



Bedömning och dokumentation i telefonrådgivningen

Jenny Pettersson

Malin Snellman

Nina Juutilainen

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för VÅRD

Vasa 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Pettersson, Malin Snellman och Nina Juutilainen

Utbildningsprogram och ort: Vård. Vasa.

Inriktningsalternativ: Vårdarbete.

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Dokumentation och bedömning i telefonrådgivningen

Datum: Maj 2014

Sidantal: 41

Bilagor: 2

Sammanfattning

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral i Finland. Examensarbetet har beställts på grund av att läkarna på hälsovårdscentralen ansåg dokumenteringen i patientjournalerna vara för otillräcklig för att kunna få fram patientens aktuella vårdbehov och kunna göra en korrekt bedömning för vidare vårdåtgärder. Syftet med detta examensarbete är att få mera kunskap och förståelse om dokumentation, samt undersöka hur sjukskötare skall dokumentera och bedöma patientens vårdbehov i telefonrådgivningen. Frågeställningen är: Hur skall sjukskötare utföra bedömning och dokumentation vid telefonrådgivning, för att bäst kunna säkerställa en högkvalitativ och säker patientvård?

En kvalitativ innehållsanalys har gjorts av tidigare dokumentationer i telefonrådgivningen som varit anonyma, för att få en uppfattning om vilka brister som finns. Resultatet av innehållsanalysen tolkades mot teoretiska utgångspunkterna; människans grundbehov enligt Virginia Henderson(1982), vårdprocessen enligt Ida Jean Orlando(1998)och samtalet enligt Katie Eriksson(1994,1988). Resultatet tolkades även mot teoretisk bakgrund, Finlands lag och tidigare forskningar.

Resultatet i studien visar att för att få en högkvalitativ dokumentation behöver det finnas en struktur så att alla dokumenterar på samma sätt. Det som behöver framkomma i dokumentationen i telefonrådgivning för att kunna göra en bedömning av vidare åtgärder är: Vem som har ringt, kontaktorsak, bakgrund, bedömning av vårdbehov, kontaktresultat, åtgärder och vårdplanering.

Språk: Svenska

Nyckelord: Patientsäkerhet, dokumentation,

vårdande, telefonrådgivning, telefonsjukskötare, bedömning.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jenny Pettersson, Malin Snellman ja Nina Juutilainen

Koulutusohjelma ja paikkakunta: hoito, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hoitotyö

Ohjaajat: Rika Levy-Malmberg

Nimike: Dokumentaatio ja arviointi puhelinneuvonnassa

Päivämäärä: Toukokuu 2014

Sivumäärä: 41

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Tämä tutkielma on tilaustyö eräästä terveyskeskuksesta Suomessa. Tutkielma on tilattu, koska terveyskeskuksen lääkärin mielestä dokumentaatio potilasasiakirjoissa ei ole riittävä saadakseen esille potilaan nykyistä hoitotarvetta, eikä niiden perusteella voida tehdä oikeata hoidonarviointia.

Tutkielman tarkoitus on saada lisää tietoa ja ymmärrystä dokumentaatioon, sekä tutkia miten sairaanhoitajien tulisi dokumentoida jotta osaisivat arvioida potilaan hoidontarvetta puhelimessa. Kysymys kuuluu: Miten sairaanhoitajien tulisi arvioida ja dokumentoida puhelinneuvonnassa varmistaakseen parhaiten korkealaatuisen ja turvallisen potilaanhoidon?

Laadullinen sisältö-analyysi puhelinneuvonnan aikaisemmista nimettömistä dokumentaatioista on tehty, saadakseen käsitys siitä missä on puutteita dokumentaatioissa. Tulokset sisältö-analyysistä tulkittiin teoreettisia lähtökohtia vastaan; ihmisen perustarpeet Virginia Hendersonin (1982) mukaan, hoitoprosessi Ida Jean Orlandon (1998) mukaan, sekä keskustelu Katie Erikssonin (1994, 1988) mukaan. Tulokset tulkittiin myös teoreettisen taustan, Suomen lain, ja aikaisempien tutkimuksien perusteella.

Tutkielman tulokset näyttävät, että saadakseen korkealaatuisen dokumentaation on tarpeellista että siitä löytyy rakennetta, jotta kaikki dokumentoisivat samalla tavalla. Jotta pystyisi tehdä arvioinnin jatkuvasta hoidosta, tulisi puhelinneuvonnan dokumentaatiosta löytyä seuraavaa: kuka on soittanut, syy miksi potilas soittaa, tausta, hoidontarpeen arviointi, tulokset, toimenpiteet ja hoidon suunnittelu.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Potilasturvallisuus, dokumentaatio, hoitaminen, puhelinvastaanotto, puhelinsairaanhoitaja, arviointi.

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Pettersson, Malin Snellman and Nina Juutilainen

Degree Programme: Nursing, Vasa.

Specialization: Nursing

Supervisors: Rika Levy-Malmberg

Title: Documentation and assessment of telephone counseling

Date: May 2014

Number of pages: 41

Appendices: 2

Summary

This thesis is a commissioned work from a health center in Finland. The thesis has been ordered because the doctors at the health center considered the documentation in the patient records to be too insufficient to obtain the patient's current health needs and be able to make a correct assessment for further care measures. The purpose of this thesis is to gain more knowledge and understanding about documentation, and examine how nurses should assess and document patient's health care needs in telephone counseling.

The question is: how do nurses assess and document the telephone counseling in order to ensure a high quality and safe patient care?

A qualitative content analysis has been done on previous documentations in telephone counseling that has been anonymous, to get an idea of what are the gaps.

The results of the content analysis were interpreted against the theoretical idea human basic needs according to Virginia Henderson (1982), the care process according to Ida Jean Orlando (1998) and discussion as Katie Eriksson (1994.1988).

The results were interpreted also in the theoretical background, the Finnish law and previous research. The result of the study shows, that to get a high-quality documentation, there needs to be a structured documentation. Who's been calling, contact reason background, the assessment of care needs, contact results, actions and care planning needs documentation in patient records after an discussion between a nurse and a patient.

Language: Swedish

Key words: Patient safety, documentation, conservation, telephone, telephone nurse, assessment.

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemprecisering.....	2
3 Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Människans behov enligt Virginia Henderson.....	2
3.2 Ida Jean Orlandos tankar om vårdprocessen.....	3
3.3 Katie Erikssons syn på samtal.....	5
4 Teoretisk bakgrund.....	5
4.1 Hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon.....	6
4.1.1 Bedömning.....	6
4.1.2 Samtalet.....	7
4.1.3 Dokumentation i telefonrådgivningen.....	8
4.2 Dokumentering i patientjournaler.....	9
4.3 Intervjuande och häsohistoria.....	10
4.4 Omfattande bedömning av patienten.....	10
4.5 Att dokumentera – patienthistoria i en organiserad och strukturerad journal.....	13
4.6 Guide för en tydlig och klar anteckning.....	14
4.7 Finlands lag och förordning om patientdokumentation.....	15
5 Tidigare forskning.....	18
5.1 Dokumentering i patientjournal.....	18
5.2 Patientsäkerhet i telefonrådgivningen.....	24
6 Metod och genomförande.....	27
6.1 Kvalitativ forskning.....	27
6.2 Datainsamlingsmetod.....	28
6.3 Kvalitativ innehållsanalys som analysmetod.....	28
7 Etiska överväganden.....	29
8 Resultatredovisning.....	30
8.1 Analys av patientjournalerna.....	30
9 Tolkning.....	36
10 Kritisk granskning.....	38
10.1 Trovärdighet och pålitlighet.....	38
10.2 Bekräftelsebarhet och överförbarhet.....	39
10.3 Forskningsetik.....	39

11 Diskussion	39
---------------------	----

Källor

Bilaga 1

Bilaga 2

1 Inledning

Idag lever vi i en tid där det mesta styrs av tekniken. Vi kan lätt söka upp information på internet, och praktiskt taget allt är tillgängligt via nätet. I och med att allt finns på internet ska allt också ske mycket snabbare – detta gäller även inom hälso- och sjukvården.

Tack vare internet är folk mera medvetna om sina sjukdomar och symtom än tidigare. Idag finns också nästan alla patienternas journaler i elektronisk form på de flesta vårdinrättningar, och dokumentationen av patientens vård sker via dator. Patienterna ställer allt högre krav angående sin vård eftersom de är mera medvetna om sin sjukdom, och vården ska helst ske snabbt. Patienterna vill vara mera delaktiga i sin egen vård, och allt fler patienter vill också veta vad som står i deras journal.

Enligt Bickley (2009) ses patientjournalen som vårdens viktigaste verktyg. I patientens journal finns alla nödvändiga uppgifter om patienten tillgängliga för alla de som är delaktiga i patientens vård. Eftersom patientjournalen finns i elektronisk form, är den genast tillgänglig alla tider på dygnet. Eftersom man lätt får upp nödvändiga uppgifter om patienten när det krävs snabba beslut, förknippas kvalitativ dokumentation med patientsäkerhet.

Dokumentation ska idag vara ett verktyg som ökar patientsäkerheten, men trots att de elektroniska patientjournalerna redan varit i bruk en lång tid, visar det sig att det framkommer brister i dokumentationen av vårdprocessen.

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral i Finland, och respondenterna kommer att lägga fokus på bedömning och dokumentering i telefonrådgivningen. Examensarbetet har beställts på grund av att läkarna på hälsovårdscentralen ansåg dokumenteringen i patientjournalerna vara för otillräcklig för att kunna få fram patientens aktuella vårdbehov och göra en korrekt bedömning för vidare vårdåtgärder. I en telefonrådgivning, där du endast har kontakt med patienten via telefon, kan det vara svårt att göra en grundlig bedömning av patienten eftersom du inte kan samla objektiva data, och därmed blir en stor del av vårdprocessen osynlig och därför blir också dokumentationen bristande.

Respondenterna vill i detta arbete lägga tyngdpunkten på de faktorer som är av betydelse i ett telefonsamtal för att kunna få en strukturerad dokumentation av god kvalitet, samt vad man ska göra med informationen man fått. Det skulle underlätta om att alla i

telefonrådgivningen kunde börja dokumentera enligt samma struktur. Informationen skulle således bli mera lättillgänglig och mera lättförståelig för andra berörda parter, vilket skulle öka patientsäkerheten.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta examensarbete är att få mera kunskap och förståelse om dokumentation, samt undersöka hur sjukskötare skall bedöma och dokumentera patientens vårdbehov i telefonrådgivningen.

Frågeställningen är:

- Hur skall sjukskötare utföra bedömning och dokumentation vid telefonrådgivning, för att bäst kunna säkerställa en högkvalitativ och säker patientvård?

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer respondenterna att närmare beskriva vårdteorier som berör människans grundbehov samt vårdprocessen och samtal, eftersom telefonrådgivningen innefattas av dessa. För att kunna bedöma patientens vårdbehov behöver man veta vilka grundbehov en människa har och vilka symtom som kan påverka dessa. Respondenterna har därför valt att använda Virginia Hendersons vårdteori om människans olika grundbehov. Begreppet ”vårdprocessen” kommer att beskrivas utgående från Ida Jean Orlandos teori. Respondenterna utgår slutligen från Katie Eriksson gällande begreppet ”samtal”.

3.1 Människans behov enligt Virginia Henderson

Virginia Hendersons vårdteori baserar sig på människans olika grundbehov. Patientvården har sina rötter i mänskliga grundbehov. Oberoende om en människa är frisk eller sjuk så har människan olika grundbehov. Varje individ har sin egen uppfattning om sina grundbehov och även varje kultur definierar dem olika. (Henderson, 1982 s.13-14)

Människans behov skiftar under livets gång. Det är också viktigt att komma ihåg att människor har gemensamma behov, men att de kan tillfredställas på ett oändligt antal sätt. Detta betyder att en sjukskötare aldrig helt kan förstå eller tillgodose alla de behov som hans/hennes patient har, oberoende av kompetetensnivå. Sjukskötaren kan, isamförstånd

med patienten, bistå med de åtgärder som patienten anser förse hälsa och tillfrisknande. I sådana fall där patientens tillstånd gör honom/henne helt oförmögen att kommunicera med omvärlden t.ex. vid koma eller utmattning har sjukskötaren rätt att bestämma för patienten i stället för tillsammans med patienten. Sjukskötaren måste dock alltid komma ihåg att dennes förmåga att förstå en annan människas behov alltid är begränsad. (Henderson, 1982 s.13-14)

Enligt Henderson (1982, s. 16) påverkas individens grundbehov av ålder, kulturell bakgrund, psykisk balans samt fysisk och psykisk kapacitet. En patient har primära behov som måste tillfredsställas av sjukskötaren, oavsett diagnos, men dessa påverkas av vissa symtom såsom koma, delirium, psykiska rubbningar, uttorkning, chock, blödningar, motoriska rubbningar, allvarligt störd vätskebalans eller akut syrebrist. Vid bedömning av patientens vård behöver alla dessa faktorer tas i beaktande.

