

Patientsäker dokumentation i hemvården

Camilla Söderholm

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	3842
Författare:	Camilla Söderholm
Arbetets namn:	Patientsäker dokumentation i hemvården
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Uppdragsgivare:	-
<p>Sammandrag:</p> <p>Finlands befolkning består i framtiden av allt flera äldre personer och behovet av hemvård ökar hela tiden. Dokumentationen är ett viktigt redskap för vårdens kontinuitet och säkerhet, den bör trygga vårdens kvalitet och effektivitet. Problemet är ofta att dokumentationen är för knapp och väsentlig information saknas. Syftet för examensarbetet är att ta reda på betydelsen av dokumentationen för en patientsäker hemvård. Frågeställningarna i arbetet är 1) vad ska dokumentationen innehålla för att bidra till en god patientsäkerhet och 2) hur bör dokumentationen ske i hemvården? Studien är en kvalitativ latent innehållsanalys av 18 forskningsartiklar eller forskningar. I resultatet framkommer att vårddokumentationen är bristfällig och inadekvat. Sjukskötaren har tillräckligt med tid att dokumentera vården men inte tid för att utveckla dokumentationen. Språket i dokumentationen innehåller tekniska termer och är svårt att förstå. Ifall dokumentationen inte är adekvat och korrekt är det en stor risk för patientsäkerheten och kvaliteten på vården. Förslag på vidare forskning är vilken kvalitet har dokumentationen i hemvården, vilken vikt ser hemvårdspersonalen att dokumentationen har för patientsäkerheten och var bör dokumentationen ske i hemvården.</p>	
Nyckelord:	Patientsäkerhet, Dokumentation, Hemvård
Sidantal:	37
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	10.6.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	3842
Author:	Camilla Söderholm
Title:	Patient safe documentation in home health care
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>Finland's population is made up in the future by an increasing number of older people and the need for home care is growing. Documentation is an important tool for continuity of care and safety, it should ensure the quality of care and efficiency. The problem is often that the documentation is scarce and essential information is missing. The aim of the thesis is to find out the importance of documentation of a patient safe home health care. Questions of the thesis are: 1) What should documentation contain to contribute to good patient safety and 2) how should the documentation be done in home health care. The study is a qualitative content analysis of 18 research papers. The result showed that the documentation is deficient and inadequate. The nurse has enough time to document care but do not have time to develop the documentation. The language of the documentation contains technical terms and is difficult to understand. If the documentation isn't adequate and accurate, it is a risk to the patient safety and the quality of care. Suggestions for further research is the quality of the documentation in home health care, how important is the documentation for the patient safety according to the home care nurses and where should the documentation be done in home health care.</p>	
Keywords:	Patient Safety, Documentation, Home Health Care
Number of pages:	37
Language:	Swedish
Date of acceptance:	10.6.2013

INNEHÅLL

1	Inledning.....	6
2	Bakgrund.....	7
2.1	Hemvård.....	7
2.2	Dokumentering.....	8
3	Litteraturoversikt	10
4	Teoretiskt perspektiv	13
4.1	Patientsäkerhet	13
4.2	Främjandet av patientsäkerheten	14
4.3	Patientsäker dokumentation	16
5	Metod och material	17
6	Forskningsetiska reflektioner	20
7	Syfte och frågeställning	20
8	Resultat.....	21
8.1	Analys	22
8.1.1	<i>Innehåll.....</i>	<i>22</i>
8.1.2	<i>Metod</i>	<i>26</i>
8.2	Tolkning av resultaten i relation till hemvården.....	28
9	Kritisk granskning	30
10	Diskussion.....	31
	Källor	32
	Bilagor	38

1 INLEDNING

I hälso- och sjukvården handlar det ofta om liv och död och branschen klassas därför som en högriskbransch. När det gäller att garantera säkerheten ligger ändå hälso- och sjukvården efter andra högriskbranscher. Inom branschen och verksamhetsmiljön sker hela tiden förändringar som påverkar patientsäkerheten. Teknologin och vetenskapen utvecklas snabbt och arbets- och ansvarsfördelningen mellan yrkesgrupper förnyas. Konkurrensutsättningen leder till att serviceproduktionen sprids över flera producenter och patienternas valfrihet gällande vårdplatser ökar. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009a)

Det blir hela tiden mera aktuellt att förbättra patientsäkerheten. I Finland har social- och hälsovårdsministeriet gjort upp en patientsäkerhetsstrategi och startat en arbetsgrupp för att främja patientsäkerheten (Kinnunen & Peltomaa 2009 s. 33-35)

Största delen av patientskadeanmälningarna i Finland gäller behandlingen, speciellt fel vid medicinhanteringen. Men andra väsentliga orsaker är infektioner som patienten fått i samband med vården och informationsbrister som uppstått vid överföringen från en vårdsektor till en annan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008 s. 122-123)

År 2005 fick dåvarande rättsskyddscentralen för hälsovården (Valvira fr.o.m. 2009) och länsstyrelserna 1178 anmälningar gällande patientsäkerheten. Största delen av anmälningarna handlade om fel i vård- och tillvägagångssättet och om brister i informationen eller gällde patientjournalen. (Pekurinen et al. 2008)

Statistiken visar att behovet av bl.a. hemvård stiger hela tiden. År 1995 fanns det i Finland 432 277 personer i åldern 65-74, 233 122 personer i åldern 75-84 och 67 018 personer som var över 85 år. Om man ser på samma statistik år 2009 har 65-74-åringarna ökat med 51 085 st., 75-84-åringarna med 85 266 st. och över 85-åringarna med 41 673 st. Man förutspår att år 2020 lever 719 024 personer i ålder 65-74, 406 582 personer i åldern 75-84 och 164 537 personer i åldern över 85 i Finland (Institutionen för hälsa och välfärd 2010)

För att främja patientsäkerheten och kontinuiteten i vården behövs en god dokumentation. Skribenten har valt att i det här arbetet fokusera på en god dokumentation inom hemvården eftersom skribenten själv har erfarenheter från det området och har därmed en liten inblick av dokumenteringen i hemvården.

Arbetet görs inom ramen för Arcadas projekt ”Kompetens i arbetslivet” där ett av fokusområdena är patientsäkert handlande.

2 BAKGRUND

För att ge en helhetsbild av forskningsområdet redogörs här för bakgrunden för ämnet.

