumentation ca 30 % av sin arbetstid, det betyder att sjuksköterskan dokumenterar mer än 3 timmar av varje 12 timmars arbetsskift. Genom att använda sig av elektronisk vårdokumentation minskar denna andel med 50% , då minskas det till att sjuksköterskan dokumenterar upp till 1,5 timmar på 12 timmar. Vårdpersonalen får mera tid för patientvård. (Hakes 2008, s. 234).

Med pappersbaserade dokumentationsrutiner ägnar vårdpersonalen mycket tid till att leta efter eller hantera information. Detta gäller inte minst sjuksköterskorna, som ska ta hand om många informationsuppgifter. Många av dessa problem försvinner med elektronisk vårdokumentation.(Ruland 2002, s. 90).

En studie som har gjorts i Finland undersöktes 467st social- och sjukvårdspersonal. 52% tyckte att de hade goda kunskaper i att använda datorer men själva programmet hade det inte lika mycket kunskaper om (Kuusisto 2010, s. 16).

I Österrike har de forskats och arbetats med ett projekt på sex olika sjukhus under åren 2002-2007 om att slippa pappersbaserad vårddokumentation och få standardiserad och säker dokumentation. Sjukvårdspersonalens resultat efter projektet var att de var nöjda med den elektroniska biten, men att de behövde mera hjälp med användningen av programmet. Under 1 år hade personalen det sparat in arbetstid och hade mer tid för patienten, vilket resulterade till bättre vårdkvalitet.(Ketchum 2006, s. 212-213).

3.1 Kvalitetsarbete

Kvalitet är ett flerdimensionellt och relativt begrepp och är svårt att åskådliggöra. Inom vården utgörs en del av vardagen kvalitetsarbete som baserar sig på lagstiftning, anvisningar, rekommendationer och organisationsvisa avtal. Det är med hjälp av kvalitetsarbete som utvecklings och ledningsverksamhet samt omvärdering av arbetet äger rum på arbetsenheterna. Varje team och dess medlemmar ansvarar för sin del för kvalitetsarbetet eftersom ansvaret för koordineringen faller på en person. Kvalitetsarbetet inom sjukvården är målinriktat, klientorienterat och baserat på självvärdering. Kvalitetsarbetet innebär att man utvecklar det egna arbetet, verksamheten inom arbetsenheten. För att uppnå kvalitet krävs att arbetsprocesserna identifieras och att det finns en vilja att finna rätt information som grund för de egna besluten. Det finns alltid rum för förbättringar när det gäller det dagliga arbetet inom hemvården. Kvalitetsarbete ger de anställda en möjlighet att granska sitt eget arbete och verksamheten på arbetsenheten från nya synvinklar. När kvalitetsarbete är som bäst ger det arbetet stadga och stärker de anställdas yrkesidentiteter. Som hjälpmedel för kvalitetsarbete har det utvecklats olika program och metoder för respons. Dokumentation är ett instrument för kvalitetsstyrning. Dokumentation som ett instrument för kvalitetsarbete gör i bästa fall arbetet inom vården synligare, skapar förutsättningar för styrning av verksamheten och klarhet i arbetspraxis. Dokumentationen kan senare utvecklas till en kvalitetshandbok.(Ikonen 2008, s. 211).

3.3 Utveckling av vårddokumentation

För att vårddokumentationen skall kunna vidareutvecklas och ständigt bli bättre behöver den granskas med jämna mellanrum. Detta görs lämpligast genom att sjuksköterskorna inom en arbetsenhet börjar granska varandras journaler. Antingen att dokumentationsutvecklarna gör det eller så turas man om på enheten så att sjuksköterskorna två och två granskar varandras journaltexter. Ytterligare ett sätt är att man samlas under schemalagd arbetstid och går tillsammans igenom ett antal journaler tillsammans. Det finns flera olika mallar att använda sig av. Ett instrument heter Cat-ch-ing och de mäter såväl kvantitet och kvalitet på skriven text och vårdprocessens helhet.(Björkvell 2001, s. 45).