Henderson (1982, s. 18) nämner behov som är beroende av patientens ålder, allmäntillstånd, situation etc. Exempel på dessa är att patienten kan andas normalt, äta och dricka tillräckligt, uträtta sina naturbehov, röra sig och få behålla önskad kroppställning, kunna klä av och på sig och välja lämpliga kläder med tanke på kroppstemperaturen. Patienten bör också kunna sköta sin personliga hygien, undvika faror i omgivningen och undvika att skada andra, kommunicera med omvärlden och känna sig förstådd samt kunna ge uttryck för sina önskemål och känslor. Patienten skall också fritt få utöva sin tro, göra något som ger känsla av resultat, kunna koppla av och ha möjlighet till att lära sig nya saker som leder till normalutveckling och hälsa.

Henderson (1982, s. 18) räknar också upp patologiska tillstånd som påverkar människans grundbehov. Dessa patologiska tillstånd är stora störningar i vätske- och elektrolytbalansen, akut syrebrist, chocktillstånd, medvetanderubbningar, onormal kroppstemperatur och akuta febertillstånd. Andra patologiska tillstånd som också räknas upp är lokala skador, samt sår eller infektioner som kan påverka våra grundbehov. Pre- och postoperativa tillstånd, orörlighet, infektioner, eller tillstånd som kan vara smittsamma, inverkar också på de behov som vi normalt har.

3.2 Ida Jean Orlandos tankar om vårdprocessen

Orlando (1998, s. 353-355) påstod att syftet med professionell vård är att ta reda på och möta patientens akuta behov av hjälp. Det är sjukskötarens ansvar att se till att patientens

behov av hjälp blir tillfredsställt, endera genom att själv aktivt hjälpa patienten eller genom att kalla på hjälp av andra. Interaktionen mellan patientens beteende, sjukskötarens reaktion och de vårdåtgärder som utförs till patientens fördel utgör, enligt Orlando, vårdprocessen. Sjukskötaren ska lindra fysiskt och mentalt obehag - inte göra patientens nöd värre.

Orlando (1998, s. 353-355) förklarar också hur människor har ett verbalt och icke-verbalt beteende. Ibland kan personer själva tillgodose sina behov av hjälp, men i situationer där det inte är möjligt upplever personen nöd. Orlando påpekar att varje individ är unik och att personers reaktioner är individuella. En professionell sjukskötare bör därför kunna märka att samma beteende hos olika personer kan signalera olika behov. Orlando anser att det yrkesmässiga syftet med vård är att lokalisera och möta de omedelbara behoven av hjälp. Detta syfte har fullföljts när sjukskötaren fastställer och uppfyller patientens omedelbara behov.

En patient är någon som behöver vård och har otillfredsställda behov av hjälp som inte kan uppfyllas självständigt. Det kan vara fysiska begränsningar, en negativ reaktion på miljön, eller upplevelser som hindrar patienten från att kommunicera sitt behov av hjälp, enligt Orlando (1998, s. 353-355). Som resultat av otillfredsställda behov upplever patienten nöd eller en känsla av hjälplöshet.

Personer som själva kan tillgodose sina behov känner ingen nöd och kräver ingen vård av sjukskötare, påpekar Orlando (1998, s. 353-355). Men för de personer som har ett behov av hjälp är det viktigt att sjukskötaren erhåller kontroll av sina uppfattningar, tankar, och känslor för att kunna avgöra om patienten är i behov av hjälp. Individer i kontakt med varandra genomgår en process som involverar observation av den andras beteende, tankar och känslor som resultat av denna observation, och den individuella handling som utgör en respons på reaktionen. När sjukskötaren agerar sker en handlingsprocess. Denna process i en sjukskötar-patientkontakt kallas vårdprocess, och den kan antingen vara automatisk eller reflekterande. Varje patientbeteende som observeras av sjukskötaren måste ses som ett möjligt tecken på nöd.

Vårdåtgärder som inte är rådgivande är automatiska, menar Orlando (1998, s. 353-355). Automatiska vårdåtgärder är sådana som på något sätt ämnar ta reda på och möta patientens behov av hjälp. Rådgivande vårdåtgärder är däremot de som syftar till att identifiera och möta patientens omedelbara behov av hjälp och därmed uppfylla den professionella vårdfunktionen. Rådgivande vårdåtgärder kräver att sjukskötaren söker

validering eller rättelse av sina tankar och känslor av patienten innan han/hon vet vilka vårdåtgärder som kan möta behovet av hjälp.

Orlandos, (1998, s. 353-355) disciplinerade vårdprocess är användbar för att avgöra ifall patienten känner sig bedrövad och utrönar den hjälp som krävs för att lindra nöd. Sjukskötaren börjar med att uttrycka ett eller alla av de objekt som ingår i dennes reaktion på patientens beteende. Sedan uttrycker sjukskötaren verbalt att det uttryckta objektet tillhör sjukskötaren genom att använda sig av personligt pronomen (ett JAG-meddelande). Slutligen frågar sjukskötaren om objektet som blivit uttryckt, i försök att kontrollera eller korrigera sina uppfattningar, tankar eller känslor (reaktion). Utan den utredning som krävs av den disciplinerade vårdprocessen har sjukskötaren inte en tillförlitlig databas för åtgärder.

3.3 Katie Erikssons syn på samtal

För att vårdpersonal i en telefonrådgivning skall få en helhetsbild av patientens situation, måste kommunikationen fungera mellan parterna. Det handlar om att ”ge” och att ”få” information om den hjälpsökandes hälsa och sjukdomar (Eriksson 1988. s. 55-56).

Eriksson (1994) menar att det är genom språket som människan artikulerar sitt lidande, och att det genom symboler blir möjligt att uttrycka lidandet. Ett lidande som är utan språk blir stumt och meningslöst. Samtalet utgör en naturlig plats där lidandet kan uttryckas. Ett sådant samtal blir, utgående från det vårdvetenskapliga perspektivet, ett vårdande samtal (u.s).

Enligt Eriksson så är hela vårdprocessen en interaktiv process. Detta innebär att vårdaren och patienten är i ständig kommunikation med varandra i de olika faserna som finns i vårdprocessen (Eriksson 1988. s. 18).

4 Teoretisk bakgrund

I följande kapitel kommer respondenterna att lyfta fram ämnen som berör bedömning av patientens vårdbehov och dokumentering i telefonrådgivningen. Hur man skall bedöma patientens vårdbehov förklaras i detta kapitel endast som subjektiv data, eftersom objektiv data inte kan insamlas via telefon.

Den elektroniska patientjournalen baserar sig starkt på strukturerad information, vilket underlättar hanterandet av informationen och utvidgar möjligheterna att återanvända informationen.

Den elektroniska patientjournalen utgörs av olika vyer, som stegvis fylls i enligt rubriker. Med hjälp av vyerna kan man producera den information som det multiprofessionella vårdteamet behöver. I vårddokumentation krävs struktur både i antecknandet av vårdinformationen (vårdprocessen) och i presentationen av det skrivna innehållet (Saranto m.fl, 2008, s. 96).

Multiprofessionalitet innebär en gemensam strävan till god vård hos olika yrkesmän (ex. läkare, sjukskötare, närvårdare och fysioterapeuter), samt ett gemensamt ansvar att uppfylla detta tillsammans med patienten och patientens anhöriga. I ett multiprofessionellt samarbete deltar olika anställda inom sjukvården i olika skeden av patientens vårdkedja för att nå ett gemensamt mål. Ett multiprofessionellt kunnande innebär en förmåga att kunna utnyttja andras kunskap och förmågor (Saranto m.fl., 2008, s. 128).

Med hjälp av elektroniska patientjournaler kan vårdinformation läsas och skrivas på många olika vårdinstanser. För att underlätta dokumentationen, och för att göra den till en fungerande del av vårdprocessen, lönar det sig att komma överens om en gemensam struktur för dokumentationen där det är bestämt vad som ska skrivas var. Dokumentation som sker ur den multiprofessionella vårdens synvinkel, där allt antecknas enligt samma system, blir således mera lättillgängligt för alla parter (Saranto m.fl, 2008., s. 129).

4.1 Hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon

Telefonsjukskötarens uppgifter inom hälso- och sjukvården är att:

- bedöma akuta vårdbehov
- ge råd, stöd och undervisning
- bistå med hälso- och sjukvårdsinformation
- hänvisa till lämplig vårdnivå
- samordna vård och omsorgsresurser (Holmström 2008, s. 55).

4.1.1 Bedömning

För att sjukskötare skall kunna ge råd behöver de först göra en bedömning av den sjukets tillstånd och vårdbehov. Det centrala i telefonsjukskötarens arbete är därför att bedöma den

vårdsökandes vårdbehov. Då de gjort en bedömning av vårdbehov så anses det i patient- och journallagen att vård har inletts och de är då skyldiga att föra patientjournal.

Inom telefonrådgivningen finns det begränsningar för en sjukskötare när han/hon skall bedöma patientens vårdbehov. Eftersom man inte ser personen så är sjukskötaren begränsad till olika ljud: till exempel ord, yttrande, kroppsljud (hostningar), andningsfrekvens, smärtpåverkad röst och bakgrundsljud. Sjukskötaren kan alltså inte undersöka problemen visuellt, vilket behövs för att kunna ge en fullständig bedömning. Istället får sjukskötaren förlita sig på uttolkande versioner av problemen.

Bedömningsgrunderna för att bedöma vårdbehov via telefon härrör till den hjälpsökande, telefonsjukskötaren själv och organisationen. Uppringaren har ofta olika avsikter med sina samtal, vissa vill ha råd hur de kan sköta sina problem själva och vissa vill träffa en läkare. Detta påverkas hur samtalet kommer att förlöpa (Holmström 2008, s.23).

Sjukskötaren som jobbar i telefonrådgivningen har ett krävande arbete och behöver ha bred kunskap. Organisationen påverkar också sjukskötarens arbete. Människors behov av vård har ökat vilket också skapar en ökad resursbrist inom organisationen. Många vill ha vård så fort som möjligt i dagens stressiga samhälle, och det kan vara svårt för sjukskötaren att bedöma vilka som behöver snabbt vård och vilka som kan vänta. Samtalet och kommunikationen med patienten är därför mycket viktigt i vårdprocessen. Problem som också påverkar bedömningen kan vara att inte få prata direkt med den sjuke när sjukskötaren skall grunda sin bedömning på till exempel symptomljud. Det kan vara hostningar, heshet och andningsljud Något som också kan vara viktigt i bedömningen är att få höra patientens egen uppfattning om sina hälsoproblem. Personer som söker hjälp för samma symptom behöver inte få samma råd, eftersom den aktuella situationen, kontexten, som den sjuke befinner sig i, just i detta ögonblick då han/hon ringer påverkar bedömningen. (Holmström 2008, s.55-56)

4.1.2 Samtalet

Sjukskötare i telefonrådgivningsarbetet behöver, liksom andra professionella hjälpare, också ha ett professionellt förhållningssätt. Den sjuke har rätt till att känna sig sedd, bekräftad och förstådd av en empatisk och medicinsk kunnig sjukskötare under samtalet (Holmström 2008, s.64)

Samtalsprocessen kan indelas i fem olika faser:

1. **Öppningsfasen**; inledning av samtalet på ett tillfredsställande sätt och uppmuntra vårdsökande att berätta utförligt om problemen.
2. **Lyssnandefasen**; lyssna aktivt under samtalet och använd sammanfattningar.
3. **Analys- och bedömningsfasen**; arbeta aktivt med relevanta utredande, medicinska och mänskliga frågor. Upprätthåll balansen mellan att fråga och att lyssna, sammanfatta eventuella känslor och sinnestillstånd som den vårdsökande förmedlar och skapa samförstånd och en gemensam bild av problemet.
4. **Motivations- och åtgärdsfasen**; övertyga och motivera, utforska och använda den vårdsökandes kunskap. Förmedla information och råd så att den vårdsökande förstår. Få bekräftelse på att den vårdsökande har förstått.
5. **Avslutningsfasen**; gardera, gör en överenskommelse och avsluta samtalet på ett tillfredsställande sätt. (Holmström 2008, s. 71-76)

4.1.3 Dokumentation i telefonrådgivningen

I vårdarbetet är patientens journal ett viktigt arbetsredskap. Därför är det viktigt att även telefonsjukskötaren dokumenterar sina fall. Redan under telefonsamtalet börjar vården och sjukskötaren har lagstadgad skyldighet att dokumentera bedömningen och de eventuella råd som hon gett, i vårdsökandes patientjournal. En journal ämnad enbart för telefonrådgivning kan innehålla följande:

- Den vårdsökandes *identitet*.
- *Vem som ringt* – om det är någon annan än den som har hälsoproblem.
- *Kontaktsak* – anamnes, bakgrund till varför sökande söker vård. Här kan också anges symtom, symtomljud, bakgrundsljud, symtombeteende, sjukdomsförlopp, medicinering, diagnostiserande sjukdomar, pågående vårdkontakter, diet och så vidare.
- *Bedömning* – kan placeras i ett eget avsnitt och/eller som del av kontaktresultatet.
- *Kontaktresultat* – exempelvis egenvårdsråd, hänvisning, information om och samordning av vårdresurser som t.ex. ambulans, jourläkare.
- *Åtgärder och handlingsplan* – vilka åtgärder som vidtagits till exempel egenvårdsråd, och planerade åtgärder som ex. egenvårdsråd och återuppringning. I anslutning till dessa anteckningar bör det också finnas en tidsangivelse. Om den vårdsökande ex. hänvisats att söka vård någonstans bör det stå inom vilken tidsrymd detta bör ske.

