

# **Strukturerad elektronisk dokumentering av vårdprocessen**

Utveckling av en implementeringsmodell

Jenny Lindholm

Examensarbete  
Utbildningsprogrammet i vård  
2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	VÅRD
Identifikationsnummer:	3428
Författare:	Jenny Lindholm
Arbetets namn:	Strukturerad elektronisk dokumentering av vårdprocessen- utveckling av en implementeringsmodell
Handledare (Arcada):	lektor Elisabeth Kajander
Uppdragsgivare:	Haartmanska sjukhuset / aoh Katri Jaakkola
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med denna studie är att kartlägga dokumentationens implementering i sin nuvarande form och att utveckla implementeringen så att inläringen av modellen kunde vara mer effektiv. Arbetet har relevans i arbetslivet, eftersom Finlands lag (159/2007§1-2) beordrar offentliga social- och hälsovårdsorganisationen att gå med i ett nationellt klientuppgiftsarkiv och att vården dokumenteras enligt föreskrivna strukturer. Tidigare forskning har visat att implementering av den strukturella modellen har varit svår och att kännedomen av vårdprocessen är svag. Studiens teoretiska referensram omfattar Katie Eriksson och Charlotte Kratz teorier om vårdprocessen samt hypoteser om inläring och IT-kunskaper av professorer inom ämnet. Datainsamlingen har skett kvalitativt med fyra temaintervjuer av vårdpersonal. Bearbetningen av data gjordes med deduktiv innehållsanalys samt med en prövning av hypoteser i resultatet. Studiens resultat stöder den tidigare forskningen. Som stötestenar för inläringen framkom brist på tid för inläring, tekniska problem i programmet samt den svaga kännedomen av vårdprocessen. Trots att vårdarna inte känner till vårdprocessen som en vårdvetenskaplig teori, är dess innebörd ändå bekant som begreppen; behov av vård, vårdplan samt vårdhandling. Implementeringstillfället har stött inläringen, men efter det har inläringen av dokumentationen varit lämnat åt sitt öde. Dessutom, har icke-nykomlingar bland vårdarna inte haft möjlighet till utbildning i den strukturerade dokumentationen enligt vårdprocessen. Inläringen har skett enligt teoretiska förutsättningar, men kunskapernas förflyttning från inläringssituationen till arbetsrutiner är svag. Den utvecklade informationstekniken skapar behov att kunna tillämpa och konvertera information. Dessa kunskaper behövs nu även på vårdbranschen. Resultatet visar att dokumentationsprogrammets tekniska egenskaper är den största stötestenen för inläringen. Framtida utveckling av informationssystemet kommer förhoppningsvis att lösa detta problem. Studiens resultat leder till förslag på utveckling vilka i framtiden kan användas vid planering av utbildning för vårdpersonalen.</p>	
Nyckelord:	strukturerad, dokumentation, vårdprocess, implementering, IT-kunskap, inläring
Sidantal:	59+ bilagor
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	14.11.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	NURSING
Identification number:	3428
Author:	Jenny Lindholm
Title:	Electronic structural dokumentation- development of an implementation model
Supervisor (Arcada):	Elisabeth Kajander
Commissioned by:	Haartman hospital, Katri Jaakkola
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The aim of this study is to investigate the implementation of nursing documentations in its current form and to develop implementation to make learning of the model more effective. The work has a good working life relevance, because the Finnish law (159/2007) demands public health and social organizations to join in a national client data archive and nursing has to be documented according to prescribed structures. Previous research has shown that the implementation of the structural model has been difficult and that awareness of the caring process has been weak. The theoretical framework of this work includes Katie Erikssons´ and Charlotte Kratz´ theories of the caring process, and hypotheses about learning and IT-skills. The method of the work is qualitative and consists of four theme-interviews. Processing of the material has been made with a deductive content analysis. Results of this study support the earlier researches. Results shows that the stumbling blocks to learning are lack of time, technical problems and the weak awareness of the caring process. However, concepts such as; patient needs, goals, planning, diagnosis, caring treatments and evaluation are familiar to most out of the nurses. The implementation that has been arranged for nurses supported their learning, but after the implementation learning has been left to its fate. In addition, the non-newcomers among the nurses had not had the opportunity of education in the structured documents. Learning has been under theoretical conditions, but its transfer from the learning situation to work practices is weak. The developed information technology creates the need to implement and convert the information. Such skills are now needed in the nursing profession. In the future development of the information system will hopefully solve the technical problems that were identified. This study proposes a development of the implementation model, which can be used in the future when planning the education of health workers.</p>	
Keywords:	structural, documentation, implementation, , caring process, nursing, learning skills ,it-skills
Number of pages:	59 + supplements
Language:	swedish
Date of acceptance:	14.11.2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	SAIRAANHOITO
Tunnistenumero:	3428
Tekijä:	Jenny Lindholm
Työn nimi:	Hoitoprosessin rakenteinen sähköinen kirjaaminen- perehdytysmallin kehitystyö
Työn ohjaaja (Arcada):	lehtori Elisabeth Kajander
Toimeksiantaja:	Haartmanin sairaala/ aoh Katri Jaakkola
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää sähköisen rakenteisen kirjaamisen perehdytysmallia. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että rakenteisen kirjaamisen juurruttaminen työyhteisöihin on ollut vaikeaa. Tämän vuoksi työni päätavoitteeksi muodostui selvittää millä tapaa hoitajien oppimista voisi tukea ja tehostaa. Tavoitteenani on myös selvittää mikä on hoitajien tuntemus hoitoprosessin sisällöstä, sen ollessa perustana hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Tutkimuksella on vahva merkitys työelämässä, sillä Suomen laki (159/2007 § 1-2) velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon liittyvän kansalliseen sähköiseen arkistoon sekä kirjaamaan sen velvoittamin rakentein. Työn teoreettinen viitekehys koostuu Katie Erikssonin ja Charlotte R. Kratzin teorioista hoitoprosessin sisällöstä. Näiden lisäksi käytän pedagogisen teorian hypoteeseja oppimisesta ja IT-taidoista. Tutkimusmenetelmänä toimi laadullinen teemahaastattelu ja kerätty tieto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä käyttäen teemahaastattelun teemoja. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia. Tutkimuskysymyksillä haettiin kirjaamismallin suurimpia kompastuskiviä, jotka ovat; ajanpuute, tietojärjestelmän tekniset ongelmat ja hoitoprosessin heikko tuntemus. Tästä huolimatta käsitteet kuten hoidon tarve, suunnitelma ja menetelmät ovat tuttuja suurelle osaa hoitajista. Perehdytystilaisuus tuki oppimista hyvin, mutta tämän jälkeinen kirjaamisen oppiminen jäi käytännössä oman onnensa nojaan. Lisäksi kauemmin työskennelleillä hoitajilla ei ollut ollut mahdollisuutta saada rakenteisen kirjaamisen koulutusta. Oppiminen on tapahtunut teoreettisen mallin mukaisesti, mutta opitun tiedon siirto päivittäisiksi rutiineiksi on ollut vaikeaa. Nykypäivän tietotekniikka luo tarpeen muuntaa ja siirtää tietoja paikasta toiseen. Näitä taitoja tarvitaan nyt hoitoalallakin. Suurimmiksi kompastuskiviksi osoittautuneet ongelmat tietojärjestelmän teknisissä ominaisuuksissa korjaantuvat toivon mukaan tulevaisuudessa tietojärjestelmän kehityksen myötä. Tutkimuksen tulokset johtivat perehdytysuunnitelman kehitysideoihin, joita voidaan tulevaisuudessa käyttää hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen suunnittelussa.</p>	
Avainsanat:	rakenteinen kirjaaminen, hoitoprosessi, juurruttamien, perehdytys, oppiminen, IT-taidot
Sivumäärä:	59+ liitteet
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	14.11.2011

## Innehåll

<b>FÖRORD</b> .....	<b>11</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>12</b>
<b>1 BAKGRUND</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Elektronisk dokumentation</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 Patientinformationssystem</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Strukturerad dokumentation</b> .....	<b>15</b>
1.3.1 <i>Fin CC- klassificeringssystemet</i> .....	15
<b>1.4 Lagar</b> .....	<b>16</b>
1.4.1 <i>Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter 2007/159</i> .....	16
1.4.2 <i>Lag om patientens ställning och rättigheter 1992/785, 2000/653</i> .....	17
<b>2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING</b> .....	<b>18</b>
<b>3 TEORETISK REFERENSRAM</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Vårdprocessen</b> .....	<b>19</b>
3.1.1 <i>Vad är vårdprocessen?</i> .....	19
3.1.2 <i>Vårdprocessens faser</i> .....	20
<b>3.2 Inläring och implementering</b> .....	<b>24</b>
3.2.1 <i>IT- kunskaper i arbetsgemenskapen</i> .....	24
3.2.2 <i>Informatiosteknologi</i> .....	25
3.2.3 <i>Inläring</i> .....	25
<b>4 LITTERATURÖVERSIKT</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1 Informationssökning</b> .....	<b>27</b>
4.1.1 <i>Avgränsningar</i> .....	27
4.1.2 <i>Söksträngar</i> .....	28
<b>4.2 Tidigare forskningar</b> .....	<b>30</b>
4.2.1 <i>Vårdprocessens för- och nackdelar</i> .....	31
4.2.2 <i>Elektronisk strukturad dokumentation</i> .....	32
4.2.3 <i>IT-kunskaper hos vårdare</i> .....	33
4.2.4 <i>Strukturer i dokumentationen</i> .....	34

<b>5</b>	<b>METOD</b> .....	<b>35</b>
<b>5.1</b>	<b>Datainsamling</b> .....	<b>35</b>
5.1.1	<i>Urval</i> .....	36
5.1.2	<i>Presentation av samplet</i> .....	36
5.1.3	<i>Intervjuer</i> .....	37
<b>5.2</b>	<b>Dataanalys</b> .....	<b>37</b>
5.2.1	<i>Transkribering och analys av material</i> .....	39
<b>6</b>	<b>ETISK REFLEKTION</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>41</b>
<b>7.1</b>	<b>IT-kunskaper</b> .....	<b>42</b>
7.1.1	<i>Datoranvändning</i> .....	42
7.1.2	<i>IT-kurser</i> .....	42
7.1.3	<i>IT-kunskaper i vårddyrket</i> .....	43
<b>7.2</b>	<b>Inlärningskunskaper</b> .....	<b>43</b>
7.2.1	<i>Inlärningsmetoder</i> .....	44
7.2.2	<i>Material som stöd</i> .....	44
7.2.3	<i>Implementeringstillfället och läraren</i> .....	45
<b>7.3</b>	<b>Strukturerad elektronisk dokumentation</b> .....	<b>46</b>
7.3.1	<i>Förväntningar och tankar</i> .....	46
7.3.2	<i>Programmets tekniska egenskaper</i> .....	47
<b>7.4</b>	<b>Kännedom av vårdprocessen</b> .....	<b>49</b>
7.4.1	<i>Vårdprocessens innebörd</i> .....	49
7.4.2	<i>Brister i dokumentationen av vårdprocessen</i> .....	50
<b>7.5</b>	<b>Åtgärder efter implementeringen</b> .....	<b>50</b>
7.5.1	<i>Stöd på avdelningen</i> .....	50
7.5.2	<i>Kamratstöd</i> .....	51
<b>7.6</b>	<b>Utveckling av implementeringsmodellen</b> .....	<b>52</b>
<b>8</b>	<b>TOLKNING</b> .....	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>KRITISK GRANSKNING</b> .....	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>57</b>
	<b>KÄLLOR</b> .....	<b>60</b>
	<b>BILAGOR</b> .....	<b>63</b>

## FIGURER

Figur 1 Vårdprocessen.....	21
Figur 2. Innehållsanalys-processen utgående från materialet.....	38

## TABELLER

Tabell 1 Exempel på komponenter och förklaring till dess innehåll.....	15
Tabell 2 Exempel på en dokumentation .....	16
Tabell 3 Resultat till informationssökning .....	29
Tabell 4. Kategorisering av resultaten i studien .....	41

## BILAGOR

<b>Bilaga 1</b> Redovisning av resultaten till informationssökningen .....	64
<b>Bilaga 2</b> Helsingfors stads forskningslov.....	65
<b>Bilaga 3</b> Informationsbrevnen åt avdelningssköterskorna och åt vårdarna .....	66
<b>Bilaga 4</b> Informerat samtycke .....	69
<b>Bilaga 5</b> Temaintervju.....	70

## CENTRALA BEGREPP OCH DEFINITIONER

För att öka läsarens förståelse i termer inom ämnesområdet presenteras härnäst korta definitioner på de centrala begreppen som uppkommer i examensarbetet.

**Datasäkerhet** - Är detta sammanhang synonym till IT-säkerhet och informationssäkerhet. Syftet med datasäkerheten är skydda elektronisk data från obehöriga. (Nationalencyklopedin 2011 [www])

**Elektronisk patientjournal** - (*eng: electronic patient record*) är ett dokument i digitalt format som innehåller information om patientens sjukdomar och vården av dem (Stakes 1997 I: Ensio & Saranto 2002:11)

**eNNI** - "Electronic Documentation of Nursing Care - the L&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life" (Ikonen 2007 [www]). Ett nationellt projekt i vilket målet var att implementera kunskapen att dokumentera elektroniskt och strukturerat i arbetsgemenskaper i Finland.

**Hoidata**- Ett nationellt projekt för att förena vårdarbetets information. Pågick mellan åren 2007-2009. Hoidata var en fortsättning på Hoidok-projektet och strävan efter att implementera den systematiska dokumentationsmodellen. (Tanttu 2008 [www])

**Hoidok** - Ett nationellt projekt för att förena dokumentationen inom social- och hälsovården i Finland med att införa strukturer i dokumenteringen. Pågick mellan åren 2005-2007. (Tanttu 2008 [www])

**ICD-10 kodsystem** - En finsk version av WHO:s (World Health Organisation) ICD-10 sjukdomsklassifikation, utvecklad av Social- och hälsovårdsministeriet (STM 1995:81). Klassifikationerna innehåller diagnostik-, sjukdom- och dödsorsaksregister och används utav legitimerade läkare. Används förutom i kliniska sammanhang även i statistik. (THL 2010 [www])



**Implementering** - (fin: juurruttaminen, eng: implementation) I detta arbete är implementering synonym till finskans ”*perehdytys*” d.v.s. att införa, ingjuta nya idéer, tillvägagångssätt, regler etc. i en arbetsgemenskap t.ex. på en avdelning på sjukhuset (Nationalencyklopedin 2011 [www])

**Informationssystem** - Omfattar bearbetning av information samt ”*tekniska och mänskliga komponenter*” . Kan även förstås som endast en datorapplikation eller ett datorprogram. Idén bakom ett patientinformationssystem är att skapa information om patienterna.(Ensio & Saranto 2002: 13, 18)

**IT-kunskaper** - Betyder det samma som administrativa datorbearbetningskunskaper (Nationalencyklopedin 2011 [www]). Synonym till *adb-kunskaper*. Med enkla ord kan man säga att IT-kunskaper är kunskaper i att använda olika program och applikationer på dator.

**Kamratstöd** - (fin: vertaistuki) Stöd av likställda. (Allärs tesaurus 2011 [www])

**Klientuppgiftsarkiv** - eArkivet är ett arkiv för datainnehåll och är till för social- och hälsovården i Finland. Elektronisk behandling och därmed även arkivering av patientuppgifter inom social- och hälsovården ska enligt finska lagen tas i bruk senast 1.9.2014 och den privata hälso- och sjukvården senast 1.9.2015 (Kanta 2011 [www])

**Konvertering** - Betyder att förändra information eller övergå från det första till det andra. I denna studie menas det samma som finskans ”*muuntaa tietoa*”.

**Orientering** - (*fin:perehdytys*) synonym till inskolning, utbildning i arbetet, att bekanta sig med, vägleda en arbetstagare med arbetsuppgifter på ny arbetsplats.(MOT-ordböcker 2011 [www]) Se även *implementering*.

**Pegasos** - Är ett informationssystem som används inom social- och hälsovården. Se även *informationssystem*.

**Pilot** - Betyder att vara en försöks- eller testgrupp för någonting nytt som provas eller undersöks. (Nationalencyklopedin 2011 [www])

**Reliabilitet** - Synonym till tillförlitlighet, betyder hur väl någonting mäter det som den är menat för (Nationalencyklopedin 2011, Tuomi & Sarajärvi 2009)

**Somatisk** - Synonym till kroppslig. T.ex. en somatisk sjukdom är det samma som en kroppslig sjukdom. (Nationalencyklopedin 2011 [www])

**Validitet** - Betyder att man i studien undersökt det man lovat i introduktionsdelen (Tuomi & Sarajärvi 2009:130).

**Vårdberättelse**- (*eng:nursing record*) är en berättelse, de dagliga vårdanteckningarna. Omfattar vårdplanering, förverkligande och utvärdering. ( Stakes 1997 I: Ensio & Saranto 2002:11)

**Vårdplan** - (*eng: care plan*) är en individuell plan på genomföring av vårdkedjan eller vårdprocessen (stake1999 I: Ensio & Saranto 2002:11)

## **Förord**

Jag vill rikta ett tack till min sambo och min familj för att Ni stött mig under denna två års tid som jag arbetat med eNNI-projektet och examensarbetet. Tack även till vänner som lyssnat och visat sitt intresse för ämnet.