Utvecklingen av vårddokumentation i Finland har pågått sedan början av 2000-talet. Den utarbetade terminologin baserar sig på klassifikationsmodellen CCC (clinical care classification och bygger på NANDAs (North American Nursing Diagnoses Association) vårddiagnosklassificering. CCC strukturen har utvecklats av Virginia Saba i USA i början av 1990-talet. Den senaste uppdateringen av versionen är från 2006. Klassifikationsmodellen bygger på en fyra stegsmodell som är vårdbehov, vårdplanering, vårdåtgärd, samt uppföljning av vårdens förverkligande. Den finska klassifikationsstrukturen FINCC:s terminologistruktur kan laddas ned från den internationella kodservern på institutet för hälsa och välfärds hemsidor. Internationellt har man inte enats om en enda modell för vårddokumentation, men är överens om att elektronisk vårddokumentation kräver någon form av klassificering och gruppering av information.(Säätela 2011, s 20).

4 Den elektroniska dokumentationens vårdkvalitet

Överallt inom hälso- och sjukvården är patientjournalen ett viktigt arbetsredskap vid planering, genomförandet och utvärderingen av service och vård. Patientjournalen skall innehålla vissa basuppgifter och det skall göras anteckningar om varje besök inom öppenvården och hemvården samt om varje vårdperiod på en avdelning.(Ikonen 2008, s. 120).

Syftet med vårddokumentationen av vårdarbete inom sjukvården är att trygga den fortsatta vården av klienten och vården som helhet, tillgodose klientens rätt till information, säkerställa klientens och personalens rättskydd och stå till tjänst med information som stöd för ledning och planering av vårdarbetet.(Ikonen 2008, s. 122).

Vårddokumentationen får en högre kvalitet och blir noggrannare vid användning av elektroniska dokumentationssystem. När patientjournaler med elektronisk omvårdnadsdokumentation infördes och sjuksköterskorna dokumenterade patientens effekt av läkemedel hos patienten där sådana mediciner gavs så dokumenterades 90% av de fall där sådana mediciner gavs. Medan sjuksköterskan före det infördes elektronisk vårddokumentation dokumenterade 75% av de fall.(Ruland 2002).

Använder man sig av elektronisk vårddokumentation får hela vårdteamet tillgång till information om sin patient utan att behöva samsas om en pappersjournal. Misstag som tidigare skedde på grund av oläsliga journaler och läkemedelsordinationer kan elimineras med hjälp av elektronisk vårddokumentation. En mer patientsäker vård med högre kvalitet kan bedrivas.(Ketchum 2008, s.22).

Det är inte bara viktigt att bara ha ett begreppslig klarhet i de språk som används i vårdarbete utan också en överenskommelse om gemensam terminologi. Klara, entydliga begrepp bidrar till att höja på kvaliteten i verksamheten och är en förutsättning för elektronisk dokumentation av vården av en patient. Att använda sig av ett enhetligt språk i vårdarbetet är nödvändigt för att trygga kontinuiteten i vården av hemvårdsklienterna. Det viktigaste om patientens hälso- och sjukvårdsdata är att kärninformationen är gemensamt överenskommen och enhetlig, och är strukturerad. Då bildar journalen ett kronologiskt sammandrag av alla vårdperioder och besök inom hälso- och sjukvården. Syftet med kärninformation är att skapa en helhetsbild av klientens hälso- och sjukvårdshistoria och av all vård och handledning till den.(Ikonen 2008, s. 123).

I en studie av Fogelberg och Wadensten 2008 framkom det att standardiserade vårdplaner ökar kvaliteten och dokumentationstiden minskar (Fogelberg och Wadensten 2008, s. 2141.) Kuusisto 2010,(s. 16) har kommit fram i sin undersökning att 66% av de sjuksköterskor har sett positivt till användningen av elektroniska patientjournaler och att vårdkvaliteten förbättrar användningen av elektroniska patientjournaler. 29% har varit neutrala och 6% har sett att det är negativt.

I en studie som Winton, Celenza & Jackson skrivit kom det fram att handledning för personalen som skall börja använda sig av elektronisk vårddokumentation är viktigt för dokumentationens kvalitet. God handledning och ett mångfaldigt undervisningsprogram förbättrar vårddokumentationens kvalitet och dess innehåll, vilket i sin tur främjar kontinuiteten och kvalitetssäkringen.(Winton, Celenza 2008, s. 290).

5. Sammanfattning

Jag har utgående från min litteraturoversikt plockat ut det viktigaste i hela arbetet och gjort en innehållsanalys.

Syftet med arbetet vara att med hjälp av litteratur utreda hur den elektroniska vårddokumentationen påverkar vårdkvaliteten, för att sedan framföra till beslutsfattarna i min hemkommun om resultatet i mitt arbete.