- Det är dessutom en fördel om dokumentationen är *integrerad i ett beslutsstöd* anpassat för telefonrådgivning. (Wahlberg 2007, s. 54-55)

4.2 Dokumentering i patientjournaler

Sjukvården idag är mycket komplex och mångfacetterad. Patienterna är allt mer medvetna om sjukvården, sjukdomar samt behandlingar och ställer allt högre krav på att det skall ske snabbt och enkelt. Patientjournaldokumentationen har under samma tidsperiod blivit allt mer invecklad och omfattande (Björvell 2011, s. 17).

För att kunna försäkra att patienten får en säker, trygg och god vård finns det en lagstadgad skyldighet att nedteckna de beslut, bedömningar och vårdhandlingar som berör patienten, i dennes journal. Både de planerade och utförda vårdhandlingarna dokumenteras i patientjournalen. Ifall att patienten är i kontakt med telefonrådgivningen dokumenteras också detta. Alla de råd och annan viktig information som ges till patienten eller anhöriga skall också beskrivas i journalen.

Patientjournalen är vårdens viktigaste arbetsredskap. Den måste finnas för att alla som vårdar och ansvarar för patienten skall kunna tillgodogöra sig information om patienten. Journalen måste därför vara lätt att förstå, tillförlitlig och översiktlig. Patientjournalen är ett lagligt dokument och vad som får skrivas och inte finns upptecknat i social- och hälsovårksministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298.

Patientens journal utgör även grunden för utvärdering och uppföljning av den vård som patienten får och fått. Detta för att man skall kunna ge patienten en säker och god vård men även för att förbättra vården för den enskilda patienten (Björvell, 2012).

Poikonen (2011) skriver att dokumentering i patientjournalen är oundvikligt eftersom det är fastslaget i lag att man skall anteckna vårdhandlingar, vårdbehovsbedömningar och övrig information åt patienten eller dess anhöriga. Vårdgarantin kräver att vårdpersonalen antecknar vårdbehovsbedömningen för att patienten skall få en god och säker vård.

Det finns vissa principer om vad som bör framkomma i anteckningarna i patientjournalen efter att patienten varit i kontakt med vårdinstans.

- Ankomstorsak eller kontaktorsak
- Bakgrund: grundsjukdomar och regelbunden medicinering, allergier och vikt i fråga om barn

- Aktuellt: fynd som berör vårdbeslut, av normala och negativa fynd beskrivs de som är av betydels i uteslutandet av allvarliga sjukdomar. Man gör alltid en anteckning om patientens allmäntillstånd, vilken läkare som konsulteras och vilka råd som läkaren gett.
- Vårdplan: återbesök, uppföljningar och när kontakt med läkare eller sjukskötare bör tas (Poikonen, 2011).

4.3 Intervjuande och hälsohistoria

Intervjun gällande hälsohistoria är en intervju som är betydelsefull. Medan man lär sig att få fram patientens historia, bygger man även på de många sociala färdigheter som man använder sig av varje dag, men med unika och viktiga olikheter. Till skillnad från social konversation, där man fritt kan uttrycka sina egna behov och intressen, och där man bara är ansvarig för sig själv, är det primära målet av intervjun mellan patient och vårdare att förbättra patientens välmående. På intervjuns mest grundläggande nivå, är meningen med konversationen trefaldig: att etablera en förtroendefull och stödjande relation, att samla information och att erbjuda information (Bickley 2009, s. 55).

Att effektivt redogöra med patienten om dennes tillstånd är en av de mest uppskattade färdigheterna inom vård. Som vårdare kommer man att lägga sin energi på att samla information av patienten. Samtidigt, genom att använda tekniker som ökar tillit och förmedlar respekt, låter man patientens historia blotta sig i sin helhet och i sin mest detaljerade form. Att etablera en stödjande interaktion hjälper patienten att känna sig mera tillfreds när han/hon delar med sig av information och detta blir grunden för det terapeutiska vårdare-patientförhållandet. Eftersom sjukdom kan få patienten att känna sig avskräckt och isolerad, gör känslan av samhörighet med läkare eller vårdare, att någon lyssnar ordentligt och att patienten blir förstådd, att känslan av isolering och förtvivlan minskar. Denna känsla är kärnan i läkandet (Bickley 2009, s. 55).

4.4 Omfattande bedömning av patienten

Enligt Bickley (2009, s. 6-10) finns det sju komponenter att ta i beaktande när patienten tar kontakt för att göra en omfattande bedömning av patienten:

1. Att identifiera data och källan till historien:
 - Att identifiera data såsom kön, ålder, yrke och civilstånd. Datumet är alltid

viktigt. Se till att du dokumenterar tidpunkten när du utvärderar patienten, speciellt i brådskande och akuta fall.

- Att identifiera källan till historien: källan till historien är oftast patienten själv, men kan också vara en familjemedlem eller vän, remiss eller patientjournalen. Om möjligt, bör man etablera källan till remissen, eftersom en skriftlig rapport kan behövas. Att utse en källa till remissen hjälper till att bedöma vilken typ av information som tillhandahålls samt eventuella fördomar.
- Att identifiera historiens tillförlitlighet: tillförlitligheten varierar beroende på patientens minne, förtroende och humör. Dokumentera denna information om det är relevant, exempelvis ”patienten är vag när han beskriver symtomen, och detaljerna är förvirrande”. Denna bedömning speglar kvaliteten på den information som patienten gett och görs oftast i slutet på intervjun.

2. Högst prioriterade klagomål:

- Ett eller flera symtom eller bekymmer som är orsaken till att patienten söker vård. Försök citera patientens egna ord, exempelvis ”jag har ont i magen och jag mår dåligt”.

3. Föreliggande sjukdom:

- Förstärker högsta prioriterade klagomål och förklarar hur varje symptom utvecklats.
- Innefattar patientens tankar och känslor om sjukdomen.
- Kan innefatta läkemedel, allergier samt rönknings- och alkoholvanor som ofta är relevanta till den föreliggande sjukdomen. Om patienten slutat röka, anteckna hur länge han har varit rökfri.
- Denna del av patienthistorien är en klar, tydlig och kronologisk redogörelse för de problem som föranlett patienten att söka vård. Berättelsen bör innefatta uppkomsten av problemet, den miljö i vilken den utvecklats, dess yttringar samt vilka behandlingar som har tillämpats.
- Alla symtom bör vara väl karaktäriserade med beskrivningar av (1) läge; (2) kvalitet; (3) kvantitet av svårighetsgraden; (4) tidpunkt, inklusive start, varaktighet och frekvens; (5) den miljö i vilken den förekommer; (6) faktorer som förvärrar eller lindrar symtomen; samt (7) tillhörande yttringar.

Dessa sju attribut är ovärderliga för att förstå patientens symtom.

- Annan information är ofta relevant, såsom riskfaktorer för kranskärslsjukdom hos patienter med bröstsmärta, eller pågående medicinering hos patienter med yrsel.
- Föreliggande sjukdom ska avslöja patientens respons till sina symtom och vilken effekt sjukdomen har på patientens liv. Man bör alltid komma ihåg att data flödar spontant från patienten, men det är på vårdarens ansvar att sammanfatta och organisera den orala informationen.
- Patienter har ofta mer än ett symptom eller bekymmer. Varje symptom förtjänar ett eget stycke i dokumentationen och en fullständig beskrivning.
- Medicinering bör noteras, inklusive namn på läkemedlet, dos, styrka och frekvensen av användandet. Anteckna även huskurer, receptfria läkemedel, vitaminer, mineraler, naturläkemedel eller kosttillskott, orala preventivmedel samt läkemedel lånade av familjemedlemmar eller vänner.
- Allergier, inklusive specifika reaktioner till alla läkemedel, såsom hudutslag eller illamående, måste antecknas – likaså matallergier, insektsallergier eller miljöfaktorer.
- Alkohol- och droganvändning ska alltid utredas.

4. Tidigare sjukdomshistoria:

- Förteckningar över sjukdomar som patienten haft som barn, exempelvis mässling, röda hund, påssjuka, kikhosta, vattkoppor, reumatisk feber och polio. Även kroniska barnsjukdomar ingår i denna kategori.
- Förteckningar över sjukdomar som patienten haft som vuxen, innehållande datum, i minst fyra kategorier: (1) medicinska (diabetes, högt blodtryck, hepatit, astma, HIV); (2) kirurgiska (datum för operation, indikationer för operation samt operationstyp); (3) obstetriska (obstetrisk historia, menstruell historia, preventivmetoder, sexuell funktion); (4) psykiatriska (sjukdom och tidsram för sjukdomen, diagnoser, sjukhusinläggningar och behandlingsmetoder).
- Innefattar underhållsmetoder för hälsa såsom vaccinationer, screeningtest och livsstilsfrågor.

5. Familjens sjukdomshistoria:

- Sammanfattar eller gör ett diagram över ålder och hälsa, eller ålder och

dödsorsak, till syskon, föräldrar och far- och morföräldrar.

- Ta reda på om följande sjukdomar finns i släkten: högt blodtryck, kranskärslsjukdom, förhöjda kolesterolnivåer, stroke, diabetes, sköldskörtel eller njursjukdom, artrit, tuberkulos, astma eller annan lungsjukdom, huvudvärk, krampanfall, psykiska sjukdomar, självmord, cancer, missbruk, könssjukdomar och allergier samt de symtom som patienten beskriver.

6. Personlig och social historia:

- Beskriver utbildningsnivå, ursprungsfamilj, nuvarande boende, personliga intressen, livsstil, matvanor och ADL.

7. Överblick av systemen

- Dokumenterar närvaro eller frånvaro av vanliga symptom relaterade till varje större organsystem.

När patienten tar kontakt med vårdaren framkommer knappast hans hälsohistoria i denna ordningsföljd, utan intervjun med patienten är mera flytande. Som vårdare får man följa med patienternas ledtrådar i deras historia för att få fram patientens berättelse om sin sjukdom. Som vårdare lär man sig snabbt hur man ska få vissa aspekter av patientens berättelse till ett mera formellt format för muntlig presentation och språk. Man förändrar patientens språk och berättelse i de sju delar av kliniskt utbyte så att berättelsen blir bekant för alla medlemmar i vårdlaget. Denna omstrukturering organiserar vårdarens kliniska resonemang och gör en mall för vårdarens växande kompetens (Bickley 2009, s. 7).

4.5 Att dokumentera – patienthistoria i en organiserad och strukturerad journal

En tydlig, välorganiserad journal är en av de viktigaste bitarna i vården av patienten. Vårdarens skicklighet i att anteckna patienthistoria bör utvecklas parallellt med vårdarens växande kunskaper i kliniska resonemang och förmågan att formatera patientens bedömning och plan (Bickley 2009, s. 40-41).

Målet med dokumenteringen bör vara en tydlig men omfattande rapport som dokumenterar de viktigaste resultaten av patientens bedömning och kommunicerar patientens problem i

ett läsbart format till andra medlemmar i vårdteamet. Även om den avdelning som vårdaren arbetar för har tryckta eller elektroniska patientjournaler, bör man som vårdare alltid kunna frambringa sina egna anteckningar. Oavsett erfarenhet, bör man organisera sin journal enligt vissa principer. Man bör speciellt tänka på i vilken ordning man skriver för att texten ska vara läsbar, och hur mycket detaljer man ska ta med (Bickley 2009, s. 40-41).

Mängden detaljer utgör ofta ett förargligt problem. Som studerande kan det vara bra att vara ganska detaljerad när man skriver, eftersom detta bidrar till att bygga upp de beskrivande kunskaperna och ordförrådet, även om detta är en tidskrävande process. I de flesta fall kommer trycket från arbetsbördan och tidsbristen att tvinga fram vissa kompromisser. Ändå ger en bra anteckning alltid underlag för historia, fysisk undersökning och laboratorieresultat för alla problem eller vårddiagnoser som identifierats (Bickley 2009, s. 40-41).