För att inte glömma den betydelsefulla samarbetspartnern, vill jag även rikta ett stort Tack åt Katri Jaakkola och mina informanter från Haartmanska sjukhuset.

Esbo, Oktober 2011

Jenny Lindholm

## INLEDNING

Elektronisk dokumentation är ett mycket kontroversiellt och aktuellt ämne inom vården. Informationsteknologin i dagens värld utvecklas fortare än vad man hinner utbilda personal att använda den. Den medicinska informationsteknologin är mycket utvecklad och strukturerad i jämförelse med det man har i vårdarbetet. Till exempel har medicinen utvecklat ett ICD-10 kodsysteem för diagnostik, vilket fungerat i Finland redan i sexton år (THL 2010). Inom vårdarbetet har man länge saknat liknande klassificerande strukturer för dokumentation av vården.

Datorer förskjuter det traditionella sättet att dokumentera med papper och penna. Den automatiska informationstekniken (IT) har inom hälsovården varit omtalad sedan 1960-talet, men än idag är inmatning, redigering, kopiering och förvaring av vårdinformation inte smidigt i arbetsgemenskaperna (Ensio & Saranto 2004:13). Detta var något som fångade mitt intresse för att skriva examensarbete inom ämnet.

I Finland har det under slutet av 2000-talet pågått flera nationella projekt som tangerat den elektroniska dokumenteringen. I Hoidok-, Hoidata- och eNNi projekten har man stegvis strävat efter att systematisera och enhetliggöra dokumenteringen av vården samt implementerat den strukturerade modellen i arbetsgemenskapen (Ensio 2009:2). Den strukturerade elektroniska dokumenteringen medför rubriker, klassifikationer och gemensamma termer, som vid behov kan påfyllas med fri text. Det har bestämts nationellt att strukturerna i dokumentationen följer teorin om vårdprocessen (Hopia & Koponen 2007:6).

I juni år 2007 stiftade Finlands riksdag en lag om den elektroniska dokumenteringen av vården (Finlex 159/2007§1-2), vilken beordrar den offentliga hälsovårdsorganisationen att gå med i ett nationellt klientuppgiftsarkiv och att dokumenteringen sker enligt föreskrivna strukturer. Målet med lagen är att främja datasäkerhet vid bearbetning av social- och hälsovårdens klientuppgifter och att arkivera patientinformationen elektroniskt i ett lagstadgat antal år. Fördelen med den strukturerade modellen av elektronisk dokumentering är att det möjliggör såväl klinisk, statistisk och administrativ användning av data, i avsikt av att behålla människans integritet. (Ensio& Saranto 2004:13)

Hälsovårdsorganisationerna fick vid tidpunkten då lagen stiftades en övergångstid på fyra år, fram till år 2011, att överföra dokumentationen till den lagstadgade modellen. Överföringstiden börjar nu nå sitt slut, men forskningar visar att implementeringen av modellen i arbetsgemenskapen fortfarande är svårt.

Informationsteknologin känns som en självklarhet för unga människor, som vant sig att använda datorer och nya program. Forskningar har bevisat att IT-kunskaperna har en stor betydelse vid implementering av elektroniska dokumentationen, men forskningar har även bevisat att stommen för hela dokumentationen, vårdprocessen, har fallit i glömska hos vårdare i alla åldrar (Mäkilä 2007:33)

Avdelning 6 på Haartmanska sjukhuset har fungerat som pilot-avdelning under eNNi-projektet. Själv var jag med i projektet som medlem av Nylands arbetsgrupp år 2009-2010. Efter projektet rapporterade biträdande avdelningssköterskan för den piloterade avdelningen att inläringen fortfarande är ineffektiv (Jaakkola 10/2010 [e-post]) Detta examensarbete är ett beställningsarbete för det Haartmanska sjukhuset i Helsingfors.

# 1 BAKGRUND

Härnäst presenteras bakgrund till arbetets grundpelare, det vill säga en kort beskrivning på vad elektronisk strukturerad dokumentation innebär.

## 1.1 Elektronisk dokumentation

Elektronisk dokumentation är med andra ord information som sparas på en datorapplikation (Ensio & Saranto 2004:32). Dess mål är att motivera de val och beslut man gjort i patientens vård samt i en juridisk mening fungera som skriftligt bevis för patientens förverkligade vård. (Hoidokki 2011 [www]). Den elektroniska dokumentationen eliminerar fysiska hinder genom att flera personer kan läsa elektronisk information på flera ställen samtidigt. Under läkarronder på avdelningar kan läkaren anteckna läkemedelsordinationer samtidigt som vårdaren kan uppdatera vårdplanen i det elektroniska patientinformationssystemet (Ensio & Saranto 2004:14). Detta sparar tid i syfte att ge mer tid åt att vistas tillsammans med patienten.

## 1.2 Patientinformationssystem

Patientinformationssystemen kan även kallas patientjournal. Patientjournalen innehåller information om patientens hälsotillstånd och vårdåtgärder. Den är sekretessbelagd, men patienten har rätt till att ta del av sin sjukvårdsjournal. (Finlex 2000, 2007 [www]). Idén bakom ett patientinformationssystem är att skapa, ge, dela med och spara information om patientens vård. Man kan förstå patientinformationssystemet som enbart en datorapplikation till vilken endast sjukhuset registrerade användare kan logga in till den del som de har rättigheter till att använda (Ensio & Saranto 2004:13).

Exempel på olika patientinformationssystem är Effica, Miranda och Pegasos. I detta examensarbete granskas den elektroniska strukturerade dokumentationen med att undersöka vårdpersonal som använt sig av patientinformationssystemet Pegasos.

## 1.3 Strukturerad dokumentation

För att läsaren ska få en bild om hur den strukturerade dokumentationen ser ut och fungerar kommer jag till närmast att kortfattat berätta och illustrera det.

### 1.3.1 Fin CC- klassificeringssystemet

I den strukturerade modellen dokumenteras vårdprocessen med hjälp av det finska vårdklassificeringssystemet FinCC (Finnish Care Classification). Detta system grundar sig på likadana internationella klassificeringssystem (Liljamo et al. 2008:4).

Terminologin i den strukturella dokumentationen enligt FinCC innehåller 19 olika komponenter samt tre klassifikationsformer. I klasserna beskrivs patientens behov (fin: tarveluokitus, ShTal), olika aktiviteter i vården (fin: toimintaluokitus, ShTol) och resultatet av vården (fin: tuloslukitus, ShTul). Komponenterna är rätt så abstraktiva termer, men de beskriver människan såväl från fysiska, psykiska som sociala dimensioner (Liljamo et al. 2008 [www]). I Tabell 1 illustreras och förklaras tre av de nitton existerande komponenterna.

Tabell 1 Exempel på komponenter och förklaring till dess innehåll

Komponent	Förklaring
Aktivitet	Aktivitet, vakenhet-och sömnskift
Utsöndring	Matsmältning, funktion av urinvägarna, blödning etc.
Andning	Lungornas funktion

Vårdaren kan inte välja att dokumentera endast under *en komponent*, utan efter det väljs en över- eller underklass från en repertoar som öppnas efter valet av komponenten. Olika komponenter innehåller olika mängder *över- och underklasser*. Dessa klasser beskriver närmare komponenternas innehåll (Liljamo et al. 2008 [www]).

Till sist kan vårdaren tillägga eventuell fri text till över- och underklasser för att beskriva t.ex. individuella mätresultat av patientens blodtryck.

I tabell 2 illustreras en dokumentation om mätning och observation utav patientens andning. I exemplet har vårdaren valt komponenten ”andning” och överklassen ”uppföljning av andning”, vilken är en vårdaktivitet (ShTol). Som underklass har vårdaren valt ”syresaturation”, vilken slutligen påfylls med ett numeriskt mätresultat ”syresaturation i rumsluft 98 %”.

Tabell 2 Dokumentation under komponenten andning av vårdaktiviteten (ShTol) uppföljning och observation av andningen

Komponent	Huvudklass (ShTol)	Underklass( ShTol)
Andning	Uppföljning av andning	Andningens kvalitet och kvantitet
		Syresaturation
		PEF-mätning
		Uppföljning av hosta

## 1.4 Lagar

Den elektroniska dokumenteringen tangerar flera stiftade lagar för social- och hälsovården i Finland. Härnäst presenteras de centrala lagarna som innehållet i detta examensarbete tangerar.

### 1.4.1 Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 2007/159

Lagens syfte är att främja datasäker elektronisk behandling av patientuppgifter inom social- och hälsovården samt för att främja patientens möjligheter att få information. Lagen står som en grund för det elektroniska arkivet, i vilken patientuppgifterna av hälso- och sjukvårdstjänster kommer att lagras. (Finlex 2007/159 § 1 [www])



Patientuppgifterna skall förvaras så att de behåller sin integritet och oförvanskade form under hela förvaringstiden. (Finlex.2007/159 § 4 [www])

Det elektroniska patientdatasystemet är även till för riksomfattande forsknings- och statistikverksamhet samt för att kunna göra en helhetsbedömning av patienternas vårdbehov och om tidpunkten för intagning för vård. (Finlex .2007/159 § 7 [www])

Patienten har rätt till att förbjuda hälsovårdsorganisationen att utlåta patientuppgifter från informationssystemen. Detta meddelar patienten med en blankett eller tillfrågan om samtycke, begränsning eller förbudan att utlåta patientuppgifterna. (Finlex 2007/159 § 11 [www])

#### **1.4.2 Lag om patientens ställning och rättigheter 1992/785, 2000/653**

Lagen om patientens ställning och rättigheter i hälso- och sjukvården är till för att säkerställa att alla Finlands medborgare har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patienten ska bemötas så att människovärdet inte kränks och så att patientens integritet respekteras.

Patientens har rätt till att få vård på hans egna modersmål samt med respekt mot kultur och religion. Patienten har även rätt till att få vård enligt individuella behov i mån av möjligheter. (Finlex 1992/785 § 3 [www])

Lagen befordrar även att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska anteckna uppgifter om patientens planerade och utförda vård i patientjournalen (Finlex 2000/653 § 12 [www])

## 2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Arbetets fokus ligger i personalens kunskaper i den elektroniska strukturerade dokumenteringen av vårdprocessen.

Syftet med denna studie är att kartlägga implementering av dokumentationsmodellen i dess nuvarande form och med hjälp av resultaten kunna utveckla modellen Dessutom vill studenten med sitt arbete sprida kunskapen om att dokumentera enligt vårdprocessen.

Den övergripande forskningsfrågan i studien är *hur man skulle kunna utveckla implementeringen av den strukturerade dokumentationen så att inläringen skulle vara mer effektiv?*

Forskningsfrågorna är:

1. Hurdana stötestenar har vårdpersonalen mött i inläringen av strukturerade dokumenteringen?
2. Vilken är vårdarnas kännedom om vårdprocessens olika delar?
3. Vilka förändringar i implementeringen kunde stöda inläringen av den nya modellen

### **3 TEORETISK REFERENS RAM**

Som teoretisk referensram till studien har jag valt vårdprocessen. Som tidigare nämnt, utgör vårdprocessen en stomme för dokumentering av vård. Eftersom denna studie fokuserar även på inläring av elektroniska strukturerade dokumenteringskunskaper, har jag tillagt en teoretisk referens till inläring samt en referens till informationsteknologi.

#### **3.1 Vårdprocessen**

Vårdprocessen har varit omtalad sedan 1970-talet då WHO presenterade vårdprocessen som sin vårdmodell. Även flera vårdteoretiker, bl.a. Henderson, King, Roper, Roy, Eriksson och Yura & Walsh har presenterat vårdprocessen, som en modell av vårdarbetets dokumentation (Ensio & Saranto 2002:36). Vårdprocessen ligger i central roll i den strukturerade vård-dokumenteringen eftersom klassificeringssystemen bygger på modellen och förutsätter att vårdaren känner till vårdprocessens olika delar.

Som teoretisk referens till denna studie använder jag Katie Erikssons (1985) samt Charlotte R. Kratz (1984) teorier om vårdprocessen. Både Eriksson och Kratz har grundat sin tanke om vårdandet, som ett behovstillfredställande enligt Maslows teori om människans behov (1972). Kratz skriver att Maslow skapade tanken om ett hierarkiskt system utav människans behov, där de självförverkligande behoven är överst, de homeostatiska (balans i kroppen) behoven är längst ner och trygghets-, kärleks- och sociala behoven där emellan (Kratz 1984: 21f).

##### **3.1.1 Vad är vårdprocessen?**

Vårdprocessen är ett professionellt redskap för att kunna beskriva och dokumentera vården av en patient. Dess utgångspunkt ligger i beslutsprocessen. Som vårdare uppsätter man patientens behov av vård samt gör ett beslutsfattande i vad vården ska innehålla (Kratz 1984:15).

Vårdprocessen kan delas in i sex olika faser, som även kan fungera som frågor vilka vårdaren besvarar genom dokumentationen av vården. Vårdprocessen beskriver bemötandet av patienten (Kratz 1984:15).

Enligt Eriksson är vårdprocessens natur en interaktion mellan patienten och vårdaren. Det är också en interaktion mellan patienten och omvärlden d.v.s. miljön, och mellan patienten och samhället. (Eriksson 1985:17).

Målet med vårdprocessen är att nå individens optimala hälsa. Alla vårdaktiviteter strävar efter att nå den optimala hälsan. I vården av patienten strävar man efter att eliminera rubbningar som utgör tecken på ohälsa, d.v.s. att eliminera symtom som orsakar sjukdom. (Eriksson 1985:19f)

### **3.1.2 Vårdprocessens faser**

Som tidigare nämnt kan vårdprocessen indelas i sex olika faser, vilka illustreras nedan i Figur 2. På 80- och 90-talet har Eriksson talat om vårdprocessens fyra faser, vilka hon ansåg vara grundläggande strukturer för vilken som helst problemlösningsprocess. Dessa faser är *uppskattning (patientanalys), planering, förverkligande och utvärdering*. (Eriksson 1985:16)

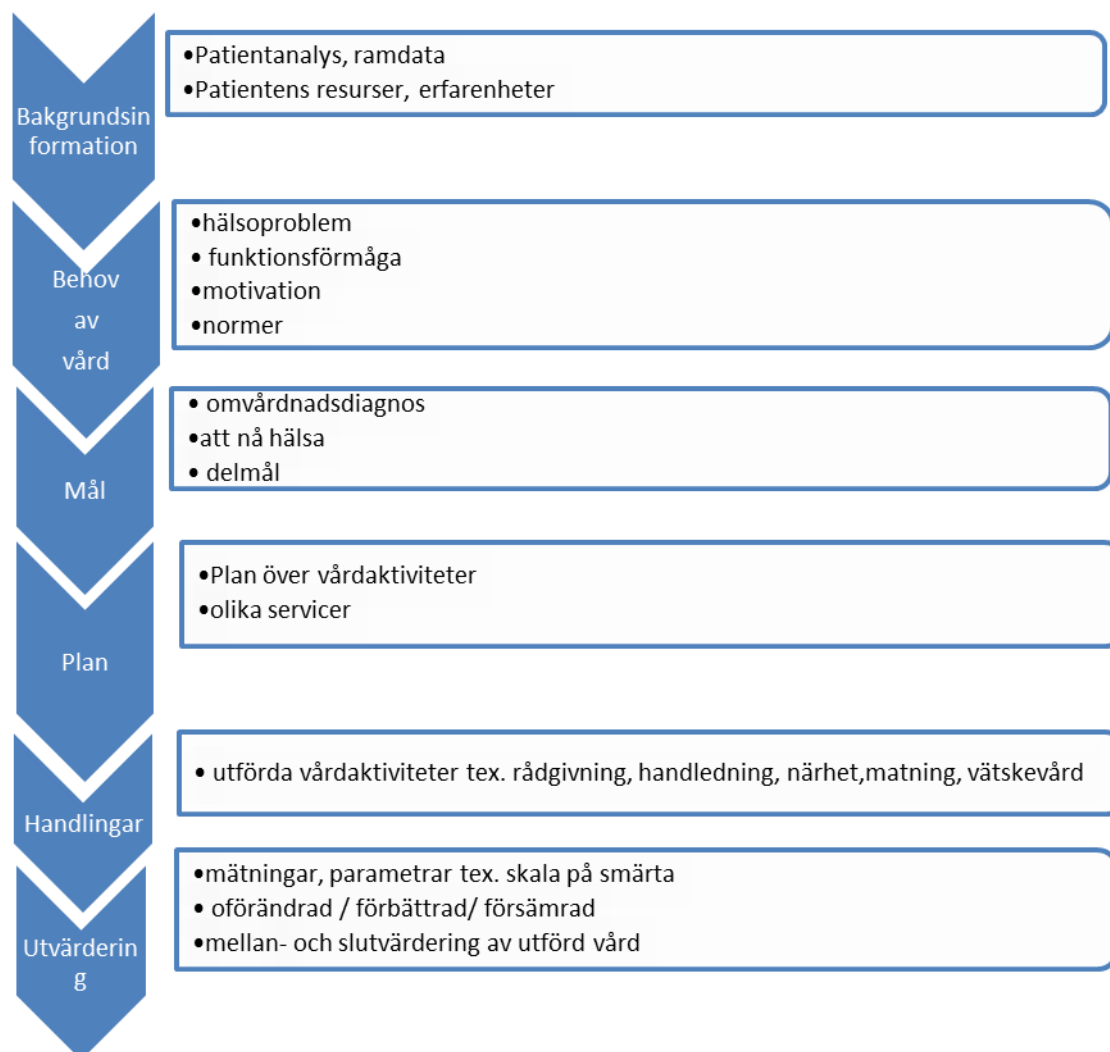
Utöver dessa faser, har teoretiker på 2000-talet lyft fram även omvårdnadsdiagnoser (problemuppsättning), samt att ställa upp mål redan innan förverkligande av vården (Ensio & Saranto 2004: 39-47). Dessa sex faser bildar tillsammans vårdprocessen, så som den teoretiskt uppfattas idag. Härnäst följer en närmare beskrivning av vårdprocessens innehåll.