2.1 Hemvård

Hemvård erbjuds då funktionsförmågan är nedsatt eller då familjesituationen, sjukdomen belastningen eller skadan är sådan att man behöver hjälp för att klara sig. Hemvårdens mål är att stöda boendet hemma. Med servicen vill man kunna sköta om klientens sociala säkerhet och kapacitet samt upprätthålla och främja klientens funktionsförmåga och välmående. Hemvårdens uppgift är att handla så att klienten kan bo hemma så länge som möjligt och med en så hög kvalitet som möjligt. En bra organiserad öppenvård svarar på klientens helhetsbehov utan att glömma något. Vårdens utgångspunkt är alltid klientens egna kraftkällor och klientens uppfattning om vårdbehovet. I hemvården vårdas både långvarigt och kortvarigt sjuka klienter som inte behöver flera timmar vård om dagen. Hemvårdens klienter är i olika åldrar och med olika utgångslägen. De långvariga klienterna är oftast klienter med diabetes, demens, hjärninfarkt eller med psykiska problem. En hemvårdsklient kan också vara i livets slutskede. (Anttila et al. 2005 s. 14-23)

Enligt en statistikrapport om klientinventering (Institutionen för hälsa och välfärd 2011) var 11,9% (68 865 st.) av dem som fyllt 75 år klienter inom den regelbundna hemvården i november 2010 och det är en ökning med 5,3 % jämfört med föregående år. Man definierar klienter inom regelbunden hemvård som sådana personer hos vilka det under inventeringsmånaden gjorts hemsjukvårds- och/eller hemservicebesök antingen enligt en gällande service- och vårdplan eller hos vilka det gjorts andra hemsjukvårds- och/eller

hemservicebesök, utan service- och vårdplan, regelbundet minst en gång i veckan. Totalt var det 96 230 klienter som omfattades av klientinventeringen i hemvården och det är 8,2% mera än år 2009. 43,9% av klienterna som får regelbunden hemvård fick 1-9 hemvårdsbesök under november 2010 och ungefär 10% av klienterna fick hemvårdsbesök oftare än 90 gånger per månad (3 besök/dag). Klienten kan utöver hemvårdsbesöken även ha fått annan service som t.ex. stöd för närståendevård eller intervallperioder inom boendeservice med heldygnservice, men i statistikrapporten beaktas endast hemvården.

2.2 Dokumentering

Dokumenteringen är ett viktigt redskap för vårdens kontinuitet och säkerhet och den bör trygga vårdens kvalitet och effektivitet. Genom att dokumentera underlättas utförandet av arbetet och man får varierande information. För att garantera kontinuiteten i vården måste man försäkra sig om att informationen går vidare från en arbetstur till en annan och från en enhet till en annan. Speciellt viktig är den skrivna informationen eftersom det är den informationen som blir kvar och som är formell. Att dokumentera hör till vårdens helhet. Dokumenteringen bör ge en klar bild av klientens problem, vårdens mål och vilka resultat man uppnått. Dokumenteringen betjänar också klienten och de anhöriga. En god dokumentering underlättar också inkörningen av ny personal och studerande. (Anttila et al. 2005 s.62-66 & Iivanainen et al. 2001 s. 49-53)

Uppgifterna i journalhandlingarna är sekretessbelagda. En person som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård får inte utan patientens skriftliga lov lämna ut sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna till utomstående. Med utomstående menar lagen sådana personer som inte deltar i vården av patienten eller andra uppgifter i samband med vården vid verksamhetsenheten. I lagen om patientens ställning och rättigheter kan den som bryter mot tystnadsplikten dömas till böter eller fängelse i högst 6 månader. (Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992)

Problemet är ofta att dokumenteringen är för knapp och de väsentliga uppgifterna kommer inte alltid fram. Vårdare bör noggrant tänka på vad som dokumenteras och hur det dokumenteras. Dokumenteringen kan läsas också i efterhand om man t.ex. vill kontrollera att klienten har fått rätt vård eller om det har skett vanvård. Dokumenteringen är

således också vårdpersonalens rättssäkerhet. Klientdokumentationen är formella dokument. (Anttila et al. 2005 s. 62-66)

Samtidigt som vårdpersonalen har tystnadsplikt är det viktigt att informationen fungerar så att patienten får en så god vård som möjligt (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008 s.150-151). Det bör finnas en öppen information mellan olika instanser och vårdgivare för att kunna säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten (Haag & Karlsson 2002 s. 127-128)

I patientens dokumentation bör det antecknas vem som får informeras och om vad. Dessutom ska det tydligt framgå om patienten har sagt att man inte får ge ut någon information om patienten. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008 s. 150-151)

Arbetet inom social- och hälsovården är ett multiprofessionellt arbete och klienten kan få vård och service från olika institutioner. Ett gemensamt databassystem skulle då underlätta informationens gång, kommunikationen och planeringen av vården, men alltid är det inte möjligt (Anttila et al. 2005 s. 62-66)

Den dagliga dokumenteringen varierar mellan olika verksamhetsställen beroende på vad som är relevant, t.ex. det man dokumenterar på en akut avdelning skiljer sig från vad man dokumenterar i hemvården (Anttila et al. 2005 s. 62-66)

Hemvårdens klienter har ofta t.ex. ett häfte för meddelanden för att underlätta kommunikationen mellan vårdaren och de anhöriga. I häftet kan vårdaren anteckna hur klienten mår och vilka vårdåtgärder som gjorts o.s.v. Varje verksamhetsenhet bör utforma ett eget system för att kommunikationen ska kunna fungera fritt. Grunden för en god kommunikation i vårdarbetet är en konfidentiell vårdrelation. (Anttila et al. 2005 s. 62-66)

Man kan konstatera att dokumenteringen i hemvården är relevant för patientsäkerheten. I hemvården, så som på alla andra vårdenheter, är tempot högt, personalombytet stort och det är omöjligt att en och samma vårdare alltid skulle ha hand om samma patient. Trots att man på många ställen också använder sig av muntliga rapporter som förbättrar kommunikationen mellan skiftena är vårdarna också människor och kan glömma. Då är det enkelt för vårdaren att läsa i dokumentationen för att förstärka minnet. Den skriftliga

dokumentationen har en stor och framför allt viktig roll för kommunikationen inom vården.

3 LITTERATURÖVERSIKT

I tidigare litteratur kommer det fram att hemvårdsklienternas trygghet avgörs långt av klientens, personalens och de anhörigas säkerhet. För att kunna trygga patientsäkerheten bör man se klienten och hennes anhöriga som en helhet. Enligt Lang et al. (2006) grundar sig patientsäkerheten på sambandet mellan olika händelser; klientens möjligheter till hemvårdens tjänster, klientens och de anhörigas medverkande i vårdteamet, det etiska perspektivet i de dagliga frågorna inom hemvården och hur mänskliga faktorer i användningen av metoder och tekniker i hemmet observeras.

Klienternas och deras anhörigas kognitiva funktioner är av stor betydelse då man beaktar behovet av hemvård. Genom samarbete och koncentration kan en säker hemvård förverkligas. Andra faktorer som inverkar på en lyckad hemvård är en fungerande miljö, karaktären av hemvårdens uppgifter, vilka metoder och anläggningar som används och finns till förfogande och klientens sociala nätverk. (Lang et al. 2006 & Henriksen et al. 2009)

Hemvårdspersonalen kan förhindra klara hot mot patientsäkerheten och vårdens kvalitet genom att välja vårdens komponenter så att man tar i beaktande klientens och vårdpersonalens styrkor och svagheter och genom samarbete mellan de olika parterna. Genom att undersöka en större helhet och hur sambandet mellan hemvårdssystemet och mänskliga faktorer påverkar varandra kan man se djupare i de sätt som används för att förbättra kvaliteten och säkerheten. (Henriksen et al. 2009)

Dålig kommunikation och dåligt teamarbete hör ihop med brister i patientsäkerheten. Ofta är patientsäkerheten en del av organisationens målsättningar men vanligtvis förverkligas inte länken som stöder patientsäkerheten mellan ett effektivt teamarbete och kommunikationen. Organisationerna hade fastställt ledare men ledarna hade för lite resurser eller tid för att försvara nya initiativ. Redskapen för det befintliga teamarbetet och

kommunikationen är inte tillräckligt specifika och gäller inte alltid hela avdelningen eller alla arbetstagare. (Beard & Winfield 2011)

