

# **Dokumenterandet av omvårdnadsstatus i omvårdnadsjournal**

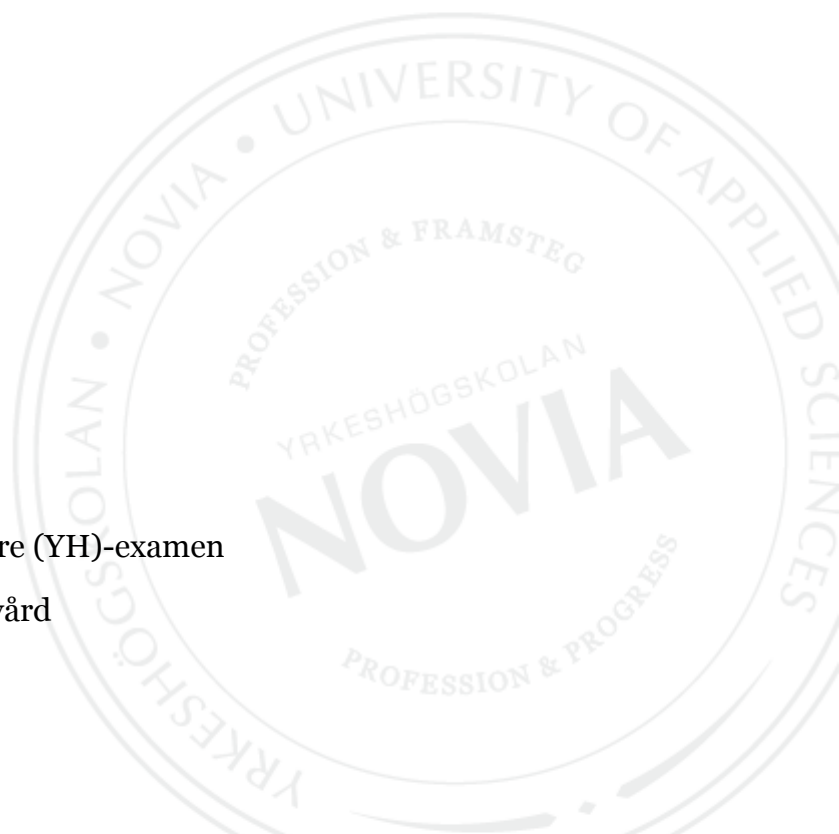
**Utarbetning av en checklista för Mariehamns  
Hemsjukvård**

Gun Söderlund

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2012





## EXAMENSARBETE

Författare: Gun Söderlund

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare

Handledare: Monica Norrgård

Titel: Dokumenterandet av omvårdnadsstatus i omvårdnadsjournal.

Utarbetning av en checklista för Mariehamns Hemsjukvård

---

Datum 19.03.2012

Sidantal 31

Bilagor 3

---

### Sammanfattning

Mariehamns Hemsjukvård (MHSV) är en enhet med ca 270 patientkontakter. Den använder elektronisk omvårdnadsdokumentation. Enligt vårdpersonalen på MHSV har dokumentationen av omvårdnaden brister som påverkar den process som omvårdnaden är tänkt att följa. Orsaken uppges bl.a. vara tidsbrist och behov av stöd och handledning. Den största bristen är i dokumentationen av omvårdnadsstatus. Inom examensarbetet framkom även brister i dokumentationsprogrammets utvärdering av omvårdnaden.

Syftet med examensarbetet är att öka insikten för dokumenteringen av omvårdnadsstatus på MHSV. De behöver ett vägledande instrument, en checklista, för att förbättra dokumenterandet av omvårdnadsstatus.

Vid en avdelningstimme uppdaterades kunskaperna om omvårdnadsstatus hos vårdpersonalen på MHSV. Samtidigt togs en prototyp av checklistan i användning under fem månader. Prototypen arbetades fram på basis av aktuell litteratur och forskning.

Genom en kvalitativ enkät framkom MHSVs uppfattning och sätt att dokumentera omvårdnadsstatus samt deras uppfattning om prototypen efter prövotiden. Likheter med forskningsresultat och MHSVs uppfattningar framkom.

Sammanställningen av enkäten visade att vårdpersonalen på MHSV fick ökad insikt, förståelse och medvetenhet om omvårdnadsstatus. De uppgav också att tidsbrist och brister i dataprogrammet påverkar kvaliteten på dokumentationen. Prototypen uppfattades av MHSV som beskrivande, vägledande och motiverande och att den åskådliggör omvårdnadsprocessen. Därför utarbetades en slutlig checklista som produkt för detta examensarbete.

---

Språk: svenska Nyckelord: dokumentation, omvårdnadsplanering, omvårdnadsdokumentation, omvårdnad, omvårdnadsstatus, hemsjukvård, hemsjukvårds sjuksköterskor, patientjournaler.

---

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Teseus.fi eller i biblioteket.

## BACHELOR'S THESIS

Author: Gun Söderlund

Degree Programme: Nursing, Åbo

Specialization: Nursing care

Supervisors: Monica Norrgård

Title: Documentation of nursing status in nursing journals. Formulation of a checklist for Mariehamn Home Health Care

---

Date	19.03.2012	Number of pages	31	Appendices	3
------	------------	-----------------	----	------------	---

---

### Summary

Mariehamn Home Health Care (MHSV) is a unit of ca 270 patient contacts. They use electronic nursing documentation. According to health workers at MHSV, have documentation of nursing care deficiencies that affect the process that nursing is supposed to follow. The reason stated to be time constraints and need for support and tutorial. The crucial shortcoming of documentation is nursing status. The thesis also revealed deficiencies in the documentation program evaluation of nursing care.

The aim of this study is to increase insight for the documentation of nursing status at MHSV. They need a guiding tool, a checklist, for improving documentation of nursing status.

At a lecture, the knowledge of nursing status of nursing staff at MHSV was updated. At the same time, a prototype of the checklist was in use for five months. The prototype was developed on the basis of current literature and research.

A qualitative questionnaire revealed MHSV's perception and way of documenting nursing status and their perception of the prototype after the trial period. Similarities with research and MHSV's perceptions emerged.

The compilation of the questionnaire showed that health workers in MHSV got more insight, understanding and awareness of nursing status. They also reported that time constraints and failures in the software affects the quality of documentation.

The prototype was perceived by MHSV as descriptive, guiding and motivating and that it clarifies the nursing process. Therefore, a final checklist was made as a product of this thesis.

---

Language: Swedish      Key words: documentation, nursing care planning, nursing documentation, nursing care, nursing status, home health care, home care nurses, patient records

---

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Begreppsutredning och sökväg.....	3
3	Omvårdnadens planering enligt forskning och litteratur.....	4
3.1	Omvårdnadsdokumentation.....	4
3.2	Omvårdnadsplanen som process.....	5
3.3	Omvårdnadsstatus.....	7
3.4	Riktlinjer för omvårdnadsdokumentation.....	8
3.5	Elektronisk omvårdnadsdokumentation.....	9
3.6	Brister i omvårdnadsdokumentation.....	10
4	Teoretisk sammanfattning.....	12
5	Processbeskrivning.....	13
5.1	Utarbetning av checklistans prototyp.....	14
5.2	Datainsamlingsmetod.....	15
5.3	Dataanalysmetod.....	16
6	Resultatredovisning.....	18
6.1	Informanternas egen insikt och uppfattning om dokumentation av omvårdnadsstatus.....	18
6.2	MHSV´s förändrade sätt att dokumentera omvårdnadsstatus och prototypens påverkan.....	19
7	Granskning av resultatet.....	21
8	Kritisk granskning.....	23
9	Avslutning.....	26
	Källförteckning.....	29

Prototyp	Bilaga 1
Enkät	Bilaga 2
Slutlig Checklista	Bilaga 3

# 1 Inledning

Sjukskötaren är skyldig att dokumentera den omvårdnad som ges till patienten. Omvårdnadsdokumentation är en förutsättning för god patientvård och ska fungera som ett verktyg för kommunikationen mellan patient och sjukskötare (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2009, s. 489).

I Mariehamns Hemsjukvård (MHSV) uppger vårdpersonalen (sjukskötare och närvårdare) ett behov av att utveckla och förbättra omvårdnadsdokumentationen och då speciellt statusdelen. Text för omvårdnadsstatus saknas ofta helt i patienternas omvårdnadsjournal eller uppdateras för sällan. Ofullständig text för omvårdnadsstatus gör bl.a. att avsikten med de planerade omvårdnadsåtgärderna inte syns. Vårdpersonalen uppger att dokumentationen brister sen länge, men ingen hinner eller har förmåga till att ta itu med problemet för att åstadkomma en förbättring. Egentligen finns ett behov av att förbättra och utveckla den totala omvårdnadsdokumentationen, men eftersom detta skulle vara ett för omfattande uppdrag för detta examensarbete, har jag valt att avgränsa mig till den del som först behöver förbättras, dvs. omvårdnadsstatusen. Eftersom jag sen flera år arbetar i MHSV är det en meningsfull uppgift att genom mitt examensarbete, i min sjukskötarutbildning, utveckla dokumenteringen av omvårdnadsstatus i omvårdnadsjournalerna. Utgående från forskning kommer jag att inrikta mig på hur man kan förbättra dokumentationen. Jag avser öka vårdpersonalens insikt och vägleda dem att påbörja dokumentation och läsning av omvårdnadsstatusen som en daglig rutin. Enligt forskning behöver sjukskötare regelbunden uppdatering och stöd för att upprätthålla sina kunskaper i dokumentation (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003, s. 206; Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies 2006, s. 272; Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2009, s. 469).

I hemsjukvård möter sjukskötaren patienten i sitt eget hem. Till skillnad från avdelningsvård involveras sjukskötaren i patientens dagliga liv och tar del av alla dimensioner som påverkar patientens hälsosituation. Det handlar ofta om patienter med kroniska sjukdomar och vårdförhållandena är ofta långa. Sjukskötaren är ensam med patienten i dennes hem och gör oftast ensam bedömning och beslut, utan att ha kolleger närvarande som på en vårdavdelning.

Sjukskötaren förväntas kunna beskriva, informera och planera patientens vård. Det underlättar för nästa skift att få en tillräcklig helhetsuppfattning om patienten inför nästa hembesök. Detta kräver en heltäckande omvårdnadsdokumentation. (Owen 2005, s. 48; Gjevjon & Hellesø 2009, s. 101). Det är nödvändigt i patientvården att omvårdnadsdokumentationen håller hög standard och är utförd på ett organiserat sätt. På varje vårdenhets borde finnas en ständig tanke och verksamhet för utvecklandet av dokumentationen. (Laitinen mfl. 2009, s. 496).

Syftet med mitt examensarbete är att öka insikten för dokumenteringen av omvårdnadsstatus i MHSV. Jag kommer att ta del av litteratur och forskningsresultat för att se hur dessa beskriver omvårdnadsdokumentation och betydelsen av omvårdnadsstatus. MHSV behöver en checklista för dokumenterandet av omvårdnadsstatus. På basen av teorin kommer jag att ta reda på hur en checklista borde utformas.

MHSV är en enhet med ca 270 patientkontakter och man har dokumenterat elektroniskt i ca 15 år. Datasystemets omvårdnadsjournal är uppdelad i omvårdnadsanamnes, omvårdnadsstatus, omvårdnadsplan, utförda omvårdnadsaktiviteter och omvårdnadsepikris. Samtliga av dessa delar har färdiga behovsområden som grundar sig på Rafaela vårdtyngdsklassificeringssystem (2010). Behovsområdena fungerar som sökord och underlättar strukturen i omvårdnadsplanen. Till skillnad från institutioner har MHSV inga dagliga sittrapporter. All information får respektive sjukskötare genom att läsa den elektroniska omvårdnadsjournalen. Kravet på en utförlig och fullständig dokumentation är således stort.

Omvårdnadsjournalen gör det tydligare att läsa och det blir lättare att hitta viktig information för patientens vård. Omvårdnadsjournalen har en stor funktion i all patientvård. Enligt förordningen om journalhandlingar (2009/298) ska anteckningar föras om patientens sjukdomsförlopp och genomförandet av vården. Det ska framgå varför man valt en viss vårdåtgärd och resultatet av den (Finlands författningssamling, 2009, § 11-12).