#### **Patientanalys**

Första fasen i vårdprocessen är att kartlägga patientens behov av vård (Kratz 1984:16). Med begreppet patientanalys menar Eriksson att man ser på patientens totala situation.

Vårdaren samlar rutinmässig data om patienten. Datat kan även kallas *kärninformation (fin: ydintieto)*. Denna information om patienten kan erhållas från genom att intervjua patienten efter ankomst, eller överförs från enkäter eller äldre sjukjournaler. Vårdaren är själv instrumentet vid patientanalysen. (Eriksson 1985:60)

## Vårdprocessen



Figur 1 Vårdprocessen (Ensio & Saranto 2004, Kratz 1984)

### Behov av vård

För att göra en lyckad patientanalys är det viktigt att känna till vilka patientens behov av vård är (Eriksson 1985:34).

Ifall en patient kommer in på sjukhuset med akut skada t.ex. cirkulationsrubbing och bröstsmärta, ska vårdaren väldigt fort kunna bedöma patientens behov av vård. Då kan man anta att det primära vårdmålet är att få stabil cirkulation och att minska smärta. Vård handlingarna utförs enligt målen. Senare, då den akuta situationen är över, kan vårdaren få en djupare förståelse för patientens situation och ställa upp nya mål för andra behov av vård. (Kratz 1984:19)

Patienten kan ha tidigare erfarenheter av t.ex. en undersökning som orsakar smärta eller rädsla, vilket påverkar individen i sin helhet i sin nuvarande sjukdom. Det är viktigt att vårdaren känner till samt dokumenterar detta i patientjournalen. En patient med rädslor i anknytning till vården kan ha behov av till exempel: att vårdaren tar i hänsyn rädslan, förklarar vad som görs och lugnar patienten (Eriksson 1985:61, Kratz 1984:34f).

På basis av patientanalysen fattar vårdaren ett beslut om hurdan vård som behövs för att hjälpa patienten att uppnå optimal hälsa (Eriksson 1985:70). Analysen är något som pågår genom hela vården och kännetecknas av ständig utvärdering av vården (Eriksson 1985:20).

### **Målsättning för vården**

Den tredje fasen i vårdprocessen är att ställa upp mål för vården. Med hjälp av patientanalysen, kan vårdaren göra en primär bedömning om till exempel vilken funktionsförmåga patienten för tillfället har och ställa upp mål.

Omvårdnadsdiagnosen består av en sammanfattning av patientens problem och symtom, som kan påverkas med vården (Enhfors & Thorell-Ekstrand 1994:55). Omvårdnadsdiagnoser består i allmänhet av fri text som vårdaren åstadkommer. Omvårdnadsdiagnosen som begrepp har väldigt nyligen blivit uppmärksammas i Finland.

Vårdaren identifierar patientens problem och hälsohinder samt ställer upp mål för att eliminera eller lindra dem. Målen grundas på observationer i interaktion med patienten. Målen beskriver problem som patienten förväntar sig att man kan lösa med hjälp av vårdaktiviteter. (Kratz 1984: 69)

### **Planerade vård handlingar**

En plan för vård handlingar fungerar som en daglig handlingsplan för vårdaren. Planen baserar sig på de hälsohinder och behov hos patienten som beskrivits i patientanalysen.

En sjukdom rubbar patienten ofta såväl psykiskt (motivation), fysiskt (biologi) som socialt (främmande miljö, rädslor etc.) . Därför ska vård handlingarna inte bara inrikta sig på att eliminera det organiska problemet, utan vårda människan som helhet (Eriksson 1985:70ff).

Vårdplanen ska även innehålla vårdaktiviteter med vilka man strävar efter att förhindra potentiella problem att bli aktuella (Kratz 1984: 119)

Beslutet om att verkställa vård handlingar görs mångprofessionellt och tillsammans med patienten (Eriksson 1985:70f).

### **Utförda vård handlingar**

Vårdplanen fungerar som bas för vård handlingar. Planen ska uppdateras kontinuerligt, i takt med att patienten framskrider i vården och når sina delmål (Kratz 1984: 106-118).

Det finns en mängd faktorer som kan påverka utförandet av planerade vård handlingar. Bland dessa kan nämnas medicinsk diagnos, patientens motivation, resurser på avdelningen samt miljön. (Kratz 1984: 106-118)

### **Utvärdering av vårdresultaten**

Syftet med en värdering av vården är att man beskriver vilken effekt vården har haft och vilka förändringar som skett hos patienten under vården.

Vårdare utför enligt Kratz alltför sällan aktiv värdering av vårdresultat. Ofta observerar vårdare nog framsteg i vården, men de är omedvetna om att de då har värderat sin verksamhet. Det skulle vara viktigt för vårdaren att fråga sig ”Vad har jag gjort för att nå vårdmålen?”. På detta sätt kan vårdaren enligt Kratz mäta resultaten av vården (1984: 135).

Man kan säga att ett problem hos patienten har eliminerats ifall det inte längre existerar. Patienten själv är expert på att avgöra om problemet fortfarande existerar (Kratz 1984:138). Som vårdare kan man även observera förändringar i patientens läge och värdera vilken effekt vården har haft.

Ibland är delmål och framsteg i vården väldigt svåra att beskriva och mäta. T.ex. det psykiska välmående är ofta svårt att beskriva med några ord. Därför är det viktigt att beskriva alla vård handlingar man gjort för att synliggöra vården av patienten.

Även en kort diskussion mellan vårdare och patient är en del av vården. För att göra värderingen enkel kan vårdaren också jämföra nuläget med ankomst läget och informationen i patientanalysen (Kratz 1984:145). Utvärdering av vården bedöms enligt skalan: förbättrad, oförändrad eller försämrade.

## 3.2 Inläring och implementering

Härnäst presenteras de pedagogiska och de teknologiska referenserna till studien. Teorin om inläring, utbildning och interaktioner är knuten till pedagogen Jorma Enkenberg. Som referens för personalens IT-kunskaper används pedagogen Hannu Salakaris tankar om teknologin som utmanande faktor för inläringen.

### 3.2.1 IT– kunskaper i arbetsgemenskapen

Inläring i dag står inför utmaning av teknologi och telekommunikationsnätverk som ständigt utvecklas. Det är även utmanande att utbilda studerande och personal i abstrakta, men samtidigt tekniska kunskaper som teknologin kräver.

De teknologiska kunskaperna krävs praktiskt sett i nästan alla yrken, även i vårdbranschen. Den ständigt föränderliga miljön, samt konkurrens kräver en kontinuerlig inläring i alla yrkesgrupper (Enkenberg 2002:157).

Det centrala i inläringen är att *konvertera* information till funktion (Enkenberg 2002:158). Man kan säga att konverteringen och tillämpningen av information, är det centrala även i vårdprocessen. Först samlar vårdaren information om patienten och konverterar sedan det till en vårdplan. Planen är individuellt tillämpad för patientens behov.

Enkenberg skriver att forskning inom kognitiv inläring har upprepade gånger givit resultat på två faktorer som påverkar hur ny kunskap fungerar i arbetet. Dessa två hypoteser är;

- 1) att den förvärvade kunskapen är otillräcklig i förhållande till de krav som arbetet utsätter
- 2) att personalen inte har kunnat tillämpa den kunskap som man fått i skolan eller på utbildningstillfällen i arbetslivet.

(Enkenberg 2002:159)



Tillämpningen av vårdprocessen i vårdarbetet, är det som anses i dagens läge vara svagt hos vårdpersonalen (Jaakkola 10/2010 [e-post]).

### **3.2.2 Informatiosteknologi**

Teknologiskt baserad kommunikation strävar till att nå en känsla av en delad upplevelse mellan flera parter. För att lyckas att dela med sig information på ett sätt, så att vem som helst kan förstå precis vad som menas i texten är inte enkelt. Det kräver gemensamma målsättningar och regler för dokumentationen (Enkenberg 2002:168).

Med hjälp av informationsteknologin, t.ex. ett dataprogram för dokumentering av patientinformation, kan man nå snabbare och mer felfri konstruktion av text. Programmet måste ändå vara mycket lämpligt för det process som det ska stöda. Enkenberg påpekar, att de informationsteknologiska programmen inte är till för pedagogisk inläring (2002:168).

### **3.2.3 Inläring**

Salakari (2009: 170f) beskriver inlärningsprocessen i sin teori enligt följande hypotes. Inläring sker genom;

- a)modell-inläring
- b)reflektion, en djupare diskussion i en problemsituation
- c)inläring genom erfarna situationer, case- inläring
- d)mer konstruktiva drag av funktion

Inlärningsprocessen börjar från att man adapterar en tidigare konstruerad modell (a) (Salakari 2009:171), t.ex. en beskrivning av vårdprocessen. Då eleven stöter på en liknande situation i verkligheten, kör reflektionen av situationen igång (b). Eleven jämför problemsituationen med modellen och försöker förstå (b). Inläringen förstärks om man har ett färdigt konstruerat exempel av en liknande situation, t.ex. en vårdplan som grundar sig på vårdprocessen, till vilken eleven kan jämföra sin förståelse (c). Tillslut, då eleven grundat sin nya förståelse börjar hon självständigt konstruera vårdplaner enligt den inlärd modell (d). (Salakari 2009:170ff)

## **Inlärningsens effektivisering**

Det centrala målet för denna studie är att undersöka med vilka metoder inläringen av dokumenteringsmodellen kunde intensifieras.

Inläring sker ofta utanför arbetsmiljön, t.ex. i skolan eller på ett utbildningstillfälle. Salakari använder ordet *transfer*, för att beskriva vilken effekten är utav att överföra det inlärd till sina dagliga rutiner. Transfer syftar till hur människan processerar den information som man fått. En effektiv transfer är väldigt utmanande att nå, menar Salakari (2009:178).

För att öka effekten av transfer kan man enligt Salakari (2009:202);

- I) skapa mer samband mellan givna övningsuppgifter och verklig arbetsmiljö
- II) skapa gemensamma regler och principer för kunskaper som krävs
- III) sträva till att omorganisera information i det syfte som det skall användas i framtiden
- IV) utföra rikligt med övning för att få erfarenhet

För att effektivera inläring finns även allmänna principer vilka man ska ta i hänsyn. Bland dessa nämner Salakari *det praktiska behovet att lära sig* samt en *god motivation* som stöder inläringen (2009:201). Det är även viktigt att ha en expert som man kan anlita sig till eller få stöd och undervisning ifrån, samt att få öva i grupp. Man ska inte heller glömma att fel är naturligt och hör till inlärningsprocessen. (Salakari 2009:201)

## 4 LITTERATURÖVERSIKT

Härnäst redogörs informationssökning för att ankyta som bakgrund till studien. I kapitlet presenteras också vilka avgränsningar som använts inför informationssökningen.

### 4.1 Informationssökning

Denna studie undersöker dels vårdarnas erfarenheter om att lära sig att dokumentera enligt den strukturerade modellen och dels vårdarnas kännedom om vårdprocessen. Ämnet tangerar även vårdarnas IT-kunskaper i fråga om användning av datorer och informationssystemet Pegasos.

Informationssökningen gjordes genom en systematisk informationssökning på olika elektroniska databaser. Sökningen utfördes i februari-mars år 2011 i databaserna Cinahl, Google Scholar, Ovid Medline, Medic och Pubmed. Dessutom gjordes en del sökningar i Academic Search Elite, ProQuest, Nursing collection 1&2 samt Swemed+, med sökresultat som inte ansågs relevanta för denna studie. Studenten utförde även en litteratursökning, för en ytterligare sökning av inhemska publikationer om ämnet.

#### 4.1.1 Avgränsningar

Den elektroniska dokumentationen har använts ungefär i tio år i hälsovårdsorganisationer och den strukturerade modellen endast en kort tid i vissa organisationer. Detta gör att man inte har hunnit forska och publicera mycket tidigare forskningar om ämnet. I denna studie strävade studenten att hitta artiklar publicerade mellan åren 2000-2011.

Förutom tidsbegränsningen, önskade studenten hitta artiklar som handlar om forskning i Finland, eftersom alla länder använder olika informations- och klassifikationssystem. Denna kriterie kunde inte användas som en avgränsning till studien, eftersom det skulle ha resulterat i mycket få sökresultat. Studenten har dock föredragit inhemska inför utländska publikationer.

Vårdprocessen, i den betydelse som den presenteras den i denna studie, är densamma i hela världen på grund av att de använda teorierna om vårdprocessen baserar sig på WHO:s (World Health Organisation) definition av vårdprocessen.

### 4.1.2 Söksträngar

I bilaga 1 illustreras hela informationssökningen, med de artiklar som blivit valda för studien. De valda artiklarna beskrivs kort i tabell 3.

Den systematiska informationssökningen gjordes med sökorden ”*nursing process*” och ”*documentation*” i olika kombinationer till orden ”*structured*”, ”*electronic*”, ”*documentation computerized*”, ”*patientrecord*”, ”*healthrecord*”, ”*evaluation*”, ”*experience*”, ”*multiprofessional*”, ”*nursing documentation*”, ”*care plan*” och ”*caring process*”.

Sökning i databasen Cinahl (EBSCO) gav resultatet 29 träffar med sökorden ”*evaluation*”, ”*nursing process*” och ”*documentation*” med begränsning till abstraktet. Av dessa valde jag ut två artiklar som handlade om vårdprocessen i dokumentationen, vilka baserade sig på Finska forskningar. Samma artiklar hittades även genom sökningar i databasen Academic Search Elite.

I databasen Ovid Medline använde jag sökorden ”*electronic*”, ”*patientrecord*” eller ”*healthrecord*” och ”*nursing process*”. Av de 29 resultaten valde jag ut en artikel, som handlar om vårdprocessen i vårddokumentation i Schweiz.

Systematisk sökning i databasen Pubmed gav ett resultat på 73 artiklar, genom att använda orden ”*evaluation*”, ”*nursing process*” och ”*electronic documentation*”. Från dessa valde jag en artikel genom att göra abstraktbläddring. Artikeln var dels bekant från bläddring av Kuopio Universitets vårdforskningar gjorda kring ämnet. Artikeln är skriven av tre vårdforskare, utav vilka Kaija Saranto har publicerat mycket artiklar, forskningar och litteratur om elektronisk dokumentering. Detta väckte mitt intresse för artikeln.

Med sökningar i referensdatabasen Medic hittade jag många artiklar som handlade om den elektroniska dokumenteringens utveckling i Finland och användningen av vårdprocessen i den. Som sökord använde jag ”*hoitotyöprosessi*”, ”*sähköiset sairauskertomukset*” och ”*dokumentaatio*”. Utav de fem träffar, valde jag två artiklar, vilka jag hittade även publicerade i *Hoitotyön vuosikirja 2007*, med hjälp av en litteratursökning.

Förutom dessa artiklar om vårdprocessen och den elektroniska dokumenteringen var jag intresserad av att hitta artiklar som handlar om forskning i de finska vårdarnas IT-kunskaper. Detta kändes viktigt inför min undersökning, för att få en grund för påståenden om att IT-kunskaperna har en stor betydelse för hur vårdaren lär sig att dokumentera elektroniskt och att använda datorer som arbetsmedel.

Jag utförde sökningar med engelska ord som ”*information technics*”, ”*skills*”, ”*nurse*”, ”*documentation skills*” m.fl. utan relevanta resultat. En sökning på Google Scholar med finska orden ”*moniammatillinen*”, ”*tietotekniikka*” och ”*sairaanhoitaja*” gav mig 421 träffar, ur vilka jag genom bläddring av rubrikerna kunde välja ut en artikel.