Patientsäkerheten förbättras genom ett bra teamarbete och kommunikation. Utmaningen med ett effektivt teamarbete och en effektiv kommunikation finns i organisationens kultur och uppbyggnad, arbetsplatsens kultur, utbildning och resurser samt hälsovårdens karaktär. Idag sätter kulturen och organisationerna värde på en effektiv teamarbete- och kommunikationsplan som stöder patientsäkerheten. I litteraturen framkom också att trots att teamarbete och kommunikation var bekanta koncept inom organisationen diskuterades det inte öppet om kommunikation och teamarbete som ett mål eller som en del av patientsäkerheten. Ledningen hade inte alltid samma prioritering av ett effektivt teamarbete och kommunikation som arbetstagarna. De bästa linjedragningarna fanns i organisationer var utbildningen var fokuserad och vars ledare uppmuntrade och stödde teamarbete och kommunikation. (Beard & Winfield 2011)

I en studie om landstingens patientsäkerhetsarbete i Sverige ville man ta reda på vilka faktorer som är viktiga för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet och vilka som är viktiga för att uppnå ökad patientsäkerhet i framtiden. Enligt respondenterna har man uppnått nivån på patientsäkerheten genom att bl.a. genomföra händelse- och riskanalyser, rapportera och analysera avvikelser och risker, interna diskussioner med landstings- och regionledning, verksamhetschefer, vårdpersonal m.fl. och åtgärder för minskad antibiotikaförskrivning. För att uppnå ökad patientsäkerhet i framtiden borde man enligt respondenterna fokusera på en förbättrad organisationskultur som uppmuntrar rapportering och undviker skuldbeläggande, bättre kommunikation mellan vårdpersonal och patienter, bättre kommunikation mellan vårdpersonal, införande av patientsäkerhetskunskap som ett obligatoriskt inslag i grundutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal och en förbättrad infektionskontroll och förbättrad handhygien. (Roback et al. 2012)

För att förbättra kommunikationen kom man i Beards & Winfields (2011) forskning fram till att det behövs linjedragningar för teamarbetet och kommunikationen i samband med patientsäkerheten och ett kvalitativt initiativtagande så att man kan minimera de tävlande prioriteterna. Det behövs också befintliga resurser, tid och bevis på betydelse-

fullheten, fördelarna och resultaten (forskningsresultat och nyttograden av dem). Det krävs också förbindelse på alla nivåer i organisationen. Man föreslår en utbildning som riktar sig till varje arbetstagare som innehåller de centrala färdigheterna för kommunikation och teamarbete och färdigheter för att använda sig av dem i arbetslivet. Utbildningens karaktär borde vara flexibel, anpassad och integrerad i existerande program eller utbildningar men inte på ett sådant sätt att det bringar mera arbete åt deltagarna. Forskningens resultat visar att referensramen och utbildningsprogrammen delar samma mål för att förbättra patientsäkerheten genom att optimera människans kapacitet och genom att minska mänskliga fel och misstag.

I en forskning gjord av Perälä et al. (2003) granskade man klienters hemförlovingar speciellt ur en synvinkel på kontinuiteten i vården och tjänsterna. I forskningen framkommer att hälften av klienterna hade åkt från hemmet till hälsocentralen och 2/3 hemförlovades från hälsocentralsjukhuset. Över hälften av klienterna hade med sig en ledsagare och de nödvändiga dokumenten, som vårdmappen, recepten och remisserna, då de åkte iväg till sjukhuset. Ungefär hälften av de klienter som åkte till universitets-, central- och distriktssjukhus förflyttades för fortsatt vård till hälsocentralsjukhus och hemförlovades därifrån. Sammanlagt över en tredjedel av klienterna bytte vårdplats under vårdperioden; 4/5 en gång och 1/5 minst två gånger.

Enligt Lapveteläinen et al. (2006) har största delen av hemvårdspersonalen klientens recept, läkemedelslista, den skriftliga vård- och serviceplanen och ett häfte för meddelanden för att underlätta det praktiska till sitt förfogande under hembesöket. Inom hemvården använder man sig minst av socialarbetarens och fysioterapeutens dokument.

Forskning visar att det är utmanande att planera hemvården eftersom samarbetet och informationsväxlingen mellan klienten, hemvården och de anhöriga är för knapp. De centrala problemen inom vårdkontinuiteten är brister i informationsväxlingen. Informationen gällande klientens vård och service går inte obehindrat vidare från en vårdplats till en annan och hemvården är ofta tvungen att agera med bristfällig information om klienten när informationen blir oförmedlad. Hemvården upplever också att man inte utnyttjar samarbetsmöjligheterna mellan den egna verksamhetsenheten och sjukhuset tillräckligt effektivt. (Perälä et al. 2003 och Perälä et al. 2006)

Oftast är personalen i hemvården nöjd med den information de får från sjukhuset gällande klienten vid hemförlovningar. En stor del av informationen är aktuell och fås alltid vid behov. Det visade sig att man önskar mera information om vården på sjukhuset, vården av sjukdomen och servicebehovet hemma. (Lapveteläinen et al. 2006 och Perälä et al. 2006)

Det finns ett behov av mera forskning om säkerheten i hemvården (Lang et al. 2006).

4 TEORETISKT PERSPEKTIV

I det här kapitlet redogör skribenten för det teoretiska perspektivet för studien.

4.1 Patientsäkerhet

Enligt lagen om patienters ställning och rättigheter har varje individ som permanent bor i Finland rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans/hennes hälsotillstånd förutsätter utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som hälso- och sjukvården har tillgång till. Var och en har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet utan att hans eller hennes människovärde kränks. Vården ska också ordnas så att patientens övertygelse och integritet respekteras. (Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992). Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på ett behörigt sätt. (Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010 § 8)

Enligt Eriksson (1994 s. 102) är vårdandets uppgift att hjälpa människan leva ett gott och värdigt liv trots lidande och sjukdom och att på alla möjliga sätt lindra lidandet.

Vården baserar sig på vårdprinciper och ska vara logisk. Med vårdprinciper menas allmänt godkända grunder som besluten baserar sig på. Grunderna hjälper att förstå verksamheten och hitta lösningar på vardagliga praktiska problem inom vården. Vårdandets grundprinciper kan delas in i bl.a. individualitet, säkerhet, självständighet, kontinuitet, helhet, rättvisa, ekonomiska aspekter och ansvarsfullhet. (Anttila et al. 2005 s. 45-50)

En trygg och säker vård innebär enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008 s. 124) att vårdaren skyddar den sårbara och att patienten ska känna att han/hon är fysiskt, psykiskt och socialt trygg, ”att vara i goda händer”. Vården ska ske på ett sådant sätt att vanvård inte förekommer och att vården inte leder till patientskador.

Patientsäkerhet definieras som de principer och funktioner som organisationen och individerna inom hälso- och sjukvården följer och som är menade att garantera säkerheten i vården och skydda patienten mot skador. Patientsäkerheten utgör en del av vårdens kvalitet och omfattar läkemedels-, vård- och utrustningssäkerhet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Svenska akademiens ordlista (SAOL) definierar inte patientsäkerhet som ett ord, men SAOL definierar ordet **patient** som ”*en sjuk person som föremål för vård el. behandling*” och ordet **säkerhet** som ”*pant eller borgen*”.