Denna litteraturoversikt visar att om man använder sig av elektronisk vårddokumentation inom vården på olika organisationer så ger det patienten en bättre vårdkvalitet och ökar också effektiviteten av vårdpersonalens arbete. Under den senaste tiden har elektronisk vårddokumentation blivit en mycket viktig del i sjukvårdsarbetet. (Sandstedt 2008, s.200).

Forskningen visar att en sjuksköterska som har använt sig utav pappers vårddokumentation tillbringar ca 30% av arbetstiden till dokumentation. Sjuksköterskan dokumenterar alltså 3 timmar av varje 12 timmars arbetspass på att dokumentera. Elektronisk vårddokumentation minskar tiden till 50% dokumentationstid. Då dokumenterar sjuksköterskan 1,5 timmar på ett 12 timmars arbetspass, vilket betyder att vårdpersonalen har mera tid för patientvård.(Hakes 2008, s.234).

Dessutom så får hela vårdteamet tillgång till informationen om patienten, utan att behöva samsas om en pappersjournal. Använder man sig av pappers vårddokumentation så har det visat sig att det har skett misstag på grund utav att de har varit för dålig stil så det har tolkats fel många gånger, vilket kan leda till stora problem.(Ketchum 2008, s.22). Vårdpersonalen ägnar mera tid till att leta efter information om de använder sig av pappersdokumentation. Ruland säger i sin

undersökning att problemet försvinner med elektronisk vårddokumentation. (Ruland 2002, s.90).

Genom att statsrådet i Finland har tagit ett principbeslut som ålägger hälso- och sjukvården att ta i bruk elektronisk vårddokumentation före utgången av 2007 så har många inom Finland tagit elektronisk vårddokumentation i bruk. Motiveringen är att att uppgifterna lätt kan hittas och sökas och det kan också kombineras och enkelt statistikföras.(Ikonen 2008, s.123).

Syftet med att använda sig av elektronisk vårddokumentation är att trygga den fortsatta vården av patienten som ska tillgodose patientens rätt till information och stå till tjänst med information som stöd för ledning och planering av vårdarbetet. (Ikonen 2008, s.122).

De negativa faktorerna med att använda elektronisk vårddokumentation är att vårdpersonalen hade bra kunskaper i att använda datorer, medan själva dataprogrammet hade det inte lika mycket kunskaper om. (Kuuisisto 2008, s. 13). I Östmans (2006, s.12) undersökning kom det fram att vårdpersonalen tycker att det borde finnas mera datorer på arbetsplatsen så att man inte måste köa till datorerna, blir då övertid.

Tar man i bruk It- lösningar så leder de till en optimal resursutnyttjande. Med hjälp av kloka it lösningar kan vårdpersonalen fungera optimalt och arbetet flyter smidigare, samtidigt som informationen används effektivt (Östman 2006, s.10).

Elektronisk vårddokumentation togs i bruk i Finland på 1980 talet. Men sen 1960-talet har det funnits någon sorts datasystem. Efter lagen år 2007 så har de flesta vårdenheter börjat använda sig utav detta. (Kuusisto 2008, s.12).

Redan år 2007 gjordes en undersökning i hela Finland som gjorts av Institutet för hälsa och välfärd som social och hälsovårdsministeriet beställde. De skulle undersöka om hur många sjukhus, privata aktörer och hälsocentraler som använde sig av elektronisk vårddokumentation. Resultatet visade på att 99,1% använde sig utav elektronisk vårddokumentation.(Winblad 2008, s.43.).

6 Förverkligande av min produkt

Mitt syfte med examensarbetet är att med hjälp av litteratur utreda den elektroniska vårdokumentationens inverkan på vårdkvaliteten. Sedan skall jag framföra mitt resultat av arbete till beslutsfattarna i min hemkommun. När jag då skall presentera mitt arbete till beslutsfattarna i min kommun så kommer jag att ha min triangelformade broschyr på bordet som skall vara ett stöd till beslutsfattarna. Den har tre sidor. På den ena sidan kommer fördelarna med att använda sig utav elektronisk vårdokumentation, den andra kommer att vara fakta om elektronisk vårdokumentation, medan den sista tar upp om hur många som använder sig utav elektronisk vårdokumentation i hela Finland. Målgruppen för min presentation är beslutsfattarna i min kommun.