Tabell 3 Resultat till informationssökning

Titel	Författare	År/Land	Innehåll
<i>Recording the content of the caring process</i>	Oili Kärkkäinen, & Katie Eriksson	2005/ Finland och norden	Interventionsstudie; observationer och enkätstudie. 7 somatiska avdelningar, 137vårdare. Syfte: att undersöka i vilken omfattning vårdprocessen i dokumentationerna beskriver patientens syn på vården. Resultat: dokumentationen är en mekanisk procedur, majoriteten av vårdarna känner till vårdprocessen. Vårdprocessen belyser vården från patientens synvinkel.
<i>Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model</i>	Oili Kärkkäinen & Katie Eriksson	2004/ Finland	Litteraturstudie- En dialog mellan Erikssons vårdvetenskapliga teori samt vårdprocessen. Syfte: att skapa en ny vetenskaplig syn på dokumentationen med grund i vårdprocessen. Slutsats: vårdprocessen skapar logisk struktur åt dokumentation, fokus i patienten
<i>Hoitotyön prosessi ja päätöksentekonäkyvää vai ei?</i>	Minna Mäkilä	2007/ Finland	En beskrivning av erfarenheter om att implementera och lära strukturerad dokumentation i en arbetsgemenskap. Resultatet :vårdarna inte känner till vårdprocessen. Innehåller även en jämförelse mellan manual och elektronisk dokumentation.
<i>Representing the nursing process</i>	Alexandra Bernhardt-Just, , Britta Lassen, & René Schwendimann	2010/ Schweiz	En projektbeskrivning om implementering av vårdprocessen i dokumentationen. Undersöker hur väl vårdprocessens terminologi fungerar som beskrivning av vård. Resultat: vårdprocessen ger logisk struktur, men det upplevs även svårt att uppfatta patienten som helhet.

<i>Moniammatillisen terveydenhuoltohenkilöstön koulutustarpeet sekä kehittämis- ja vaikuttamismahdollisuudet tietotekniikan käyttöön-otossa</i>	Kaija Saranto, Vuokko Härmäläinen	2009/ Finland	<i>Syfte:</i> beskriva dator användarkunskaper inom hälsovårdsorganisationen. Forskningen omfattade 99 st. vårdare. Resultat: Fortbildning i IT-kunskaper har stor efterfrågan. Åldern anses ha betydelse i vilka IT-kunskaperna är. Med elektronisk strukturerad dokumentation ökar vårdarnas arbetseffektivitet, sparar tid och informationsflödet växer
<i>Hoitotyön päätöksentekomuuttavatko sähköisenjärjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi?</i>	Lundgrén-Laine & Salanterä	2007/Finland	Beskriver vårdarbetets beslutsprocess i dokumentationer. Författarna strävar efter att belysa problem i relation till den elektroniska strukturerade dokumentationen. Beskriver även sambandet mellan pedagogisk inläring och IT-kunskaper.
<i>Evaluation of electronic documentation process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing</i>	Kristiina Häyrinen,; Johanna Lammin-takanen,; Kaija Saranto,	2010 / Finland	Kvalitativ, observationsstudie om de elektroniska strukturerade dokumentationernas innehåll. 489 sampel från en neurologisk och en operativ avdelning. Resultat: dokumentationerna relativt ensidiga. Det behövs mer övning i att dokumentera enligt vårdprocessen, samt mer evidensbaserad forskning kring dokumentationer och vårdprocessen.

## 4.2 Tidigare forskningar

Till följande kommer jag att redogöra för innehållet i de fem artiklar som hittats med systematisk informationssökning och innehållet för två artiklar som litteratursökningen resulterat i. Artiklarnas innehåll presenteras i fyra olika kategorier, vilka följer intresseområdet för arbetet. Kategorierna är vårdprocessen, elektronisk strukturerad dokumentation, IT-kunskaper hos vårdare samt strukturer i dokumentationen. Dessa kategorier beskriver resultat som tidigare forskningen beskriver om ämnet i fråga.

## 4.2.1 Vårdprocessens för- och nackdelar

Kärkkäinen och Erikssons litteraturstudie (2004) strävar efter att skapa en ny vetenskaplig syn på dokumentationen med grund i vårdprocessen. Forskarna menar att vårdprocessmodellen skapar en logisk struktur för dokumentationen och fungerar som en guide för att dokumentera (Eriksson & Kärkkäinen 2004:229). Vårdprocessen kan ses från olika synvinklar. Den kan anses vara en beskrivning av vårdarens uppgifter, en metod för att lösa problem hos patienten eller som en del av beslutsfattandeprocessen. Den kan också förstås som en tankemodell som beskriver vården som en helhet (Eriksson & Kärkkäinen 2004:230). Problemen med att utveckla dokumentationen av vården med hjälp av vårdprocessmodellen har påvisats vara att rubrikerna i vårdprocessen inte motsvarar de som det strukturella programmet erbjuder (Eriksson & Kärkkäinen 2004:230).

De flesta skandinaviska länder använder mycket liknande strukturerade dokumenteringsformer, vilka baserar sig på vårdprocessmodellen. I Sverige och Norge används ett program som heter VIPS. På Island har man också dokumenterat enligt processmodellen sedan år 1991. Det har rapporterats att implementeringen av vårdprocessen i dokumentationen har ansetts svår även i Sverige och i Norge. (Eriksson & Kärkkäinen 2004:230)

Kärkkäinen och Eriksson har också gjort en interventionsstudie år 2005 som undersöker i vilken omfattning vårdprocessen i dokumentationerna beskriver patientens syn på vården. I undersökningen deltog 137 vårdare från sju somatiska avdelningar i Finland. Forskarna hade tack vare tidigare studier en förförståelse att vårdare var ovana vid att dokumentera enligt den teoretiska vårdprocessen (Eriksson & Kärkkäinen 2005:207). Forskningen utfördes genom observationer av dokumentationerna innan och efter interventionen. Dessutom gjordes en enkätförfrågan efter interventionen.

Resultaten av studien påvisade att vårdare ofta lämnar viktiga omständigheter odokumenterade. Vårdarna ansåg att dokumentationen ofta blir en mekanisk procedur, där patientens behov blir klassificerade, utan några direkta citat om vad patienten sagt eller menat (Eriksson & Kärkkäinen 2005:203). Eriksson och Kärkkäinen skriver att vårdarna visat negativa attityder mot den nya dokumentationen på grund av att de känt sig vara tvungna att

dokumentera annorlunda än tidigare. Resultatet visade även att vårdarna ansett att de inte har någon nytta av vårdplaner i det dagliga arbetet. (Eriksson & Kärkkäinen 2005:207)

Med hjälp av frågeformulären fick man resultat som påvisade att 74 % av vårdarna kände till de teoretiska koncepten från tidigare och 54 % angav att de var enkla att förstå. 70 % av de studerade vårdarna ansåg att klassifikationerna motsvarade innehållet i vårdprocessen (Eriksson & Kärkkäinen 2005:206). Resultatet av studien visade även att den största skillnaden i att dokumentera enligt vårdprocessen, är att behoven och handlingarna beskrivs mer utgående från patientens erfarenheter än vårdarens, än om vårdarna inte använt vårdprocessen som stomme (Eriksson & Kärkkäinen 2004:230). Framtidens utmaningar för dokumentationen är komplexiteten i patienternas hälsoproblem. Patienten har en viss ansvarsfrihet samtidigt som patienterna i allt större mån kommer att själv kunna påverka sin vård (Eriksson & Kärkkäinen 2004:235, 2005:202).

Erfarenheter av att implementera vårdprocessen i dokumenteringen av vården har visat att vårdarna inte verkar känna till patientens behov av vård samt ha svårt att ställa upp mål för vården (Mäkilä 2007:33f). Mäkilä jämför den elektroniska och den manuala dokumentationen. Hon anser att vårdprocessen har varit tydligare i den manuala dokumentationen, medan vårdplanen har stigit fram som det viktigaste i den elektroniska dokumentationen (Mäkilä 2007:36).

#### **4.2.2 Elektronisk strukturerad dokumentation**

Standardiserad terminologi i dokumentationen har använts redan länge i många länder (Bernhardt et al 2010:345). Under de senaste två seklen har dock utvecklingen av vårddokumentationen tagit nya framsteg (Bernhardt et al 2010:345). I Schweiz gjordes en forskning åren 2004-2006, tiden då terminologi i den elektroniska dokumentationen i informationssystemen stegvis implementerades på sjukhusen. Forskningens syfte var att testa hur väl terminologin fungerade i dokumentationen (Bernhardt et al 2010:346). Resultaten visade att vårdprocessen gav en logisk struktur åt dokumenteringen, men även att det är bra att det finns även fria fält för påbyggnad av information i dokumenteringen. Som negativa fynd beskrivs att dokumentationen med vårdprocessen som bas ger mycket information om patienten, vilket resulterar i att man kan ha svårt att få en helhetsbild (Bernhardt et al. 2010:348)



En avgörande faktor för framtiden är att implementeringen borde ske stegvis så att vårdarnas uppfattning av informationssystemet, av vårdprocessen teoretiskt samt av kunskaper i kritiskt tänkande kan utvecklas (Bernhardt et al. 2010:350).

### **4.2.3 IT-kunskaper hos vårdare**

IT-kunskaper, det vill säga kunskaper att bearbeta information på dator, är väldigt individuella. Därför är jag intresserad att söka tidigare forskning om vilken anknytning IT-kunskaper har till implementeringen av elektronisk strukturerad dokumentation i arbetsgemenskaper.

Kaija Saranto är ett nyckelnamn för elektroniska dokumentationen i Finland. Hon har forskat och publicerat mycket artiklar kring ämnet. Saranto och Vuokko Hämäläinens forskning undersöker datoranvändarkunskaper inom hälsovårdsorganisationen. I forskningen deltog 99 vårdare. Studiens fokus låg i personalens IT-kunskaper allmänt, samt i relation till yrket.

Forskarna anknöt studien till informationskällor, som stöder påståendet att IT-kunskaperna hos hälsovårdspersonalen är bristfällande och att det förekommer stora individuella skillnader i kunskaperna. I artikeln poängteras även att yngre vårdare anses ha bättre IT-kunskaper och därför även har lättare i att lära sig dokumenteringen. (Hämäläinen & Saranto 2009:150)

Resultatet i Saranto och Hämäläinens forskning visar att behovet utav fortbildning i IT-kunskaper är i stor efterfrågan och att personalen värdesätter det högt. Hela 60 % av vårdarna önskade mer skolning i att använda datorer och internet (Hämäläinen & Saranto.2009:149). Ungefär tredje del av vårdarna angav att de fått utbildning inom datoranvändning, som arbetsgivaren ordnat för dem (Hämäläinen & Saranto, 2009:150).

Saranto & Hämäläinen hade en förförståelse att ju längre vårdarna använt informationssystemen, desto mer hade de velat återvända till de gamla metoderna. Deras forskning visade motsatsen; att användningen av den elektroniska dokumentationen motiverade personalen att inte återvända till de äldre metoderna (Hämäläinen & Saranto 2009:150). Den största nyttan med IT-fortbildning visades vara att personalens arbetseffektivitet ökar, att informationsflödet växer och att elektronisk strukturerad dokumentation sparar tid (Hämäläinen & Saranto 2009:150).

Pedagogisk forskning har även visat att IT-kunskaper och inlärningskunskaper inte har haft något samband. Enligt Lundgrén-Laine och Salanterä baserar sig inläring i elektronisk dokumentation mer på individuella tankar och kognitiva insatser (Lundgrén-Laine & Salanterä 2007 I: Hopia & Koponen 2007:33)

#### **4.2.4 Strukturer i dokumentationen**

En färsk forskning av Häyrinen, Lammintakainen och Saranto undersöker i vilken mån vårdprocessen och den standardiserade terminologin syns i de dagliga vårddokumentationerna. Forskningen gjordes mellan åren 2003-2006 i norra Karels centralsjukhus, vilket var ett bland de första sjukhus som började använda strukturer ur FinCC i den elektroniska dokumentationen.

Den ovannämnda forskningen är ett utav de första nationella kvalitativa forskningarna i ämnet. (Häyrinen et al. 2010:556). Forskningen utfördes genom att observera dokumentationer i 489 stycken patientjournaler på en neurologisk och en operativ avdelning. Innehållet i dokumentationerna graderades enligt antalet strukturerade kategorier, huvud- och underrubriker samt fri text enligt vårdprocessens olika delar (Häyrinen et al. 2010:557).

Resultaten visar att dokumentationerna nog bygger på strukturerade rubriker, men innehållet varierade stort. I texterna förekommer det ofta samma klassifikationer, utan större variation. Det finns skillnader beroende på avdelning, men dokumentationen borde vara mer mångsidig för att täcka t.ex. vårdarens rättsliga ansvar (Häyrinen et al. 2010: 554,560f). Slutsatsen av forskningen är att det behövs mer övning i att dokumentera enligt vårdprocessen, samt mer evidensbaserad forskning kring relationen mellan dokumentationer och vårdprocessen (Häyrinen et al. 2010: 554-564).

Lundgrén-Laine och Salanterä anser att intelligenta val i framtida teknologiutveckling skulle vara till fördel för den elektroniska strukturerade dokumentationen. Som exempel kunde man utveckla olika automatiska alarmstrukturer som påminner om att dokumentera faser i vården (Hopia & Koponen 2007:33).

## 5 METOD

Härnäst presenteras datainsamlingen och dataanalysen för studien.

### 5.1 Datainsamling

Denna studie genomförs *kvalitativt*, vilket betyder att forskaren med materialets insamlingsmetod strävar efter att skapa ökad förståelse eller en förklaring för ett fenomen. Man kan med andra ord kalla den kvalitativa forskningsmetoden för ”förstående forskning”.(Tuomi & Sarajärvi 2009:26f).

Kvalitativ forskning (finska; laadullinen tutkimus) betyder informationsinsamling om den sociala verkligheten, i växelverkan med informanter. Olika metoder för kvalitativ forskning är till exempel intervjuer av olika slag samt observationer. (Tuomi & Sarajärvi 2009:26)

Kvalitativ forskning ger i jämförelse till kvantitativa forskningen (finska; määrällinen tutkimus) en hög svarsfrekvens, eftersom man ofta använder sig av metoder där bortfallet är väldigt osannolikt eller litet. Med kvalitativ metod undviker man också missförstånd och missuppfattningar genom att informant-sak-sammanhang kan lättare förklaras vid behov (Carlsson 1984:81). Man kan också skilja på att undersöka fenomen i laboratorieförhållanden eller på fältet. Denna undersökning utförs med att intervjua vårdare på fältet, d.v.s. på Haartmanska sjukhuset i Helsingfors.

Den kvalitativa datainsamlingen sker genom intervjuer med vårdare. Med ordet intervju menas här, att forskaren personligen träffar informanterna och ställer dem muntligt frågor (Tuomi & Sarajärvi 2009:73). Intervjuerna kan vara öppna, halvstrukturerade eller djupa, vilket betyder att man i olika grad har på förhand bestämt vilka frågor och i vilken ordning frågorna ställs i intervjun.

Temaintervjun är en halvstrukturerad intervju, där intervjublanketten innehåller både öppna och slutna frågor, som kan vid behov påfyllas av tilläggsfrågor som exempelvis öppnar tankar och känslor (Tuomi& Sarajärvi 2009:74). Då man gör en temaintervju, har man på förhand bestämt om vilket ämne och olika teman, som man kommer att tala om under intervjun.

Målet för temaintervjun är att söka relevanta svar eller förklaringar på fenomen som ställts i forskningsfrågorna (Tuomi & Sarajärvi 2009:75). Forskaren är inte bunden till att ställa frågorna i kronologisk ordning, utan intervjun kan ha en mer diskussionsliknande stämning.

### **5.1.1 Urval**

*Urval* betyder det val av personer som deltar i undersökningen. I denna studie är det granskade objektet vårdarna på Haartmanska sjukhuset i Helsingfors. Urvalet för denna studie sker genom *eliturval*, med vilket menas att man väljer informanter från personer som man anser ha tillräcklig kunskap och vetskap om ämnet (Tuomi& Sarajärvi 2009:86).

Urvalet resulterar i en mängd *informanter* som tillsammans kallas för studiens *sampel*. Samplets storlek påverkar undersökningens vetenskapliga betydelse. (Tuomi& Sarajärvi 2009:85).

Kriterierna för detta urval har varit två till antal. Det första kriteriet är att informanten fått implementering i elektronisk strukturerad dokumentation under det senaste året. Det andra kriteriet är att informanten har fått en skriftlig modell för dokumentationen i enheterna i sambandet med implementeringstillfället. Studiens intresse riktades varken mot informantens kön eller ålder. Avgränsningen motiveras med att informationen inte har någon betydelse för eventuella framtida förändringar i implementeringsmodellen (Jaakkola.10/2010[e-post]).

Alla avdelningar, förutom en, meddelade sitt intresse för studien. Orsaken till att en avdelning inte deltog, var att det inte fanns tid för deltagande. Avdelningssköterskorna rekommenderade vårdare som hade möjlighet att delta som informanter i studien. Studenten kontaktade informanterna personligt och skickade informationsbrev åt dem. Informationsbrev till avdelningssköterskorna och åt vårdarna hittas i bilaga 3.