Grunden för hälso- och socialvårdens kvalitet är patientsäkerheten. Man utnyttjar de resurser man har tillgång till på bästa möjliga sätt och vårdar på rätt sätt i rätt tid. Då man ger en säker vård används effektiva metoder så att man inte förorsakar patienten onödiga skador och onödigt lidande. Enligt social- och hälsovårdsministeriet innebär patientsäkerhet från patientens synvinkel att han/hon får nödvändig och rätt vård. Ifall det förekommer negativa följder så är följderna de minsta möjliga. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009a)

4.2 Främjandet av patientsäkerheten

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för beredningen av lagstiftningen som gäller patientsäkerhet. Den riksomfattande utvecklingen och koordineringen av patientsäkerheten sköts av de ämbetsverk och inrättningar som är underställda social- och hälsovårdsministeriet. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2012)

Institutionen för hälsa och välfärd (THL) har som uppgift att utveckla instrument och arbetssätt för patientsäkerheten, följa med hur patientsäkerheten utvecklas med hjälp av

nationella mätinstrument, främja forskningen inom patientsäkerheten och delta i det internationella samarbetet i branschen. Dessutom hör främjandet av det nationella samarbetet mellan social- och hälsovårdsorganisationerna och att stödja verkställandet av patientsäkerhetsstrategin i praktiken och etablera den i verksamhetsenheterna till THL:s uppgifter. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009a)

Social- och hälsovårdsministeriet menar att patientsäkerheten främjas av en positiv och uppbyggande verksamhetskultur där man inte väcker onödiga skuld känslor för eventuella misstag (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

Enligt Haag & Karlsson (2002 s. 125-127) krävs det realistiska, mätbara, korta och exakta mål för att kunna arbeta med kvalitetsutveckling och främjandet av patientsäkerhet. Bristande kvalitet inom verksamheten leder till ekonomiska förluster och risken för felbehandling ökar.

Genom att koncentrera sig på att minska skadorna på patienter, bedöma och granska servicesystemet och avlägsna riskerna kan man bäst garantera patientsäkerheten. Det är alltså inte ändamålsenligt att fokusera på enskilda anställda och fel. Patientsäkerheten främjas också av att man ständigt utvecklar verksamheten, har ett multiprofessionellt verksamhets sätt och ett öppet arbetsklimat. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009a)

Patienterna och de anhöriga är också aktivt medverkande i främjandet av patientsäkerheten. Patientsäkerheten gynnas av att man behandlar olika eventuella situationer i förväg och lär sig av den egna verksamheten och av andras verksamhet. Man utför teamarbete och följer en gemensam överenskommen praxis som baserar sig på forskning och erfarenhet. Även ledningen är engagerad för en bästa möjliga patientsäkerhet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

Social- och hälsovårdsministeriet har gjort upp en förordning som stöd till hälso- och sjukvårdslagen gällande uppgörande av en plan för kvalitetsledning och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I förordningen framkommer att planen ska innehålla bl.a. nödvändig tillgång på service, vårdkedjor, läkemedelsbehandling, personalens arbetsfördelning och kompetens, informationssystemen och anteckningar i journalhandlingar samt

informationsutbytet inom verksamhetsenheterna och mellan dem. (Social- och hälsovårdsministeriet 2011)

Organisationens ledning har ansvar för patientsäkerheten och förutsättningarna för patientsäkerheten i verksamhetsenheterna och det ansvaret kan ledningen inte delegera. Ledningen har huvudansvaret för riskberedskapen och för att analysera säkerhetsrisker. Ledningen ska garantera att arbetsförhållandena är sådana att man kan ge en säker vård och att personalstyrkan och kompetensen är tillräcklig. När ledningen gör beslut, också ekonomiska beslut, ska de bedömas med tanke på patientsäkerheten. Att främja patientsäkerheten är en kostnadseffektiv verksamhet. Ledningen ska iaktta patientsäkerheten i hela verksamheten. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009a)

4.3 Patientsäker dokumentation

Enligt handboken om patientsäkerhet (Institutionen för hälsa och välfärd 2012 s. 26-27) påverkas patientsäkerheten i dokumentationen av dokumentationen av basuppgifter och väsentliga uppgifter om vården för varje servicehändelse. Till väsentlig information hör bl.a. anamnes, status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos, slutsatser, planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet och slututlåtande.

I patientens basuppgifter bör finnas uppgifter om patientens namn, socialskyddssignum, hemkommun och kontaktuppgifter. Verksamhetsenhetens namn för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utövar sitt yrke självständigt ska uppges. Namnet och dennes ställning samt tidpunkten för när anteckningen är gjord ska alltid uppges. Av alla uppgifter som har inkommit ska det framgå när och varifrån de har kommit. Om det är frågan om en minderårig patient ska alltid vårdnadshavarnas eller annan laglig företrädarens namn och kontaktuppgifter finnas eller om det har utsetts en laglig företrädare för en myndig patient ska företrädarens namn och kontaktuppgifter finnas med. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009b)

Patientsäkerheten i dokumentationen påverkas också av anteckningar om sjukdomsförloppet, genomförandet av vården, risker, skadliga verkningar av vården och misstänkta

skador. Då vården avslutas ska ett slututlåtande sammanställas inom fem dagar. Slututlåtandet är ett redskap för säkrandet av kommunikationen, uppföljningen av patienten och för fortsatt vård. Också åtgärder som begränsar patientens självbestämmanderätt ska antecknas. (Institutionen för hälsa och välfärd 2012 s. 26-27)

5 METOD OCH MATERIAL

Enligt Eriksson (2001 s. 13-23) är vetenskapens uppgift att förbättra världen; göra den bättre, vackrare och skönare. Målet för vetenskapen är att närma sig kärnan, det sant varande i den aktuella verkligheten. Människovetenskapernas uppgift är att förbättra människans existentiella villkor, att lindra det mänskliga lidandet. Vårdvetenskapen ska formas på en humanvetenskaplig grund, men det innebär inte att den helt skulle förbise naturvetenskapen.

Enligt Bjereld et al. (2007 s. 103-105) vilar metodvalet och metoddiskussionen på metodologiska överväganden. De menar att metodologin är de principer och det tänkande som är grunden för hur man arbetar. Dessutom utgör metodologin bryggan mellan vetenskapsteoretiska antaganden och valet av metod. Metoden ska utvärderas enligt hur ändamålsenlig den är för besvarandet av frågeställningarna.

Skribenten har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie och använda sig av innehållsanalys eftersom det redan finns en del forskat inom patientsäkerheten. Materialet består av både kvalitativa och kvantitativa forskningar.