4.6 Guide för en tydlig och klar anteckning

Ordning är absolut nödvändigt. Man bör se till att framtida läsare, inklusive skribenten, lätt kan hitta specifik information. Se till att rubrikerna är klara och betona uppställningen med inslag och mellanrum. Ordna den nuvarande sjukdomen i kronologisk ordning – börja med den aktuella episoden, och fyll sedan i relevant bakgrundsinformation.

Precisera de bärande bevisen – både positiva och negativa – för varje problem eller diagnos som du identifierar. Se till att det finns tillräckliga detaljer för att stöda din bedömning och plan (Bickley 2009, s. 41-43).

Ofta kan delar av en patienthistoria eller patientundersökning tyda på att en avvikelse kan förekomma eller utvecklas i det området. För t.ex. patienter med synliga blåmärken, bör man anteckna det ”relevanta negativa”, exempelvis avsaknad av skada eller våld, familjära blödningsrubbningsrubbningar, mediciner eller näringsmässiga underskott som kan leda till blåmärken. (Bickley 2009, s. 41-43).

Kom ihåg att data som inte antecknats är förlorad data. Oavsett hur tydligt man minns utvalda detaljer idag, kommer man antagligen inte att komma ihåg dem om några månader. Fastän du skrivit en fras själv, så kan du fundera på dess betydelse några månader senare (Bickley 2009, s. 41-43).

Granska om det förekommer en överdriven upprepning av information. Är viktig information gömd bland detaljer som endast upptäcks av ihärdiga läsare?

Utelämna de flesta av dina negativa resultat, om de inte är direkt kopplade till patientens klagomål eller till andra specifika utslutningar i din diagnostiska bedömning. Lista inte avvikelser som du inte observerar, koncentrera dig istället på ett fåtal stora sådana och försök beskriva strukturerna på ett kortfattat positivt sätt. (Bickley 2009, s. 41-43).

Utelämna onödiga ord, detta sparar värdefull tid och utrymme. Undvik repeterande inledande fraser såsom ”patienten berättar att...”, eftersom läsaren antar att patienten är källan om inget annat anges. Använd korta ord istället för långa, och använd mera formella ord när de betyder samma sak, såsom ”palpera” för ”känna” och ”auskultera” för ”lyssna”. Förklara vad du observerat, inte vad du gjort. (Bickley 2009, s. 41-43).

Patientjournaler är vetenskapliga och lagliga dokument, så de måste vara klara och lätta att förstå. Att använda sig av ord och korta fraser istället för hela meningar är vanligt, men förkortningar och symboler bör användas endast om de är lätta att förstå. Likväl är en elegant stil mindre tilltalande än en kort sammanfattning. Se till att det du antecknat är läsbart, annars är det du dokumenterat värdelöst för andra läsare. (Bickley 2009, s. 41-43)

Diagram tillför mycket till tydligheten i dokumentationen. För att återställa korrekta utvärderingar och framtida jämförelser, gör mätningar i centimeter – inte i frukter, nötter eller grönsaker (t.ex. ”1 x 1 cm stor lymfkörtel” kontra ”en lymfkörtel i storlek med en ärt”) (Bickley 2009, s. 41-43).

Det är viktigt att vara objektiv. Fientliga, moraliserande eller ogillande kommentarer har ingen plats i patientens journal. Använd aldrig förnedrande eller nedsättande ord, skrivkonst eller skiljetecken. Elaka kommentarer om patienten är oprofessionella och ger en dålig förebild för andra som läser journalen. Dessa kommentarer kan också vara svåra att försvara i rättslig miljö (Bickley 2009, s. 41-43)

4.7 Finlands lag och förordning om patientdokumentation

Enligt social- och hälsovårministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298, så omfattas patientjournalhandlingarna av patientjournalen och övriga patientuppgifter som erhållits i samband med vårdssituationer på andra vårdinrättningar än i hemkommunen.

Även de uppgifter som finns angående den medicinska undersökningen av patientens dödsorsak bör finnas i patientjournalen. De uppgifter som lagras på den elektroniska arkiveringstjänsten skall göras strukturerat och så att varje vårdhandling införs under specifika kategorier. När en handling raderas eller förstörs måste det alltid finnas en anteckning sparad i patientjournalen för detta.

Det är endast den vårdare som har ett vårdförhållande med patienten som har rätt att hantera patientens uppgifter, och då endast det material som krävs för det specifika vårdtillfället. I patientjournalhandlingarna, får endast personer med en yrkesutbildning inom hälso- och sjukvården och som har ett vårdförhållande med patienten göra anteckningar. Studerande inom hälso- och sjukvården som också har utfört en vårdhandling har rätt att skriva i patientjournalen men detta måste godkännas av handledaren. Den hälso- och sjukvårdspersonal som har dikterat anteckningar har ansvar för det som blivit nedskrivet av annan person i patientjournalen.

Det finns vissa regler och krav för de anteckningar som görs i patientjournalerna. Enligt 7 § i social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar, krävs det att de anteckningar som görs är tillräckligt omfattande för att kunna trygga en god vård, samt för att säkerställa att patienten får den vård som denne har behov av genom att vården planeras, ordnas, utförs och uppföljs. Detta kräver tydliga och begripliga anteckningar som är utan förkortningar och gjorda med kända begrepp. Källan till uppgifterna måste alltid framkomma om den inte är gjord på vårdpersonalens egna iakttagelser.

Alla anteckningar i patientjournalen skall göras så fort som möjligt. Helst genast efter ett avslutat vårdförhållande, dock senast fem dygn efter att patienten lämnat vårdinrättningen. Alla remisser, även de som inte är akuta, skall sändas vidare till nästa instans inom fem dygn. Ett sammandrag av vården som getts samt anvisningar för den fortsatta vården skall skickas vidare så fort som möjligt till patienten själv samt till de instanser som patienten gett sitt godkännande till. Dikterade vårdhandlingar skall omvandlas till skrivet material innan det sparas i elektronisk form i arkiveringstjänsten.

I 10 § finns det fastslaget vilka grunduppgifter som skall finnas antecknat om patienten i journalhandlingarna. Patientjournalen måste innehålla följande uppgifter:

- Patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktuppgifter

- Namnet på den verksamhetsenhet som tillhandahåller hälso-och sjukvård eller den person som självständigt utövar sitt yrke inom hälso- och sjukvården.
- Namnet på den person som gjort anteckningar i journalen, samt yrkesbeteckningen ex. sjukskötare, läkare eller närvårdare samt datum och klockslag för när anteckningen gjordes.
- Inkomna uppgifter skall framkomma och tidpunkten för när de kom och varifrån de kom skall antecknas
- Ifall det är fråga om ett barn eller en person som har en laglig företrädare så skall kontaktuppgifter och namn framkomma på dessa personer

Det kan även finnas flera uppgifter som bör antecknas i journalhandlingarna för att de skall vara kompletta:

- Namnet på en nära anhörig, släktskapsband till denna samt kontaktuppgifter. Flera personer kan finnas antecknade.
- Patientens modersmål eller kontaktspråk
- Patientens yrke eller ifall det är fråga om en pensionär eller studerande
- Det försäkringsbolag som patientens arbetsplats har anlitat ifall det är fråga om ett arbetsolycksfall eller en arbetsskada eller det försäkringsbolag som patienten själv anlitat
- Det bör också finnas antecknat det samtycke som patienten gett till att uppgifter lämnas ut

I patientjournalerna skall det göras anteckningar om varje vårdsituation. Det skall finnas antecknat om orsak till vårdkontakt, anamnes, diagnos, status, observationer, olika undersökningar som utförts, problem, hälsorisker och slutsatser. Det behöver också stå skrivet hur man planerat, utfört och gjort uppföljningar av vården och sjukdomsförloppet, samt ett slututlåtande.

Alla vårdhandlingar som utförs skall nedskrivs i patientjournalen. Sjukdomsförloppet och vilka vårdmetoder och undersökningar som gjorts och motiveringar till varför just dessa behandlingar eller metoder använts framom andra. Uppgifter om olika implantat och proteser är viktiga för att undvika skador och liknade vid nya vårdsituationer. Alla medicinrecept, sjukintyg, läkarutlåtanden och andra intyg samt rehabiliteringsplan skall skrivas in med namn på dem som utfärdat dessa och tidpunkten för detta.

Ifall att patienten har en känd läkemedelsallergi eller överkänslighet mot olika ämnen som förekommer i vården så skall dessa antecknas noggrant och på ett sådant sätt att det inte går att missa den viktiga informationen för den vårdare som läser journalen.

Misstänkta patient-, apparat eller läkemedelsskador som upptäcks att patienten har, skall genast antecknas i patientjournalen, med en beskrivning av skadan och hur den uppstått samt alla som varit inblandade i situationen samt vilka vårdåtgärder som vidtagits för att motverka patientens situation.

Den person med hälso- och sjukvårdsutbildning som tar emot ett samtal av en patient skall journalföra detta. Det skall framkomma samma saker som tidigare beskrivits. Tidpunkten för konsultationen och vilket ärende patienten hade, de som har deltagit i samtalet och vad som planeras, vad som gjorts och vad som kommer verkställas måste antecknas. Om patienten tvingas vänta på vård skall orsaken till dröjsmålet antecknas i patientjournalen. Hänvisningar till en annan vårdinstans skall också framkomma (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298).

5 Tidigare forskning

Detta examensarbete grundar sig, förutom på innehållsanalys av tidigare dokumentationer i anonyma patientjournaler från hälsovårdscentralen och litteratursökning, även på vetenskapliga artiklar och forskningar. Artiklarna berör inte dokumentering i telefonrådgivningen utan mera dokumentering i allmänhet. Se bilaga 1.

5.1 Dokumentering i patientjournal

Dokumentering av bra kvalitet förknippas med förbättringar i patientens vård, medan fattiga standarder för dokumentation kan bidra till dålig kvalitet av vården. Sjukskötare bär en plikt av vård i relationen mellan vårdare och patient, och patienten har full laglig rätt att förvänta sig kompetens och professionalism av sjukskötarna. Sjukskötare bär ansvar för att upprätthålla noggranna journaler över vården de ger, och de är också ansvariga för om informationen är ofullständig eller fel.

Nursing and Midwifery Council påstår att dokumentation är en viktig del av vården, och att den främjar tillhandahållandet av säker och kompetent vård. Ändå visar undersökningar att dokumentation inte uppfyller rekommenderade standarder.

För att undersöka problem i dokumentering och journalföring utfördes, samt beskriva vad som utgör dokumentering av god kvalitet, utfördes en studie år 2011 med syfte att samla in material i form av litteraturstudier om dessa ämnen. Två huvudteman framkom genom studien; goda dokumentationsstandarder är kopplade med ökning av patientvårdens kvalitet, och god journalföring innebär att skydda och garantera sjukskötarens professionella ansvar.

Enligt Prideaux (2011) kan en dokumentation av god kvalitet bidra till att underlätta förbättrandet av patientvården. En fullständig dokumentation är integrerad till leveransen av högkvalitativ vård, och vårdjournalerna tillhandahåller en kommunikationskanal.

Prideaux (2011) påpekar också att information av hög kvalitet, rapporterad i en vårdjournal, främjar vård av god kvalitet – främst för att informationen nås och blir använd av andra yrkesmän som en del av en multidisciplinär vård av patienten.

Noggrannhet ses som ett nödvändigt grundkrav på god dokumentation. För att bedöma noggrannhet och kvalitet av dokumentation har det gjorts en kvantitativ tvärsnittstudie på 10 olika sjukhus i Nederländerna. Man fann att uppgifter om patienternas diagnoser var väldigt vaga, och att anteckningarna bestod av onödig repetition. Förekomsten av bristande struktur syntes också tydligt i dokumentationen. Det framkom också att mera erfarna sjukskötare var säkrare i sin dokumentering, vilket möjligen påvisar att konsten att dokumentera växer med tiden.

Prideaux (2011) framför att noggrannhet kan ses från tre olika perspektiv; trovärdig reflektion av vården, omfattande och noggrann detaljering av patientens färd genom vården samt klarhet i användandet av termer. Noggrannhet är avgörande i vårddokumentation eftersom informationen som antecknas måste vara en fullständig reflektion över de olika skeden i vilka vård getts – en skriven text av vårdprocessen.

Även om litteratur avslöjar ett allmänt och entydigt stöd för dokumentation av god kvalitet, visar undersökningar att dokumentation av låg kvalitet är ett återkommande problem. Dokumentering är en viktig av vården eftersom den detaljerar patientens färd genom vårdprocessen och kan säkra ansvaret för de vårdare som ger vården. Dokumentation kan öka kvaliteten på patientens vård, därför borde man som sjukskötare försöka se till att

deras dokumentation uppnår hög standard. Sjukskötare bör också se till att identifiera hinder för dokumentation och övervinna dessa, för att kunna uppfylla den vårdplikt de har gentemot sina patienter.