### **5.1.2 Presentation av samplet**

Samplet för studien var homogen. Fyra informanter deltog i intervjuer som ordnades i slutet av september år 2011 på Haartmanska sjukhuset. Detta sjukhus är ett av Helsingfors stads akutsjukhus, dit patienterna intas på olika avdelningar via jouren.

Informanterna är legitimerade vårdare från två olika avdelningar, som vardera har hand om inremedicinska patienter. Vårdarnas arbetserfarenhet på den avdelning, som de nu arbetade på, varierade mellan 3-9 månader. Arbetsrytmen på avdelningarna är snabb och patientomsättningen på avdelningarna varierar mellan 2-5 dygn.

### **5.1.3 Intervjuer**

Basen för temaintervjun gjordes tillsammans med arbetets beställare. Detta, för att kunna erbjuda sjukhuset nyttig information som eventuellt kan i framtiden användas som en implementeringsmodell. Intervju-stommen hittas i bilaga 5.

Temaintervjuerna utfördes under vårdarnas arbetstid och på de avdelningar, där vårdarna arbetar, skilt från avdelningsutrymmen i mötesutrymmen. Intervjuerna utfördes under tre dagar, på olika avdelningarna och informanterna träffade inte varandra under tiden för intervjuerna. Språket som intervjuerna genomfördes på var finska.

Studenten hade med sig all den skriftliga information som tidigare delats ut åt vårdarna, för att säkerställa att de bekantat sig med informationen och visste vad intervjun kom att handla om.

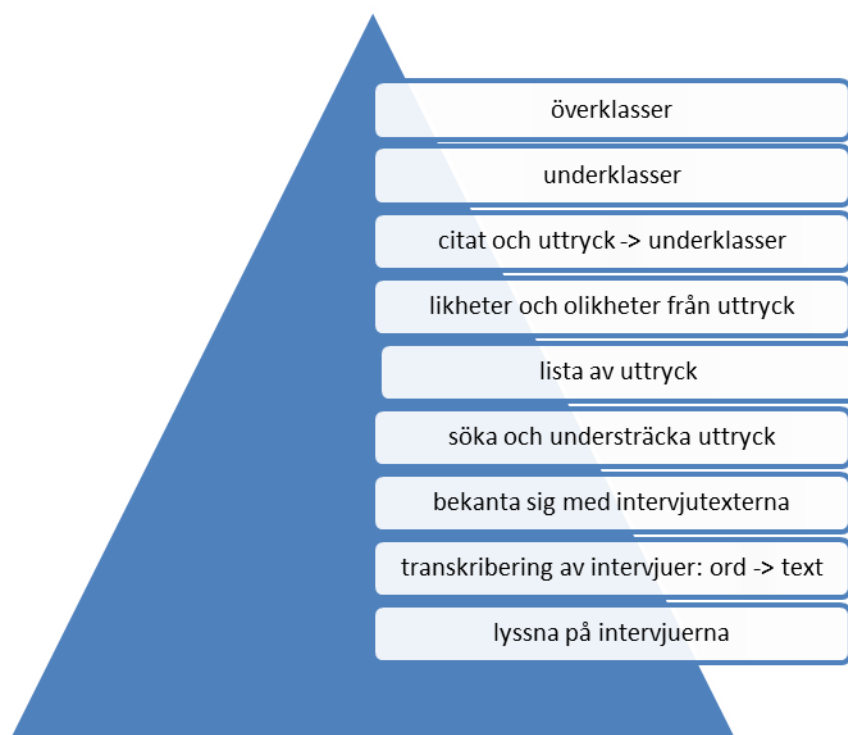
Temaintervjuerna dröjde mellan 40-55minuter var och bandades in med en bärbar dator. Datorn möjliggjorde förutom inbandningen även en säker förvaring av materialet. Förutom att banda och spara audiodata, gjorde studenten anteckningar under intervjuerna för att spara minnesbilder av stämningen, miner och gester samt poängteringar under intervjuerna. Som tidigare nämnt, undertecknade studenten tillsammans med informanten ett skriftligt samtycke om deltagande i forskningen i samband med intervjusituationen (bilaga 4). Stämningen under intervjuerna var väldigt öppen och kollegial.

## **5.2 Dataanalys**

Materialet som för denna studie insamlats med temaintervjuer analyseras med *innehållsanalys*. Inom den kvalitativa metodiken skiljer man även åt induktiv och deduktiv analysmetod (Tuomi & Sarajärvi 2009:95). Med ordet induktiv menas att forskaren utgår från materialet och strävar efter att uppnå en teoretisk helhet, medan analys med deduktiv metod lutar mot en speciell teori och forskaren definierar det studerade fenomenet enligt denna teori

(Tuomi & Sarajärvi 2009:97). Eftersom materialet analyseras enligt intervjuernas temaområden, är analysmetoden för denna studie deduktiv.

Innehållsanalys baserar sig på att dra logiska slutsatser på basis av resultaten. Innehållsanalysen kan indelas i tre skeden 1) *reducering* av material, 2) *kodning* av material och 3) abstraherande, det vill säga att ställa upp slutsatser av det granskade fenomenet (Tuomi & Sarajärvi.2009:108). Kodningen fungerar som anteckningar, forskarens åsikter om vad som sagts i intervjuerna (Tuomi& Sarajärvi 2009:92). Genom kodning söker forskaren likheter och olikheter ur materialet. Resultatet formar över- och underklasser, vars innehåll svarar på forskningsfrågorna. (Tuomi & Sarajärvi 2009:108). Figur 3 presenterar innehållsanalysen som en process (Tuomi& Sarajärvi 2009:98).



Figur 2. Innehållsanalys-processen utgående från materialet (Tuomi & Sarajärvi 2009)

För att binda de pedagogiska referenserna till resultatet har jag valt att prova två hypoteser från de använda teorierna i resultaten av min studie. Dessa hypoteser är:

Faktorer som påverkar ny kunskap i arbetsgemenskapen enligt Enkenberg (2002:159):

- 1), att den förvärvade kunskapen är otillräcklig i förhållande till de krav som arbetet utsätter
- 2) att personalen inte har kunnat tillämpa den kunskap som man fått i skolan eller på utbildningstillfällen i arbetslivet

Inläring sker enligt Salakari (2009:170f) genom:

- a) modell-inläring
- b) reflektion, en djupare diskussion i en problemsituationen
- c) inläring genom erfarna situationer, case- inläring
- d) mer konstruktiva drag av funktion

### 5.2.1 Transkribering och analys av material

Innan materialet kan analyseras måste det transkriberas. Med det menas att forskaren lyssnar till de inbandade intervjuerna och skriver dem på papper ord för ord (Tuomi & Sarajärvi 2009:91f). Med att lyssna på intervjuerna efter själva intervjusituationen, ökar forskarens förståelse i ämnet och informantens svar, samt möjliggör ord-mening korrigeringar vid behov. Det transkriberade materialet utgjorde allt som allt 39 sidor text.

Efter transkribering läste studenten igenom det insamlade materialet flera gånger. Därefter gjordes understreckningar i texten, inom olika tema och en lista för kodning av ord och meningar. Efter att kodningen gjorts, startades innehållsanalysen med att läsa materialet flera gånger och försöka hitta likheter och olikheter i de olika teman. Citat som användes till studien översattes från finska till svenska. Detta för att examensarbetet genomförs på studiespråket och för att skapa en lättläst helhet av resultatredovisningen. Studenten strävade trots översättning efter att behålla citatens ursprungliga betydelse.

Resultat ställdes under varan och grupperades enligt förekomst. Tillslut kvarstod sex stycken temaområden och tolv underkategorier. Resultaten av studien presenteras i kapitel 8.

## 6 ETISK REFLEKTION

I detta kapitel reflekteras de etiska frågor som tangerar den empiriska undersökningen i samband med studien.

Etisk reflektion innebär att överväga fördelar och nackdelar av forskningen. Forskaren måste känna igen risker, som en forskning med dess intresse av information kan medföra. (Tuomi& Sarajärvi 2009:126)

I utförandet av forskningen följde studenten etiken inom yrkesområdet för hälsa- och välfärd. Forskaren skyddar informanterna från skada genom att informera dem om undersökningens syfte, frivillighet och informantens anonymitet (Arcadas riktlinjer för god praxis 2011 [www]). Informanterna har undertecknat ett informerat samtycke tillsammans med studenten under intervjutillfällena (bilaga 4).

I genomförande av studien iakttar studenten ärlighet, allmän omsorgsfullhet samt noggrannhet (Arcada 2011 [www]).

Enligt forskningsetiska delegationens anvisningar är det speciellt viktigt vid forskning inom humanvetenskaperna att ha respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, att respektera personlig integritet och dataskydd. (Forskningsetiska delegationen 2009 [www]).

En viktig fråga inom forskningsetiken är vilka metoder som forskaren har rätt att använda vid datainsamling (Tuomi& Sarajärvi 2009:126). Intervju är som metod väldigt flexibel, med vilket menas att intervjuaren har möjligheter att upprepa sina frågor, att rätta till missförstånd samt att ingå en diskussion med informanten (Tuomi & Sarajärvi, 2009:74). Detta kan etiskt sätt öka informantens känsla av trygghet och pålitlighet i intervjusituationen. En nackdel med intervjuer är dock att det är tidskrävande och ibland även dyrare att utföra, än kvantitativa forskning.

Dessutom kan anonymitetsskyddet inte följas alldeles till lika hög procent som vid t.ex. en enkätstudie. (Carlsson 1984:81). Forskaren måste ta i hänsyn att hon har en institutionell ställning till vårdaren under intervjuerna. Detta betyder att illa behandling eller sårande av informanten skulle få en större betydelse, än vad det hade i vardagslivet (Tuomi & Sarajärvi 2009: 125).



Den forskningsetiska delegationen rekommenderar att empiriska undersökningar i vilken man behandlar etiska frågor att genomgå en etikprövning hos olika delegationer. Forskningsplanen, för denna studie, har godkänts av Arcada yrkeshögskolans Etiska råd (Etix) den 14.3.2011 och utav Helsingfors forskningsråd (Tutka) den 5.5.2011 (bilaga 2).

Tuomi och Sarajärvi menar att det är etiskt motiverat att ge intervjufrågorna på förhand åt informanten, så att denna är på förhand insatt i vad intervjun handlar om (2009:73). Inför denna studie fick avdelningssköterskorna och vårdarna ett informationsbrev, med uppgifter om det pågående examensarbetet och möjligheten att delta i det som informant (bilaga 3). De utvalda personerna fick även ett brev med ytterligare detaljer om temaintervjun samt studentens kontaktuppgifter. Informanterna hade möjlighet att ställa frågor innan och under intervjutillfället.

## 7 RESULTAT

Härnäst presenteras studiens resultat som erhållits genom innehållsanalysen. Svaren på forskningsfrågorna, som nåtts med denna studie, presenteras som sex huvudkategorier och tolv underkategorier. Huvudkategorierna består i huvudsak av de temaområden som strukturerat intervjuerna. I tabell 4 illustreras kategoriseringen av resultatet.

Tabell 4. Kategorisering av resultaten i studien

<b>Kategorisering av resultaten i studien</b>
<b>IT-kunskaper</b>
- datoranvändning
- IT-kurser
- IT-kunskaper i vårdyrket
<b>Inlärningskunskaper</b>
- inlärningsmetoder
- stöd av material
- implementeringstillfället och läraren
<b>Strukturerad dokumentation</b>
- förväntningar och tankar
- programmets tekniska egenskaper

## Kännedom av vårdprocessen

- dokumentering enligt processen
- brister i dokumentationen av vårdprocessen

## Åtgärder efter implementeringen

- stöd på avdelningen
- kamratstöd
- Utveckling av implementeringsmodellen

## 7.1 IT-kunskaper

Första temat för intervjun handlade om IT-kunskaper hos vårdarna. Temat tangerade vårdarnas vanor i att använda datorer i allmänhet och i samband med arbetet.

### 7.1.1 Datoranvändning

Alla vårdare berättade att de ägde en dator och använder den aktivt hemma under fritiden. En, utav informanterna, berättade att hon innan vårdstudierna inte ägt en dator och inte någonsin haft något stort intresse för att använda datorer. Dock, i samband med studierna och med årens gång hade hon skaffat en dator och använde den till liknande saker som de andra informanterna det vill säga till att bläddra i webbtidningar och för att använda internetapplikationen facebook. Hälften av informanterna meddelade att de kunde förutom internet använda programmen word, powerpoint och excel.

### 7.1.2 IT-kurser

I frågan om vårdaren någonsin deltagit på en IT-kurs svarade alla informanter olika (Diagram 1.). En del informanter angav att de gått en IT-kurs under vårdstudierna, där de lärt sig grundkunskaper i datoranvändning. Hälften av informanterna tyckte att metodik-kursen under vårdstudierna kunde räknas som en slags IT-kurs, eftersom skolarbeten oftast skrevs på dator med kriterier som metodiken dikterade för studenterna. Endast en informant hade deltagit i undervisning om informationssystem under vårdar-utbildningen.

Denna vårdare ansåg att kunskapen som hon fått genom undervisningen redan var föråldrad då hon utexaminerades och började arbeta på sjukhus.

En vårdare hade deltagit på en IT-kurs som arbetsgivaren ordnat, men detta var inte den samma arbetsgivare, som hon nu arbetade för. Hon ansåg ändå, att kunskap som hon fått under kursen, har stött henne ända fram till denna dag i vårdyrket.

### **7.1.3 IT-kunskaper i vårdyrket**

IT-hantering är en del av vårdarbetet idag. Redan innan den strukturerade dokumentationen utförde vårdarna vårdrelaterade uppgifter på datorer bl.a. att beställa patienternas mat via ett datorprogram.

*”Intill denna dag, har jag fått lära mig nya saker på datorer här i vårdarbetet. Det finns alltid någonting som man kan lära sig”*

Då den elektroniska dokumentationen togs i bruk, utmanade de vårdarnas IT-kunskaper på många sätt. Under intervjuerna uttryckte vårdarna känslor av osäkerhet och rädslor i samband med datoranvändning.

Vårdarna funderade mycket på hur andra vårdare ser deras dokumentationer. Alla informanter ansåg dock, att de lärt sig behandla informationen på datorer väldigt bra i jämförelse till deras egna förväntningar.

Vårdarna ansåg inte att en IT-kurs, som skulle ordnas skilt från avdelningsarbetet skulle vara vid behov. Däremot tyckte de att fortbildning angående informationssystemet och strukturerna i dokumentationen skulle vara i stor efterfrågan.

## **7.2 Inlärningskunskaper**

Studien fokuserar på hur vårdarna lär sig i allmänhet och hur de lärt sig dokumenteringsmodellen i fråga. Härnäst följer resultat på inlärningsmetoder, material som stöd och implementationstillfället som inlärningsituation.

### 7.2.1 Inlärningsmetoder

Vårdarna blev tillfrågade på vilket sätt de anser sig lära bäst; med att se, höra eller med att skriva. Det mest förekomna svaret var att vårdaren lär sig bäst med ”att göra själv”. Med denna fras menades att det mest effektiva sättet att lära sig, är att få själv sitta vid datorn medan en sakkunnig person handleder i funktioner. En vårdare ansåg lära sig bäst med att se på, då någon annan visar. En vårdare berättade även att fastän hon annars uppskattar allra mest nedskrivna, skriftlig information, lär hon sig vårdkunskaper och datorkunskaper bäst genom att göra själv.

*”Om jag tittar hur de andra har dokumenterat, börjar jag omedelbart att jämföra. Det leder till att jag inte får någonting gjort, jag godkänner inte min egen text längre”*

*”Alla vårdare förstår den elektroniska strukturerade dokumentationen på olika sätt, de använder olika komponenter och rubriker än jag ”*

### 7.2.2 Material som stöd

Informanterna fick skriftligt material i samband med implementeringstillfället. Studiens intresse var att undersöka ifall de hade haft hjälp utav detta skriftliga material efter implementeringstillfället. Resultatet visar att endast en vårdare fortfarande använt sig dagligen av exemplen i det givna materialet. De andra vårdarna använder materialet endast vid behov, ifall de anser dokumentationen av någon patient vara speciellt svår och tycker att de behöver hjälp för att hitta till exempel en komponent eller underklass. Det uppkom också att de oftast frågade någon kollega, istället för att ta stöd av det skriftliga materialet. Trots detta, sade alla vårdare att materialet var värdefullt i den stunden då man är nykomling på avdelningen.

*”Det är så mycket information som man ska lära sig vid implementeringstillfället, men man kan minnas bara en bråkdel”*

En vårdare medgav att hon hade en svag minnesbild av att ha fått detta material, men fann den väldigt informativ nu när hon betraktade den åter i ett senare skede av arbetskarriären.

Tiden för implementeringen ansågs allmänt vara för kort. Vårdarna skulle gärna ha fått stöd av en sakkunnig person i flera dagar, fastän undervisningstiden skulle vara kortare per gång.