En litteraturstudie kan bestå av kvalitativt och kvantitativt material. Litteraturstudien sammanfattar det material som redan finns men kan också hitta nya perspektiv i tidigare forskning. Syftet kan också vara att hitta områden för vidare forskning. Man sammanställer materialet genom att läsa allt material noggrant flera gånger. Man bildar huvudkategorier med liknande teman och ord som förekommer i flera artiklar som man sedan kan dela in i underkategorier. Kategorierna är förenklingar och sammanfattningar av de teman man har bildat. Med hjälp av kategorierna och innehållet i dem kan man komma fram till ny kunskap. (Jacobsen 2007 s. 139-140)

Innehållsanalysen är en känd och använd metod inom vårdforskningen. Innehållsanalysen är ett ganska otydligt begrepp och kan innebära olika slags metoder. Man använder innehållsanalysen för att vetenskapligt analysera skrivet, dokumenterat, uttalat eller symboliskt framställt material. Enligt Eriksson kan innehållsanalysen som metod användas på flera olika sätt. Eriksson menar att analysen kan riktas mot olika områden i innehållet och att man t.ex. kan beskriva innehållet och strukturen av kommunikationen eller också dra slutsatser om innehållet eller den som har framställt materialet. (Eriksson 1992 s. 280-281)

Jacobsen igen behandlar innehållsanalysen som en kvalitativ metod och menar att innehållsanalysen är en variant av sanningen. Dokumentationen kan vara enbart text men oftast består den av statistik och sifferuppgifter. Med dokumentation menar man artiklar, böcker, intervjuer och annat skriftligt material. (Jacobsen 2007 s. 114-115)

För att få fram material gjorde skribenten sökningar på databaserna Cinahl och Academic Search Elite. Sökord som användes var home health care, documentation, nursing practice, patient safety, care quality, nursing records och patient records i olika kombinationer. Även andra databaser och sökord användes men de gav inga användbara resultat. Avgränsningar gjordes för att begränsa mängden material enligt följande:

Inkluderingskriterier

- Tillgänglig i fulltext
- Forskningsartikel

Exkluderingskriterier:

- Litteraturöversikter
- Publicerad före år 2003

Tabell 1 presenterar litteratursökningen

Datum	Databas	Sökord	Avgränsning	Antal träffar (valda artiklar)	Valda artiklar
5.5.2013	Cinahl	Home health care, documentation	Fulltext, peer reviewed	25 (1)	Hellesø 2006
5.5.2013	Cinahl	Documentation, nursing practice	Fulltext, peer reviewed	237 (3)	Stevenson & Nilsson 2012, Müller-Staub et al. 2007, Fogelberg Dahm & Wadensten 2008
7.5.2013	Cinahl	Documentation, patient safety	Fulltext, peer reviewed	134 (1)	Björvell et al. 2003
7.5.2013	Cinahl	Documentation, care quality	Fulltext, peer reviewed	215 (4)	Paans et al. 2010 Voutilainen et al. 2004 Cheevakasemook et al. 2006 Vainiomäki et al. 2008
8.5.2013	Cinahl	Nursing records, home health care	Fulltext, peer reviewed	11 (2)	Jordan et al. 2009 Ehrenberg et al. 2004

8.5.2013	Cinahl	Nursing re-cords, care quality	Fulltext, peer reviewed	48 (1)	Törnvall & Wilhelmsson 2008
9.5.2013	Cinahl	Patient records, patientsafety	Fulltext, peer reviewed	12 (1)	Stevenson & Nilsson 2012
9.5.2013	Academic Search Elite	Home health care, documentation	Fulltext, peer reviewed	58 (1)	Gjevjon & Hellesø 2010
9.5.2013	Academic Search Elite	Documentation, nursing practice	Fulltext, peer reviewed	264 (2)	Yeung et al. 2012 Friberg et al. 2006

Avelin & Lepola 2008 hittades via en källförteckning och den fanns tillgänglig via Google Scholar. 17 artiklar och studier analyserades. Materialet presenteras i bilaga 1.

6 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

Arbetet är gjort efter Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis som grundar sig på de riktlinjer Forskningsetiska delegationen i Finland har utfärdat år 2002. Arbetet är en litteraturstudie och har därmed inte direkt att göra med människor och kan alltså inte skada undersökningspersoner. Skribenten har i arbetet tagit hänsyn till andra forskares arbeten och resultat på ett korrekt och respektfullt sätt och gett resultaten det värde och den betydelse det har. Skribenten har skrivit arbetet ärligt med omsorgsfullhet och noggrannhet. (Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis).

7 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

I och med att människan lever allt längre och helst vill leva i det egna hemmet så länge som möjligt, kommer också hemvården att få en allt större roll i hälsovårdssystemet i framtiden. Staten och kommunerna ser också gärna att de äldre lever sitt liv hemma än på någon anstalt, både med tanke på humanitet och ekonomi. Det egna hemmet är det ställe man har känt sig trygg i och den miljön man känner bäst.

Syftet med examensarbetet är att ta reda på betydelsen av dokumentationen för en patientsäker hemvård. Med det här arbetet vill skribenten kunna svara på följande frågor:

1. Vad ska dokumentationen innehålla för att bidra till en god patientsäkerhet?
2. Hur bör dokumentationen ske i hemvården?

8 RESULTAT

Allt som allt har ca 120 artiklar och forskningar granskats. Då sökningen gjordes på de olika sökorden ögnades rubrikerna igenom i resultatet av sökningarna och ifall rubriken till forskningen verkade intressant för arbetet sparades forskningen för att senare läsas noggrannare. De sparade forskningarna ögnades sedan igenom med arbetets frågeställningar i baktanke. Ifall forskningens innehåll inte hade med ämnet att göra sattes den i en hög, ifall den hade lite att göra med området sattes den i annan hög och ifall forskningen hade direkt med ämnet att göra sattes den i en tredje hög. Efter det ögnades forskningarna igenom en gång till för att komma fram till vilka forskningar som kommer att analyseras och vilka inte. I vissa fall konstaterade skribenten redan efter att ha läst abstraktet att forskningen inte är till någon nytta för arbetet och i vissa fall lästes hela forskningen igenom noggrant. De valda forskningarna lästes igenom ännu en gång och då streckades sådana aspekter under i texten som svarar på frågeställningarna. Sedan ordnades de understreckade orden och meningarna med liknande teman i olika kategorier som sedan bildade två huvudkategorier. Då kunde det konstateras att direkta svar till frågeställningarna inte kommer att hittas i materialet. Därmed valde skribenten att göra en latent innehållsanalys.

I en latent innehållsanalys gör forskaren en tolkning av den underliggande mening som återkommer i texten som helhet. Alltid blir det någon form av tolkning med den kan vara mer eller mindre djup. (Graneheim & Lundman 2004)

8.1 Analys

Ur materialet steg det upp två kategorier, dokumentationens innehåll och metoder som inverkar på dokumentationen.

8.1.1 Innehåll

Regelbunden utvärdering av vårddokumentationen för att samla in information om vårdkvaliteten är sällsynt i Finland. Den professionella vården måste ha vissa standarder för dokumenteringen. (Voutilainen et al. 2004). Standarden på journalerna nådde inte kraven i lagstiftningen. Endast 1/5 av journalerna som Vainiomäki et al. (2008) granskat betraktades ha god kvalitet med tanke på den allmänna informationen. 1/5 betraktades vara av dålig kvalitet och resten betraktades som nöjaktiga. Kvaliteten på journalerna verkar ha ett samband med att de elektroniska patientjournalssystemen togs i bruk men systemet har inte inverkat på kvaliteten på vården enligt patienterna och allmänläkarna. Genom en granskning av patientjournaler var det möjligt för Cheevakasemsook et al. (2006) att visa brister i kontinuiteten och tillförlitligheten av dokumentationen. Sjukskötaren måste kunna lita på att den som dokumenterat har gjort det noggrant och rätt. Kvaliteten på dokumentationen är helt klart en förutsättning för vårdkontinuiteten och patientsäkerheten. I litteraturen framkom också att dokumentationen ibland användes för att kontrollera att sjukskötaren gör det hon ska göra. Kvaliteten på dokumentationen lider eftersom det enbart dokumenterats vad som utförts och effekten och resultatet av vården kommer inte fram.