Dokumentation är inte något som är separat från klinisk vård, utan den är en anteckning över vården som getts, och tillsammans samverkar de som en integrerad del av den holistiska vården.

Elektroniska patientjournaler har införts brett inom hälso- och sjukvården. Mycket hopp och möda har lagts in i införandet av de elektroniska patientjournalerna, främst för att de ger en möjlighet att öka kvaliteten på patientfokuserad dokumentation. En annan stor fördel är att de också erbjuder omedelbar tillgång till patientfilerna, samt möjliggör omedelbar, effektiv och säker patientvård.

Vårdokumentation har setts som en förutsättning för god patientvård och som ett viktigt verktyg mellan vårdare och patienter. Ändå har många studier visat att antecknad vårdokumentation främst presenterar bio-fysiska behov och problem tillsammans med medicinsk observation – och att själva vårdprocessen är dåligt dokumenterad.

Enligt Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2010) har det rapporterats om frustrerande aspekter av det elektroniska systemet, såsom att dokumentationen har blivit besvärlig och tidskrävande. Det har klagats på att dokumenteringen drar ner på sjuksköternas tid med patienten, och att den ökar distansen mellan sjuksköterskan och patienten.

Baserad på tidigare litteratur framkommer det att patientjournaler har fört med sig både fördelar och nackdelar. Att det kan förekomma brist på information i journalerna är ett faktum, därför har Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2010) undersökt vilka uttryck sjukskötare använder när de dokumenterar patientfokuserad vård i elektroniska patientjournaler, främst för att se hur sjuksköterna uttrycker sig i sin dokumentering. Forskarna var intresserade av skrivna uttryck i ord och meningar, utan att ta hänsyn till struktur eller process. Studien utfördes på fyra olika avdelningar inom ett sjukhusdistrikt i södra Finland med tillstånd av distriktets etiska kommitté, och alla avdelningar hade blivit introducerade till elektroniska patientjournaler ett år innan studien.

Man fann tre olika kategorier av dokumentation; patientens röst, sjukskötarens synpunkt samt ömsesidig synpunkt i patient-sjukskötarförhållandet.

Sjuksköterna uttryckte patientens perspektiv genom att avslöja patientens deltagande i sin vård. Vissa sjukskötare dokumenterade patienternas sinnesstämning. Ifall patienternas

egna upplevelser dokumenterats var de ofta relaterade till patientens nuvarande fysiska status.

Patienternas egna upplevelser dokumenterade ur sjukskötarens synvinkel var ofta involverade i vissa händelser. Det syntes inte ifall patienterna blivit hörda till först och patienternas kommentarer fanns inte antecknade, utan dokumentationen var baserad på sjukskötarens egen tolkning. Patienternas beslutstagande var sällan dokumenterat, men patienternas beteende dokumenterades ofta.

Sjukskötarna skrev sina kommentarer mest i informativ stil, bestående av korta notering som kunde innehålla viktig information, men som ibland lämnade bort frågor om patientens verkliga upplevelse.

Hurudana patienterna är och vilka patientens kapaciteter är förekom ofta i journalerna. Det kunde också avslöjas att man lade en stämpel på patienten. Vissa subjektiva kommentarer som hade positiv, neutral eller negativ mening tillämpades på patienterna, exempelvis ”trevlig man”, ”tyst man”, ”säger inte mycket”, ”ser ledsen ut”.

Genom journalerna använde sjukskötarna en passiv röst när de förklarade vården. Detta gjorde det ibland oklart vems åtgärder som blivit dokumenterade. Oftast rapporterades vad som gjorts, utan att nämna resultatet.

Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2010) påpekar att markera patientens röst i dokumentering försäkras om att patientens perspektiv alltid är närvarande, och att vårdpersonal bör undervisas i att skriva på detta vis. Det kan spara tid att erbjuda information för att förbättra den patientfokuserade vården, som i sin tur förbättrar vården av patienten.

Patientsäkerheten och vårddokumentation är internationellt viktiga aspekter av patientvården. Patienter som kommer till sjukhuset har rätt att förvänta sig optimal vård. I sådana fall där patientens tillstånd skulle försämrats, är det antaget att lämpliga åtgärder görs i rätt tid. Trots detta, menar the National Institute of Clinical Excellence NHS UK, att försämring av patienters tillstånd inte upptäcks eller åtgärdas i god tid, och att detta kan leda till dödliga utgångar.

Enligt Nilsson & Stevenson (2010) är patientsäkerhet av främsta intresse för sjukskötare, och deras uppfattning om patientsäkerhet i elektroniska patientjournaler är viktiga eftersom de är den största gruppen av sjukvårdsarbetare och de som är med patienterna dygnet runt. Författarna gjorde därför en kvalitativ studie med hjälp av en gruppintervju av 21

registrerade sjukskötare med syfte att utforska sjukskötares uppfattning av att dagligen använda elektroniska patientjournaler i sitt arbete. När studien gjordes hade elektroniska patientjournaler varit i bruk ett år. Studien visar vad som fungerar bra med elektroniska patientjournaler, och vad som fungerar mindre bra. Den identifierar också faktorer som ökar patientsäkerheten, och vilka faktorer som är till risk för patientens säkerhet

Informationssystem som berör vård har kommit att spela en stor roll i det moderna samhället och de elektroniska patientjournalerna har som syfte att öka patientsäkerheten och kvaliteten av dokumentationen. Sjukskötare spelar en stor roll i patientsäkerheten och studier från olika delar av världen bekräftar att vårdmiljöns kvalitet har en direkt inverkan på patientens vårdresultat. Sjukskötare är ”hands on” – vårdare, så deras bidrag till hälso- och sjukvården påverkar tydligt patientens säkerhet. Slutligen, är pågående vaksamhet avgörande för att tidigt upptäcka och förebygga möjliga problem.

För tillfället betonas ”utmärkt patient-vaksamhet” starkt. Till att börja med, ökar den komplexa gruppen antalet äldre med multipla diagnoser, som rutinmässigt blir vårdade på akutavdelningar. För det andra, klarar akutavdelningar för tillfället bara att ta hand om allvarligt sjuka, eftersom vistelsernas längd har ökat. Därför behövs kunskap om hur man ska dokumentera vuxna patienters fysiologiska status med god kvalitet, eftersom patienterna riskerar att bli akut sjuka pga. sina underliggande diagnoser eller pga. sitt tidigare medicinska tillstånd.

Nilsson & Stevenson (2011) påminner om att tidigare studier visar, trots vissa positiva synpunkter, att sjukskötare är missnöjda med de elektroniska journalerna. Detta främst för att det är svårt att få en överblick av patientens framsteg och vård, men också för att de elektroniska patientjournalerna har svår framkomlighet.

Studien visar att det framkom några frågor i var viss information skulle skrivas hos sjuksköterna. Det fanns ingen samstämmighet mellan de olika avdelningarna, och ibland inte heller inom samma avdelning, om vilken del av journalen som var rätt plats att skriva olika aspekter av vårddokumentation på. Deltagarna i studien påpekade att detta kommer att leda till problem för personal på andra avdelningar, och berättade att det är annorlunda på olika avdelningar. ”Om en läkare från en medicinsk avdelning kommer för en konsultation, går de oftast in på en annan sida av patientjournalen för att se patientens blodtryck, och när det inte står något där tror de att vi inte har tagit patientens blodtryck, det står skrivet i mallen istället”.

Deltagarna berättade att det fanns tre olika ställen att skriva fysiologiska observationer på, och att de valde att skriva på dem alla tre för att de var osäkra. Det fanns också mallar att använda sig av i journalerna, och deltagarna tyckte inte att de var så bra som de ville att de skulle vara. Därför valde många att inte använda sig av mallarna, utan skrev hellre på fri hand eller i ett rapporthäfte.

Cirka hälften (10) av deltagarna meddelade att de trodde att rätta stället att skriva in vitala funktioner på var i vårdmallen. De förklarade också att det tar tid och är svårt att lära sig att göra mallar, att det är en process som kräver många steg och klick.

Deltagarna tyckte att det som var positivt med elektroniska patientjournaler är att det är tillgängligt för alla. Allt finns där, och alla kan läsa på samma gång. Alla kan läsa vad alla har skrivit och det blir inget bråk om journaler. En annan fördel var att patientsäkerheten ökat eftersom när något en gång blivit skrivet i journalen så finns det där, t.ex. allergier. En tredje fördel var att det blev mindre pappersarbete.

Sjukskötarna var blyga med att säga sina åsikter, eftersom ingen frågat efter vad de tyckt tidigare angående elektroniska patientjournaler. De påstod också att det är svårt att få en överblick av patientens journal, och att hela processen tar längre tid nu än tidigare. Det tar länge att slippa in på patientens uppgifter, och det tar tid att välja var man ska skriva – man får ingen bild av patientens framsteg.

De menade också att det är onödigt svårt att få fram den information de behöver om patienten, och att det tar onödigt mycket tid – och att patientens säkerhet förbises pga. detta. Deltagarna rapporterade att de hellre ville ha en verbal rapport för att försäkra sig om att de fick all viktig information om patienten. En allmän negativ kommentar var att det är svårt att ändra på saker när man inte fick vara involverad i processen när den påbörjades.

Angående den medicinska modulen framkom det bara positiva kommentarer. Man kan se vilka läkemedel som ordinerats, och även vad kollegorna skrivit. Patienten får rätt medicin i rätt dos. En annan positiv synpunkt var fördelen med snabbare rutiner. Man kan nu se alla mediciner på samma gång vid utdelningen, vilket gör processen snabbare (Nilsson & Stevenson, 2011).

En meta-studie som gjorts i Australien av Jefferies m.fl. (2010) har man från 28 vetenskapliga artiklar som berör dokumentation valt ut bakgrundsmaterialet till studien. I studien sammanfattas all relevant information om vårddokumentation och presenterar alla

grundläggande aspekter av vårddokumentationen. Man fann sju teman genom forskningen angående kvalitativ vårddokumentation.

- Vårddokumentationen skall vara patientcentrerad
- Vårddokumentation måste innehålla det faktiska arbetet som sjukskötare gör men även undervisning och psykosocialt stöd
- Vårddokumentation skall skrivas för att synliggöra den kliniska bedömningen som sjukskötaren gör
- Vårddokumentation måste presenteras på ett logiskt och följsamt sätt
- Vårddokumentation borde skrivas samtidigt eller händelser sker
- Vårddokumentation skall registrera avvikelser i vården
- Vårddokumentation skall uppfylla lagliga bestämmelser

5.2 Patientsäkerhet i telefonrådgivningen

I en studie som gjorts i Sverige av Röing m.fl. (2013) har man identifierat problem som kan hota patientsäkerheten i telefonrådgivningen. Telefonsjukskötarens huvudsakliga informationskälla är deras dialog med den som ringer. Därför har kvaliteten på denna dialog en stor betydelse för att kunna ge en säker patientvård.

Forskarna har besökt sex telefonsjukskötare på deras arbetsplatser fem till sex gånger. De har lyssnat på 121 samtal och sen diskuterat samtalen tillsammans med telefonsjukskötare, som bandats och skrivits ned. En kvalitativ innehållsanalys gjordes av reflektioner som skrivits ned. Hot som identifierats mot patientsäkerheten delades in i fyra olika kategorier. Det var patientsäkerhetshot relaterat till omgivande samhälle, organisationen, telefonsjukskötaren och uppringaren (Röing m.fl. 2013).

Hot mot patientsäkerheten relaterad till omgivande samhälle kunde vara höga förväntningar av befolkningen att genast få tillgång till vård, rapporter i media som gör befolkningen oroliga och ökad mängd telefonsamtal på grund av pågående infektioner bland befolkningen. Patientsäkerhetshot relaterad till organisationen var organisationens krav, stress, brister i teknisk utrustning och i vårdorganisationen. Hot mot patientsäkerheten relaterad till telefonsjukskötaren var att man samlar in för lite bakgrunds information, förlitar sig för mycket på tidigare och personliga erfarenheter och svårigheter att kunna göra en vårdbedömning när man inte ser patienten. Patientsäkerhetshot relaterad

till uppringaren var att den sjuke inte själv kan ringa, uppringarens beteende och språkproblem (Röing m.fl. 2013).

Resultatet visar på att det mest slående hot mot patientsäkerheten var att telefonsjukskötaren inte samlade in tillräckligt med bakgrundsinformation vid bedömningen av den sjukes symtom. Områden som man också behöver fokusera på för att förbättra patientsäkerheten är organisationsutveckling och telefonsjukskötarens utbildning. Kommunikation är en viktig del och nyckeln till en säker vård (Röing m.fl. 2013).