## 2 Begreppsutredning och sökväg

Omvårdnad är den vård som sjukskötaren tillgodoser patientens grundläggande behov (Kristoffersen Jahren, Norvedt & Skaug 2005, s. 35). Begreppet omvårdnad innebär enligt sjukskötaren Virginia Henderson den vård sjukskötaren ger patienten i syfte att främja hälsa och tillfrisknande eller ge en fridfull död (Kristoffersen m.fl. 2005, s. 13). Omvårdnadsjournalen är den del av patientjournalen där sjukskötaren dokumenterar det utförda omvårdnadsarbetet.

Omvårdnadsprocessen är det som sker i mötet med patienten och är en systematisk problemlösningsmetod (Björvell 2001, s. 64; Kärkkäinen & Eriksson 2004, s. 229). Omvårdnadsprocessen planeras genom att sjukskötaren gör en vårdplan över omvårdnaden. Patientens individuella omvårdnadsplan kan struktureras på lite olika sätt. Ett vanligt exempel är att den delas i anamnes, status, målsättning, åtgärder och utvärdering (Björvell 2001, s. 64-66). En annan modell för dokumentation av omvårdnad är VIPSmodellen. VIPS står för välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet. Man kallar dessa för nyckelbegrepp och de kan användas som grund för målsättningen för omvårdnaden. Nyckelbegreppen kan också användas som hjälp vid utvärderingen av omvårdnadsprocessen genom att man analyserar om omvårdnaden gett patienten optimalt välbefinnande med beaktande av integriteten, patientens säkerhet och med inriktning på förebyggandet av sjukdom, komplikationer och ohälsa. (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand 2007, s. 30-32).

Med begreppet omvårdnadsstatus menas i detta arbete, patientens status, det tillstånd och de behov patienten har ”just nu”. Begreppet ska inte förväxlas med status som läkaren noterar i den medicinska delen av patientjournalen (Ehrenberg & Wallin 2009, s. 54).

De ovan definierade begreppen; omvårdnad, omvårdnadsjournal, omvårdnadsprocess, omvårdnadsplan och omvårdnadsstatus ligger till grund för den sökning jag gjort för att samla aktuell litteratur och forskning till examensarbetet. Det var viktigt att få så aktuell kunskap som möjligt. Därför avgränsades sökningen till år 2000–2011, där de flesta av de använda källorna inte är äldre än 5 år. Utgående från sökorden har forskningsrapporter samlats via databasen Cinahl och relevant litteratur från biblioteket. Få rapporter och endast lite litteratur



har hittats specifikt om omvårdnadsstatus. Därför har jag utgått från material som tar upp omvårdnadsdokumentation i sin helhet. De kombinationer av sökord som förde arbetet framåt var: documentation (dokumentation), nursing care planning (omvårdnadsplanering), nursing documentation (omvårdnadsdokumentation), nursing care (omvårdnad), nursing status (omvårdnadsstatus), home care nurses (hemsjukvårds sjuksköterskor), home health care (hemsjukvård), patient records (patientjournaler).

### **3 Omvårdnadens planering enligt forskning och litteratur**

Omvårdnadsdokumentationen har flera syften och krav. Omvårdnaden planeras och tydliggörs genom dokumentationen. Omvårdnadsplanen är en föränderlig process där omvårdnadsstatusen har en central funktion. Omvårdnadsstatusen utgör patientens situation ”just nu” och omvårdnadens resultat synliggörs då omvårdnadsstatusen utvärderas. I forskning och litteratur finns studier gjorda för omvårdnadsdokumentationens riktlinjer men också brister i den. Studier har också gjorts i den elektroniska omvårdnadsjournalen.

#### **3.1 Omvårdnadsdokumentation**

Nutida hälso- och sjukvård kräver att omvårdnadsdokumentationen säkerställer kontinuiteten i vården, fungerar som juridiskt bevis för omvårdnadsprocessen och fungerar som stöd för vårdens utvärdering (Cheevakasemsook m.fl. 2006, s. 366). Man kan konstatera att genom god och tydlig dokumentation hålls vårdteamet runt patienten välinformerat om patientens tillstånd och vård. På så sätt underlättas kontinuiteten och patientvården och omvårdnadskvaliteten förbättras. (Jefferies, Johnson, Griffiths, Arthurs & Chen 2010, s. 256). Omvårdnadsdokumentationen medverkar till patientsäkerheten, men även sjukskötarens rättsskydd, eftersom det nedskrivna fungerar som juridiskt dokument för vad som utförts och noterats kring patientens omvårdnad (Björvell 2001, s. 64-66). Omvårdnadsdokumentationen har stor betydelse som informationskälla för ledningen och för planerandet av omvårdnadsarbetet. Då det finns dokumentation över omvårdnaden finns information lagrat för forskning och undervisning. (Ikonen & Julkunen 2008, s. 120-122). Omvårdnadsdokumentationen hjälper sjukskötaren att hitta lämplig behandling eller lösning

för patienten. Genom den får sjukskötaren en mer fullständig bild av patientens tillstånd. Omvårdnadsdokumentationen ska därför grunda sig på patientens egen upplevelse av sin vård och sitt tillstånd. Etiskt sett bör sjukskötaren dokumentera med respekt för patienten. En bra tanke är att dokumentera på ett sådant sätt att patienten själv ska kunna läsa anteckningarna utan att bli kränkt. (Laitinen m.fl. 2009, s. 490).

De grundläggande principerna för omvårdnad gäller patienter oavsett diagnos, symtom eller behandling. Det är sjukskötarens uppgift att analysera, identifiera och dokumentera utgående från patientens situation (Adamsen & Tewes 2000, s. 120-221). Björvell, Wredling och Thorell-Ekstrand (2002, s. 37-42) gjorde en studie om omvårdnadsdokumentationens kvalitativa effekter på lång sikt. Studien är gjord i ett tre årigt utvecklingsprojekt där man jämförde dokumentationens kvalitet och kvantitet före, under och tre år efter projektets slut. Man studerade 269 patientjournaler där patienten varit under vård fyra dygn eller mer. I utvecklingsprojektet användes flera metoder för att förbättra kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Sjukskötare fick teoretisk utbildning bl.a. utgående från VIPS modellen, individuella handledningstillfällen, konferenser och diskussioner. Vidare utsågs två sjukskötare per avdelning med uppgift att utbilda och ge kontinuerligt stöd till personal och vikarier. Sjukskötare i ledande position fick stöd och råd om organisatoriska förändringar som kunde underlätta omvårdnadsdokumentationen. Man utvecklade också nya former av omvårdnadsplaner med förskrivna standardiserade omvårdnadsdiagnoser. Studien kom slutligen fram till att det är nödvändigt med ett kontinuerligt stöd i omvårdnadsdokumentation för att upprätthålla kvaliteten på den samma. Det fanns efter tre år de enheter som fortfarande hade hög kvalitet på omvårdnadsdokumentationen vilket ger uppfattningen att åtgärderna i utvecklingsprojektet var lyckade.

### **3.2 Omvårdnadsplanen som process**

Omvårdnadsdokumentationen sker i patientens omvårdnadsplan. I omvårdnadsplanen planerar sjukskötaren patientens omvårdnad. Omvårdnadsplanen fungerar även som kommunikation mellan de sjukskötare som vårdar patienten. För omvårdnadsplanens struktur krävs ramar och riktlinjer. Olika modeller finns att tillgå som hjälpmedel. Dokumentationens struktur i patientens omvårdnadsplan bygger på den dynamiska omvårdnadsprocessen. Det är

viktigt att sjukskötaren förstår och har kunskap i hur omvårdnadsprocessen påverkar patientens hälsoresultat. (Björvell 2001, s. 64-66; Kärkkäinen & Eriksson 2004, s. 229; Kristoffersen Jahren m.fl. 2005, s. 103-104, 192; Kelly, Brandon & Docherty 2011, s. 158).

Omvårdnadsprocessen är det som sker i mötet med patienten under en vårdperiod (Björvell 2001, s. 64). För att planera och förverkliga omvårdnaden av patienten under omvårdnadsprocessen används omvårdnadsplanen. Björvell delar in patientens individuella omvårdnadsplan i anamnes, status, målsättning, åtgärder och utvärdering (2001, s. 64-66). Genom datainsamling hämtar sjukskötaren information till omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus. Utgående från datainsamlingen kan patientens problem identifieras, mål ställas och relevanta åtgärder planeras. Till sist utvärderar sjukskötaren om åtgärderna lett till det önskade resultatet eller om ny planering bör göras (Kristoffersen m.fl. 2005, s. 192). Det anses att omvårdnadsprocessens struktur underlättar dokumentationen och att kontinuiteten i vården säkras (Gjevjon & Hellesø 2009, s. 105). Omvårdnadsprocessen är internationellt accepterad som omvårdnadens ram. Flera omvårdnadsteorier bygger på omvårdnadsprocessen (Ehrenberg & Wallin 2009, s. 48-49). Men det finns även de som anser att det inte finns tillräcklig forskning som anger hur pass effektivt det är att använda omvårdnadsprocessen som ram. (Cheevakasemsook m.fl. 2006, s. 367).

Kärkkäinen och Eriksson (2004, s. 229) beskriver forskning och utvecklingsarbete i samband med dokumentation. De utgår från Erikssons teoretiska modell för omvårdnadsprocessen. De forskar i syftet att skapa en struktur för dokumentation och att göra innehållet i omvårdnaden synligt. Fördelen med omvårdnadsprocessen enligt dem är att sjukskötaren då dokumenterar systematiskt och målmedvetet.

VIPS modellen är ett exempel på en modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournal (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand 2007, s. 35). I den finns också begreppen omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus.

### 3.3 Omvårdnadsstatus

Det är i omvårdnadsplanens första del som omvårdnadsanamnesen dokumenteras. Omvårdnadsanamnesen beskriver det som skett i patientens liv när det gäller hälsa och sjukdom. Den beskriver ”dåtid” och förändras inte under vårdtiden. Därefter följer omvårdnadsstatusen som beskriver patientens tillstånd som det är ”här och nu”. Omvårdnadsstatusen är inte bestående utan föränderlig och kan t.ex. ändras som ett resultat av en omvårdnadsåtgärd. I omvårdnadsstatusen beskrivs patientens hinder, resurser och problem. Även normaltillstånd hos patienten dokumenteras, sådant som kan vara relevant för patientvården. Om färdiga sökord finns i omvårdnadsstatusen underlättar det översikten, strukturen och att söka information i patientjournalen. Omvårdnadsanamnesen och omvårdnadsstatusen i en omvårdnadsvårdplan ska ge en helhetsbild av patienten. (Björvell 2001, s. 59-60, s. 85-91).

Patientens omvårdnadsstatus insamlas av sjukskötaren kontinuerligt under hela vårdperioden. Omvårdnadsstatus är grunden för omvårdnadens problemlösning och därför avgörande för den fortsatta omvårdnaden. Genom omvårdnadsstatusen får sjukskötaren en uppfattning om vad patienten klarar själv och vad patienten behöver sjukskötarens hjälp till. Utgående från omvårdnadsstatusen kan sjukskötaren identifiera patientens behov av omvårdnad. Omvårdnadsbehoven leder till målen; att förebygga och minska patientens problem, att behandla patienten för att lösa eller bota problem eller att lindra och stöda patientens problem när sjukskötaren inte längre förmår förebygga eller bota. (Kristoffersen Jahren m.fl. 2005, s. 205-209).

Sjukskötaren samlar uppgifter och kunskap om patienten genom observation, intervju och samtal med patienten. Uppgifterna dokumenteras sedan i omvårdnadsstatusen. Genom analys av omvårdnadsstatusen får sjukskötaren fram patientens resurser, risker och hinder för att vidare välja vårdåtgärder som är lämpliga för att tillgodose patientens omvårdnadsbehov (Dahlberg 1996, s. 22-24).

Omvårdnadsstatusen är en betydande och avgörande del i omvårdnadsvårdplanen för att sjukskötaren ska kunna bedöma vilka åtgärder som krävs för att uppfylla patientens behov. Genom omvårdnadsstatusen kan sjukskötaren lättare bedöma om de planerade åtgärderna lett till förbättring eller bevarad funktionsförmåga hos patienten. Det går inte att se

omvårdnadsprocessens hela förlopp om det brister i dokumentationen av patientens hinder och resurser, dvs. omvårdnadsstatus. Lika lite kan sjukskötaren utvärdera den givna omvårdnaden om inte patientens omvårdnadsstatus bedömts före. Omvårdnadsstatusen fungerar dessutom som kommunikation inom sjukskötarlaget och mellan vårdgivare (Ehrenberg & Wallin 2009, s. 51).