*”Det skulle kanske behövas ett utbildningstillfälle inom ett par veckor, från att man fått den första introduceringen till programmet ”*

*”Då man är i arbetsskiftet, samtidigt som man deltar implementeringen känns det i tankarna väldigt svårt att vara fullständigt närvarande”*

Den person som lärde vårdarna dokumentationskunskaper arbetade i samma byggnad, ett par våningar ifrån vårdarnas egna avdelningar. Detta ansågs även sänka tröskeln, för att kontakta henne och be om hjälp. Vårdarna tyckte att kändes även tryggare, då denna person talade om för vårdarna att hon alltid var tillgänglig och svarade gärna på e-post och samtal som angick informationssystemet, dokumentationen eller annat liknande. Det var dock få, av vårdarna, som kontaktat den implementeringsansvarige efteråt.

### **7.2.3 Implementeringstillfället och läraren**

Implementeringen ordnades genast då den nya vårdaren började arbeta på avdelningen. Vårdaren vistades på avdelningen allt mellan två till noll arbetsdagar, innan hon blev introducerad till informationssystemet Pegasos och dokumentationen i den.

Vårdarnas kunskaper i att använda programmet varierade från att inte kunna starta det, till att kunna bläddra och se i programmet, utan att dokumentera något. En vårdare var från tidigare bekant med programmet, men hade inte använt strukturerna i programmet. En allmän åsikt var att informationssystemet var främmande och skrämmande. De flesta utav vårdarna mindes att de hoppats på att inte hamna arbeta ensam direkt efter implementeringstillfället.

Det ordnades 1-2 stycken implementeringstillfällen per vårdare. En informant berättade att hon varit tillsammans med en kollega på ett implementeringstillfälle. De andra informanter hade alla deltagit på två personliga implementeringstillfällen, som räckte ungefär en halv timme per gång. Alla vårdare erbjöds tilläggsstöd och ett tillfälle för eventuella frågor efter dessa tillfällen.

*”Implementeringstillfället var en helhet, ett paket, med mycket information”*

Den implementeringsansvarige personen beskrevs ha varit väldigt klar och konsekvent lärare. Informationen var enligt informanterna väldigt bra uppstyckat. Vårdarna beskrev att det känts bra att delta i tillfället, trots att de nyss börjat arbeta på avdelningen och allt verkade flummigt till en början.

Allra mest inverkade lärarens personlighet. Vårdarna beskrev att de fick en känsla av trygghet och en känsla av att bli hörda. Vårdarna ansåg det vara lätt att ta emot information från läraren.

*”Då jag såg hur viktigt ämnet var för läraren, ville jag respektera det och försöka lära mig så bra som möjligt”*

*”Om personligheterna inte skulle ha passat ihop och känsloliven med läraren hade varit tolt olik, skulle jag kanske inte ha lärt mig något”*

### **7.3 Strukturerad elektronisk dokumentation**

Den strukturerade modellen av vårddokumentation kom till Haartmanska sjukhuset, via piloteringen inom eNNi-projektet (2009-2010). Då piloteringen avslutades, introducerades den strukturerade modellen till alla avdelningar på sjukhuset. Strukturerade dokumenteringen har med andra ord implementerats till personal sedan år 2010. Ingen av informanterna hade, på tidigare arbetsplatser, dokumenterat med föreskrivna strukturer.

#### **7.3.1 Förväntningar och tankar**

Vårdarna hade i fräscht minne de tankar och åsikter, som de hade haft om dokumentationen innan de fått implementeringen. Till följande några exempel av dessa tankar som vårdarna delade med sig.

*”Elektronisk strukturerad dokumentation var det största hindret för mig att börja arbeta på denna avdelning”*

*” Jag var väldigt rädd för det här informationssystemet i början”*

*”Jag trodde, till en början, att det var helt hemskt att dokumentera vården här”*

De vårdare, som hade tidigare dokumenterat mycket på papper, tyckte att det aldrig funnits någon struktur i den gamla dokumenteringsmodellen. Vårdplanen dokumenterades åtskilt från andra dokumentationer. Vårdarna hade tidigare haft knappt några gemensamma, enhetliga regler för dokumentationen.

*”All text fanns bara i en enda lång rad, som skildes åt endast med orden morgon och kväll, det fanns inga strukturer .”*

*”Vi dokumenterade på datorer endast då patienten skrevs in eller ut från avdelningen”*

I studien framkom det även vårdarna uppfattade att de på sjukhuset, till skillnad från andra vårdanstalter måste dokumentera noggrannare. Både för vårdarens och patientens säkerhet samt juridiska rättigheter. Då vårdarna tidigare arbetat exempelvis på serviceboende, eller hemvård hade de känt att de inte hade samma beordran.

### **7.3.2 Programmets tekniska egenskaper**

För att fånga tankar och attityder mot den strukturerade elektroniska dokumentationen hade vårdarna fritt ord att uttrycka sina åsikter.

En mycket enhetlig, framstigande åsikt var att det är mycket delar som anses fattas från dokumentationsprogrammet Pegasos, i dess nuvarande format. Vårdarna nämner flera gånger blodsockermätningar och andra vård handlingar, som de har svårt att hitta från programmet. Att söka efter dessa, skapar mycket starka känslor av frustration hos vårdarna. Det är också den största orsaken till att vårdarna anser att den strukturerade dokumentationen är väldigt tidskrävande. Vårdarna uttrycker sin frustration på att använda informationssystemet till exempel enligt följande citat:

*”Det händer att jag söker och söker, efter en rubrik under vilken jag vill dokumentera. När jag sedan slutligen hittar den rubrik som jag sökt efter har jag redan hunnit glömma vad det var som jag skulle skriva”*

I intervjuerna lyftes det fram en diskussion om vårdare i olika åldrar, med olik utbildningsbakgrund samt olik mängd år av arbetserfarenhet i relation till den strukturerade dokumentationen. En majoritet av informanterna tyckte att unga vårdare och studerande har i allmänhet lättare att lära sig dokumenteringsmodellen eftersom de ansågs ha bättre IT-kunskaper.

*”Åldern är ingen självklar orsak till att implementeringen är mer effektiv hos unga. De äldre bara säger att de inte hänger med lika bra, speciellt när tiden för dokumentering är knapp”*

Som fördelar i den elektroniska strukturerade dokumentationen framkom det bland annat att det minskar missförstånd och korrigeringar av t.ex. handstil, språk- och grammatikfel.

Andra upplevda fördelar är att det ökar informationssäkerheten samt att detta strävar efter att skapa ett enhetligt, gemensamt nätverk mellan avdelningar och sjukhus. Det är glädjande att man på nolltid kan flytta patientinformation till exempel vid byte av avdelning eller till och med ibland då förflyttningen skett mellan två olika sjukhus. Däremot förargade det samtidigt att alla sjukhus inte kunde läsa patientinformationen på distans.

Studien undersökte även vårdarnas åsikter om vad som var lätt att lära sig att dokumentera i Pegasos och vad som var svårt. Nästan alla utav vårdarna tyckte att vårdplanen var svåra att konstruera, men orsakerna till det var väldigt olika. En del tyckte mängden olika skeden, där man ska välja rubriker och innehåll, leder till svårigheter medan andra tyckte uppdateringen av planen var det svåra. Ifall vård handlingar inte uppdateras då patientens hälsa förbättras hotas patientsäkerheten, poängterade en utav vårdarna.

De största orsakerna till negativa attityder bland vårdpersonalen, ansågs ändå tidsbrist och den snabba arbetstakten. En vårdare förklarade att då tiden för dokumentation är knapp leder det lätt till att man fuskar och skriver bara det viktigaste, med tanke på rapporteringen åt följande arbetsskift. Vårdarna tyckte att de dagliga vårdåtgärderna var lätta att lära sig att dokumentera enligt den strukturerade modellen. Förutom det, ansågs också läkemedelslistor och uppdateringen av dem ha varit lätt att lära sig.



## 7.4 Kännedom av vårdprocessen

Syftet med studien är att få en ökad förståelse i vilken mån vårdarna känner till och använder vårdprocessen i sitt yrke samt att sprida kunskapen om att använda den i dokumentationen.

### 7.4.1 Vårdprocessens innebörd

Vårdarna fick fritt beskriva vad de ansåg att ordet vårdprocess betyder. Det dominerande svarssättet lyder så här: Vårdprocessen omfattar enligt informanterna:

*”allt i vården- allt från att patienten anländer till sjukhuset till det att hon hemförlovas”.*

Fastän det tidigare under intervjun kommit upp olika teoretiska delar av vårdprocessen, kunde ingen av vårdarna beskriva vårdprocessens innehåll. Med denna fråga förväntade studenten att höra något av orden; *patientens problem, behov av vård, vårdplan, planerade/förverkligade vårdhandlingar samt utvärdering av vården*. Då intervjuaren belyste informanterna med ovan nämnda orden, ansåg majoriteten att de var mycket bekanta ord. En del tyckte att de nog hade hört orden förut, men använde dem inte i .vårdarbetet.

*”vårdprocess låter så sofistikerat”*

*”Har man kallat det något annat tidigare? Vårdprocess låter inte alls bekant”*

*”Vårdprocess betyder att patienten återvinner sin hälsa”*

Resultatet visar att vårdprocessens delar är bekanta endast från att göra vårdplaner åt patienter, menar vårdarna. På tidigare arbetsplatser har vårdarna inte behövt känna till vårdprocessen, inför dokumentationen. Därför anser vårdarna att det känns främmande att tala om den utan att sitta vid datorn och se det framför sig.

Trots detta beskrev informanterna vårdprocessen, åtminstone delvis, under intervjuens gång. De talade om ”vårdplanen”, ”behoven av vård”, ”vårdåtgärder” och värdering i form av ”mel-

lan- och slutvärdering”. Då de frågades vad vårdprocessen innebär, visste de inte längre vad det var frågan om.

#### **7.4.2 Brister i dokumentationen av vårdprocessen**

Efter att vårdprocessen presenterats åt informanterna diskuterades dess synlighet i dokumentationerna. Vårdarna anser att behoven och målen för vården oftast har dokumenterats, men utvärdering utelämnas nästan alltid. De beskriver att utvärdering av vården sker enbart genom en slutvärdering av vården.

Alla informanter beklagade över situationen då de hamnar skriva en slutvärdering av en patient de inte förut tagit hand om. Trots strukturer, har det upplevts svårt att hitta äldre dokumentationer.

*”Det går visst att bläddra i äldre dokumenteringar, men det är långsamt”*

Tre av fyra vårdare ansåg att dokumentationen var patientcentrerad och patientens åsikter syns i dokumentationerna.

### **7.5 Åtgärder efter implementeringen**

Vad hände efter implementeringstillfället? Hur har inläringen fortsatt på avdelningen? Finns det behov av tilläggsstöd eller fortbildning? Följande två kapitel i resultatredovisningen svarar på dessa frågor. Dessutom redovisas vilka förbättringar som anses kunna förbättra inläringen av dokumenteringsmodellen.

#### **7.5.1 Stöd på avdelningen**

Alla avdelningar har ansvarige stödpersoner för den elektroniska strukturerade dokumenteringen. Trots detta var en minoritet av informanterna inte medvetna om att de finns stödpersoner på avdelningarna. I hälften av fallen var den biträdande avdelningssköterskan en utav ansvarspersonerna och gav direkt feedback om dokumentationerna åt vårdarna. Det upplevdes ändå att det fanns en högre tröskel för att fråga hjälp utav förmännen, än utav en likgiltig kollega med ansvarsuppgiften. I ett fall berättade en vårdare att den bästa stödpersonen var av-

delningssekreteraren, som hade bra kunskaper om datorbehandling. Hon hade dock inte kunskaper eller behörighet att hjälpa med dokumentationen av vårdarbetet, men svarar gärna på IT-frågor.

På en avdelning ordnade den biträdande avdelningssköterskan individuella möten med vårdare då hon ansåg att det fanns något i dokumenteringen som inte lydde de allmänna reglerna. Då det ordnades utbildning eller möten, informerade hon alla vårdare om nyheter och förändringar.

Under intervjuerna uppkom det att det finns även materiellt stöd på avdelningen, i form av en mapp med råd för dokumentering. Vårdarna sade att de inte haft tid att ta stöd utav detta material, utan använder istället egna anteckningar eller materialet från implementeringstillfället.

*”Det är bättre med korta tips om hur man hittar något i programmet, än en tjock mapp som man hamnar bläddra i för att hitta samma information”*

### **7.5.2 Kamratstöd**

Vårdarna ansåg att det var nödvändigt och nyttigt att ansvarspersonerna eller en annan kollega kom och talade med dem, ifall de sett att något var på tok med dokumenteringen. Med andra ord var de motiverade att lära sig dokumentera rätt. Alla informanter tyckte att största stödet för dokumenteringen kom från kolleger i samma situation som de, eftersom ansvarspersonerna mycket sällan var i samma arbetsskift.

Vårdarna frågades om de har tid att fråga efter hjälp under arbetsdagen. Till det svarade vårdarna enligt följande:

*”Om man vill fråga något under arbetsdagen, finns det inte riktigt någon som har tid att besvara dina frågor”*

*”Det finns ingen extra tid under arbetsdagen, förutom under nattskift, men förmännen ger nog tid att granska nya saker ifall man bara ber om det”.*

## 7.6 Utveckling av implementeringsmodellen

Studiens syfte var att undersöka med vilka metoder inläring av dokumenteringsmodellen kunde effektiveras. Härnäst presenteras idéer för framtida utveckling av implementeringen.

Vårdarna hade få tankar om vilka metoder som direkt skulle kunna effektivera inläringen. De ansåg dock att det skulle krävas mer tid och fler utbildningstillfällen för att det skulle ske någon förändring i inläringen.

Under intervjuerna gav studenten förslag på tre olika alternativa inlärningsmetoder, för att studera åsikter om vilken effekt de skulle ha på vårdarnas inläring. Alternativen var:

- A) arbeta i en IT-klass, där alla deltagare skulle ha en egen dator och alla skulle bli tillsammans handledda att använda informationssystemet
- B) att utföra en case- uppgift i små grupper, där deltagarna skulle få dela med sig åsikter och tankar hur de skulle dokumentera patientens vård
- C) att det skulle ordnas ett tillfälle, under vilken den implementeringsansvarige och vårdaren skulle diskutera en vårdplan som vårdaren personligen gjort åt en fiktiv patient

Vårdarna fick fritt kommentera förslagen. Endast hälften tyckte att en lektion i IT-klass skulle vara till nytta för inläringen. Alla vårdare ansåg att en case-uppgift skulle stöda inläringen. En vårdare informerade att case-uppgifter redan fanns på informationsprogrammet, där vårdare skulle kunna öva sig att göra dokumentationer och vårdplaner för fiktiva patienter, men det fanns inte tid för detta under arbetstiden. Det fanns även vårdare som ansåg att vårdplanerna inte behövde övas längre.

Härnäst presenteras vårdarnas egna idéer för utveckling av implementeringsmodellen.

- 1) En stödperson, som skulle vara närvarande på avdelningen under första veckan som vårdaren lär sig att dokumentera strukturerat
- 2) Korta skriftliga tips om hur man hittar vägen till över- och underrubriker som ansetts vara svåra att hitta i programmet
- 3) Utbildning i små grupper på ca 10pers eller på ett ”avdelningsmöte”, i vilken man skulle föreläsa om vårdprocessen som bas i dokumenteringen och repetera strukturerna. Med detta önskar vårdarna få nya tips om att dokumentera vården samt undgå rutiner och genvägar i dokumentationen. Syftet skulle vara att enhetliggöra dokumentationen bland vårdarna, öka motivation och minska individuella skillnader.

Förutom utvecklingen av implementeringen var majoriteten av informanterna bekymrade över sina kollegor, som inte fått delta i implementeringstillfällen. De undrade varför icke-nykomlingar bland vårdarna aldrig erbjudits utbildning i strukturerad dokumentation. Vårdarna ansåg att dessa vårdare möter samma problem i dokumentering, som nykomlingarna.

## 8 TOLKNING

Härnäst tolkas och jämförs resultatet med den teoretiska referensramen samt tidigare forskning till studien. Här prövas även teserna från den teoretiska referensramen i studiens resultat.

Kännetecknande för den elektroniska dokumentationen är att den kräver IT-kunskaper av sin användare. Resultaten omkullkastar en utav Enkenbergs teser om IT-kunskaper, i vilken det påstås att kunskaperna i dokumentation är otillräckliga för de krav som arbetet ställer (2002:159). Mäkilä beskriver att hon upplevt att en vårdare som aldrig använt datorer har lärt sig den strukturella elektroniska dokumentationen lika bra som de som varit vana att använda datorer (2007:36). Vårdarnas IT-kunskaper är inte otillräckliga, men det skulle krävas mer tid för att kunskaperna skulle utvecklas till den nivå som informationsprogrammet kräver.