En litteraturstudie som gjorts i Sverige av Ledin m.fl. (2011), hade som syfte att fördjupa kunskapen om de svårigheter som finns inbyggda i sjukskötarens telefonrådgivningsarbete och identifiera möjligheter att bemästra dessa. Resultaten som framkom från 13 olika artiklar som berört ämnet, var att sjukskötarna i telefonrådgivningen uppfattade mjukvaran som ofullständig. De tyckte att datoriserat beslutstöd kunde användas som minneshjälp och bedömningsinstrument men inte som beslutshjälp.

Icke- visuell kommunikation ansågs vara en betydande svårighet i telefonrådgivningen. Detta upplevdes som en stressande situation, det var mycket viktigt att de lyssnade aktivt på uppringarens symtom och besvär. Det ledde ofta till att sjuksköterskan drog fel slutsatser som kunde äventyra patientsäkerheten. Det var också utmanande att kunna bygga upp ett förtroende utan visuell och fysisk kontakt. Sjukskötarna beskrev att de lyssnade efter tonläge, andningsmönster och hur uppringaren förklarade händelsen, men ibland kändes det som att de famlade i mörker eller var blind. Här fanns också en rädsla att missförstå som kunde leda till fel bedömning. Sjukskötare upplevde också problem med att göra en högkvalitativ bedömning när de det var en anhörig som ringde och de hade inte möjlighet att själv prata med den sjuke (Ledin m.fl. 2011).

Begränsade resurser var också svårigheter som framkom för telefonsjukskötarna. De uppfattade motstridiga krav, genom att både vara rådgivare och grindvakter i telefonrådgivningen. Grindvaktsfunktionen innebar t.ex. att det inte fanns läkartider fastän sjukskötaren ansåg att uppringaren behövde tid till läkaren. Även andra resursbrister stressade dem t.ex. att de inte hann lägga den tid de ville på patienten. Sjuksköterskans utsatthet gjorde att de kände ofta en rädsla av att göra fel bedömning. Utsattheten kändes genom sin frontposition. De ansåg sig behöva fördjupad kompetens och erfarenhet (Ledin m.fl. 2011).

Genus och etnicitet framkom också som en svårighet. Kulturella orsaker kunde ibland uppfattas som problem, t.ex. att mannen var uppringaren när det var kvinnan som var i

behov av vård. Anledningen till att mannen ringde var att mannen var familjens överhuvud (Ledin m.fl. 2011).

Etiska frågor upplevdes också som svårigheter. En sjukskötare tyckte att telefonrådgivningen var oetisk på grund av att man inte kunde vara säker på att det var rätt person som ringer, trots av namn och personnummer uppgavs. Här kom det också fram att det var svårt för en sjukskötare att veta hur mycket information som skall ges via telefon, så man inte stressar upp personen eller gör han/hon orolig i onödan. Detta kunde också vara att uppringaren var lugn och ville endast ha egenvårds råd och sjukskötaren uppfattade uppringaren som allvarligt sjuk (Ledin m.fl. 2011).

Dokumentationen uppfattades som en svårighet, man visste inte hur mycket man skulle dokumentera i journalen. Sjukskötare tyckte också att uppringare med psykosociala problem behandlades oetiskt på grund av att de inte passade in någonstans och flyttades mellan olika vårdinstanser (Ledin m.fl. (2011).

Av dessa identifierade svårigheter får man fram vad som behöver bemästras för att öka sjuksköterskors möjlighet att klara av arbetet och som i sin tur ökar patientsäkerheten. Det som ökar sjukskötarens möjlighet att klara av arbetet är:

- Ökad egenkontroll genom kompetensutveckling.
- Datoriserat beslutsstöd behöver utvecklas, och för att det skall bli patientssäkert behöver sjukskötarna vara kravställare och vara med och utveckla mjukvaran.
- För att sjukskötaren skall kunna hantera den icke-verbala kommunikationen behövs det en kontinuerlig utbildning i kommunikation.
- Rekommendationen är att sjukskötaren får i mån av möjlighet prata med den sjuke.
- Sjukskötaren behöver få stöd från arbetsledningen och arbetskamrater när hon känner sig stressad av begränsad resursbrist. Detta också för att öka patientsäkerheten.
- För att inte sjukskötare skall känna sig utsatta i frontpositionen och ha rädsla för att göra felbedömning behöver de lägga stor vikt på att dokumentera väl och att de informerar uppringaren att kontakta vården igen om symtomen förvärras.
- Omvårdnad består av en etisk dimension och sjukskötarna har alltid ett ansvar för sina bedömningar, förslag till åtgärder och uppföljning. Därför behöver också sjukskötareskan få ökad kompetens för etiska frågor och de behöver diskuteras på arbetsplatsen. Sjukskötare har också en makt över uppringaren i telefonrådgivningen där man behöver tänka på yrkesetiken (Ledin m.fl. 2011).

6 Metod och genomförande

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral som önskar få en bättre struktur på deras dokumentering i telefonrådgivningen. Respondenterna kommer att göra en innehållsanalys av tidigare dokumentation från fyrtio anonyma patientjournaler som slumpvist valts ut av en i personalen. Respondenterna grundar sig på teoretiska utgångspunkter, teoretisk bakgrund och tidigare forskningar. Detta görs för att få mera kunskap och förståelse hur det dokumenteras i nuläget, samt finna de brister som finns i dokumenteringen. Respondenterna strävar till att, med de resultat som fås från insamlad data, förbättra dokumentation i telefonrådgivningen och göra en modell åt vårdpersonalen att följa.

Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie med innehållsanalys av patientcase, med syfte att göra det mera strukturerat för vårdaren att dokumentera det samtal som förs mellan vårdtagare och vårdaren i telefonrådgivningen på hälsovårdscentralen. Detta för att vårdbedömsbedömningen skall bli mera tydligt och i enlighet med Finlands lagar och förordningar. Vårdtagarens berättelse om det aktuella hälsoproblemet och hälsotillståndet ligger till grund för den bedömning av vårdbehovet som sjukvårdspersonalen gör för att förbättra det aktuella hälso- eller sjukdomsproblematiken. Målet med studien är att göra ett strukturerat dokumentationsredskap som är till hjälp för sjukvårdspersonalen vid varje avslutat telefonsamtal.

Metoden som används för studien är kvalitativ innehållsanalys. Respondenterna vill med denna metod systematiskt och stegvist göra ett system för att på ett enklare sätt kunna synliggöra och identifiera olika teman och mönster. Målet med studien är att kunna kvantifiera och beskriva vissa synliga fenomen. Kvalitativ innehållsanalys används för att man systematiskt skall kunna analysera data. (Forsberg & Wengström 2008, s. 150).

6.1 Kvalitativ forskning

Den kvalitativa metoden lämpar sig bäst för de studier där man vill gå djupare in i forskningsunderlaget. Kvalitativ forskningsmetod är mera tids- och resurskrävande än den kvantitativa. En kvantitativ forskningsmetod gör det lättare att forska på ”bred front” och analysera flera frågor och begrepp. Det är svårt att dra en gräns mellan de olika kvalitativa forskningsmetoderna. För att få en hög tillförlitlighet, vid valet av innehållsanalys som metod, kräver det att forskaren visar analystegen tydligt. Dessa steg skall kunna verifieras i det framkomna resultatet (Henricson (red.) 2012, s. 335-336).

För att få trovärdighet och kvalitet är det viktigt att forskarna granskar det som gjorts metodologiskt när studien skall avrapporteras. Studien skall gås igenom att från valet av metod för datainsamling, syfte, frågor till analysprocess och presentation av resultatet. Forskarna skall sträva till att metodstudien skall bli så tydlig som möjligt för att det skall bli enklare för andra att forska vidare på samma situation (Henricson (red.) 2012, s.340-341).

6.2 Datainsamlingsmetod

Insamlingen av data till en kvalitativ studie med lämpligt material för innehållsanalys kan vara intervjuer, observationsstudier, texter i dagböcker som skrivits av t.ex. patienter, dokument eller utdrag ur patientjournaler (Henricson, 2012, s. 334-335).

Respondenterna har i denna studie med tillåtelse av översköterskan på hälsovårdscentralen och med hjälp av en vårdare fått 40 stycken utdrag ur patientjournaler. Dessa har varit utan namn på varken vårdare eller patient, samt med alla personuppgifter borttagna. Det finns på detta sätt inte möjlighet till identifiering av patienterna.

6.3 Kvalitativ innehållsanalys som analysmetod

Innehållsanalys används som metod för att forskarna på ett vetenskapligt sätt ska kunna analysera olika dokument, både i skriven form och återgivet tal. Objektet i innehållsanalysen är innehållet i den kommunikation mellan två parter som finns nedskrivet (Olsson & Sörensen 2011, s. 210).

Respondenterna har valt att analysera dokumenten induktivt. Detta innebär att själva innehållet i texten analyseras och tolkas utgående ifrån innehållet i texten. Personer och kommunikation i interaktioner och händelser blir forskningsfokus. Som guide i litteraturgenomgången kan det finnas en övergripande frågeställning. Denna frågeställning kommer att leda till en mer preciserad forskningsfråga. (Henricson (red.) 2012, s. 334-335).

Genom kvalitativ innehållsanalys kan innehållet i dokumenttexterna tolkas och beskrivas mera djupgående. En tolkande analys kan även vara beskrivande, men det är fråga om hur djupt tolkningen har gjorts. Manifest innehåll är att räkna upp eller ange vad som står skrivet i texten och informationen i denna. (Henricson, 2012, s. 336).

Genom innehållsanalys försöker man relatera det innehåll som finns i kommunikationen till den historiska utvecklingen, det mänskliga beteendet och den sociala organisationen. En vetenskaplig idé utkristalliserar genom att sätta in innehållsanalysen i ett teoretiskt sammanhang. Resultatet i analysen knyts till en vårdteori för att få en teoretisk bakgrund och referensram att stöda tolkningen på (Olsson & Sörensen 2011, s. 210).

Resultatpresentationen kräver att det finns en illustration och en beskrivning inom de gränser för det syfte som avses med studien. De olika kategorierna och teman som framkommit i forskningen bör synliggöras med citat från texten för att bli mera trovärdig. Detta får dock inte ske på bekostnad av de etiska principer som står till grund för studien. Resultaten måste diskuteras och kan så göras mot en teoretisk bakgrund för att ytterligare fördjupa studiens kvalitet (Henricson (red.) 2012, s. 340).

7 Etiska överväganden

Redan vid planeringen av ett forskningsprojekt måste man ha i åtanke de etiska krav som framkommer, och man bör vara vaksam under hela genomförandet av forskningsplanen eftersom oförutsedda etiska dilemman kan uppstå under studien.

Redan i början bör man granska att frågeställningen är av klinisk betydelse, och att den utformar studien på ett sätt som ger sunda bevis.

Etiska frågor som uppstår i samband med ett forskningsprojekt bör hela tiden hållas i baktanke. Man bör beakta forskningens syfte, och sträva till att insatsen är utformad till att maximera det goda och minimera skada. Förfarandena för att säkerställa sekretess för uppgifterna bör vara tillräckliga, och deltagarnas identitet bör skyddas på ett lämpligt sätt (Polit & Tatano Beck 2008, s.185 – 186).

Respondenterna har i detta examensarbete gjort en kvalitativ innehållsanalys av fyrtio anonyma utdrag ur patient journaler. En person på hälsovårdscentralen har fått i uppdrag av avdelningssköterskan att skriva ut dessa utan inbördes ordning. Datum, födelsetid, signum och namnen både på patienter och på vårdare har tagits bort, för att undvika igenkänning. Dessa dokument har förvarats säkert och kommer att förstöras enligt gällande krav. Översköterskan på hälsovårdscentralen har gett tillåtelse till detta eftersom det är anonyma utdrag ur patientjournalerna, så hon ansåg att det inte behövdes ett tillstånd från den etiska kommittén.

Inom vårddyrket är omsorg, respekt, yrkeskunskap och kvalitet centrala värderingar och etisk kommunikation är en fråga om huruvida man uttrycker sådana värderingar i praktiken (Eide&Eide 2009 s.118).

8 Resultatredovisning

I detta kapitel redogör respondenterna resultatet av innehållsanalysen som gjordes från utdragen ur patientjournalerna. Innehållsanalysen av utdragen har gjorts induktivt, med teori och tidigare forskningar som grund för att få fram de kriterier som krävs för en dokumentation av hög kvalitet.