Av de utförda åtgärderna följer ett resultat av omvårdnaden (t.ex. patientens minskade oro, läkt sår eller ökad vikt). Det nya tillståndet, omvårdnadsresultatet, följs av en förnyad text i omvårdnadsstatusen som då är en utvärdering av vården (Björvell 2001, s. 50). En löpande utvärdering sker hela tiden under vårdperioden. På så sätt kan sjukskötaren fråga sig vad det bättre eller sämre omvårdnadsresultatet berodde på (Kristoffersen Jahren m.fl. 2005, s. 213-214).

### **3.4 Riktlinjer för omvårdnadsdokumentation**

Cheevakasemsook m.fl. (2006) konstaterar genom sin studie att det behövs effektiva metoder för att använda dokumentationssystem och fortbildning för sjuksköterna för att öka deras kunskaper och kompetens för omvårdnadsprocessen och för utvecklandet av omvårdnadsdokumentation. Först då blir omvårdnaden effektivare. Detta leder följaktligen till ett omfattande behov hos sjukskötare för fortbildning och relevanta metoder och riktlinjer att följa för omvårdnadsdokumentationen (Cheevakasemsook m.fl. 2006, s. 367-372). I en annan studie delges sjukskötares uppfattning om dokumentation. Sjuksköterna uttryckte behov av en referenslista eller en manual som skulle kunna fungera som minnesstöd i dokumenterandet och som ett lärande verktyg samt för att ge mer kvalitet på innehållet i omvårdnadsplanen (Lee 2006, s. 1378).

Dessvärre råder det brist på riktlinjer för omvårdnadsdokumentation. I en studie beskrivs sju vägledande riktlinjer för dokumentation som kan användas av sjukskötare. Riktlinjerna utarbetades genom grupper av sjukskötare och barnmorskor. Grupperna hämtade evidens genom att studera forskningsresultat i relation till omvårdnadsdokumentation i det praktiska arbetet. Riktlinjerna är vägledande och kan utvecklas och utarbetas så att de passar andra enheter inom vården. Riktlinjerna ska ses som en guide för att förbättra kvaliteten på

omvårdnadsdokumentation. De innefattar viktiga delar som att dokumentationen ska vara patientcentrerad ur patientens synvinkel och utgående från patientens upplevelse av sin situation. Sjukskötare förstår och kan uttrycka sig verbalt men studier visar att de har svårt att dokumentera patientens tillstånd som en sammanhängande helhet. Därför finns i riktlinjerna att omvårdnadsdokumentationen ska innehålla den vård, omsorg, handledning och stöd sjukskötaren gett patienten. Sjukskötaren ska beskriva vad hon ser och inte vad hon tycker. Riktlinjerna uppger vidare att omvårdnadsdokumentationen ska föras i en logisk ordning enligt omvårdnadsprocessens förlopp. Patienten ska också få vård utgående från sitt omvårdnadsbehov och i dokumentationen ska det framgå omvårdnadens resultat. Man uppger också att det är viktigt att sjukskötaren dokumenterar direkt någon förändring i patientens tillstånd skett och inte väntar med dokumenteringen till slutet av arbetsskiftet. Är dokumentationen korrekt och tydlig fungerar också dokumentationen som en bra kommunikation mellan parterna i vårdteamet runt patienten. Riktlinjerna berör också den juridiska aspekten med dokumentationen, där det ska framgå motivering till de beslut sjukskötaren gjort för patientens vård och resultaten av dem. (Jefferies, Johnson, Griffiths, Arthurs & Chen 2010, s. 255-262).

### **3.5 Elektronisk omvårdnadsdokumentation**

Trots att elektronisk dokumentation använts i nästan 20 år i Sverige och Finland så är nivån på omvårdnadsdokumentationen fortfarande på grundläggande nivå. Många viktiga delar saknas och i många fall radas dokumentationen upp likt en loggbok (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren 2004, s. 315). Den elektroniska patientjournalen uppges trots allt vara tydligare och mer strukturerad och omfattande än pappersjournalen. Den elektroniska dokumentationen har även blivit allt vanligare inom hemsjukvård. Det krävs omfattande omvårdnadsdokumentation för att ”synliggöra det osynliga” för att ge en bra uppfattning om patienten till den som kommer på nästa hembesök till patienten. Detta ökar kontinuiteten. På vilket sätt elektronisk omvårdnadsdokumentation påverkar kvaliteten på vården är svårt att säga eftersom det finns för lite forskning om det (Gjevjon & Hellesø 2009, s. 101).

Törnvall & Wilhelmsson (2008) fann i sin studie att inom vissa vårdenheter använder man samma elektroniska journalsystem. En s.k. mångprofessionell användning av patientjournalen där flera professioner kan läsa, skriva och kommunicera det som är viktigt för patientens vård.

Detta avser ge en bättre och säkrare vård. Det underlättar t.ex. för läkare att ta del av patientens omvårdnadsjournal som komplettering till den medicinska journalen. På så sätt kan läkaren lättare få en helhetsuppfattning om patienten då omvårdnadsdelen av patientjournalen kan användas som informationskälla (Törnvall & Wilhelmsson 2008, s. 2117).

Hellesø och Rulander (2001) beskriver en studie av ett utvecklingsprojekt i Norge där man övergick från omvårdnadsjournal i pappersform till elektroniskform. De nämner vikten av att navigera rätt i den elektroniska patientjournalen för att sjukskötaren ska kunna tillgodogöra sig text och information på bra sätt. De nämner också utmaningen för det fortsatta utvecklingsarbetet kring dokumentation att skapa lämpliga och genomförbara mallar för omvårdnadsdokumentering (2001, s. 803-804).

### **3.6 Brister i omvårdnadsdokumentation**

Omvårdnadsdokumentationen är ett effektivt verktyg för kommunikationen mellan sjukskötare och teamet runt patientens omvårdnad, så länge den är tydlig, korrekt och fullständig. (Owen 2005, s. 49; Jefferies m.fl. 2009, s. 113; Kelley m.fl. 2011, s. 154-155; Hellesø & Rulander 2001, s. 799).

Hinder för en korrekt omvårdnadsdokumentation uppges i studier vara tidsbrist, personalbrist, komplicerade dokumentationssystem och låg prioritet bland sjukskötare. Ofta upplevs omvårdnadsdokumentationen som tidskrävande och frustrerande av sjukskötare. Den anses bland sjukskötarna ta tid från kontakten med patienten. (Owen 2005, s. 49; Laitinen m.fl. 2009, s. 490).

Juridiskt sett fungerar omvårdnadsdokumentationen som ett verktyg för att visa vad sjukskötaren faktiskt gör eller gjort för patienten. Det som inte dokumenterats anses inte ha skett (Owen 2005, s. 48). Jefferies, Johnson och Griffiths anser att sjukskötare är kompetenta att å ena sidan dokumentera på ett vetenskapligt sätt. Men å andra sidan fann de att sjukskötare har svårt att formulera sig i skrift, speciellt att formulera patientens upplevelser. Svårigheterna med språkformulering gav ofta läsaren inkonsekvent rapport. I

omvårdnadsdokumentationen fokuserade sjuksköterna ofta på rutinåtgärder utan att bedömning eller beslut för åtgärden dokumenterades. Brister fanns även då dokumentationen inte utgick från patientens egen upplevelse av vården. Varken sjukskötares undervisning till patienten eller given psykosocial vård hade dokumenterats. (Jefferies, Johnson och Griffiths 2009, s. 113-114).

Cheevakasemsook m.fl. (2006) fann i sin studie att sjukskötare har otillräcklig motivation, kunskap och kompetens för att kunna dokumentera och göra bra omvårdningsplaner. Det konstateras att sjukskötarens engagemang för omvårdnadsdokumentation påverkas positivt då den ledande sjukskötaren är engagerad. Man ansåg det viktigt att leverantören av det elektroniska dokumentationsprogrammet ger kontinuerligt stöd till sjukskötare. Brister som man fann i dokumentationen berodde på sjukskötarens bristande kunskaper i omvårdningsprocessen och på att det inte fanns riktlinjer för en bra dokumentation (2006, s. 368-372). I Björvell, Wredlings och Thorell-Ekstrands (2003) studie ansåg sjukskötare att omvårdningsprocessen hör till deras professionalism men att den är svår att anpassa till omvårdnadsarbetet. I studien har man ett argument att omvårdningsprocessen är uppbyggd för en vårdrelation mellan patienten och sjukskötaren. Medan det i verkligheten är så att sjukskötare har hand om flera patienter samtidigt och patienten likaså har kontakt med flera olika sjukskötare. Detta kan försvåra den länk som omvårdningsprocessen är tänkt att vara. Förutom bristande kunskap i omvårdningsprocessen fann man i den här studien också brister på handledande stöd från arbetsledare och kolleger, organisatoriska problem, tidsbrist, störande faktorer i arbetsmiljön och omständliga dokumentationsprogram (Björvell, Wredlings och Thorell-Ekstrands 2003, s. 207-210).

I en annan studie har redogjorts för de effekter man fann då VIPS-modellen infördes i Danmark för att bättre strukturera omvårdnadsdokumentationen. Den uppger att sjukskötarens förståelse för omvårdningsprocessen ökade. De danska sjuksköterna samlade information till anamnes och status genom patientintervju. Men de dokumenterade uppgifterna otillräckligt. Sjukskötarens attityd till dokumentationen noterades vara positiv. De hade god kännedom om den övergripande strukturen i dokumentationssystemet, men saknade analytiska färdigheter. I studien nämns även ineffektiviteten i muntliga rapporter eftersom de som lyssnar till en muntlig rapport tenderar att komma ihåg endast 27 % av det som sägs (Rosendal-Darmer, Ankersen, Geissler-Nielsen, Langerberger, Lippert & Egerod 2004, s. 325-326, s. 330-331).



## 4 Teoretisk sammanfattning

Sammanfattningsvis har studerad forskning och litteratur gett relevant information, upplysning och kunskap i relation till examensarbetets syfte. Forskning och litteratur uppger vad som påverkar omvårdnadsdokumentationen positivt och negativt. Detta kommer till nytta då en checklista ska utformas som ett vägledande instrument för MHSV's personal. Checklistans betydelse bekräftas i.o.m att även forskning uppger att sjukskötare har behov av riktlinjer och manualer för att kunna utföra en god dokumentation. Så här långt kan, genom studerad teori, konstateras att omvårdnadsdokumentation är ett viktigt arbetsredskap för att sjukskötaren ska få en så bra uppfattning om patienten så att patienten får rätt vård. Kvaliteten på omvårdnaden ökar då omvårdnadsdokumentationen är strukturerad och planerad.

Enligt litteratur och forskning behöver sjukskötare fortbildning och effektiva metoder för en kvalitativ dokumentation. Sjukskötaren måste ha kunskap i hur omvårdnaden ska dokumenteras. För bättre struktur i omvårdnadsdokumentationen behöver sjukskötaren riktlinjer att följa. Enligt forskning uttrycker sjukskötare behov av en referenslista eller manual som minnesstöd, ett lärande verktyg med syfte att öka kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Det finns få riktlinjer för omvårdnadsdokumentation att tillgå. Klart är i alla fall att omvårdnadsdokumentationen ska vara patientcentrerad och innehålla den vård, omsorg, stöd och handledning som patienten fått. Vidare ska omvårdnadsdokumentationen utgå från omvårdnadsprocessen och föras i en logisk ordning. Det är därför viktigt att sjukskötare förstår och har kunskap i omvårdnadsprocessen.

Det är också viktigt att sjukskötaren dokumenterar direkt då förändring skett i patientens tillstånd och vård. Inte i slutet av ett arbetsskift eftersom viktig information riskerar att förbises. Är omvårdnadsdokumentationen korrekt och tydlig fungerar den juridiskt som kommunikationen mellan parter i vårdteamet.