Sjukskötarnas dokumentation av diagnoser och ingrepp verkar vara otydlig och oklar medan inskrivningen, framstegen och vårdresultaten verkar vara mera tydligt dokumenterade. Ett allmänt problem var att endast den fysiologiska aspekten av vården var dokumenterad trots att vårdplanen också innehöll andra aspekter, t.ex. sociala behov. Den skrivna informationen om patientens kognitiva förmåga var bristfällig i vart fjärde vårdokument (Voutilainen et al. 2004). De sociala och själsliga behoven i vården är minst lika viktiga som de fysiologiska för en människa både i den kortvariga och den långvariga vården. Dokumentationen av helheten är viktig för vårdens kvalitet och patientsäkerheten eftersom människan är en helhet.

I fråga om vårdplaner kunde konstateras att $\frac{3}{4}$ hade en uppdaterad vårdplan och de övriga hade endera ingen vårdplan alls eller hade en plan som inte var uppdaterad (Voutilainen et al. 2004). Det framkom att det var sällsynt med vårdplaner och att det fanns inga fullständiga journaler som innehöll problembeskrivning, problemanalys, vårdmål, planerade och förverkligade ingrepp och vårdresultat (Ehrenberg et al. 2004). Utan en vårdplan kan inte en patientsäker vård tillämpas. Vårdaren behöver veta vilka behov den enskilda patienten har, vilken vård patienten behöver och vad man strävar till i vården för att kunna utföra en patientsäker vård. Vårdplanen behöver uppdateras regelbundet för att garantera att vården är av hög kvalitet. Vårdmålen hålls också realistiska och patientsäkerheten höjs.

Patientjournalerna innehåller varierande nivåer av noggrannhet. De innehåller oklar, bristfällig, fel, föråldrad, ofullständig, oändamålsenlig och orelevant information. De innehåller inte tillräckligt adekvat information för att användas på det sätt de borde och som de skulle kunna användas till.

All information var inte dokumenterad i journalen utan en del använde separata listor för t.ex. tarmfunktion istället för att dokumentera i den formella journalen (Voutilainen et al. 2004). Att dokumentera på andra ställen än i patientjournaler är en stor patientsäkerhetsrisk. Separata papperslappar och –listor kan lätt försvinna och om det är enda stället som dokumentationen är gjord på så är informationen borta. Vid förflyttningar eller intagningar på sjukhus brister informationen ifall all information inte är dokumenterad i patientjournalen.

I journalen hade man gett stort utrymme för noggrann dokumentation av medicinsk fakta och givna läkemedel. Viktiga aspekter gällande läkemedelsuppföljning hade man inte dokumenterat i journalerna, en stor del hade inte blodtryck, puls eller vikt dokumenterad. Att dokumentera receptfria läkemedel i journalen var mycket sällsynt. Då uppföljningen av vården inte dokumenteras är det svårt att veta hurdan effekt vården har. I en del av dokumentationen var dokumenteringen av specifika problem bristfällig och därför kunde man bara följa med en del av vårdprocessen (Ehrenberg et al. 2004)

Sämst dokumenterat var handledning om främjandet av patientens hälsa, kännedom om sjukdomen, kroppsvikt och patientens förmåga att klara sig hemma. Ifall man inte dokumenterat kan man inte veta om patienten fått den vård den behöver och måste man anta att ingen har gett information åt patienten eller att t.ex. vikten inte har mätts.

Noggrann uppföljning av dokumentationen borde göras under tiden då man inför ett elektroniskt journalsystem och användarnas åsikter bör tas i beaktande då systemet utformas så att systemet fungerar i praktiken och är patientsäkert. När systemet är logiskt och praktiskt uppbyggt underlättas dokumenteringen och sjukskötaren kan koncentrera sig på dokumentationens innehåll och kvalitet. Den genomsnittliga elektroniska dokumentationen var betydligt längre än pappersdokumentationen (Yeung et al. 2012). Om det beror på att texten innehåller färre förkortningar och därmed är tydligare eller om det beror på att texten innehåller mera information framkommer inte i forskningen. Om den elektroniska dokumentationen innehåller färre förkortningar av ord och därför är längre kan det tolkas som att texten är mera patientsäker. Ifall dokumentationen innehåller mera väsentlig information kunde det också tolkas som att vara mera patientsäker, men om journalen innehåller mera oväsentlig och orelevant information blir det svårare att hitta den relevanta och viktiga informationen och gör dokumenteringen mindre patientsäker.

Det blev tydligt att det fanns olika uppfattningar om var olika typer av information skulle dokumenteras, det var svårt att skriva in och hitta väsentlig information om t.ex. temperatur, blodtryck, puls och andningsfrekvens i den elektroniska patientjournalen. Väsentlig information, som t.ex. mediciner och vitala tecken, dokumenterades på alla tre möjliga ställen eller också hade man valt att inte använda sig av formulären alls utan dokumentera enbart i texten. (Stevenson & Nilsson 2012, Cheevakasemsook et al. 2006). Då information om blodtryck och annan vital information inte är lättillgänglig kan patientsäkerheten äventyras. Klara och tydliga direktiv om på vilka ställen information dokumenteras borde komma från organisationen, så att dokumentationen skulle vara enhetlig och informationen är lätt att hitta. Dokumentationen innehöll oändamålsenliga formulär som ledde till att dokumentationen blev upprepande och tidskrävande. (Vainiomäki et al. 2008, Cheevakasemsook et al. 2006, Avelin & Lepola 2008)

Formulären i journalen var olika, t.o.m. inom samma enhet (Ehrenberg et al. 2004). Informationen kan också vara dokumenterad på fel ställe eller tillgängligheten av informationen kan vara förhindrad (Avelin & Lepola 2008)

Sjukskötarna använder ett kortfattat professionellt språk som innehåller få verb, tekniska termer och uttryck som ibland är svåra att förstå. Det ger ett intryck över att sjukskötaren har en objektiv inställning och beskriver enbart fakta. Den som läser har kanske svårt att uppfatta det relevanta i dokumentationen och viktig information om vården kan förloras. Man antar att sjukskötaren som är ansvarig för uppföljningen ska veta vad texten betyder. Att anta att den som är ansvarig för uppföljningen vet vad någonting betyder är en direkt patientsäkerhetsrisk. En dokumentation som är skriven på ett professionellt språk och som innehåller många tekniska termer kan också vara svår för patienten och de anhöriga att förstå. För patientsäkerheten är det viktigt att patienten är delaktig i sin vård och kan ta del av det som dokumenterats. Sjukskötaren har ett ansvar över att ge information och försäkra sig om att patienten verkligen har förstått den information och vård han/hon får.

I vården kan vårdaren inte ta för givet att patienten har kännedom och information om sin situation eller om sin sjukdom. Det hör till sjukskötarens ansvar att handleda och ge information åt patienten och framför allt att göra patienten delaktig i vården.