Respondenterna anser att med den bakgrundsinformation som hämtats från tidigare forskning bör följande punkter framkomma i en dokumentation i telefonrådgivningen för att patientsäkerheten ska vara av hög kvalitet:

- Vem som har ringt
- Kontaktorsak (varför patienten vill ha läkartid, beskrivning av patientens symtom)
- Bakgrund (hur länge har symtomen besvärat patienten, tidigare åtgärder, har besvären förvärrats, vad har de gjort själva?)
- Bedömning av vårdbehov
- Kontaktresultat
- Åtgärder och vårdplanering

För att få ett resultat ur patientjournalerna grupperades anteckningarna i patientjournalerna i sex kategorier enligt punkterna ovan.

Examensarbetet är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral i Finland, och syftet med arbetet är att undersöka hur sjukskötare skall bedöma och dokumentera i telefonrådgivningen. Innehållsanalysen har gjorts ur fyrtio anonyma utdrag ur patientjournalerna.

8.1 Analys av patientjournalerna

Respondenterna fick fyrtio anonyma utdrag ur patientjournalerna från en hälsovårdscentral i Finland. Med tidigare insamlad data som grund, analyserades ur utdragen vilken information som fattas i dokumentationen. Kriterierna för vad som bör finnas i

dokumentationen var: vem som ringt, kontaktorsak, bedömning, kontaktresultat samt åtgärder och handlingsplan. Härpå följer exempel ur journalutdragen och respondenternas kommentarer över vad som fattas.

Case 1 Mamman ringar. Pojken har haft ont i knä flera veckor, syns inget på, inget trauma. Arbetar på annan ort med jordarbeten, grävning o. dyl. Mamman tycker att det har blivit värre, knäet är nu sjukt redan när han stiger upp på morgonen. K2-lista.

Vem som ringt: Mamman

Kontaktorsak: Sonen har ont i knä

Bakgrund: Bakgrund fattas delvist. Vilket knä gör ont, vänster eller höger? Var lokaliserar smärtan? Finns det rörlighet i knäet? Smärtar det i vila/rörelse? Egenvårdsmediciner?

Bedömning: Bedömning fattas.

Kontaktresultat: Sätts i köboken.

Åtgärder- och handlingsplan: Saknas.

Case 2. Långvarig trötthet. Orkar promenera ca 3x 1/2 timme dagligen orkar bara promenera, ingen andfåddhet. Andfådd på morgonen. Orkar inte arbeta med händerna uppåt, varit i årtal. Marevanmedicinering. Önskar nu ta labbprov, sköldkörtelprov, psa. Går ofta och urinerar på natten ca 2-3 ggr/natt. Plan: Sätter förfrågan till läkare och labbprov, pat ringer i slutet av v loch hör Vårdmetoder: Patienten önskar ta laboratorieprover

Vem som ringt: Patienten

Kontaktorsak: Långvarig trötthet. Trött och andfådd på morgonen.

Bakgrund: Bakgrund fattas delvist. Hur länge? Hur länge andfådd på morgonen? Rökning? Snarkningar?

Bedömning: Bedömning fattas.

Kontaktresultat: Remiss för labbprov.

Åtgärder och handlingsplan: Förfrågan till läkare sätts.

Case 3. Patienter ringer ang urineringsbesvär. Har varit jobbigt från och till hela hösten, ätit en par kurer för uvi. Får direkt efter kurens slut igen besvär med värk i ryggen, spec i vänstar sidan. Sover dåligt och måste ha kyl/värmepåse på njurområdet. Har dock ej temp. Flera i släkten har haft njurproblem, brodern har hamnat att operera bort ena njuren, hade dylika symptom. Vill få en läkartid, ev. remiss till urolog + sätter på K2-bok. Senaste urinprovet tagits idag.

Vem som ringt: Patienten

Kontaktorsak: Urineringsbesvär.

Bakgrund: Har ätit kurer (men av vad?) för uvi. Får besvär med värk efter kurens slut.

Smärtor i ryggen. Ingen temp.

Bedömning: Bedömning saknas.

Kontaktresultat: Vill få tid till läkare, ev remiss till urolog

Åtgärder och handlingsplan: Sätts på K2-bok.

Case 4. Patienten vill beställa tid för sjuk axel. Skadade axeln för ca 4-5 veckor sen. Slog med en järnstång på något, som gav efter och trodde då att han sträckt armen. Sjuk då han använder armen, inte då han vilar. Sätter på köboken.

Vem som ringt: Patienten

Kontaktorsak: Sjuk axel.

Bakgrund: Skadat axeln för 4-5 veckor sedan. Sjuk vid rörelse, ej i vila. Bristfällig data.

(ex. höger eller vänster)

Bedömning: Bedömning saknas. Tar patienten värkmedicin?

Kontaktresultat: Kontaktresultat saknas.

Åtgärder och handlingsplan: Satt på köbok.

Case 5. Trött och hängig. Ingen feber eller hosta. Mamma, Pappa och syskon behandlats för mycoplasma med diffusa symptom. Plan: Läger patienten i läkarnas köbok. Mamma ringer om svar.

Vem som ringt: Kommer inte fram.

Kontaktorsak: Trött och hängig, funderar om han/hon kan ha mycoplasma eftersom andra i familjen har det.

Bakgrund: Bristfällig bakgrundsinformation, T.ex. när har symptomen börjat? Hur länge?

Bedömning: Saknas.

Kontaktresultat: Sätts i läkarens köbok

Åtgärder och handlingsplan: Mamman ringer om svar. När?

Case 6. Har under den senaste månaden fått svårt med att avsluta meningar. Har svårt att hitta ord. Dottern orolig. Säger att hon klagat på värk i nacken. Dottern ringer upp.

Vem som ringt: Lite otydligt men troligtvis dottern.

Kontaktorsak: Svårt att avsluta meningar och hitta ord, värk i nacken.

Bakgrund: Har haft symptomen de senaste månaderna.

Bedömning: Saknas.

Kontaktresultat: Saknas.

Åtgärder och handlingsplan: Dottern ringer upp men varför?

Case 7 Har uvi-känningar, jag sätter remiss till labben på urinprov. Patienten ringer senare idag om svaret.

Vem som ringt: Kommer inte fram

Kontaktorsak: UVI-känningar.

Bakgrund: Saknas. Hur länge? Vilka symptom?

Bedömning: Saknas.

Kontaktresultat: remiss till labben. Egenvårdsråd?

Åtgärder och handlingsplan: Patienten ringer senare om svaret.

Case 8 Huvudvärk, trött, svindel, svårt att sova. Funderar att symptomen kommer av strålning. Skulle vilja få kollat blodprov. Äter bra rör på sig regelbundet. Är annars grundfrisk. Sätter på köboken. Patienten ringer upp själv.

Vem som ringt: Patienten.

Kontaktorsak: Huvudvärk, trött, svindel och har svårt att sova. Vill få kollat blodvärden.

Bakgrund: Grundfrisk. Ätit bra och rör på sig regelbundet. Funderar på om symptomen kan komma av strålning. Varför? Är det värre ibland? Hur länge har hon/han haft symptomen?

Bedömning: Saknas.

Kontaktresultat: Sätts i köboken.

Åtgärder och handlingsplan: Patienten ringer upp själv. När?

Case 9 Har besvärats av hemorroider av och till i 15 år, har tidigare hjälpt med salvor. Det senaste halvåret varit mycket värre, har för tillfället svårt att sitta och salvor hjälper inte. Pat. önskar läkartid, sätter på köbok.

Vem som ringt: Anges ej, men kan antas i texten att patienten själv ringer.

Kontaktorsak: Har besvär av hemorrojder

Bakgrund: Har haft besvär i 15 år. Har provat med salvor.

Bedömning: Saknas.

Kontaktresultat: Sätts i köboken.

Åtgärder- och handlingsplan: Saknas

Case 10 Patienten ringer. Svår värk i armbågen, domningskänsla ut i handen och fingrarna. Har reuma i bakgrunden. Fått cortison i september, hjälpte bra. Skulle nu vilja ha ny injektion. Hör till Työplus men de har inga läkartider före 7.1 och patienten känner att hon inte orkar vänta så länge. K2-lista.

Vem som ringt: Patienten ringer.

Kontaktorsak: Har svår värk i armbågen och domningskänsla ut i handen och fingrarna. Vill ha tid för ny cortison-injektion.

Bakgrund: Fått cortison i september. Har reuma sedan tidigare.

Bedömning: Cortison har hjälpt bra tidigare.

Kontaktresultat: Sätts i köboken.

Åtgärder- och handlingsplan: Saknas.

Case 11 Har i cirka 2½ månads tid haft problem med buken. Anfall med uppkastningar, sedan har symtomen lugnat sig. Besökt jourcen 2 gånger. Jourläkaren funderat över eventuell gastroskopi, gallstenar? bräck vid magmunnen? Rekommenderar en läkartid till läkarmottagningen. Patienten är ledig till 7.1, tar själv kontakt i slutet av denna vecka.

Vem som ringt: Anges ej, men kan antas i texten att patienten själv ringer

Kontaktorsak: Har en längre tid haft besvär med buken. Har uppkastningsanfall, som sedan lugnat ned sig.

Bakgrund: Har 2 gånger tidigare besökt jourläkare som funderat över eventuell gastroskopi för att utreda om det är fråga om bräck vid magmunnen eller gallstenar.

Bedömning: Vårdarens bedömning saknas.

Kontaktresultat: Rekommenderar en läkartid till läkarmottagningen

Åtgärder- och handlingsplan: Patienten tar själv kontakt denna vecka.

Case 12 Har haft ryggsproblem en längre tid. Det största problemet just nu är ändå höfterna och bakre lårmusklerna. Att gå i trappor är mycket plågsamt. Att gå på jämt

underlag går ganska bra, men om patienten snubblar t.ex. när han/hon rastar hunden är smärtan mycket plågsam. Värk vid vila finns inte. Smärtan känns redan då patienten hostar eller nyser. Har en höftprotes i höger höft sedan 2004. Arbetsplatshälsovårdens läkare har en lång semester, patienten känner att han/hon måste få hjälp tidigare. Läggs på K2-lista. Patienten ringer själv om läkartid senare.

Vem som ringt: Anges ej, men kan antas i texten att patienten själv ringer

Kontaktorsak: Har problem med höfterna och bakre lårmusklerna.

Bakgrund: Har haft ryggproblem en längre tid, men nu är det höfterna och bakre lårmusklerna som är det största problemet. Smärtar när patienten går i trappor eller snubblar till, smärtar inte vid vila. Smärtar även vid hostningar och har nysningar. Har höftprotes i höger höft sedan 2004. Man kunde här även fråga om patienten har försökt med smärtstillande och när smärtorna har börjat.

Bedömning: Vårdarens bedömning fattas.

Kontaktresultat: Läggs i köboken.

Åtgärder- och handlingsplan: Patienten tar själv kontakt denna vecka om läkartid.

9 Tolkning

I detta kapitel har respondenterna analyserat resultaten från utdragen ur patientjournalerna med innehållsanalys. Resultaten har tolkats mot teoretisk bakgrund, teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning.

Syftet med de elektroniska patientjournalerna är att öka patientsäkerheten och kvaliteten av dokumentationen.

Enligt Bickley (2009) är en tydlig, välorganiserad journal en av de viktigaste bitarna i vården av patienten. Vårdarens skicklighet i att anteckna patienthistoria bör utvecklas parallellt med vårdarens växande kunskaper i kliniska resonemang och i sin förmåga att formatera patientens bedömning och plan.

Målet vid dokumenteringen bör vara en tydlig men omfattande rapport som dokumenterar de viktigaste resultaten av patientens bedömning och kommunicerar patientens problem i ett läsbart format till andra medlemmar i vårdteamet.

Enligt Wahlberg & Holmström (2007) är telefonsjukskötarens uppgifter inom hälso- och sjukvården att bedöma akuta vårdbehov, ge råd, stöd och undervisning, bistå med hälso- och sjukvårdsinformation, hänvisa till lämplig vårdnivå, samt samordna vård och omsorgsresurser. För att sjukskötaren skall kunna ge råd behöver hon först göra en bedömning av den sjukes tillstånd och vårdbehov. Det centrala i telefonsjukskötarens arbete är därför att bedöma den vårdsökandes vårdbehov. Då hon har gjort en bedömning av vårdbehov så anses det i patient- och journallagen att vård har inletts och hon är då skyldig att föra patientjournal.

Enligt Hendersons teori (1982) om människans grundbehov har patientvården sina rötter i mänskliga grundbehov. Tillsammans med patienten kan sjukskötaren bistå med de åtgärder som enligt patienten ger hälsa och tillfrisknande. Henderson (1982) menar också att det finns patologiska tillstånd som inverkar på människans grundbehov. Det kan vara fråga om stora störningar i vätske- och elektrolytbalansen, chocktillstånd, medvetanderubbningar, akut syrebrist samt onormal kroppstemperatur och akuta febertillstånd. Våra grundbehov kan också påverkas av lokala skador, infektioner eller sår, pre- och postoperativa tillstånd, orörlighet eller tillstånd med smittosamma sjukdomar.