Dokumentationens struktur i omvårdnadsplanen bygger på den internationellt accepterade omvårdnadsprocessen. Först i omvårdnadsprocessen samlar sjukskötaren information om patientens hälsa och sjukdom "från tidigare" och "just nu", dvs. omvårdnads anamnes och status. Detta ska ge en helhetsbild av patienten. Utgående från informationen och med beaktande av patientens omvårdnadsbehov planeras, utförs och utvärderas patientens

omvårdnad. Utvärderingen leder till ett resultat där omvårdnadsstatusen uppdateras. Uppdatering ska ske kontinuerligt under hela vårdperioden. Tydligt blir att omvårdnadsstatusen är en central del av omvårdnadsprocessen. Utan omvårdnadsstatus brister omvårdnadsprocessens förlopp och omöjliggör utvärderingen av omvårdnaden. Men det finns studier som uppger att det är svårt att integrera omvårdnadsprocessen i omvårdnadsarbetet då en sjukskötare i sitt arbete har hand om flera patienter samtidigt.

Hindren för korrekt omvårdnadsdokumentation är flera. Studier visar på faktorer som tidsbrist, personalbrist, komplicerade dokumentationssystem. Men även sjukskötarens motivation, kunskap, och kompetens inverkar. Forskning konstaterar att det råder brist på handledning och stöd för sjukskötare. Och att sjukskötare behöver utveckla sin analytiska förmåga i dokumenterandet och i omvårdnadsprocessen. Forskningen påvisar att sjukskötare behöver kontinuerligt stöd och handledning i omvårdnadsdokumentation för att omvårdnadskvaliteten ska bevaras.

## **5 Processbeskrivning**

På basen av den teoretiska delen i mitt examensarbete återstår att nå syftet att öka vårdpersonalens insikt om dokumenterandet av omvårdnadsstatus, samt att utforma en checklista som ett vägledande instrument.

Först utarbetades en prototyp till checklistan som användes under en fem månaders prövotid. Före prototypen togs i bruk hölls en avdelningstimme med presentation och information om omvårdnadsstatus och prototypen. För att kunna klargöra vårdpersonalens uppfattning och kunskaper om omvårdnadsstatus gjordes en kvalitativ enkät med öppna frågor. I enkäten utvärderades samtidigt prototypen.

## 5.1 Utarbetning av checklistans prototyp

Genom åren har vårdpersonalen i MHSV försökt göra manualer för att underlätta den elektroniska dokumentationen. Dessa manualer är inte längre i bruk då de inte uppfyllde meningsfull funktion. Tidigare hade MHSV protokollförda möten där det framgår försök att förbättra dokumentationen. Praktiska problemlösningar och vikten av att skriva, uppdatera och läsa text i omvårdnadsstatus har diskuterats på dessa möten. Tiden har gått och problem kvarstår fortfarande.

För utformningen och innehållet i prototypen plockades delar ut ur detta examensarbets teoridel om omvårdnadsstatus. Prototypen (Bilaga 1) utformades så att en kort beskrivning av vad omvårdnadsstatus är, finns på s.2. Till s.3 utformade jag en figur som modell för att synliggöra omvårdnadsstatusens betydelse i omvårdnadsprocessen. Modellen beskriver en patients bensår och hur omvårdsplaneringen ser ut i en process från omvårdnadsstatus till ny uppdaterad omvårdnadsstatus. Vidare på s.4-5 sattes sökordsrubriker som det elektroniska dokumentationsprogrammet Abilita har. Sökorden är ”Vårdplanering och koordinering”, ”Andning, blodcirkulation och sjukdomssymtom”, ”Näringsintag och medicinering”, ”Hygien och utsöndring”, ”Aktivitet, sömn och vila”, ”Undervisning och handledning i vård/fortsatt vård, Emotionellt stöd”. Sökorden hade en lite utförligare förklaring i Abilitas pärm än i dataprogrammet. För att synliggöra sökordsrubrikernas förklaring och göra dem mer lättillgängliga för MHSV’s vårdpersonal sattes de med i prototypen. ”Lite goda råd” sattes i prototypen på s. 6. Abilita omvårdnadsprogram erbjuder olika visningsvyer på dataskärmen. Automatiskt visas ”Planerade omvårdnadsaktiviteter” till vänster och möjlighet till textinmatning till höger. Dessa kan skiftas på olika sätt. Ett råd är bl.a. att man väljer att visa skriven omvårdnadsstatus och planerad omvårdnadsaktivitet under varje sökordsrubrik. På detta sätt avser dokumentationsprogrammet ge läsaren en bra uppfattning om vårdförloppet och resultatet av omvårdnaden.

Punkterna om omvårdnadsstatus, figurmodellen över omvårdnadsprocessen, Abilitas sökordsförklaringar och de goda råden, trycktes upp i varmgult papper, vikt till ett häfte i en storlek av 10x15cm. I prototypen har samlats fakta som fokuserade på omvårdnadsstatus. Därefter hölls en avdelningstimme för MHSV’s vårdpersonal. Den 1 juni 2011 kom 12 sjukskötare (av totalt 16 stycken) och 3 närvårdare (av totalt 4 stycken) till avdelningstimmen.

Med hjälp av Power Point informerades vårdpersonalen om omvårdnadsstatus och det utvecklingsbehov som MHSV har i.o.m en ofullständig dokumentation. Prototypen delades ut och gick igenom. På så sätt uppdaterades vårdpersonalen på vad omvårdnadsstatus är och betydelsen av den i omvårdnadsprocessen. För att uppmärksamma vårdpersonalen på den skyldighet de har att kritiskt granska och reflektera över arbetsplatsens rutiner och metoder, så att utveckling och ny kunskap erhålls, informerades även om sjukskötarens kompetenskrav. Kompetenskraven uppger att sjukskötaren har huvudansvar att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, forskning och utbildning. (Undervisningsministeriet 2006, s. 63-69).

Vårdpersonalgruppen godkände efter genomgång prototypen. Det beslöts att den kunde tas i bruk direkt för att senare hinna utvärderas samma höst. Dock upplevde vårdpersonalen att prototypen borde tryckas i ett större format för att lättare gå att läsa. Prototypen trycktes då i A5 storlek i samma varmgula färg som den första. Prototypen placerades vid varje dator, synligt i MHSV's kansli. På så sätt fanns den nära till hands som ett hjälpande verktyg för att komma i gång med dokumenterandet av omvårdnadsstatus.

## **5.2 Datainsamlingsmetod**

Prototypen användes under tiden 01.06 - 04.11.2011. Datainsamlingsmetoden bestod av en kvalitativenkät (Bilaga 2). En enkät med sex öppna frågor vars avsikt var att fånga MHSV's vårdpersonals uppfattning och kunskap om omvårdnadsstatus och deras uppfattning om prototypen. Då det är fråga om öppna frågor får informanterna svara fritt hur de vill. Öppna frågor kräver att informanten är motiverad (Larsen 2009, s. 47-50). Vad gäller MHSV har vårdpersonalen uppgett att de är angelägna och motiverade till att få en förbättring i dokumentationen av omvårdnadsstatus. Därför fick vårdpersonalen information om dokumentation av omvårdnadsstatus på avdelningstimmen inför prototypens användning. Utgående från examensarbetets problemformulering utarbetades frågorna till enkäten. Genom den kvalitativa enkäten ville jag kunna klargöra om vårdpersonalen fått ökad insikt i dokumenteringen av omvårdnadsstatus samt deras uppfattning om prototypen. Vid en kvalitativ forskning gör forskaren tolkningar och analyser (Widerberg 2002, s. 31). Avsikten

var att kunna jämföra enkätsvaren med resultatet från forskning och litteratur. En analys av teorin med erfarenhet från hemsjukvårdens kontext.

För att ta reda på vilken betydelse MHSV's vårdpersonal ansåg att omvårdnadsstatus har i omvårdnadsdokumentationen ställdes frågorna; "På vilket sätt har dina kunskaper förändrats angående omvårdnadsstatus?", "På vilket vis har ditt sätt att dokumentera omvårdnadsstatusen förändrats? Varför?", "På vilket sätt tycker du att dokumentationen av omvårdnadsstatus i allmänhet har förändrats i omvårdnadsjournalerna i MHSV?", "Vilken betydelse anser du att omvårdnadsstatusen har i den dagliga dokumenteringen?".

För att vidare få en uppfattning om vårdpersonalens åsikt om prototypen och för att kunna utveckla en slutlig checklista ställdes de två sista frågorna i formuläret om detta; "Beskriv vad du tycker om checklistan, "Dokumentation av omvårdnadsstatus". Beskriv eventuella förändringar som kan göras för checklistans slutliga utformning", "På vilket sätt anser du att checklistan påverkar dokumenteringen av omvårdnadsstatus?".

Enkäterna (Bilaga 2) delades ut till 14 av de 15 i vårdpersonalen (informanter) som deltog vid avdelningstimmen fem månader tidigare. En sjukskötarvikarie var inte längre i tjänst och deltog därför inte i enkäten. Informanterna fick tio dagar på sig att svara med tanke på skiftesarbete och att var och en skulle hinna fylla i enkäten under arbetstid. Svarstiden förlängdes med en vecka eftersom endast 5 av 14 utvärderingsblanketter hade lämnats in på utsatt tid. Slutligen hade samtliga enkäter lämnats in och sammanställningen av svaren påbörjades.

### **5.3 Dataanalysmetod**

Då man, som i detta examensarbete, gör en kvalitativ undersökning kan innehållsanalys användas vid bearbetning av insamlad data. Vid innehållsanalys går forskaren systematiskt och stegvis igenom insamlad data. Data delas sen upp i kategorier för att forskaren lättare ska kunna urskilja mönster och teman. Målet med innehållsanalysen som metod är att beskriva och bestämma kvantiteten av särskilda fenomen. (Forsberg & Wengström 2008, s. 150-151). Meningen med att använda innehållsanalys som metod i detta examensarbete var att bland

enkätsvaren kunna hitta fenomen att jämföra med forskning och litteratur. Enkätsvaren förtydligas sedan genom att kategoriseras.

Sammanställningen av de 14 enkätsvaren utgjorde uppskattningsvis nio sidor text. De öppna frågorna hade lite varierande svarmängd. Det fanns fem färdiga svarsrader för informanterna att skriva på under varje fråga. Fråga 1-3 (Bilaga 2) gav fylliga svar medan fråga 4-6 svarades i varierad utförlighet. Bland svaren på fråga 5 fanns få förslag på förbättring av prototypen. Svaren under fråga 6 berörde meningen med prototypen. För att få en tydligare bild av vad alla enkätsvar gav för information markerades varje informant med en bokstav. Under varje enkätfråga strukturerades alla informanters svar på frågan i punktform. På så sätt var det möjligt att se sambandet i svaren. De sex enkätfrågorna sammanfördes till två kategorier, så som görs vid innehållsanalys.

Den första kategorin beskriver informantens egen insikt om meningen med och sättet att dokumentera omvårdnadsstatus. Enkätsvaren från fråga 1,2 och 4 (Bilaga 2) analyserades. Svar önskades om på vilket sätt informantens kunskaper om omvårdnadsstatus förändrats, på vilket vis det egna sättet att dokumentera omvårdnadsstatus förändrats samt vilken betydelse informanten anser att omvårdnadsstatus har på den dagliga dokumenteringen. Denna kategori var avsedd att belysa informanternas egen motivation, kunskap och kompetens om omvårdnadsstatus. Dessa egenskaper påtalar forskningen som viktiga för kvaliteten på omvårdnadsdokumentation. Egenskaper som är nödvändiga för att MHSV ska kunna öka insikten i och förbättra dokumenterandet av omvårdnadsstatus.

Den andra kategorin beskriver informantens uppfattning om hur MHSV's dokumentering av omvårdnadsstatus förändrats och prototypens eventuella påverkan på det. Kategorin är avsedd att belysa vårdpersonalgruppens eventuella ökade insikt för dokumenterandet av omvårdnadsstatus samt effekten av prototypens användning. Här analyserades innehållet i enkätsvaren från fråga 3, 5 och 6 (Bilaga 2)

## 6 Resultatredovisning

Resultatet av sammanställningen av enkätsvaren mynnade ut i de två nyligen beskrivna kategorierna. Kategorierna vilar mot syftet att öka insikten i dokumenterandet av omvårdnadsstatus i MHSV. Resultatet från sammanställningen ska också vara till nytta för den slutliga utformningen av checklistan. Redovisningen av enkätensammanställningen struktureras utgående från de två kategorierna.