Vårdarna värdesätter inte fortbildning av IT-kunskaper lika högt, som Saranto och Hämmäläinen fick resultat på i sin forskning. En likhet i resultaten är dock att vårdarna ansåg att IT-kunskaperna är bättre hos unga vårdare och studerande, vilket underlättar enligt dem inläringen av dokumentationsmodellen. Detta omkullkastar Lundgrén-Laine och Salanteräs påstående om att IT-kunskaper och inläring inte skulle ha några samband.

Enkenbergs andra hypotes om IT-kunskaper lyder enligt följande; *personalen har inte kunnat tillämpa kunskapen de fått på utbildningstillfället i arbetslivet* (2002:159). Denna hypotes kan visas vara sann, då man talar om vårdprocessen. I Erikssons och Kärkkäinens studie ansåg mer än  $\frac{3}{4}$  av samplet känna till vårdprocessen från tidigare. Detta är inte fallet i denna studie. Den teoretiska kunskapen om vårdprocessen, som vårdarna har fått under sin utbildning eller under implementeringstillfället har inte kunnat tillämpas till dokumentationen. Vårdarna känner igen olika delar av vårdprocessen men kan inte självständigt beskriva dess innebörd.

Resultatet visar att vårdare har svårigheter att konvertera den insamlade informationen om patienten till vårdprocessens olika delar. I dokumentationerna syns oftast enbart patientens behov av vård, en plan på vård samt utförda vård handlingar, men de resterande delarna av vårdprocessen blir odokumenterade. Tidigare forskning har visat liknande resultat. Mäkilä ansåg resultatet bero på att målen och utvärderingarna ibland känns självklara för vårdarna.

Till exempel att målet för patienten med ett operationssår är att såret läks (2007:36f). Denna studie stöder Mäkiläs påstående.

Eriksson och Kärkkäinen lyfter fram vårdprocessen som en viktig del av den holistiska vården, där fokus ligger på patienten, inte på vårdarens arbete. Trots detta har vårdprocessen beskyllts för att vara vårdar-centrerad (Eriksson & Kärkkäinen 2004:230). Enligt resultaten anser vårdarna att de lyfter fram patientens åsikt och vilja i dokumentationerna, men medger också att dokumentationen ofta blir handlings-centrerad speciellt då tiden för dokumentation blir knapp.

Inläringen på Haartmanska sjukhuset har skett precis enligt Salakaris inlärningsmodell. Vårdarna har fått göra vårdplaner åt fiktiva patienter (case) och de har fått skriftligt material med modeller för dagliga dokumentationer enligt vårdprocessen. Resultatet visar att inläringen som skett under implementationstillfällena har varit effektiv, men att det inte har funnits tillräckligt med tid för *transfer*, det vill säga att processera den nya informationen till dagliga rutiner. Vårdarna ansåg att de inte riktigt känner till vilka regler och principer det finns för dokumentering av vården (II). De beskrev att de inte visste om de dokumenterade ”rätt”, fastän de fått implementering och material för hur dokumentationerna ska se ut. Eftersom det ansågs att det fanns för lite tid för att fördjupa inläringen efter implementeringstillfället fanns det inte möjlighet för tillräcklig övning för att få erfarenhet av dokumentation av vårdprocessen (IV) (Salakari 2009: 170f). Det verkar finnas ett stort praktiskt behov av tilläggsstöd i dokumentation. För att detta skulle kunna förverkligas skulle det behövas mer tid och flera experter inom området.

## 9 KRITISK GRANSKNING

Idén med ett examensarbete är att studenten bevisar sin lärdom inom sitt eget yrkesområde samt grundkunskaper i forskning (Tuomi& Sarajärvi 2009:85). I detta kapitel diskuteras den genomförda studiens styrkor och svagheter samt vilka generaliseringar man kan göra på basis av resultaten.

Elektronisk- och elektronisk strukturerad dokumentation är väldigt nya ämnen inom vårdarbetet.

Valet av bakgrund och tidigare forskning som ankyter till studien kändes utmanande, eftersom jag hade många exklusionskriterier (land, årtal, innehåll) samtidigt som det forskats relativt lite inom ämnet. Sökningar för att hitta relevanta forskningar pågick länge och jag gjorde flera kontroller i samma databaser för att se om det publicerats nya artiklar. Trots utmaningarna tycker jag att jag lyckats samla en informativ helhet av bakgrund studien som kom även att stöda resultatet. Eftersom examensarbete är ett mycket litet vetenskapligt arbete kan man inte göra några generaliseringar på basis av resultaten. Man kan ändå diskutera huruvida de är till nytta i arbetslivet, hos arbetets beställare samt hur man kan gå vidare i framtida forskning inom ämnet.

Studiens teoretiska referensram om vårdprocessen är publicerad på 80-talet, vilket kan väcka tankar om att man kunnat ankyta en nyare vårdvetenskaplig källa. Jag har ändå gjort ett medvetna val att använda dessa äldre verk på grund av att jag velat hålla mig till en så ursprunglig version av vårdprocessen som möjligt. De andra teoretiska referenserna kopplar i sin tur vårdprocessen till nutid. Helheten visar att vårdprocessen fortfarande ser lika ut som förr, fastän den är implementerad i ett modernt informationssystem.

Reliabilitet omfattar en diskussion om studiens tillförlitlighet. Begreppet reabel innebär enligt Tuomi och Sarajärvi orden sanning och objektivitet. Validitet i sin tur omfattar diskussion kring huruvida arbetet har motsvarat det som i början lovats läsaren.

Studiens syfte var att undersöka hur man kunde utveckla implementeringsmodellen för att inlärningen av dokumentationen skulle vara mer effektiv. Jag tycker att resultaten svarar på forskningsfrågorna väldigt omfattande. Resultaten svarar på forskningsfrågan; hur man kunde utveckla den elektroniska strukturerade dokumentationens implementering så att inlärningen skulle vara mer effektiv? I resultatredovisningarna uppkom det några exempel på sätt att utveckla modellen. Resultaten svarar också tydligt på frågan om vilka stötestenar vårdarna mött i dokumenteringen, samt vilken kännedom de har om vårdprocessens innehåll.

Den empiriska undersökningens sampel förblev relativt litet. Avsikten var att intervjua fler vårdare, men jag fick inte fler kontakter av vårdarna. Tiden som urvalet pågick var april- augusti, vilka är de vanligaste semestermånaderna för vårdarna. Dessutom fick en utav avdelningarna en ny avdelningssköterska under sommaren. Dessa omständigheter kan ha påverkat på samplets storlek.



Som ung vårdstuderande har jag från början känt att elektronisk dokumentation känns som en självklarhet, eftersom jag varit med om manual dokumentering endast på ett praktikfält under mina studier. Jag använder datorer dagligen och jag tycker precis, som det uppkom i studien, att det blir allt mer naturligt för yngre generationer. Dessa utgångspunkter kan tänkas ha fungerat som ett fönster för mig, som intervjuare och forskare (Tuomi & Sarajärvi, 2009;130). Under studiens gång har jag avstått från min förförståelse samt försökt förhålla mig objektiv och fördomslös, för att undvika att styra informanternas tankar och uttryck om dokumentationsformen. Man kan fråga sig, om informanterna svarat lika ifall jag varit äldre, fungerat längre i arbetslivet eller haft mer kunskap om intervjuteknik.

## 10 DISKUSSION

Härnäst diskuteras studiens genomförande och vilken betydelse denna undersökning har för arbetslivet. I diskussionen ingår en tankeföreläsning som baserar sig på ett möte med arbetets beställare och implementerings-ansvarige personen från Haartmanska sjukhuset. Denna person kallas i detta kapitel för instruktör. I mötet övervägdes studiens resultat gentemot forskningsfrågorna och bildade slutsatser av samarbetet.

Instruktören hade redan innan denna studie en tanke om att IT- kunskaperna hos personalen är rätt så svaga och att de gärna skulle ta emot en IT-kurs, eller fortbildning i en IT-klass.

Studien visar att vårdarna lär sig IT-kunskaper hellre i små grupper eller individuellt än i IT-klasser. Det finns dock inte resurser på stadens sjukhus att fortbilda vårdare enskilt. Det finns även knappt om resurser att ordna stöd efter implementeringen, vilket har visat sig i denna undersökning utgöra en stötesten i inlärningsprocessen. Framtida utveckling, ger en möjlighet att följa upp implementeringen av den strukturerade dokumentationsmodellen i form av nya utbildningstillfällen. Den kommer att ge en möjlighet även för de äldre, erfarna vårdarna att erhålla ny kunskap om strukturerad elektronisk dokumentation, och ställa frågor kring den.

Resultatet att vårdarna lär sig bäst genom att göra själv är inte förvånande. Resultatet förstärkte tanken om att elektronisk strukturerad dokumentation inte går att lära sig utanför IT-förhållanden. Med att få göra själv på dator och bilda egen tankemodell om informationssystemet gör inläringen mer effektiv. Instruktören berättade även att de finns en tendens hos

vårdarna att be om skriftligt material som de kan anteckna på, men erfarenhet har visat att de ändå sällan används aktivt. Materialet skapar en abstrakt känsla av trygghet, men det verkliga stödet kommer från kollegorna. Som kritik om intervjustommen påpekar instruktören att det skulle ha varit intressant att få reda på vilka punkter, i det utdelade skriftliga material, som varit stödande för vårdarnas inläring. Hon förstod dock av studiens resultat att man inte kan överge det skriftliga materialet i implementeringen, utan att den är en viktig del utav inlärningsprocessen.

Vårdarnas erfarenhet om implementeringstillfället på Haartmanska sjukhuset var endast positiva. Läraren har lyckats överföra sin motivation och sitt engagemang om ämnet vidare åt vårdarna, vilket är väldigt viktigt i kunskapernas transfer till dagliga rutiner.

Den största stötstenen i strukturerad dokumentation är själva programmets tekniska egenskaper. Vårdarna berättade omfattande gånger hur svårt och tidskrävande det är att hitta en underrubrik i informationssystemet. I och med att det publiceras en ny version av informationssystemet Pegasos kommer den utvecklade versionen att innehålla en sökmotor, med vilken vårdare kan söka den så kallade koden eller spåret till den rätta strukturen (Jaakkola 2011 [muntl.]). Förhoppningsvis skulle det lösa det tekniska problemet, vilket skulle även effektivisera inläringen och dokumentationen.

Som tidigare nämnt, hade jag en förförståelse om att vårdarna har en svag kännedom av vårdprocessen. Förundrade var att vårdprocessen, som varit omtalad sedan 80-talet i Finland, inte var bekant för någon av vårdarna. Instruktören förundrade sig även över att vårdarna trots att de sällan deltog i gästföreläsningar som behandlar vårdvetenskap, nu önskade att vårdprocessen skulle behandlas på avdelningsmöten. Man kan fråga sig om den strukturerade dokumentationen fött ett behov av att lära sig vårdprocessen eller är detta resultat endast en placeboeffekt?

Det största problemet i implementering och inläring av elektronisk strukturerad dokumentation är att det inte finns tillräckligt med tid att ge åt vårdarna. Arbetsstilen är hektisk och personalresurserna är små. Teoretiskt sett borde man kunna ordna mera tid åt vårdare att studera och lära sig sina arbetsredskap, så som informationssystemet och dokumentationen i den. Det är ändå bara frågan om en maskin som vilken helst annan; droppräknare, monitor, defibrilator etc.

Instruktörren ställer frågan, varför web inläring, som finns till för att stöda implementeringen av dokumentationen, inte använts bland sjukhusets vårdare. Detta är något som man skulle kunna forska i framtiden, t.ex. genom att mäta användningen av web inläringen före och efter att den presenterats på nytt åt personalen.

Avslutningsvis vill jag påstå att dokumentationen i vårdarbetet har ännu en lång väg att gå innan den kan anses enhetlig inom social- och hälsovården.

## **AVSLUTNING**

Examensarbetet har varit en lång men lärorik process. Vårdstudierna på Arcada har tangerat väldigt lite informationsteknologi, som idag är en väldigt stor del av dagligt arbete på vilken bransch som helst. Därför är jag väldigt tacksam att ha fått bekanta mig med alla de problem och upplevelser av förändring som informationsteknologin har medfört i mitt blivande yrke som vårdare. Utbildningen i vård har hittills inte innehållit studier i dokumentation, annat än om förverkligande av vårdplaner åt patienter. Eftersom dokumentationskunskaperna ändå är obligatoriska, för att i framtiden fylla de krav som den finska lagen ställer social- och hälsovården, hoppas jag på att inläringen intensifieras även i yrkeshögskolor. Som svenskspråkig studerande önskar jag även att detta examensarbete är till stöd för svenskspråkiga vårdinstanser som först börjar sin färd att konvertera dokumenteringen till strukturella elektroniska modellen.

## KÄLLOR

- Aaltola, Juhani och Valli, Raine. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1- metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*.2001. Gummerus förlag. 217s.
- Carsson, Bertil. 1984. *Grundläggande forskningsmetodik : för vårdvetenskap och beteendevetenskap*. Stockholm : Almqvist & Wiksell. 181s.
- Ehnfors, Margaretha & Thorell-Ekstrand Ingrid.1994. *Omvårdnad i patientjournalen- en modell för dokumentation av omvårdnad med hjälp av sökord*. Sverige: Stockholm..125s.
- Enkenberg, Jorma.2002. *Opetus, oppiminen, vuorovaikutus*.I: Julkunen, Marja-Liisa. 2002. 2.upplagan.328s.
- Ensio, Anneli & Saranto, Kaija. 2002. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. 70s.
- Ensio, Anneli & Saranto, Kaija. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Silverprint. 69s.
- Eriksson, Katie. 1991. *Broar- introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo.342s.
- Gordon, Hans. *Intervjumetodik*. 1971. Sverige, Alm & Wiksell Förlag Ab.134s.
- Hallila, Liisa. 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Tammi.188s.
- Helakorpi, Seppo. 2005. *Työn taidot- ajattelua, tekoja ja yhteistyötä*. Hämeenlinna, HAMK julkaisut. 208s.
- Hopia, Hanna & Koponen, Leena. 2007. *Hoitotyön kirjaaminen- Hoitotyön vuosikirja 2007*. Jyväskylä: Gummerus Förlag. 231s
- Kratz, Charlotte R.1988. *Hoitotyön prosessi*. WSOY. 175s.
- Liljamo,Pia, Kaakkinen, Pirjo och Anneli Ensio. 2008. *Opas FinCC- Luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa*.57s.
- Lundgrén-Laine, Heljä & Salanterä, Sanna. 2007. *Hoitotyön päätöksenteko-muuttavatko sähköisen järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? I: Hoitotyön käsikirja 2007*.s 25-34

Mäkilä, Minna. 2007. *Hoitotyön päätöksenteko-näkyvää vai ei? I: Hoitotyön vuosikirja 2007.* s35-40

Salakari, Hannu. *Toiminta ja oppiminen-koulutuksen kehittämisen tulevaisuuden suuntaviivoja ja menetelmiä.* 2009. 210s.

Salo, Päivi. 2007 ”*Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö*” I: Hoitotyön vuosikirja 2007. s.13-24

Saranto, Kaija, & Sonninen, A.-L. 2008. *Systemaattisen kirjaamisen tarve.* I: Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Förlag. 231s.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.* 182s.

## **Elektroniska källor**

Allärs tesaurus på svenska. 2011. ”*Kamratstöd*” Tillgängligt: <http://onki.fi/sv/browser/overview/allars>. Hämtat: 13.10.2011

Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Förbundet till Forskningsetiska delegationen i Finland utfärdade år 2002 Tillgängligt: [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/510](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510). Hämtat 20.9.2011

Bernhardt-Just, Alexandra, Lassen, Britta & Schwendimann, René. *Representing the nursing process.* 2010. Computers, informatics, nursing. Vol 28. s.345-352. Hämtat: 23.3.2011

Eriksson, Katie & Kärkkäinen, Oili. 2004. *Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model.* Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci. vol 18. s229-236. Hämtat: 20.3.2011

Eriksson, Katie & Kärkkäinen Oili. 2005. *Recording the content of the caring process.* Journal of Nursing Management. vol 13. s202-208 Hämtat: 20.3.2011

Finlex, 1992 & 2000. *Lag om patientens ställning och rättigheter 1992/785, 2000/653.* Tillgängligt: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/>. Hämtad 20.3.2011

Finlex 2005. *Lag om försök med obrutna servicekedjor inom social- och hälsovården 2005/1125.* Tillgängligt: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/> Hämtad 20.3.2011.