Enligt Orlando (1998) kan personer ibland själva tillgodose sina behov av hjälp, men vid de tillfällen där det inte är möjligt upplever personen nöd. Personer som själva kan tillgodose sina behov känner ingen nöd, och kräver ingen vård av sjukskötare eller annan vårdpersonal. Orlando (1998) påminner också om att varje människa är unik, och hur en person reagerar är individuellt. Därför bör en professionell sjukskötare kunna märka att samma beteende hos olika personer kan signalera för olika behov.

Prideaux (2011) uttalar att dokumenteringar av hög kvalitet är förknippade med förbättringar i patientens vård, medan bristfällig dokumentering anses bidra till dålig kvalitet av vården. Vårdpersonal bär en plikt av vård i relationen mellan vårdare och patient, och patienten har full laglig rätt att förvänta sig professionalism och kompetens av vårdpersonalen. Vårdare är också ansvariga för att upprätthålla noggranna journaler över vårdprocessen, och de bär ansvar för om informationen är ofullständig eller fel.

Enligt 7 § i social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar, krävs det att de anteckningar som görs är tillräckligt omfattande för att kunna trygga en god vård, samt för att säkerställa att patienten får den vård som denne har behov av genom att vården planeras, ordnas, utförs och uppföljs. Detta kräver tydliga och begripliga anteckningar som

är utan förkortningar och gjorda med kända begrepp. Källan till uppgifterna måste alltid framkomma om den inte är gjord på vårdpersonalens egna iakttagelser.

Ledin & Olsen (2011) påpekar att det är ett hot mot patientsäkerheten att vårdare i telefonrådgivningen samlar in för lite bakgrundsinformation och förlitar sig för mycket på tidigare och personliga erfarenheter. När man inte kan se patienten, blir det svårare att göra en bedömning av vårdbehovet, där av blir vårdprocessen bristfällig. Ledin & Olsen (2011) anser att nyckeln till en säker vård utgörs av kommunikationen mellan patient och vårdare.

Enligt Erikssons syn på samtal (1988) måste kommunikationen fungera mellan patient och vårdare för att det skall utkristalliseras en helhetsbild av patientens situation och behov. Det handlar om att ge och att få information om den hjälpsökandes hälsa och sjukdomar.

Eriksson (1994) menar att människan artikulerar sitt lidande genom språket. Ett lidande som är utan språk blir stumt och meningslöst. Samtalet utgör en naturlig plats där lidandet kan uttryckas. Ett sådant samtal blir utgående från det vårdvetenskapliga perspektivet ett vårdande samtal.

10 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att se över kvaliteten i den teoretiska studien utgående från Lincoln & Gubas (1985) kvalitetskriterier. Kvalitetskriterierna är pålitlighet, trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.

10.1 Trovärdighet och pålitlighet

Trovärdighet och kvalitet är en utgörande del av hela forskningsprocessen. Pålitlighet kan ses som synonym med trovärdighet. Forskaren bör gå igenom hela processen, och tänka igenom studien med syfte, frågeställningar, design, datainsamlingsmetoder, analysprocessen och presentation av studieresultaten som utgångspunkt. Syftet är att övertyga läsaren om att resultatet är giltigt och att kunskapen är av betydelse. Respondenterna har strävat till trovärdighet genom ärlighet i framförandet av resultaten samt i insamlingen av material under studiens gång (Henricson, 2012., s. 487-488).

10.2 Bekräftelsebarhet och överförbarhet

Bekräftelsebarhet innebär att respondenterna har beskrivit sin förståelse om dokumentation, hur urvalet av forskningsmaterial och datainsamling har utförts, samt beskrivit hur analysprocessen framskridit och uppfyllts. Överförbarhet behöver diskuteras av respondenterna i fråga om resultaten kan överföras till andra situationer, grupper eller kontext. För att kunna göra bedömningen av resultatens överförbarhet behöver trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara säkrade (Henricson, 2012., s.488).

10.3 Forskningsetik

För att öka det vetenskapliga värdet är det viktigt att endast ha med artiklar som har tillstånd av etisk kommitté eller påvisar att det gjorts noggranna etiska överväganden. Respondenterna är medvetna om detta i sin studie och har tagit detta i beaktande under hela studieprocessen (Henricson, 2012., s. 492).

Syftet med detta examensarbete var att utforska dokumentationsprocessen i patientjournaler i telefonrådgivningar samt beskriva högkvalitativ dokumentation. Respondenterna utgick från frågeställningen; hur sjukskötare skall bedöma och dokumentera i telefonrådgivningen för att kunna säkerställa en högkvalitativ och säker patientvård. Eftersom avsikten var att göra en handlingsplan för en strukturerad dokumentation framkom det att utdrag ur patientjournaler skulle bli en viktig utgångspunkt för att upptäcka var det fanns behov av förbättring i dokumentationen. Respondenterna ansåg att en litteraturstudie är det mest lämpliga tillvägagångssättet för att få en pålitlig grund till en strukturerad handlingsplan. Respondenterna har strävat till att använda sig av tillförlitliga källor.

11 Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjukskötare skall bedöma och dokumentera i telefonrådgivningen för att få en högkvalitativ dokumentation. Respondenterna behövde först forska kring ämnet för få kunskap och förståelse för bedömning och dokumentation för att kunna föra kunskapen vidare åt vårdpersonalen på hälsovårdscentralen.

Frågeställningen som respondenterna ville få svar på var: ”Hur skall sjukskötare utföra

bedömning och dokumentation vid telefonrådgivning, för att bäst kunna säkerställa en högkvalitativ och säker patientvård”?

Redan i tidigt skede av examensarbetet kunde respondenterna förutse vilket resultat som skulle framstå ur forskningen. För att få en dokumentation av hög kvalitet är det nödvändigt att det finns en gemensam struktur där det är överenskommet om vad som ska skrivas var. Ordning är av stor vikt, och för att underlätta detta vore det önskvärt att använda sig av underrubriker.

För att all vårdpersonal i vårdrelationen ska lättare få en överblick över det som står antecknat, borde alla dokumentera på samma sätt. Bedömning av patientens symtom bör framkomma i dokumentation för att patienten ska kunna få rätt vård. Vården inleds redan i det ögonblick när vårdpersonal påbörjar bedömningen via telefonsamtalet.

Det som behöver dokumenteras är patientens identitet, vem som tar kontakt, kontaktsak, bakgrund, bedömning av patientens vårdbehov (patientens tillstånd), kontaktresultat (exempelvis egenvårdsråd, hänvisning, information om och samordning av vårdresurser som t.ex. ambulans, jourläkare) samt åtgärder och handlingsplan.

Valet av teoretiska utgångspunkter baserades på vad som berör telefonrådgivningen. Respondenterna valde Virginia Hendersons (1982) teori om människans behov eftersom det är viktigt att vårdpersonal känner till människans grundbehov. När patienten tar kontakt har han ett behov som behöver mätas, och för att kunna tillfredsställa detta behov är det av stor vikt att känna till grundbehoven.

Orlandos (1998) tankar om vårdprocessen innefattar den process som sker mellan patient och vårdare i vårdrelationen redan i inledningen av vårdförhållandet. Det är vårdarens ansvar att se till att patientens behov av hjälp blir tillfredsställt. Interaktionen mellan patientens beteende, sjukskötarens reaktion och de vårdåtgärder som görs till patientens fördel är vårdprocessen.

Katie Erikssons (1988,1994) tankar om samtal valdes för att kommunikation är en viktig del av vårdprocessen. Ifall kommunikationen inte fungerar mellan vårdare och patient är det svårt att göra en fullständig vårdbedömning. En professionell kommunikation mellan patient och vårdare säkerställer en hög kvalitativ bedömning och dokumentation.

De forskningar som togs med berör bedömning och dokumentation. Respondenterna hittade ingen forskning som handlade om dokumentation i telefonrådgivningen utan de forskningar som togs med handlar om dokumentation i allmänhet. Detta togs i beaktande

eftersom dokumentation i allmänhet är i likhet med den dokumentation som görs i telefonrådgivningen.

Ur forskningarna har respondenterna fått fram vad som kan hota patientsäkerheten i telefonrådgivningen, men inget direkt svar om hur man gör en subjektiv bedömning. I flera av artiklarna framkom det att det behövs forskas mera om dokumentation eftersom det förekommer brister angående ämnet. En säker patientvård bygger på en strukturerad och organiserad dokumentation av hög standard.

Källor

- Bickley, L. (2009). *Guide to physical examination and history taking*. 10:e uppl. Hong Kong: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering. En praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2012). *Dokumentation*. Vårdhandboken.
- <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournal/> (Hämtat 8.1.2014)
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1988), *Vårdprocessen*. (4. Uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Fawcett, J. (1989) *Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi*. Werner Söderström Osakeyhtiö Oy (ort okänd)
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm. Bokförlaget Natur och Kultur.
- Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: Liber.
- Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Holmström, I.(red.) (2008). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur
- Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R. (2010) A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*. 16, 112-124.
- Ledin, A. Olsen, L., Josefsson, K. (2011) Difficulties in telephone advice as perceived by registered nurses: A literature study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies, Summer; 31 (2): 11-8*.
- Marriner Tomey, A. & Alligood, M. (1998). *Nursing Theorists and their work*. (4. uppl.) St. Louis, Missouri: Mosby.
- Olson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen- kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm. Liber.

Poikonen, N. (2011). *Malleja sairaanhoitajan tekemistä potilaskertomusmerkinnöistä*.
Terveysportti. http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=dokumentation (Hämtat
8.1.2014).

Polit, D. & Tatano Beck, C. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence
for nursing practice*. (8 uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Röing, M., Rosenqvist, U., Holmstöm I.K.(2012) Threats to patient safety in telenursing as
revealed in Swedish telenurses' reflections on their dialogues. *Scandinavian Journal
Caring Sciences*; 27; 969-976.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. (2008) *Hoitotietojen systeemin
kirjaaminen*. (2 uppl.). Borgå: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Social- och hälsovårministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298
www.finlex.fi (hämtat 29.12.2013)

Wahlberg, A. (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm. Liber

Bilaga 1

Artikeltabell

Författare, år	Artikel, tidskrift	Sökord
Nilsson, G. Stevenson, J. 2011	Nurses' perception of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study <i>Journal of Advanced Nursing.</i> 68 (3), 667-676.	Electronic patient record + patient safety
Laitinen, H. Kaunonen, M. Åstedt-Kurki, P. 2010	Patient-focused nursing documentation expressed by nurses <i>Journal of Clinical Nursing.</i> 19, 489-497.	documentation + nursing
Prideaux, A. 2011	Issues in nursing documentation and record-keeping practice <i>British Journal of Nursing.</i> 20 (22), 1450-1454.	documentation + record-keeping + nursing
Jefferies, D. Johnson, M. Griffiths, R. 2010	A meta-study of the essentials of quality nursing documentation <i>International Journal of Nursing Practice.</i> 16, 112-124.	documentation + nursing + meta-study

<p>Ledin, A. Olsen, L., Josefsson, K. 2011</p>	<p>Difficulties in telephone advice as perceived by registered nurses: A literature study.</p> <p><i>Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies</i>, Summer; 31 (2): 11-8</p>	<p>Telephone advice + nurses</p>
<p>Röing, M., Rosenqvist, U., Holmstöm I.K. 2012</p>	<p>Threats to patient safety in telenursing as revealed in Swedish telenurses' reflections on their dialogues.</p> <p><i>Scandinavian Journal Caring Sciences</i>; 27; 969-976</p>	<p>Patient safety + telenursing</p>

Guide för en tydlig och klar anteckning

- Den vårdsökandes *identitet*.
- *Vem som ringt* – om det är någon annan än den som har hälsoproblem.
- *Kontaktersak* – anamnes, bakgrund till varför sökande söker vård. Här kan också anges symtom, symtomljud, bakgrundsljud, symtombeteende, sjukdomsförlopp, medicinering, diagnostiserande sjukdomar, pågående vårdkontakter, diet och så vidare.
- *Bedömning* – kan placeras i ett eget avsnitt och/eller som del av kontaktresultatet.
- *Kontaktresultat* – exempelvis egenvårdsråd, hänvisning, information om och samordning av vårdresurser som t.ex. ambulans, jourläkare.
- *Åtgärder och handlingsplan* – vilka åtgärder som vidtagits till exempel egenvårdsråd, och planerade åtgärder som ex. egenvårdsråd, och planerade åtgärder som ex. Återuppringning. I anslutning till dessa anteckningar bör det också finnas en tidsangivelse. Om den vårdsökande ex. hänvisats att söka vård någonstans bör det stå inom vilken tidsrymd detta bör ske.