Formen på produkten har en stor betydelse. Vare sig det är ett födelsedagskort, en affisch, tidning, nyhetsbrev eller som i mitt arbete är en broschyr så kan utseendet vara en avgörande faktor för om det uppfattas som intressant. Den så kallade formelementen bör vara i harmoni med varandra. De vanligaste formelementen som används är typografi, (det åstadkoms främst med hjälp av typsnitt eller teckensnitt), layout (är sättet på vilken text och bilder är ordnade), färg (välja färger som passar bra ihop och sänder rätt budskap). En av de viktigaste reglerna är att broschyren bör vara enkelt och lättläst, vilket gör att det uppfattas tydligare. Ett överflöd av olika typsnitt, färger och bilder bör undvikas. (Claybourne 2002, s 15).

Jag kommer även att använda mig av en Power Point bilaga 1 presentation som kommer att underlätta mitt framförande. När man skall framföra en presentation är det viktigt att man har klart för sig vem målgruppen är och vilken presentationsteknik man använder sig utav. Det är också viktigt att man tänker igenom vad åhörarna vet från tidigare om ämnet. För att reda ut vad åhörarna kanske vill veta så gör man det lättast genom att skriva ned ett antal frågor som man kan tänka sig att åhörarna kanske kommer att ställa. Som presentatör av mitt examensarbete så är det viktigt att jag underlättar lyssnandet för åhörarna och ser till att de tycker att det är intressant, att det inte börjar tänka på något annat. Det är min uppgift att få åhörarna att hitta tillbaka till presentationen och börja lyssna aktivt.

Tiden jag kommer att presentera är i 15 minuter och sedan ha en diskussion i en kvart. Viktigt då att presentatören ser på klockan och att man börjar avsluta i tid för att beslutsfattarna kan ställa frågor, så att det blir ett diskussionsämne. Genom att jag använder mig utav Power Point presentation så underlättar det både för mig och åhörarna. Liggande bilder och text är bättre att använda sig utav så att åhörarna längst bak ser bättre. När jag utformar min Power Point presentation så är det viktigt att tänka på vilka färger jag använder mig utav, eftersom vissa färgkombinationer kräver extra ljusskärpa.

7 Diskussion

Syftet med mitt examensarbete var att med hjälp av litteratur utreda den elektroniska vårddokumentationens inverkan på vårdkvaliteten. Utgående från litteraturen och forskningen om elektronisk vårddokumentation som framläggs i den teoretiska delen av examensarbete så ligger tyngdpunkten att det är många fördelar att använda sig utav elektronisk vårddokumentation. Frågeställningarna till mitt arbete var att ta reda på, vilka positiva och negativa effekter elektronisk vårddokumentation inom vården har. Jag tycker att jag fick bra svar på båda frågeställningar.

Elektronisk vårddokumentation ger bättre effektivitet i vårdarbetet, vilket då leder till en bättre vårdkvalitet och då får mera tid för patientvård. Varför man får mera tid för patientvård har många aspekter. En av alla aspekter är att muntliga rapporteringstiden minskar. Använder man sig av pappersdokumentation blir det lätt att man skriver alldeles för långa romaner, och måste gå igenom tillbaka ibland i patientens vårdplan, och då blir det lätt att man tar upp oväsentlig information om klienten. Använder vårdpersonalen sig utav elektronisk vårddokumentation så får vårdpersonalen upp vårdplanen direkt och sedan kan den gå och se på utförda vårdaktiviteter och direkt se det väsentliga och viktiga om patienten. Vårdpersonalen skall skriva klart och ha ett tydligt språk, vilket man förstås också skall ha när man skriver i en pappersform. Målsättningen är att det skall bli en bättre vårdkvalitet, vilket forskningen visat. De negativa effekterna var när det skulle införas på arbetsenheten att börja använda sig av elektronisk vårddokumentation. Många i vårdpersonalen upplevde att ytterligare en arbetsuppgift läggs till, trots att de visste nyttan med användningen. Men det är då,

som stödet och handledningen är viktig som arbetsledare. Det negativa faktorerna var också att vårdpersonalen kände att de behövde få mera kunskaper om själva dataprogrammet och att arbetsenheterna skall se till att det finns tillräckligt med datorer på arbetsplatserna så att vårdpersonalen inte behöver köa.