Dokumentationen beskrev mest hur sjukskötarna utförde sitt arbete, patientens läge och situation beskrevs lite (Törnvall et al. 2004). Journalerna är oftast ordnade och skrivna kronologiskt. De är ofta skrivna i förfluten tid, utan någon logisk struktur enligt vårdprocessen och är inte problembaserat dokumenterade. (Gjevjon & Hellesø 2010, Paans et al. 2010, Friberg et al. 2006, Ehrenberg et al. 2004)

Det visade sig att en stor del av arbetstiden går åt till bl.a. vårddokumentering och genomgång av patientjournaler (Cheevakasemsook et al. 2006). En bra dokumenterad och skriven vårddokumentation kan ersätta den muntliga rapporteringen vid skiftbyten och på det sättet finns det mera tid för vården av patienten (Törnvall et al. 2004, Björvell et al. 2003). När dokumentationen är lätt tillgänglig, tydlig och väsentlig behöver vårdaren inte söka efter den information som den är ute efter och sparar på det sättet värdefull tid.

8.1.2 Metod

Det fanns olika uppfattningar om vad som krävdes juridiskt och yrkesmässigt av dokumentationen. Sjukskötarna ansåg att de inte hade fått lämplig utbildning för dokumentering och att ingen övervakade dokumenteringen. Majoriteten ansåg att de till viss grad hade kunskap om dokumentationsförfarandet för att kunna dokumentera vården noggrant (Björvell et al 2003) men det framkom också att man inte visste hur man skapar en vårdplan (Cheevakasemsook et al. 2006). Om sjukskötaren inte har kunskap om hur en vårdplan skapas finns det inga gemensamma mål i vården eller sätt att genomföra vården på. Kvaliteten och tillförlitligheten på dokumentationen lider ifall sjukskötaren inte har den kompetens som behövs för att dokumentera.

Det framkom också att sjukskötarna är tvivelaktiga och har brist på motivation och förtroende angående sin dokumentering. Sjukskötarna ansåg att hindret för en effektiv dokumentering var begränsade möjligheter till handledning och utbildning. Begränsad sjukskötarcompetens, motivation och förtroende var faktorer som påverkade dokumentationssystemet. Också en orolig arbetsmiljö påverkar dokumentationen. Ifall sjukskötaren måste avbryta sin dokumentering kan det lätt hända att väsentlig och viktig information om vården blir odokumenterad.

Dokumentation enligt omvårdnadsprocessen anses vara av god kvalitet eftersom den har en logisk struktur (Gjevjon & Hellesø 2010)

Eftersom dokumentationen verkar vara otydlig och oklar kunde effektiva dokumentationssystem som stöder sjukskötarna i dokumenterandet vara till hjälp (Paans et al. 2010). Betydelsefulla förbättringar i kvaliteten på vårddokumentationen av vårddiagnoser, ingrepp och vårdresultat hittades efter att man införde en planerad utbildning. Undervisande åtgärder stöder sjukskötaren i att förbättra dokumentationen. (Müller-Staub et al. 2007). Användandet av formulär vid dokumenteringen hjälper sjukskötarna att fokusera på det viktiga och väsentliga och det leder till högre kvalitet på dokumenteringen. Genom att utveckla bättre modeller för dokumenteringen kan man garantera en bättre kvalitet på dokumentationen och därmed också en bättre patientsäkerhet.

Sjukskötarna har för det mesta en positiv attityd till standardiserade vårdplaner och standardkvalitet i den kliniska vården. Standardiserade formulär har en vägledande roll och stöder sjukskötarna i den dagliga dokumentationen. Standardiserade vårdplaner minskar tiden som läggs ner på dokumentationen och minskar den onödiga dokumentationen. Genom att minska på den onödiga dokumentationen blir det lättare att hitta det väsentliga gällande vården. Standardiserade vårdplaner höjer också vårdteamets möjligheter att erbjuda samma grundvård och en vård av hög kvalitet och underlättar därmed också sjukskötarens arbete.

Enligt sjukskötarna förtydligades dokumentationen av åtgärder och ingrepp, informationens kvalitet förbättrades och patientsäkerheten ökade genom omvårdnadsdokumenteringen. Enligt sjukskötarna höjer en bra vårddokumentation patientsäkerheten. (Törnvall et al. 2004, Voutilainen et al. 2004, Björvell et al. 2003, Stevenson & Nilsson 2012)

Ifall vårddokumentationen inte är korrekt och adekvat är det en stor risk för patientsäkerheten, välmåendet och vårdkontinuiteten. Speciellt på avdelningar där sjukfrånvaron är hög kan det finnas flera vårdare som inte har den samlade informationen om klienterna.

I och med den elektroniska dokumentationen har patientsäkerheten i dokumentationen troligtvis höjts en hel del. Ett positivt resultat av den elektroniska dokumentationen är fördelen med snabbare rutiner och speciellt tillgången till relevant information (Stevenson & Nilsson 2012). Det framkom också att i och med den elektroniska dokumentationen hade sjukskötarna inte längre problem med oläsbar handstil på t.ex. läkemedelsordinationer och de kunde vara säkra på att de ger rätt medicin och rätt dos, vilket ledde till att färre fel förekom. En del av sjukskötarna kände sig mera säkra i och med att det fanns en direkt länk till apoteket i journalen så att det fanns en grad av intern kontroll (Stevenson & Nilsson 2012)

För att vårddokumentationen ska kunna fylla sin uppgift som informationsförmedlare och verka som bas för en säker vård behövs mera klarhet i dokumentationen och den ska tydligt betrakta specifik vårdinformation. För att kunna garantera tillförlitligheten och noggrannheten i dokumentationen behövs det mera forskning i vilka faktorer som

påverkar dokumentationen. (Törnvall & Wilhelmsson 2008, Paans et al. 2010). Enligt Voutilainen et al. (2004) finns det ett stort behov att tänka på hur man dokumenterar i långvården i Finland.

Studier visar att sjukskötarna inte har tillräckligt med tid att utveckla och komplettera vårddokumentationen men ändå ansåg de att de hade tillräckligt med tid för själva dokumenteringen under arbetsdagen. Brist på tid inverkar direkt på hur man som sjukskötare dokumenterar. Då det är mycket som ska göras blir det lätt att man enbart dokumenterar ytligt att man har utfört sitt arbete utan att fundera djupare i patientens situation och vilka förändringar som har skett i patientens tillstånd.

8.2 Tolkning av resultaten i relation till hemvården

I det här kapitlet diskuteras dokumentationens betydelse för en patientsäker hemvård och vilka faktorer som kan påverka dokumentationen och patientsäkerheten i hemvården.

Alla aspekter som förekommer i resultatet kan tillämpas i dokumentationen i hemvården trots att patientsäkerheten till många delar kan vara olika i hemmet än på en instans.

I hemvården kan det förekomma att en del av personalen dokumenterar enbart på papper i klientens hem och en del av personalen enbart elektroniskt. Det är helt klart ett stort problem med tanke på patientsäkerheten och vårdens kvalitet eftersom information om klienten då finns på två olika ställen. Ifall dokumentationen sker i samband med eller direkt efter hembesöket krävs det mera resurser eftersom de flesta hembesöken sker på morgonen eller förmiddagen på grund av t.ex. blodprovens och medicineringens strikta tidtabell.