### 6.1 Informanternas egen insikt och uppfattning om dokumentation av omvårdnadsstatus

Genom analys av innehållet i enkätsvaren från fråga 1,2 och 4 (Bilaga 2) framkom uppgifter som följer.

Vad gäller informanternas egen förändrade kunskap om omvårdnadsstatus uppgav de en rad begrepp som att man fått ökad insikt, förståelse och medvetenhet. Man anser sig ha fått bättre kontroll, reflekterar mer och försöker uppdatera omvårdnadsstatusen oftare nu. Även för sådan patient som man inte är egenskötare åt. Två uppger att kunskaperna om omvårdnadsstatus föranlett givande diskussioner i arbetsgruppen. En informant menar att man nu ser vikten av att omvårdnadsstatusen dokumenteras på rätt ställe, medan en annan upplever det ännu svårt att veta vilken text som hör under vad. Omvårdnadsstatusen uppges ha ökat medvetenheten så att en informant nu kan ifrågasätta de befintliga omvårdnadsplaneringarna. På så sätt kan hon lättare omvärdera information så att den skrivs på rätt ställe i omvårdnadsplanen.

Vidare då det gäller den egna förändringen i dokumenterandet av omvårdnadsstatusen har flera av informanterna delgett att de fått ett bredare sätt att tänka på patienten som helhet och att de är aktivare i dokumentationen. Men enligt en finns det fortfarande brister i inaktuella anteckningar i omvårdnadsstatus. En bra ifylld omvårdnadsstatus, menar en informant att ger följd så som bättre information, som sen vidare leder till bättre vård, där utvärderingen blir synlig och detta ger en förhöjd eftertänksamhet att rätt vård getts till patienten. Dessutom ansåg en informant att en bra ifylld omvårdnadsstatus underlättar vidare planering och att det i förlängningen krävs mindre dokumentationstid. Någon annan ansåg att det egentligen går

samma tid åt till dokumenterandet totalt, men omvårdnadsplanen blir mer korrekt och strukturerad då omvårdnadsstatus används.

När det gäller omvårdnadsstatusens betydelse för den dagliga dokumentationen anger tre av informanterna att omvårdnadsstatusen är viktig för helhetsbilden av patienten. En informant anser att man ger en bättre vård under hembesöket om man läst en bra omvårdnadsstatus, eftersom det ger en bra bild om patienten och om vårdens utveckling i vårdförloppet. En informant svarade att omvårdnadsstatusen är lika viktig som omvårdnadsplanen. En annan beskriver att ”omvårdnadsstatus är som spindeln i dokumentationens nät”. Precis som omvårdnadsplanen, så måste omvårdnadsstatus ses över eftersom den är föränderlig. En överskådlig omvårdnadsstatus uppges av informanterna, underlätta den fortsatta planeringen. Flera informanter menade att omvårdnadsstatus beskriver dagsläget och att omvårdnadsstatusen ger en snabb överblick om patientens situation. Hälften av informanterna uppgav att omvårdnadsstatusen har stor betydelse för dokumentationen. Några uppgav att omvårdnadsstatusen synliggör patientens hinder, resurser och behov inför hembesöket, speciellt när det gäller nya patienter och för ny personal.

Olika konstanteranden har gjorts av informanterna, så som att dokumenterandet av omvårdnadsstatus är tidskrävande, men också att omvårdnadsstatusen ger effektivitet då man inte på samma sätt behöver bläddra hit och dit i omvårdnadsjournalen. Informanterna försöker göra dokumenterandet av omvårdnadsstatus till en vana och ger det mer tid nu. Men det är svårt att få rutin menar någon och det förekommer att text för omvårdnadsstatus är skrivet på annat ställe i omvårdnadsjournalen. En informant har uppmärksammat brister i dataprogrammet och att utvärderingen i omvårdnadsplanen inte alls är lättöverskådlig. Den samma undrar om detta kan bero på okunskap eller om det finns lösningar och inställningar i dataprogrammet. Det uppges finnas ett problem med tidsbristen och man uppges att arbetsgruppen behöver mer stöd och handledning i dokumentation.

## **6.2 MHSV's förändrade sätt att dokumentera omvårdnadsstatus och prototypens påverkan**

Genom analys av innehållet i enkätsvaren från fråga 3, 5 och 6 (Bilaga 2) framkom uppgifter som följer.



Informanterna fick ge sin uppfattning om hur dokumentationen av omvårdnadsstatus förändrats i MHSV's journaler. En informant uppger att alla i MHSV har börjat förstå vikten av en bra dokumenterad omvårdnadsstatus, medvetenheten har ökat och att alla tänker, skriver och läser omvårdnadsstatus. En annan kommenterar att omvårdnadsstatusen inte har förändrats mycket, många omvårdnadsplaner har inte ifyllt omvårdnadsstatus. För en informant ger omvårdnadsstatusen en bra bild av patienten trots att hon arbetar oregelbundet med längre ledigheter. Någon uppger att det nu är lättare att överrapportera patienter med hjälp av omvårdnadsstatusen. Flera menar att till en början fanns en tydlig förbättring i dokumenteringen av omvårdnadsstatus, men att den nu igen fallerar pga. tidsbrist. Flera uppgav också att omvårdnadsstatus skrivs, men inte uppdateras pga. tidsbrist. Den höga arbetsbelastningen uppges göra dokumentationen lidande. Någon menar att arbetsgruppen inte ännu fått rutin på att skriva och läsa omvårdnadsstatus, ytterligare förbättring behövs och att alla behöver avsätta mer tid för det. En informant anger att en tanke väckts kring dokumenterandet av omvårdnadsstatus, men att det inte skett så stor förändring som det borde och att arbetsgruppen fort glömmet omvårdnadsstatus.

När det gäller informanternas uppfattning om prototypen tyckte flera att innehållet och formatet var bra. Någon kom med förslag på förstorat format till A4. Flera tyckte att prototypen fungerar som påminnelse om att man ska läsa och skriva omvårdnadsstatus. Ett informant förslag var att prototypen kan användas som stöd vid en första intervju med en ny patient för att tydliggöra patientens situation. Några informanter menade att prototypen beskriver, motiverar och vägleder dokumenterandet av omvårdnadsstatus. Att den är tillräckligt omfattande och överskådlig. Man uppgav även att den åskådliggör dokumentationsprocessen. Ett par informanter hade poängterat figuren på s.3 som "bra" och att den tydliggör den process som vårdplaneringen innebär. Vidare ansågs att rubrikerna för behovsområdena i prototypen på s.4-5 fungerar som hjälp vid rubrikval i dokumentationsprogrammet. "Goda råd" på s.6 ansågs däremot inte vara till så stor hjälp. Det fanns också de av informanterna som inte hade något att anmärka på prototypen och angav att det var svårt att säga om den skulle omarbetas och i så fall hur. En tyckte att man var tillräckligt insatt för att behöva använda prototypen. Behov av någon form av handbok i själva dataprogrammets finesser och möjligheter efterfrågades eftersom alla i arbetsgruppen inte känner till alla dessa. Flera av informanterna tyckte att prototypen fungerat som påminnelse om dokumenterandet av omvårdnadsstatus, då den funnits synligt på skrivborden i MHSV's kansli. De ansåg prototypen som fördelaktig då alla får en enhetlig vägledning, samma

riktlinjer att följa. De ansåg prototypen som ett stöd som motiverar, underlättar och vägleder vid dokumenterandet av omvårdnadsstatus. Den hjälp som prototypen medförde gav noggrannare dokumentation vilket en del av informanterna ansåg ge ett bättre vårdresultat. Den gav informanterna en bra bild om hur omvårdnadsstatus ska användas och att prototypen är lätt att använda då man vill kontrollera upp något om omvårdnadsstatus.

## 7 Granskning av resultatet

Utgående från sammanställningen under kategorin om informanternas insikt och uppfattning om dokumentation av omvårdnadsstatus kan några intressanta egenskaper lyftas fram. Informanterna uppger sin egen förändrade kunskap och sätt att dokumentera till mestadels positivt, så som ökad insikt, förståelse, medvetenhet, bättre kontroll, men att det ännu finns svårigheter i att bedöma vilken text som ska skrivas var i omvårdnadsplanen. Informanterna uppger att de är aktivare, har fått en bättre helhetsuppfattning om patienten, men det uppges också att det fortfarande finns brister i form av inaktuella anteckningar i omvårdnadsplanen. Forskare uppger att det är viktigt att sjukskötaren förstår och har kunskap i hur omvårdnadsprocessen påverkar patientens hälsoreultat. En strukturerad omvårdnadsplan utgår med fördel från den dynamiska omvårdnadsprocessen (Björvell 2001, s. 64-66; Kärkkäinen & Eriksson 2004, s. 229; Kristoffersen Jahren m.fl. 2005, s. 103-104, 192; Kelly, Brandon & Docherty 2011, s. 158). Informanterna uppger att den ökande kunskapen om omvårdnadsstatus leder till bättre vård för patienten. I Cheevakasemsooks studie (2006) framkommer att sjukskötare har ett omfattande behov av fortbildning och relevanta metoder och riktlinjer att följa för omvårdnadsdokumentationen. Genom fortbildning ökar sjukskötarens kunskap och kompetens för omvårdnadsprocessen och dokumenterandet av den. (2006, s. 367-372).

Även informanternas uppfattning om omvårdnadsstatusens betydelse för den dagliga dokumenteringen framkommer som positiv. Uppfattningar som att omvårdnadsstatusen är lika viktig som omvårdnadsplanen, att den är föränderlig och att omvårdnadsstatusen är som spindeln i dokumentationens nät, ger bekräftelse på att informanterna innehar kunskap om omvårdnadsstatus. Dessa uppfattningar stämmer överens med Björvells (2001, s. 59-60, s. 85-91) och Dahlbergs (1996, s.22-24) beskrivning om omvårdnadsstatus i teoridelen.

Dock framgår inte genom enkäten om informanternas kunskap fanns eller var lika omfattande före avdelningstimmen och användandet av prototypen. Flera synpunkter och konstateranden har framkommit av informanterna som i detta sammanhang är viktiga att lyfta fram. De uppger att dokumenterandet av omvårdnadsstatus är tidskrävande och svårt att få rutin för. Dessutom tar majoriteten av informanterna upp tidsbrist som ett problem i MHSV och att detta gör omvårdnadsdokumentationen lidande. De uppger också brister i dataprogrammet där utvärderingsdelen i omvårdnadsplanen inte är överskådlig. Detta ger en brist i ytterligare en länk av omvårdnadsprocessen. Likaså forskningen uppger att oskriven omvårdnadsstatus omöjliggör utvärdering av omvårdnaden. Brister det i någon del går det inte att se omvårdnadsprocessens förlopp (Ehregren & Wallin 2009, s.51). Det framkommer således behov av stöd och handledning för arbetsgruppen. Undervisning i datasystemets eventuella outnyttjade möjligheter behövs också. Enligt forskning behöver sjukskötare regelbunden uppdatering och stöd för att upprätthålla sina kunskaper i dokumentation (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003, s. 206; Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies 2006, s. 272; Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2009, s. 469).

Vidare då kategorin för MHSV's förändrade sätt att dokumentera omvårdnadsstatus granskas, kan flera positiva uppfattningar från informanterna lyftas fram. Informanterna uppger att alla i arbetsgruppen skriver, läser och tänker kring omvårdnadsstatus. De uppger funna fördelar i korrekt omvårdnadsstatus då patienter ska överrapporteras till annan enhet. Det stämmer in med forskares beskrivning av omvårdnadsstatus som kommunikationsverktyg inom sjukskötarlaget och mellan vårdgivare (Ehrenberg & Wallin 2009, s.51). Informanterna menar också att till en början då prototypen togs i bruk märktes en positiv förändring i dokumenteringen av omvårdnadsstatus, men att den sen fallerar med tidsbrist och hög arbetsbelastning som en trolig orsak. I tidigare studier har forskare kommit fram till liknande att tidsbrist, personalbrist, bristande stöd och handledning, organisatoriska problem, störande faktorer i arbetsmiljön och komplicerade datasystem utgör hinder för en bra dokumentation (Owen 2005, s.49; Laitinen m.fl. 2009, s.490; Björvell, Wredlings & Thorell-Ekstrand 2003, s.207-210).