I examensarbetet strävades efter en systematisk och planerad informationssökning, vilket gjordes genom användning av kontrollerade databaser så som EBSCO, Cinahl, SweMed+, ARTO, Nelliportalen, PubMed samt Medic, där artiklar som genomgått vetenskaplig granskning publiceras. I dessa databaser hittades tillförlitliga och relevanta artiklar. Vid inledandet av informationssökningen fanns brister i mina färdigheter i användningen av databaser, vilket kan ses som en svaghet. Jag har ändå under arbetsprocessen genomgående varit källkritisk och noggrant valt ut mina källor. Jag har bedömt källans äkthet samt beaktat vem som publicerat källan och publiceringsår. Jag har strävat efter att använda så nya källor som möjligt och vid användandet av källor som publicerats mer än 5 år tillbaka har jag kontinuerligt jämfört olika källor gällande samma ämne för att inte tillförlitligheten skall lida.

För att öka arbetets trovärdighet för läsaren bör en utvärdering av arbetets tillförlitlighet och motivering av ämnesval samt beskrivning av metoden och tillvägagångssättet presenteras. Skribentens egna åsikter, attityder och upplevelser bör inte presenteras eller framkomma i teoridelen. I allmänhet är det viktigt att använda källor och forskningar från flera länder. Källorna skall heller inte vara föråldrade.(Nyberg 2000, s 56.).

Källorna till mitt arbete är till största del ifrån år 2008. Vilket ökar aktualiteten i arbetet. Eftersom jag inte kan finska språket så bra så har jag gått miste om material som säkert skulle ha varit viktig för mitt arbete. Så de kan minska min tillförlitlighet i arbetet lite, men jag tycker ändå jag har fått bra svar på min frågeställning och mitt syfte i arbetet med de artiklar och forskningar jag har hittat. Kuusistos artikel har varit mycket bra. Jag fick fram mycket av mina frågeställningar från den artikeln. När jag sökte om att få svar på mina frågeställningar så var det många forskningar som bara hade forskats om varför det är bättre att använda sig utav elektronisk vårddokumentation än pappers vårddokumentation. Det fanns inte så många forskningar om just varför det är bättre för vårdkvaliteten. Det kommer säkert att komma mera forskningar om detta i framtiden. Jag fick mina svar men som sagt kunde gärna hitta flera forskningar om ämnet.

Min triangelformade broschyr som jag har utformat som jag kommer att ha med i mitt framförande som ett visuellt stöd för beslutsfattarna kommer att vara bra att ha på bordet så att de själva kan se kortfattat om fördelar, fakta om elektronisk vårddokumentation och samtidigt kunna fråga mig om de har några frågor gällande broschyren. Min Power Point var inte så lätt att utveckla och hade svårt i början att veta hur jag skulle lägga upp texten och vad jag skulle ta upp i framförandet, men sen efter att jag hittade litteratur om att det är viktigt att veta vad man har för målgrupp som man skall framföra till, så blev det mycket lättare att veta hur jag skulle lägga upp det. Jag har ganska långa meningar i sliderna, men det är för att jag inte skall glömma, eftersom jag antagligen kommer att vara nervös. Jag har gjort min Power Point presentation att målgruppen har kunskaper om vad elektronisk vårddokumentation är, men vet inte varför de är bättre att använda sig utav det. Därför vill jag få fram fördelarna eftersom de är beslutsfattarna i min kommun så att de förstår vikten av att det är bra och få visat att vårdkvaliteten ökar genom att vi använder oss utav elektronisk vårddokumentation. Mitt mål är att det skall införskaffas inom de närmsta 2 åren till serviceboendet. Framförandet till beslutsfattarna var meningen att jag skulle ha gjort när min litteraturlösning var färdig i examensarbete, men på grund utav tidsbrist så valde jag att framföra arbetet efter att ha lämnat in arbetet till skolan. Det skulle ha varit bättre att ha gjort det tidigare, då kunde jag ha utvärderat hur det gick att framföra och sedan berätta vad beslutsfattarna tyckte och tror om att införa elektronisk vårddokumentation.

Mitt examensarbete var en litteraturstudie där jag fick fram svar från olika forskningar, men jag hade tidigare i mitt idèseminarium tänkt göra en enkät undersökning till de olika organisationer på Åland som använder sig utav elektronisk vårddokumentation för att få svar på mina frågeställningar. Jag valde bort det på grund utav tidsbrist. Men tror ändå att det är bättre med en litteraturstudie, då får jag verkligen svar från bra forskningar. Litteraturstudien är reliabel med tanke på nya vetenskapliga forskningar.