Finlex, 2007. *Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 2007/159*. Tillgängligt: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/>. Hämtad 20.3.2011

Forskningsetiska delegationen-ETENE. 2009. vol 1. Tillgängligt: [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/542](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/542). Hämtad 28.3.2011

Hoidokki.2011. *Elektronisk patientjournal*. Tillgängligt : [http://www.hoidokki.fi/index\\_swe.html](http://www.hoidokki.fi/index_swe.html). Hämtad 27.9.2011

Hämäläinen, Vuokko & Saranto, Kaija. 2009. *Moniammatillisen terveydenhuoltohenkilöstön koulutustarpeet sekä kehittämis- ja vaikuttamismahdollisuudet tietotekniikan käyttöönotossa*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Vol 1(3) s. 149-154. Hämtad:29.3.2011

Häyrinen, Kristiina; Lammintakanen, Johanna; Saranto, Kaija.2010. *Evaluation of nursing documentation-nursing process model and standardized terminologies as key to visible transparent nursing*. International Journal of medical informatics. Vol 79; 554-564. Hämtad:30.3.2011

Ikonen, Helena. 2007. *eNni-hanke*. Tillgängligt: <http://www.amk.fi/enni>. Hämtad 14.4.2011

Kanta-Kansallinen terveystietokanta. *Sähköinen potilastiedon arkisto*. Uppdaterad senast: 3.1.2011. Tillgängligt: <https://www.kanta.fi/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>. Hämtad: 20.10.2011

Nationalencyklopedin.2011. *ordförklaringar*. Tillgängligt: <http://www.ne.se/> Hämtad 10.9.2011

Tanttu, Kaarina. 2008. *Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto*. Publicerad: 18.6.2008. Tillgängligt: <http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3219&GUID...> Hämtad: 21.10.2011

THL- terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Forskning- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården. *ICD-10 on päivitetty: muutosinformaatio terveydenhuollon ammattilaisille*. Publicerad 3.4.2006. Uppdaterad 16.2.2011.

Tillgängligt: <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICD-10/index.htm>. Hämtad 26.9.2011.

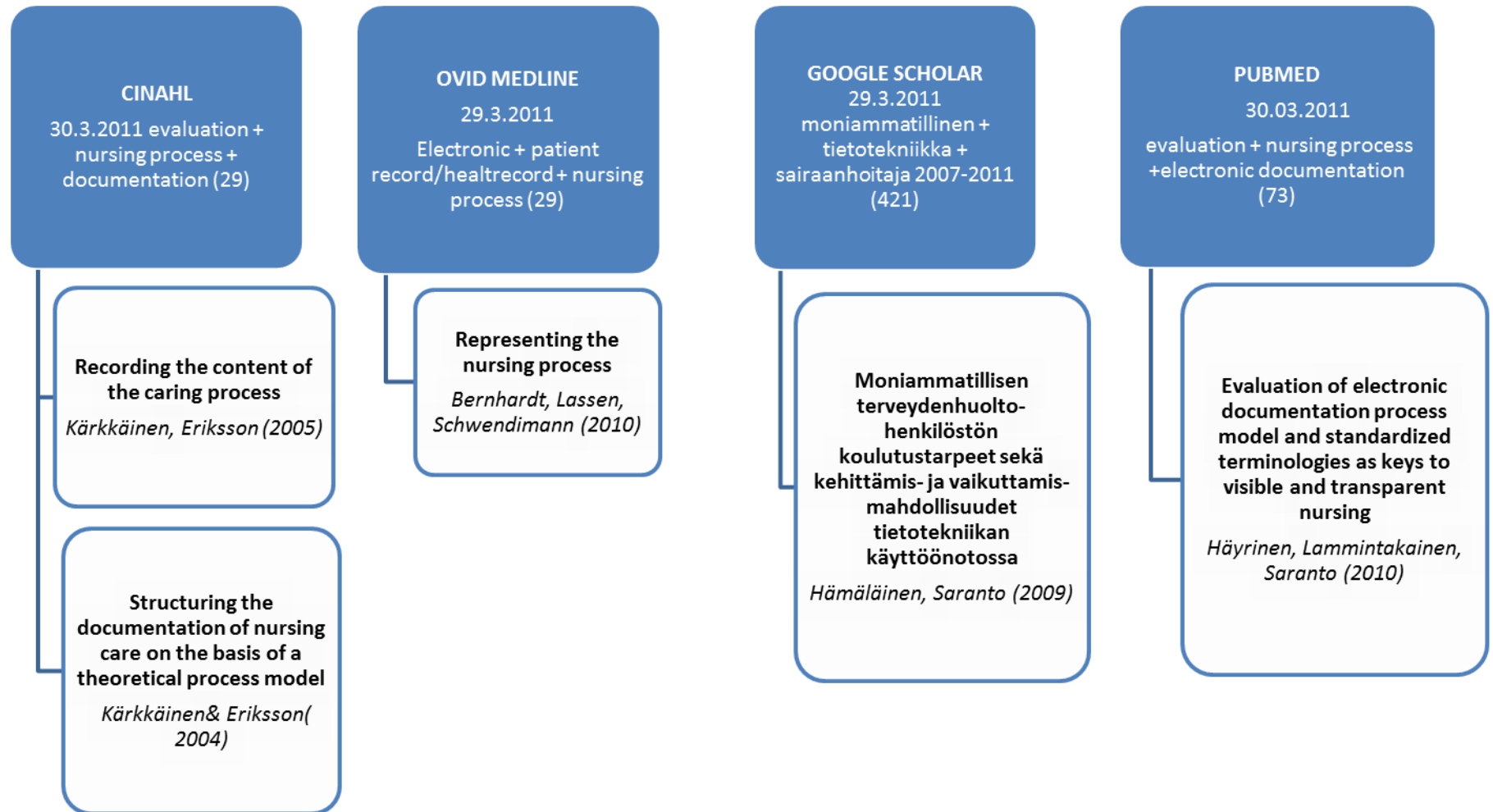
## ICKE PUBLICERADE KÄLLOR

Jaakkola, Katri. 2010. *Diskussion kring utvecklingsarbete i implementering av elektronisk strukturerad dokumentation på Haartmanska sjukhuset.* [e-post] 9.10.2010.

Jaakkola, Katri. *Möte angående resultat av den empiriska forskningen i examensarbetet samt kommande utveckling i informationssystemet Pegasos.* [muntl.] 21.10.2011 Haartmanska sjukhuset, Helsingfors.

## BILAGOR

## Bilaga 1 Redovisning av resultatet till informationssökningen



HOITOTYÖN KÄSIKIRJA 2007 30.3.2011

- 1) ”hoitotyön prosessi ja päätöksenteko-näkyvää vai ei?” Minna, Mäkilä
- 2) ”Hoitotyön päätöksenteko-muuttaako sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi?” Lundgrén-Laine & Salanterä



## Bilaga 2 Helsingfors stads forskningslov



Helsingin kaupunki  
**Terveyskeskus**

### TUTKIMUS / KEHITTÄMISHANKKEEN LUPAPÄÄTÖS

Hakijan nimi ja osoite  
Jenny Lindholm  
lindhjen@arcada.fi

Diaarinumero Terke 2011-473/054
Tutkimuksen/kehittämishankkeen nimi Utveckling av orienteringsmodell för strukturerad elektronisk dokumentering av vårdprocessen på Haartmanska sjukhuset

- Myönnän luvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein
- Lisäehdot liitteenä       Perustelut liitteenä       Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Lisäehdot ja lisäperustelut

Terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- kustannuksista tehdään sopimus

#### PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Alekirjoitus ja nimenselvennys
	5.5.2011	2056 §, liitteet 1-3	 Matti Toivola

Liitteet

Päätöksen jakelu:

- Tutkija(t) / hakija(t)
- Terveyskeskuksen yksiköt:  
KauSa/johtajalääkäri ja ylih. Eeva Rikkilä-Kettunen

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut
- Oikaisuvaatimusohjeet

13/6/2011

Arcada Nylands svenska yrkeshögskola  
Jan-Magnus Janssons plats 1  
00550 Helsingfors  
puh 0207 699 699

**Hyvä osastonhoitaja,**

Olen sairaanhoidon opiskelija ammattikorkeakoulu Arcadasta ja oheinen kirje koskee opinnäytetyötäni Haartmanin sairaalalle. Tällä kirjeellä haluan tiedottaa osastojanne tulevasta mahdollisuudesta osallistua tutkimukseeni hoitajien haastatteluilla.

Tutkimus on osa sairaanhoitajatutkimuksen opinnäytetyötäni. Tiedonkeruu suoritetaan laadullisen tutkimusmetodin avulla, teemahaastatteluin. Aiheina haastattelussa on hoitajien tietopohja hoitoprosessin sisällöstä sekä sen käytöstä, osastoille jo aikaisemmin tutuksi tulleessa päivittäisessä sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa.

Tutkimukseni tarkoitus on viestittää hoitotyön prosessin tuntemisen tärkeydestä, sen ollessa suurella merkityksellä lailla säädetyn rakenteellisen kirjaamisen opetuksessa ja toteutuksessa. Tutkimukseni tavoite on kehittää rakenteisen kirjaamisen opetusta ja perehdytystä Haartmanin sairaalassa

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Elisabeth Kajander ammattikorkeakoulu Arcadasta.

Etsin 4-6 vapaaehtoista hoitajaa haastatteluja varten. Kriteereinä on että hoitajat olisivat osallistuneet Haartmanin sairaalassa järjestettyyn perehdytyskoulutukseen ja saaneet heille jaetun kirjallisen materiaalin (kirjaamisohjeet) . Haastattelun kesto on 30-60min.

Haastatteluihin osallistuminen on täysin **vapaaehtoista**. Tutkimukseen osallistujat voivat missä tahansa, tutkimuksen vaiheessa ilmoittaa keskeyttävänsä osallistumisensa. Haastattelun vastaukset käsitellään, kirjataan ja säilytetään luottamuksellisesti. Haastatteluiden osallistujien nimet korvataan tunnuksin, nimettömyyden säilyttämiseksi. Tulen nauhoittamaan haastattelut kerätyn materiaalin analysointia varten.

Tarvitsen teidän osastonhoitajien suostumuksen, voidakseni tarjota tutkimukseen osallistujille mahdollisuuden haastatteluun työajan puitteissa.

Toivottavasti mielenkiintonne heräsi ja saamme hoitajatkin innostumaan haastatteluihin osallistumisesta ! Kiitän yhteistyöstä!

Ohessa yhteystietoni mikäli teillä heräsi kysymyksiä opinnäytetyöhöni tai haastatteluihin liittyen.

Ystävällisin terveisin,

Jenny Lindholm  
Sairaanhoitaja opiskelija  
040-5731395  
Arcada AMK  
[lindhjen@arcada.fi](mailto:lindhjen@arcada.fi)

Arcada- Nylands Svenska Yrkeshögskola  
Jan-Magnus Janssons plats 1  
00550 Helsingfors  
puh 0207 699 699

**Hyvä hoitaja,**

Toivon että haluisitte osallistua tutkimukseeni koskien hoitotyön prosessia ja sähköisen rakenteisen kirjaamisen perehdytystä.

Tavoitena on tehostaa ja kehittää rakenteellisen kirjaamisen opetusta Haartmanin sairaalassa . Teemahaastatteluiden avulla pyrin keräämään hoitajien mielipiteitä ja ajatuksia heidän IT-taidoista, perehdytyksen sisällöstä ja hoitoprosessista.

Tutkimus on osa sairaanhoitajatutkimuksen opinnäytetyötäni. Ohjaajani on Elisabeth Kajander ammattikorkeakoulu Arcadasta.

Haastattelu kestää n. 30-60min ja se pyritään suorittamaan hoitajan työajalla.

Etsin 4-6 vapaaehtoista hoitajaa haastatteluistani varten. Osallistumisen kriteereinä on, että hoitaja on osallistunut rakenteisen sähköisen kirjaamisen perehdytykseen ja saanut koulutuksen yhteydessä jaetun rakenteisen kirjaamisen mukaisesti laaditut kirjaamisohjeet.

Haastatteluihin osallistuminen on täysin **vapaaehtoista**. Voitte missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilmoittaa keskeyttävänne osallistumisenne. Haastattelun vastaukset käsitellään, kirjataan ja säilytetään luottamuksellisesti. Haastatteluiden osallistujien nimet korvataan tunnuksin, nimettömyyden suojaamiseksi. Tulen nauhoittamaan haastattelut kerätyn tiedon analyysia varten.

Toivottavasti kiinnostuksenne heräsi! Ohessa yhteystietoni johon voitte ilmoittaa kiinnostuksenne tai esittää kysymyksiä tutkimukseeni liittyen.

**Kiitos yhteistyöstä!**

Ystävällisin terveisin,

Jenny Lindholm  
Sairaanhoitaja opiskelija  
Arcada AMK, Helsinki  
lindhjen@arcada.fi  
040-5731395

## **Bilaga 4** Informerat samtycke

### **SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA**

Olen saanut tietoa tutkimuksen ”Hoitoprosessin rakenteinen sähköinen kirjaaminen- perehdytysmallin kehitystyö” tavoitteista, suorittamisesta sekä kerätyn tiedon säilyttämisestä ja käytämisestä. Tiedostan että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voin milloin tahansa keskeyttää osallistumiseni, ilman erityistä syytä. Annan suostumukseni nauhoittaa materiaalin analysointia varten.

Allekirjoita ystävällisesti suostumuksesi tutkimukseen osallistumisestanne alla olevaan kenttään. Kiitos!

aika \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2011                      paikka \_\_\_\_\_

---

haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

aika \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2011                      paikka \_\_\_\_\_

---

tutkijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tämä asiakirja on täytetty ja allekirjoitettu yhdessä tutkijan kanssa, sekä jaettu molemmille osapuolille

## TEEMAHAASTATTELU

### 1 TAUSTATIEDOT

Osasto  
Työkokemus vuosissa/kuukausissa  
Perehdytyksen ajankohta (vvk)

---

### 2 IT-TAIDOT

#### 2.1 KERTOISITKO MINKÄLAINEN TAUSTA SINULLA ON TIETOKONEEN KÄYTÖSSÄ

#### 2.2 JA TIETOJÄRJESTELMIEN KÄYTÖSSÄ?

### 3 OPPIMINEN

#### 3.1 MITEN KUVAILISIT ETTÄ OPIT UUSIA ASIOITA PARHAITEN?

-(audio/visuaalinen/mallit. näkemällä/kuulemalla/tekemällä)

#### 3.2 MILLÄ TAVOIN OPIT RAKENTEISEN KIRJAAMISEN?

#### 3.3 OLET SAANUT PEREHDYTYSTÄ RAKENTEISEEN KIRJAAMISEEN. MITEN TÄMÄ PEREHDYTYSTUKI JUURI SINUN OPPIMISTASI?

- tukiko kirjallinen materiaali oppimistasi (jos KYLLÄ niin miten, jos EI kerro miksi) ?

- tukivatko perehdyttäjän opetusmenetelmät oppimistasi (jos KYLLÄ niin miten, jos EI kerro miksi)

- oliko **aika** joka perehdytykseen oli varattu riittävä oppimisesi kannalta, jos ei kerro mihin olisit kaivannut enemmän aikaa

#### 3.4 MILLÄ TAVOIN KOET ETTÄ OPPIMISTASI VOISI TUKEA VIELÄ TEHOKKAAMMIN?

-voisiko IT-luokassa opettaminen lisätä oppimismahdollisuuksiasi

- voisiko ryhmässä toteutettu case-tehtävä lisätä oppimismahdollisuuksiasi

- mitä muita keinoja voisi oppimisen tehostamisessa käyttää

### 4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

#### 4.1 PEGASOS

#### 4.2 MIKÄ ON OLLUT HELPPOA/ MIKÄ VAIKEAA RAKENTEISEN KIRJAAMISEN OPPIMISESSA?

#### 4.3 KUVAILISITKO TUNTEITA JOITA RAKENTEINEN KIRJAAMINEN ON SINULLE TUONUT?

- miten olet kokenut kollegoidesi/työkavereidesi kokevan rakenteisen kirjaamisen

- (neg)-> minkä uskot olevan syy erilaisiin suhtautumisiin

#### 4.3 KÄYTIINKÖ PEREHDYTYKSESSÄ LÄPI NIITÄ KIRJAAMISEN KOMPONENTTEJA/OTSIKKOJA JOITA KÄYTÄT TYÖSSÄSI?

#### 4.4 AUTTOIKO HARJOITUS SINUA HAHMOTTAMAAN UUTTA KIRJAAMISMALLIA

## **5 HOITOPROSESSI**

### **5.1 MITÄ HOITOPROSESSI MIELESTÄSI KÄSITTÄÄ?**

(jos ei ole tuttu: HOITOPROSESSIN VAIHEET OVAT ONGELMA/hoidonTARVE, hoidon TAVOITE, hoito-SUUNNITELMA, hoitotyönDIAGNOOSI, hoito KEINOT JA hoidonARVIOINTI)

### **5.2 ONKO JOKU NÄISTÄ OSISTA SINUN MIELESTÄ MUITA VAIKEAMPI KIRJATA JA MIKSI?**

## **6 JÄLKIHYÖTY**

### **6.1 MILLÄ TAPAA KOET ETTÄ OPPIMISTASI ON TUETTU PEREHDYTYKSEN JÄLKEEN?**

### **6.2 MITÄ MIELTÄ OLET, JOS YHDESSÄ TOISEN TYÖNTEKIJÄN TAI PEREHDYTTÄJÄN KANSSA KÄVISITTE LÄPI TEKEMIÄSI HOITOSUUNNITELMIA?**