Sedan när det gäller prototypens inverkan på sättet att dokumentera uppger informanterna mestadels positiva synpunkter. Informanterna redogör för prototypen som att den beskriver,

motiverar, vägleder och underlättar dokumenterandet av omvårdnadsstatus och att den åskådliggör omvårdnadsprocessen. Detta är viktiga synpunkter som motiverar en fortsatt checklista efter att prototypen reviderats. Forskningen uppger också att sjukskötare i studier uttryckt behov av referenslista eller manual som minnesstöd och lärande instrument för att ge mer kvalitet på innehållet i omvårdnadsplanen (Cheevakasemsook 2006, s.367-372; Lee 2006, s.1378). De riktlinjer som i teoridelen tas upp kommer att utarbetas och tilläggas i den slutliga checklistan.

## **8 Kritisk granskning**

Sjukskötaren är skyldig att dokumentera den omvårdnad som ges till patienten. Omvårdnadsdokumentationen är en förutsättning för god patientvård och ska fungera som ett verktyg för kommunikation mellan patient och sjukskötare (Laitinen, Kauhonen & Åstedt-Kurki 2009, s.489). Enligt förordningen om journalhandlingar (2009/298) ska anteckningar föras om patientens sjukdomsförlopp och genomförandet av vården. Det ska framgå varför man valt en viss vårdåtgärd och resultatet av den (Finlands författningssamling 2009/298 § 11-12). I Undervisningsministeriets kompetenskrav för sjukskötaren framgår att hon eller han är skyldig att kritiskt granska och reflektera över sin arbetsplats rutiner och metoder, så att utveckling och ny kunskap erhålls. Kompetenskraven uppger att sjukskötaren har huvudansvar att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, forskning och utbildning. (Undervisningsministeriet 2006, s. 63-69). Dessa krav och skyldigheter för omvårdnadsdokumentation motiverade mig att skriva mitt examensarbete om omvårdnadsstatus i relation till Mariehamns Hemsjukvårds (MHSV) utvecklingsbehov. MHSV har dokumenterat elektroniskt under många år och uppfattningen bland personalen är att omvårdnadsdokumentationen, speciellt statusdelen behöver utvecklas och förbättras. Tanken har varit att inom examensarbetet producera ett vägledande instrument, en checklista, som skulle underlätta dokumenterandet av omvårdnadsstatus för MHSV. Egentligen behövs utveckling av hela dokumentationssystemet, men då detta är ett stort projekt tillhörande arbetsgivaren, beslöt jag avgränsa mig till den del som mest brister i omvårdnadsprocessen, dvs. omvårdnadsstatus.

Genom att ta del av forskning och litteratur fick jag en bra uppfattning och positiva, negativa och faktiska synvinklar om omvårdnadsdokumentation. Då endast lite forskning finns om

omvårdnadsstatus valde jag att ta del av resultat från studier om omvårdnadsdokumentation och omvårdnadsprocessen eftersom omvårdnadsstatus är en länk till dem.

Personalen i MHSV fick uppdaterad kunskap om omvårdnadsstatus i samband med en avdelningstimme. På samma gång överenskom jag tillsammans med vårdpersonalen att under en provotid ta i bruk en prototyp till en checklista. Så här i efterhand kan konstateras att det hade varit fördelaktigt att ha en avdelningstimme till, efter prototypens provotid, men före utvärderingen av den. På så sätt hade kanske ytterligare kunskap och insikt kommit till vårdpersonalens fördel. Ytterligare en avdelningstimme hade gett dem stöd, undervisning och handledning.

Prototypen utvärderades genom en kvalitativ enkät till vårdpersonalen. Av enkäten framkom uppgifter om vårdpersonalens kunskap och insikt om omvårdnadsstatus och betydelsen av den. Dessa uppgifter fann jag ha ett samband och många likheter med resultaten från litteratur och forskning, vilket då ökar tillförlitligheten av min undersökning och bekräftar valet av enkätfrågorna. Genom att vid avdelningstimmen med vårdpersonalen i MHSV, lyfta fram vad omvårdnadsstatus innebär, dess innehåll och avsikt ökade vårdpersonalens insikt. Dock är det i efterhand svårt att avgöra i vilken grad insikten ökat eftersom ingen mätning före och efter gjordes. Men enligt enkätsvaren framkommer att MHSV har en god grundkunskap i omvårdnadsstatus. Det är en utmaning för framtiden att utnyttja denna goda kunskap att utveckla dokumenteringen i kombination med undervisning, stöd och handledning.

En sjukskötare skaffar sig sakkunskap och god omdömesförmåga genom praktiska erfarenheter i arbetet. Detta i kombination med forskningsresultat är att arbeta evidensbaserat. Vidare använder sjukskötaren sitt evidensbaserade arbetssätt till att utveckla nya riktlinjer och metoder (Forsberg & Wengström 2008, s.26). För detta examensarbete har kunskap om omvårdnadsdokumentation hämtats från forskning och från praktiska erfarenheter i MHSV. Då detta integreras till ett nytt sätt att dokumentera, för att få ett bättre resultat, handlar det om evidensbaserad förbättring. Att genomföra förändringar är en lång process och ofta krävande. Gamla uppfattningar som aldrig omprövas är ett stort problem i sjukvården idag. Glädjande är i alla fall att sjukskötare de senaste åren fått mer medvetenhet för vikten av att använda

forskningsresultat och testa dessa i det praktiska arbetet (Forsberg & Wengström 2008, s. 180).

När det gäller etiskt godtagbar och tillförlitlig forskning ska den följa god forskningspraxis. Detta innebär bl.a. att forskaren arbetat på ett ärligt, noggrant och omsorgsfullt sätt. Det sätt som forskaren samlar data på och de metoder som forskaren använder bör stämma överens med kriterier för vetenskaplig forskning. (Forskningsetiska delegationen, 2002, s.11). Genom källhänvisningar i arbetet har jag tagit hänsyn till andra forskares arbete och undvikit förfalskning och plagiering. Jag har också följt god forskningspraxis genom en strukturerad och välplanerad arbetsprocess och vidare redogjort resultatet av mitt examensarbete på ett tydligt sätt enligt Yrkehögskolan Novias skrivanvisningar för examensarbete.

När det gäller tillförlitlighet och reliabilitet menas att upprepade mätningar av t.ex. en enkät ger samma resultat. Dåligt formulerade frågor i en enkät kan ge stor variation i svaren. Då får man en låg reliabilitet. Graden av överensstämmelse mellan svaren på samma fråga kan mätas på olika sätt enligt litteraturen. Högre överensstämmelse ger högre reliabilitet. (Ejlertsson 2005, s. 102-103). Det var inte meningsfullt att ge samma enkät till informanterna flera gånger för att undersöka om de svarade lika på frågorna och på det sättet mäta enkätens reliabilitet. I stället jämfördes informanternas svar med vad som framkom i forskning och litteratur. Här fann jag många överensstämmelser vilket påvisar examensarbetets reliabilitet. Tänkbart är att enkätsvaren påverkats i någon grad då de inte lämnades in inom utsatt tid utan först efter förlängd svarstid. Dock inlämnades slutligen samtliga enkätsvar, vilket gav möjligheten till en bredare och djupare analys än om endast 5 av 14 informanter lämnat sina svar.

Enkäten var kvalitativ. Kvalitativ forskning handlar om analyser och tolkningar. (Widerberg 2002, s31). Det är vad jag avsett att göra med ämnet omvårdnadsdokumentering av omvårdnadsstatus. Att analysera och göra tolkningar på basen av forskning och erfarenheter ur hemsjukvårdens kontext.

Att söka, läsa och analysera forskningsartiklar var ett gediget och omfattande arbete. För mig kändes det som en belöning och inspiration att jag fann likheter från forskningen i

hemsjukvårdens kontext. Det gav mig bekräftelse på MHSV's uppfattning om problem, svårigheter och brister med dokumenterandet av omvårdnadsstatus. På basen av den bekräftelsen tydliggjordes att förbättring av omvårdnadsstatusens dokumentation är motiverad och bör verkställas.

## 9 Avslutning

Syftet med mitt examensarbete var att öka insikten för dokumenterandet av omvårdnadsstatus i Mariehamns Hemsjukvård. Genom forskning, litteratur, avdelningstimme och enkät kan konstateras att MHSV's vårdpersonal har ökad insikt för dokumenterandet av omvårdnadsstatus. I det avseendet är syftet uppnått. Men i vilken grad insikten ökat kommer inte att kunna mätas i detta examensarbete. Resultatet av mitt examensarbete talar däremot för att MHSV's vårdpersonal har motivation, kunskap och kompetens om omvårdnadsdokumentation. Det finns en god grund för att MHSV kan utföra en omvårdnadsdokumentation med god kvalitet då forskning och litteratur menar att dessa egenskaper är viktiga för omvårdnadsdokumentationens kvalitet.

Betydelsen av omvårdnadsstatusens dokumentation är stor för MHSV's sätt att arbeta och koordinera patientens vård. En korrekt ifylld omvårdnadsstatus gör att MHSV's vårdpersonal får en bättre helhetsbild av patienten inför hembesöket. Har sjukskötaren en helhetsuppfattning om patienten kan sjukskötaren ge en bättre kvalitet på omvårdnaden. Eftersom sjukskötaren inte har tillgång till journaluppgifter under hembesöket, kräver det att sjukskötaren har tillräcklig tid att läsa i omvårdnadsjournalen innan hembesöket, men också tillräcklig tid att dokumentera efter hembesöket så att näst följande sjukskötare kan ta vid på samma kvalitativa sätt. MHSV's vårdpersonal uppger att hela omvårdnadsdokumentationen är tidskrävande. Detta i kombination med hög arbetsbelastning gör omvårdnadsdokumentationens kvalitet lidande enligt dem. Detta är tänkvärt, enligt min mening, för den framtida utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen i MHSV. Vad beror tidsbristen egentligen på? Är det hög arbetsbelastning eller organisatoriska problem? Är det behovet av undervisning, stöd och handledning som gör att dokumenterandet tar så lång tid så att vårdpersonalen upplever att de har tidsbrist? Är dataprogrammet tillräckligt omfattande för att synliggöra hela omvårdnadsprocessen eller finns det brister i det? Det är viktiga frågor

vars svar behövs för att möjliggöra en kvalitativ omvårdnadsdokumentation i MHSV. Frågor vars svar inte omfattas av mitt examensarbete, men som jag överlåter till de i ledande position.

Ett annat viktigt resultat genom examensarbetet är att MHSV's vårdpersonal uppmärksammat brister i själva dataprogrammet. Omvårdnadens utvärdering uppges vara oöverskådlig. Således finns ännu en alarmerande brist i dokumenterandet av omvårdnadsprocessens kedja. Dels omvårdnadsstatusen som detta examensarbete inriktats på och dels även omvårdnadens utvärdering. Utvärderingen är den del i omvårdnadsprocessen som ska leda dokumentationen vidare till en ny uppdaterad omvårdnadsstatus. Brister omvårdnadens utvärdering så brister även omvårdnadsstatusen. I förordningen om journalhantering står det att i omvårdnadsjournalen ska framgå varför man valt en viss vårdåtgärd och resultatet av den, dvs. utvärderingen (Finlands författningssamling 2009/298, § 11-12). Syns inte utvärderingen bryter man mot förordningen. Problemet med oöverskådlig utvärdering är kopplat till dataprogrammet som MHSV använder. För detta behövs programjusteringar som tenderar handla om avtal och samarbete mellan arbetsgivare och leverantören av dataprogrammet.