Mitt arbete jag har skrivit skulle kunna vara som ett underlag till de servicehem på Åland som ännu inte använder sig utav elektronisk vårddokumentation. Då kan mitt arbete vara ett bra underlag och stöd att visa för beslutsfattarna i kommunen där det skulle vilja ha elektronisk vårddokumentation.

Källförteckning

Berg, A. & Rask, M. (2008). *Patienternas syn på individualiserad vård på en ortopedisk klinik. Collaborative and integrated approaches to health 2008:1 Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård*. Högskolan Kristianstad University. Kristianstad, Sweden.

Björklund, M. & Paulsson, U.(2003). *Att göra en presentation*. Hämtad:7.2.2012.
Tillgänglig: http://www.tlog.lth.se/fileadmin/tlog/Utbildning/Kurser/Att_-_Metod_PM/AttG_F6raEnPresentation.pdf

Björvell, C (2010). *Elektroniska patientjournaler*. Hämtad: 7.4.2011. Tillgänglig: <http://www.varhandboken.se/Texter/Dokumentation/Elektroniska-patientjournaler/>

Claybourne A.(2002). *Layout i vanliga program*. Alfabet.

Darbyshire, P.(2003). Rage against the machine? nurses and midwives experiences of using computerized patient information systems of clinical information. *Journal of clinical Nursing,13 s.17-25*.

Ehnfors, M. Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand (2000). *Vips boken*. Vårdförbundet: Stockholm.

Fältdt, C. Hansson, A. Emilsson, M. & Sanden, I. (2009). Granskning av sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation rörande urinkontinens hos äldre personer. *Vård i Norden,94 (4),20-22*).

Fogelberg Dahmn,M. & Wadensten, B.(2008). Nurses experiences of and opinions about using standardised care plan in electronic health records- a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing,17(16),2137-2145*).

Hakes, B & Whittington, J(2008). Assessing the impact of an Electronic Medical Record on Nurse Documentation Time. *Informatics Nursing*,26(4), 234-241.

Ikonen, E-R.& Julkonen, S.(2008). *Hemvård i utveckling*. Utbildningsstyrelsen.

Saranto,K.(2005).*Elektronisk information och elektroniska hälsojournaler*. s.22.(3).
Vård i Fokus.

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

Säätelä, S.(2011). *Reflektioner kring vårddokumentation*. S.22(1). Vård i Fokus.

Ketchum,B.(2008).IT equals better patient care. *Nursing management*, s. 21-23.

Kuusisto, A & Saloniemi A.(2010). Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Tutkiva Hoitotyö*, 8(4),12-19.

Kristoffersen, N. *Grundläggande del 4*. Liber Ab:Stockholm.

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

Ruland, C. *Vårdinformatik*.(2002).Bokförlaget: Natur och Kultur: Stockholm.

Sandstedt, J.(2008). *Elektroniska journaler kan öka vårdkvaliteten vid små mottagningar*. Hämtad 28.3.2011. Tillgänglig:
<http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/8/8608/200.pdf>

Schabetsberger, T. Ammenwerth, E. mf.l.(2006). From a paper- based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. *Internationals journal of Medical informatics*, 75,209-215.

Vårdkvalitetet(2011).Hämtad: 18.1.2011. Tillgänglig:
<http://www.ne.se/v%C3%A5rdkvalitet>

Winblad, I., Reponen, J., Kangas, M. & Hämäläinen, P.(2008). *Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö suomen terveydenhuollossa vuonna 2007*. Hämtad

7.2.2012. Tillgänglig: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R37-2008-VERKKO.pdf>

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

Östman – Kvist, A. Hautanen, B & Bergvik-Kamis, B. (2006). *It i vården*. Hämtad 10.4.2011. Tillgänglig: <http://www8.cs.umu.se/~peklund/utbildning/MHI/eHalsaVasa2005/artiklar/Kvist-Ostman,Hautanen,Bergvik-Kamis.pdf>

Finlands författningssamling

Folkhälsolag(66/1971).Hämtad7.11.2011.Tillgänglig www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1972/19720066

Lagar och förordningar

Social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) Hämtad 12.3.2011. Tillgänglig: www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298

Lagar och författningar

Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) Hämtad 7.11.2011. Tillgänglig www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785