Examensarbetets syfte var också att skapa en checklista som vårdpersonalen kan använda som vägledande instrument vid dokumenterandet av omvårdnadsstatus. Checklistan grundar sig på forskning, litteratur och MHSV's uppfattning om en fungerande sådan. I enkäten gav MHSV's vårdpersonal mycket positiv feedback på checklistans prototyp. Eftersom jag är en del av arbetsgruppen kan jag tänka mig att den negativa kritiken om checklistan kan ha uteblivit pga. vänskap och att man inte vill nämna mitt arbete i negativ form. Själv tycker jag att checklistan kunde tryckas i ett mer slitstarkt papper, den varmgula färgen gör vårdpersonalen uppmärksam och påmind om omvårdnadsstatus, vilket är positivt. Vårdpersonalen uppgav att checklistans prototyp beskriver, motiverar och vägleder dokumenterandet av omvårdnadsstatus och att den åskådliggör omvårdnadsprocessen. Det är en värdefull motivering som uppfyller syftet med en checklista. Innehållet i den slutliga checklistan, ses enligt bilaga 3. Prototypens s.1-5 behålls, medan s.6 med "lite goda råd" byts ut helt till riktlinjer i stället. Riktlinjerna kan användas i syfte att förbättra kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Utvärdering av den slutliga checklistan och användandet av den, hoppas jag görs i framtiden då MHSV utvecklar sin omvårdnadsdokumentation



ytterligare. Förslagsvis kunde en checklista innehålla vägledning för varje del i omvårdnadsprocessen (anamnes, status, plan, åtgärder, utvärdering och uppdaterad status). Denna skulle fungera som vägledande instrument även för studerande, vikarier och ny personal. Utgående från forskning konstateras att sjukskötare behöver regelbunden uppdatering, fortbildning, stöd och handledning för att kunna utföra en korrekt omvårdnadsdokumentation. Sjukskötaren måste ha kunskap och förståelse för omvårdnadsprocessen och hur den påverkar patientens hälsoreultat. Forskningen uppger också att sjukskötare har behov av riktlinjer och manualer som kan vägleda vid omvårdnadsdokumentation vilket bekräftar behovet av den utarbetade checklistan.

Min förhoppning är att utvecklingen av MHSV's omvårdnadsdokumentation fortsätter efter detta examensarbete. Jag hoppas också att detta examensarbete kan ligga som grund och motivering till att MHSV står i ett ständigt behov av fortbildning, stöd och handledning och att nuvarande dataprogram behöver anpassas för att synliggöra omvårdnadsprocessen.

## Källförteckning

Adamsen, L. & Tewes, M. (2000). Discrepancy between Patients' Perspectives, Staff's Documentation and Reflections on Basic Nursing Care. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 14, 120-129.

Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrans, I. (2002). Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 16, 34-42.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrans, I. (2003). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 206-214.

Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366–374.

Dahlberg, K. (red.) (1996). *Konsten att dokumentera omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2007). *VIPS- boken*. Stockholm: Vårdförbundet.

Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2009). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. Stockholm: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Finlands författningssamling. *Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar*. 30.3.2009/298. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2009/20090298> (hämtat: 22.03.2011).

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetiska delegationen. (2002). *God vetenskaplig praxis om handläggning av avvikelser från den*. Helsingfors.

Gjevjon, E R. & Hellesø R. (2009). The quality of home care nurses documentation in new electronic. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 100-108.

Hellesø, R. & Ruland, C.M. (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 799-805.

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

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2009). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 112–124.

Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R., Arthurs, K. & Chen, T. (2010). Engaging clinicians in evidence based policy development: The case of nursing documentation. *Contemporary Nurse* 35 (2), 254–264.

Kelley, T., Brandon, D., Docherty, S. (2011). Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 154–162.

Kristoffersen Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

Kristoffersen Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad 4*. Stockholm: Liber.

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

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2009). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 489-497.

Larsen, A. (2009). *Metod helt enkelt*. Malmö: Gleerup.

Lee, T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of Clinical Nursing* 1, 1376–1382.

Owen, K. (2005). Documentation in nursing practice. *Nursing Standard*, 19 (32), 48-49.

Rafaela vårdtyngdsklassificeringssystem (2010). <http://www.rafaela.fi/rafaela/> (hämtat 22.03.2011).

Rosendal-Darmer, M., Ankersen, L., Geissler-Nielsen, B., Langerberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 325–332.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S. & Wahren L K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 18, 310–317.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2116–2124.

Undervisningsministeriet. (2006). *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon – Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsingfors: Undervisningsministeriet. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> Hämtad 07.11.2011

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

# **DOKUMENTATION**

## **AV**

# **OMVÅRDNADSSTATUS**

En checklista för  
Mariehamns Hemsjukvård

Sjukskötarstuderande  
Gun Söderlund  
Yrkehögskolan Novia  
2011

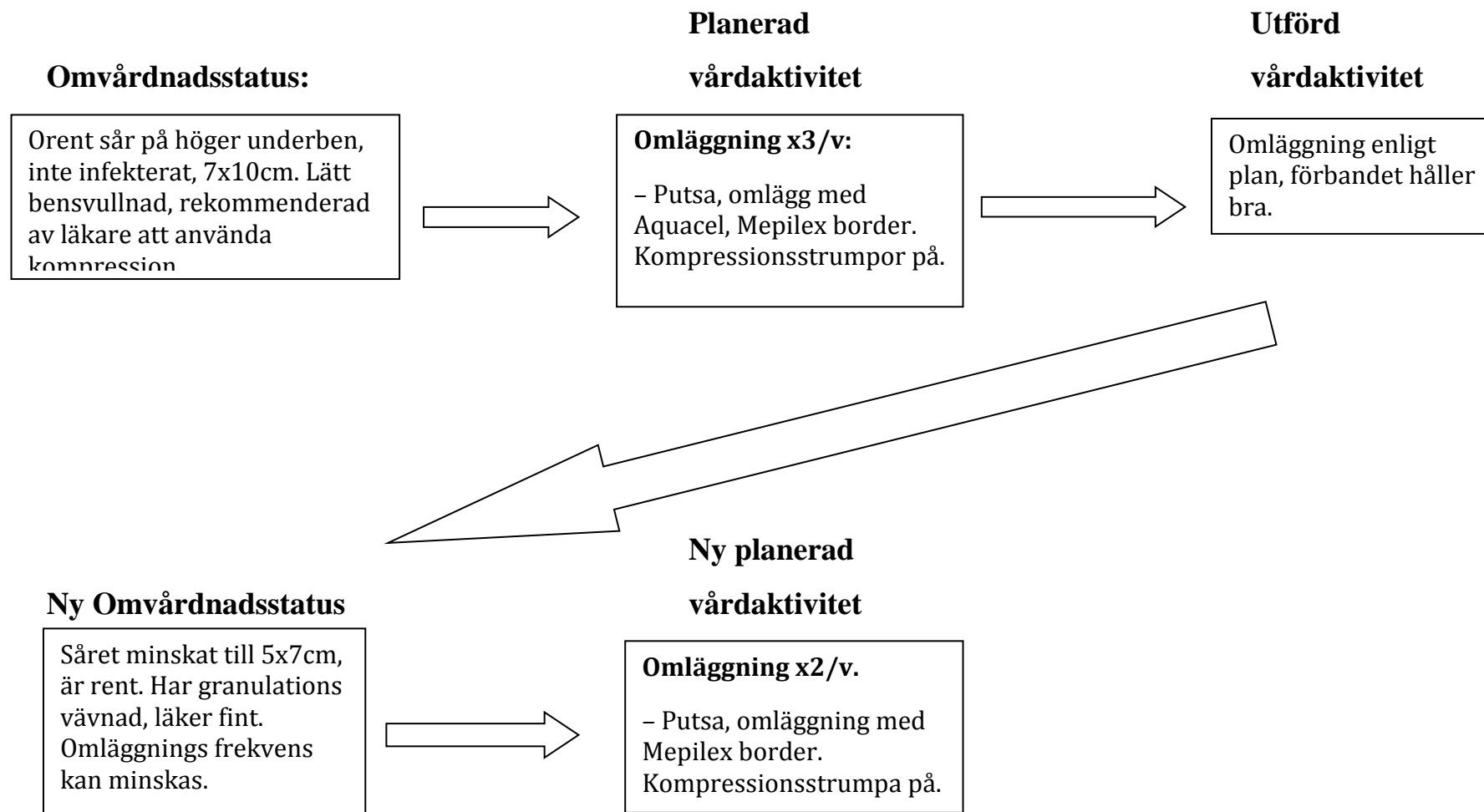
## **OMVÅRDNADSSTATUS**

- Beskriver patientens hälsa och sjukdom ”just nu”.
- Fås genom observation och samtal med patient, närstående eller annan vårdpersonal.
- Ger en uppfattning om vad patienten klarar själv och vad patienten behöver hjälp med.
- Synliggör patientens resurser och hinder.
- Synliggör patientens omvårdnads behov som leder till planeringen av vårdaktiviteter.
- Ger möjlighet att jämföra och utvärdera patientens tillstånd.
- Visar om planerad vårdaktivitet har lett till förbättring/försämring.
- Förnyas då en planerad vårdaktivitet förbättrat/försämrat patientens tillstånd.
- Är grunden och avgörande för omvårdnadens problemlösning.

(Källor: Kristoffersen Jahren m.fl. (2005), Ehrengren& Wallin (2009), Dahlgren (1996).)

## Omvårdnadsstatus – en viktig del i omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsstatus utvärderas genom dokumentering i ”utförd vårdaktivitet”. Detta leder sen vidare till ny text i omvårdnadsstatus, dvs. en utvärdering och ett resultat av den planerade omvårdnaden.



## **1 VÅRDPLANERING OCH KOORDINERING**

- Planering och koordinering av god och ändamålsenlig vård för patienten.
- Samarbete med patienten, anhöriga/närstående, mellan yrkesgrupper för att planera och förverkliga vården.
- Planering, koordinering eller anskaffning av resurser (hjälpmedel, vårdpersonal, fysisk omgivning).

## **2 ANDNING, BLODCIRKULATION OCH SJUKDOMSSYMTOM**

- Basala livsfunktioner, med- vetande, domningar, känsel- bortfall, grad av nedsatt minnesförmåga (demenssjukdom).
- Problem med andning/blodcirkulation (andnöd, cyanos, blödning, blodtryck, puls, svindel, sjukdom i luftvägar, feber, svullnader).
- Hälsohinder orsakade av sjukdom som smärta, värk, kramper, bristsymtom.
- Vård av kroniska sår osv.

## **3 NÄRINGSINTAG OCH MEDICINERING**

- Matuppköp, mattillredning, matsituation, matlust, matvanor, törst, munhygien, under eller övervikt, kulturbundna matvanor.
- Näringsproblem som härrör sig från mat, omgivning eller sjukdom.
- Vätskebalans och återställande av balans.
- Illamående och uppkastning.
- Läkemedelsbehandling.



#### **4 HYGIEN OCH UTSÖNDRING**

- Personlig hygien: tvättning, på- och avklädning, hårvård, rakning, tand- och munhygien, hudvård, bäddning och städning.
- Utsöndring: urinering, avföring, svettning.

#### **5 AKTIVITET, SÖMN OCH VILA**

- Fysisk aktivitet, intellektuell (mental, själslig) aktivitet, social aktivitet.
- Förflyttningar, rörelseförmåga, social relation, umgänge, kulturella intressen, hobby.
- Sömn och vila: insomnandet, tillräcklig sömn och vila. Trötthet, utmattning, oro, ångest, nedstämdhet. Känsla av välbefinnande i vaket tillstånd.

#### **6 UNDERVISNING OCH HANDLEDNING I VÅRD/FORTSATT VÅRD. EMOTIONELLT STÖD**

- Handledning, undervisning och rådgivning till patient/anhörig/närstående om vård, näring, diet, träning osv. för vård i hemmet (t.ex. intervallvård eller vid utskrivning från MHSV).
- Anpassning till situation.
- Samtal med patient/anhörig/närstående beaktande av själsliga och andliga vårdbehov, uppnående av trygghetskänsla, befrämjande av en god vårdrelation, möjligheter att dela känslor och erfarenheter, uppmuntran, tröst, upplevelser av rädsla, otrygghet, ångest, meningslöshet osv.

Ovanstående 6 sökord är behovsområden framtagna av Abilita© genom Camilla Kamilas uppdatering 13.10.2000

### **Lite goda råd**

Då du läser patientens omvårdnadsjournal kan du läsa genom olika rapporttyper som Abilitas omvårdnadsprogram erbjuder. Tycke och smak avgör hur du enklast läser i omvårdnadsjournalen. Då du går in i omvårdnadsjournalen visas automatiskt ”Planerade vårdaktiviteter” till vänster och ”textinmatning” på höger sida. Du kan växla sida på dessa om du vill.

Notera att uppe till vänster vid ”Rapport” finns en ruta där du kan välja *rapporttyper*, dvs. olika visningslägen av omvårdnadsplanen. Under ”sökord” kan du välja ett sökord och läsa bara ett specifikt *behovsområde*, lämnas rutan tom så visas alla behovsområden efter varandra.

För att få en bra helhetsbild av patientens situation, kan du med fördel välja rapporttypen; ”Plan (BO+H+R+P+sökord)”. Då visas behovsområdet som rubrik följt av omvårdnadsstatusens text (patientens hinder och resurser) och de planerade vårdaktiviteterna. Då kan du dessutom se förloppet och resultatet av omvårdnaden.

Varje gång du träffar patienten är du skyldig att notera om omvårdnadsstatusen förändrats.

## **Källförteckning**

Abilita. (2000). *Behovsområden*. Uppdatering gjord 13.10.2000 av Camilla Kamila.

Dahlgren, K. (red.) (1996). *Konsten att dokumentera omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ehregren, A. & Wallin, L. (2009). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. Stockholm: Studentlitteratur.

Kristoffersen Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.



## FRÅGEFORMULÄR

Det är nu ca 5 månader sen jag presenterade mitt projekt för mitt examensarbete; *att förbättra dokumenteringen av omvårdnadsstatus i den elektroniska omvårdnadsjournalen i Mariehamns Hemsjukvård (MHSV)*. Det är lika lång tid som checklistan ”Dokumentation av omvårdnadsstatus” funnits till användning.

Det är nu dags att utvärdera hur det gått så här långt. Besvara vänligen nedanstående frågor och returnera formuläret i mitt fack på Hemsjukvårdens kansli senast 04.11.2011. Svaren behandlas konfidentiellt.

1. På vilket sätt har dina kunskaper förändrats angående omvårdnadsstatus?

---

---

---

---

---

2. På vilket vis har ditt sätt att dokumentera omvårdnadsstatusen förändrats? Varför?

---

---

---

---

---

3. På vilket sätt tycker du att dokumentationen av omvårdnadsstatus i allmänhet har förändrats i omvårdnadsjournalerna i MHSV?

---

---

---

---

---

4. Vilken betydelse anser du att omvårdnadsstatusen har i den dagliga dokumenteringen?

---

---

---

---

---

5. Beskriv vad du tycker om checklistan ”Dokumentation av omvårdnadsstatus”. Beskriv eventuella förändringar som kan göras för checklistans slutliga utformning.

---

---

---

---

---

6. På vilket sätt anser du att checklistan påverkar dokumenteringen av omvårdnadsstatus?

---

---

---

---

---

**TACK FÖR GOTT SAMARBETE!**

*Gun*

# DOKUMENTATION AV OMVÅRDNADSSTATUS

En checklista för  
Mariehamns Hemsjukvård

Sjukskötarestuderande  
Gun Söderlund  
Yrkehögskolan Novia  
2012



## OMVÅRDNADSSTATUS

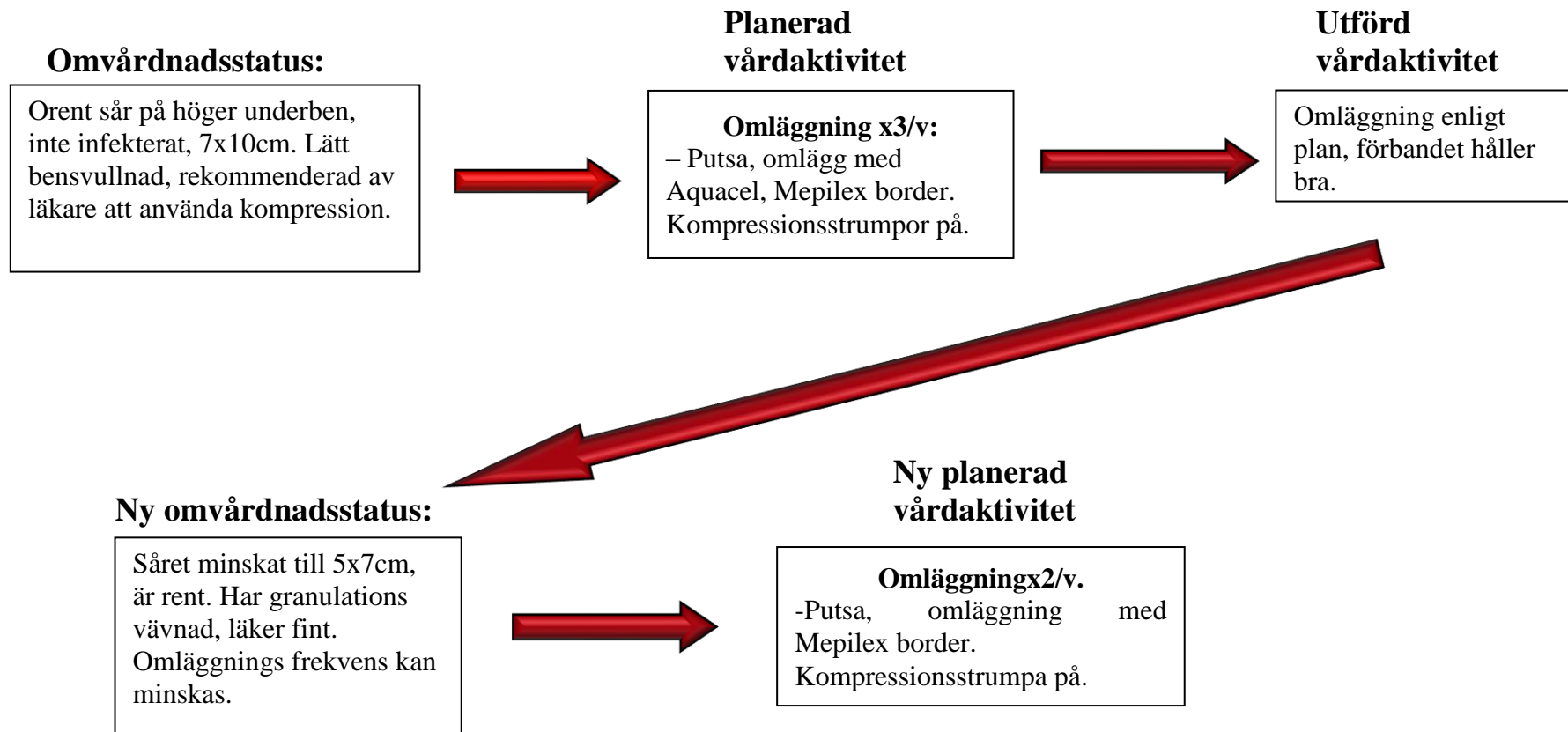
- Beskriver patientens hälsa och sjukdom ”just nu”.
- Fås genom observation och samtal med patient, närstående eller annan vårdpersonal.
- Ger en uppfattning om vad patienten klarar själv och vad patienten behöver hjälp med.
- Synliggör patientens resurser och hinder.
- Synliggör patientens omvårdnads behov som leder till planeringen av vårdaktiviteter.
- Ger möjlighet att jämföra och utvärdera patientens tillstånd.
- Visar om planerad vårdaktivitet har lett till förbättring/försämring.
- Förnyas då en planerad vårdaktivitet förbättrat/försämrat patientens tillstånd.
- Är grunden och avgörande för omvårdnadens problemlösning.

(Källor: Kristoffersen Jahren m.fl. (2005), Ehrengren& Wallin (2009), Dahlgren (1996).)



## Omvårdnadsstatus – en viktig del i omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsstatus utvärderas genom dokumentering i ”utförd vårdaktivitet”. Detta leder sen vidare till ny text i omvårdnadsstatus, dvs. en utvärdering och ett resultat av den planerade omvårdnaden.



## **1 VÅRDPLANERING OCH KOORDINERING**

- Planering och koordinering av god och ändamålsenlig vård för patienten.
- Samarbete med patienten, anhöriga/närstående, mellan yrkesgrupper för att planera och förverkliga vården.
- Planering, koordinering eller anskaffning av resurser (hjälpmedel, vårdpersonal, fysisk omgivning).

## **2 ANDNING, BLODCIRKULATION OCH SJUKDOMSSYMTOM**

- Basala livsfunktioner, med- vetande, domningar, känsel- bortfall, grad av nedsatt minnesförmåga (demenssjukdom).
- Problem med andning/blodcirkulation (andnöd, cyanos, blödning, blodtryck, puls, svindel, sjukdom i luftvägar, feber, svullnader).
- Hälsohinder orsakade av sjukdom som smärta, värk, kramper, bristsymtom.
- Vård av kroniska sår osv.

## **3 NÄRINGSINTAG OCH MEDICINERING**

- Matuppköp, mattillredning, matsituation, matlust, matvanor, törst, munhygien, under eller övervikt, kulturbundna matvanor.
- Näringsproblem som härrör sig från mat, omgivning eller sjukdom.
- Vätskebalans och återställande av balans.
- Illamående och uppkastning.
- Läkemedelsbehandling.

#### **4 HYGIEN OCH UTSÖNDRING**

- Personlig hygien: tvättning, på- och avklädning, hårvård, rakning, tand- och munhygien, hudvård, bäddning och städning.
- Utsöndring: urinering, avföring, svettning.

#### **5 AKTIVITET, SÖMN OCH VILA**

- Fysisk aktivitet, intellektuell (mental, själslig) aktivitet, social aktivitet.
- Förflyttningar, rörelseförmåga, social relation, umgänge, kulturella intressen, hobby.
- Sömn och vila: insomnandet, tillräcklig sömn och vila. Trötthet, utmattning, oro, ångest, nedstämdhet. Känsla av välbefinnande i vaket tillstånd.

#### **6 UNDERVISNING OCH HANDEDNING I VÅRD/FORTSATT VÅRD. EMOTIONELLT STÖD**

- Handledning, undervisning och rådgivning till patient/anhörig/närstående om vård, näring, diet, träning osv. för vård i hemmet (t.ex. intervallvård eller vid utskrivning från MHSV).
- Anpassning till situation.
- Samtal med patient/anhörig/närstående beaktande av själsliga och andliga vårdbehov, uppnående av trygghetskänsla, befrämjande av en god vårdrelation, möjligheter att dela känslor och erfarenheter, uppmuntran, tröst, upplevelser av rädsla, otrygghet, ångest, meningslöshet osv.

Ovanstående 6 sökord är behovsområden framtagna av Abilita© genom Camilla Kamilas uppdatering 13.10.2000

## **RIKTLINJER FÖR OMVÅRDNADSDOKUMENTERING**

Tänk på:

- ~ att dokumentationen ska vara patientcentrerad, från patientens synvinkel, utgående från patientens situation.
- ~ att dokumentationen ska innehålla den vård, omsorg, handledning och stöd du gett till patienten.
- ~ att beskriva vad du ”sett”, inte vad du ”tycker”.
- ~ att dokumentationen följer en logisk ordning enligt omvårdnadsprocessens förlopp.
- ~ att det i dokumentationen framgår att patienten fått vård utgående från sitt omvårdnadsbehov.
- ~ att omvårdnadsresultatet framgår, dvs. utvärderingen i dokumentationen.
- ~ att du dokumenterar förändringar i patientens tillstånd så fort de skett för att underlätta informationen till nästa skift.
- ~ att du dokumenterar korrekt och tydligt, det underlättar kommunikationen mellan parterna i vårdteamet runt patienten.
- ~ att omvårdnadsjournalen är ett juridiskt dokument. Det du inte dokumenterat betraktas vara ogjort.

Ovanstående riktlinjer hämtade från studie av Jefferies, Johnson, Griffiths, Arthurs & Chen 2010.

## **Källförteckning**

Abilita. (2000). *Behovsområden*. Uppdatering gjord 13.10.2000 av Camilla Kamila.

Dahlgren, K. (red.) (1996). *Konsten att dokumentera omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ehregren, A. & Wallin, L. (2009). *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. Stockholm: Studentlitteratur.

Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R., Arthurs, K. & Chen, T. (2010). Engaging clinicians in evidence based policy development: The case of nursing documentation. *Contemporary Nurse* 35 (2), 254–264.

Kristoffersen Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