Lag om specialiserad sjukvård (1062/1989) Hämtad 7.11.2011. Tillgänglig www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1989/19891062

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) Hämtad 12.09.2009.Tillgänglig www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559

Elektronisk vård- dokumentation

Examensarbete Jenny Gustafsson studerande på Novia
Yrkeshögskola

Forskningen säger:

- Genom att använda sig utav elektronisk vårdokumentation så är patientens uppgifter på ett och samma ställe.
- Elektroniska patientjournaler togs i bruk 1982 i Finland. Det har funnits ända från 1960 någon sorts datasystem. Men på grund utav lagar som trädde i kraft 2007 så är det många vårdenheter som använder sig av elektronisk vårdokumentation i Finland. Sedan dess borde alla använda sig av det, och också ändra sitt arbetssätt
- 99,1 % använde sig utav elektronisk vårdokumentation i Finland år 2007.

Syfte till mitt examensarbete

Var med hjälp av litteraturen utreda hur elektronisk vårdokumentation påverkar vårdkvaliteten.

Forskningen säger:

- Tar man i bruk it lösningar så leder de till en optimal resursutnyttjande. Med hjälp av kloka it lösningar kan vårdpersonalen fungera optimalt och arbetet flyter smidigare, samtidigt som informationen används effektivt. (Östman 2006, s.10).
- Orsaken till att genomföra ett elektroniskt vårdokumentations system ger bättre effektivitet, säkerhet och kvalitet.
- En studie som har gjorts i Finland undersöktes 467st social och sjukvårds personal. 52% tyckte att det hade goda kunskaper med att använda sig av datorer men själva programmet hade det inte lika mycket kunskaper om. (Kuusisto 2010, s. 16).

Frågeställningen

- 1. Vilka positiva och negativa effekter har elektronisk vårdokumentation inom vården?
- 2. På vilket sätt påverkar vårdkvaliteten genom att använda sig av elektronisk vårdokumentation?

Forskningen säger:

- Igenomsnitt tillbringar en sjuksköterska med pappers dokumentation ca:30% av hennes arbetstid, 3 h av varje 12 timmars arbetstid. Genom att använda sig utav elektronisk vårdokumentation minskas de till 50%. Sjuksköterskan dokumenterar upp till: 5 timmar per sjuksköterska på 12 timmar.
- Ägnas för mycket tid till att leta efter eller hantera information med pappersbaserade dokumentationsrutiner. Dessa problem försvinner med elektronisk vårdokumentation.

Vårdutveckling

- För att öka vårdpersonalens data och program kunskaper vid införandet behövs det god handledning och ett bra undervisningsprogram.
- Vårdokumentationen har en avgörande betydelse för omvårdnadens kvalitet, för utvecklingen av omvårdnads kunskap och är en förutsättning för kvalitetssäkring.

Framtiden

- Hoppas införande av elektronisk vårddokumentation införs till Hammargården inom de närmsta 2 åren.
- Är mera fördelar än nackdelar att använda sig utav elektronisk vårddokumentation.
- Sparar tid och blir en bättre och säker vård för patienten.
- Slipper alla dessa pärmar och arkiveringsutrymmen..
- Kan snabbt leta upp informationen av klienten.
- Rapporteringstiden minskar, vilket leder till mera patientvård.

Tack

- Jag vill tacka alla som kom hit idag och även tacka er alla för att jag har haft ett gott samarbete med er under min tid jag har studerat och arbetat i Hammarlands kommun!!
- TACK!
- Jenny Gustafsson Sjukskötarestuderande!

- * Minskar muntlig rapporteringstid
 - * Ökad patientsäkerhet
 - * Större noggrannhet
 - * Högre värdkvalitet
 - * Informationen används effektivt.
- MEDEL ATT ANVÄNDA SIG UTAV
FÖRDELAR
ELEKTRONISK VÄRDDOKUMENTATION**
- * Ar 2007 använde sig 99,1% i hela Finland av elektronisk Värddokumentation.
 - * IT-stöd inom hälso- och sjukvården förbättrar kvaliteten i vården.

- FAKTA OM ELEKTRONISK
VÄRDDOKUMENTATION**
- * Är ett hjälpmedel för att förbättra hälso- och sjukvården.
 - * Statsrådets principbeslut förpliktar hälso- och sjukvården att ta i bruk elektronisk värddokumentation före utgången av 2007.
 - * Utnyttjar resurserna effektivt, sparar tid.