I framtiden kommer det troligen att gå mot en enhälligare dokumentering vad gäller pappersdokumentering och elektronisk dokumentering eftersom den generationen som är vana med att dokumentera endast på papper kommer att bytas ut mot den generationen som har blivit uppvuxna med datorer och att mycket sköts elektroniskt. I en del kommuner har hemvårdspersonalen bärbara datorer till sitt förfogande som möjliggör

åtkomsten till den elektroniska klientinformationen och många kommuner kommer säkert också med tiden att investera i bärbara elektroniska patientjournaler. I och med att man hela tiden har tillgång till dokumentationen oberoende om man befinner sig hemma hos klienten, i bilen eller på kontoret blir dokumentationen och kontinuiteten i vården mera patientsäker.

Dokumenteringen borde ske medan vårdaren ännu har hembesöket hos klienten i färskt minne. Ju längre tid det går från själva vårdtillfället desto större risk är det att väsentlig information glöms bort. Ju flera hembesök som görs under dagen desto större risk är det att väsentlig information glöms bort eller förväxlas med någon annan klient.

En stor utmaning för patientsäkerheten och dokumentationen är att det också i hemvården är många vikarier som hoppar in då någon i den ordinarie personalen är sjuk. De har naturligtvis inte automatiskt någon uppdaterad information om klientens tillstånd och vård. För att ha tillgång till de elektroniska journaldatabaserna för att läsa journaler eller dokumentera behövs användarrättigheter. Ofta då någon blir sjuk, sker det plötsligt och en vikarie måste snabbt hittas. Det är sällan användarrättigheter hinner fås så snabbt och en lösning för det här borde helt klart utvecklas för att kunna trygga dokumentationen och patientsäkerheten.

Tyvärr finns det inte alltid resurser att ge en ordentlig inkörning åt en vikarie då någon plötsligt blir sjuk av den ordinarie personalen. Därför skulle det vara viktigt att det finns tydligt i detalj dokumenterat hurdan vård en klient behöver och när vården ska ske, så att en vikarie som aldrig har träffat klienten också kan ta hand om hembesöket eller kan kontrollera ifall hon/han blir osäker. I hemvården är vårdmålen ofta långsiktiga.

I hemvården används fortfarande en hel del dokumentation i pappersform som förvaras hemma hos klienten. Dokumentationen som finns i hemmet kan ofta fungera som en kommunikationslänk mellan de anhöriga och vårdpersonalen. Ofta ser man journalmappen ligga öppen på t.ex. köksbordet och vem som helst kan bläddra eller läsa i den. Eftersom dokumentationen är sekretessbelagd borde det här inte vara möjligt men å andra sidan har klienten rätt att få tillgång till dokumentationen och se vad som skrivits. Det är också klienten som har rätt att bestämma över var dokumentationen förvaras i hemmet

och ifall hon/han vill att journalen ligger framme. Det finns också en risk för att väsentliga dokument tappas bort eller försvinner.

Resurserna i hemvården är ofta för få och sjuksköterskan är ofta överbelastad vilket ibland innebär att närvårdaren tvingas ta ett alltför stort ansvar i jämförelse till sin utbildning och kompetens, vilket kan vara en risk för patientsäkerheten.

Informationen är en viktig och central del av vårdarbetet. Arbetet sker i klientens hem, i utrymmen var det inte alltid finns tillgång till olika organisationers information. I en klients hemvård är ofta flera instanser och människor inblandade. Därför är det viktigt för vården, patientsäkerheten och hemvårdens verksamhet att informationsgången och dokumentationen är fungerande, noggrann och oavbruten.

9 KRITISK GRANSKNING

Enbart en liten del av dokumentationen finns i sin ursprungliga form, så de viktigaste valen i en innehållsanalys är vilka dokument man väljer och hur stor trovärdighet dokumenten har. Alla olika metoder har sina reliabilitets- och validitetsproblem. När man gör en innehållsanalys måste man hela tiden hålla sig kritisk till materialet man läser och analyserar. (Jacobsen 2007 s. 114-116)

Eriksson (1992 s. 283) menar att tillförlitligheten beror på hur omsorgsfullt forskaren har utfört arbetet. Vid innehållsanalysen bearbetar man oftast sådant material som någon forskare fått fram för att besvara sina egna frågor, inte de frågor som man just nu är intresserad av. Materialet är inte alltid direkta svar på formade frågor, som det kan vara vid intervju- eller enkätundersökningar. Materialets trovärdighet beror på möjligheten att återupprepa analysen och att materialet är lämpligt för just den analysen. Forskaren bör hitta en metodisk logik och svara på meningsfulla helheter som ger den slutliga meningen i resultatet.

Oftast får man bara resultatet från en enkätundersökning och då är materialet ofta gjort för det syfte som den ursprungliga forskaren hade. Det betyder att någon annan har bestämt vad som ska studeras och därmed begränsat vad man kan få ut av sekundärdata.

Man kan alltså inte alltid använda all den information som finns i materialet medan man samtidigt kanske önskar sig information som inte finns i materialet. Då man som forskare själv samlar in materialet har man en kontroll över vilka omständigheter kan påverka pålitligheten i materialet, vilken man inte på samma sätt har om man använder sekundärdata. Forskaren vet vad som är gjort och kan reflektera över pålitligheten i materialet. Då man använder sekundärmaterial är det bra om man kan få reda på hur materialet har samlats in, vem som gjort det och hur data har registrerats. (Jacobsen 2007 s. 114-116)

10 DISKUSSION

Dokumentationen är en viktig del av vården och framför allt för en patientsäker vård. En fungerande dokumentation och kommunikation möjliggör ett effektivt arbete och en god patientsäkerhet. Dokumentationen hör till sjukskötarens viktigaste dagliga arbetsuppgifter. Vårdpersonalen vet och medger hur viktigt det är för patientsäkerheten, uppföljningen och vårdkontinuiteten att dokumentera men ändå prioriteras dokumenteringen inte utan endast det allra nödvändigaste dokumenteras. Arbetet borde ordnas på ett sådant sätt att det finns tid för att göra patienten delaktig i vården, för att dokumentera djupare och tid för att reflektera över patientens behov, vård och vårdresultat.

Jag lyckades inte hitta forskningar eller artiklar som hade att göra med patientsäkerheten och dokumentationen specifikt i hemvården vilket skulle ha varit önskvärt. Sökningen skulle ha kunnat utvidgas till ännu flera databaser för att se om det skulle ha gett något resultat men p.g.a. begränsad tid gjordes det inte. Jag hade också hoppats på ett mer omfattande resultat eftersom relativt många artiklar analyserades.

I och med det här arbetet kan jag konstatera att det finns ett stort behov av mera forskning inom dokumenteringen som en del av patientsäkerheten i hemmet. Speciellt intressant skulle det vara att få veta vilken kvalitet dokumentationen i hemvården har. Annat som skulle vara intressant att veta är hur hemvårdspersonalen ser dokumentationens roll i patientsäkerheten och var dokumentationen i hemvården bör ske.

KÄLLOR

Anttila, K; Kaila-Mattila, T; Kan, S; Puska, E-L & Vihunen, R. 2005. *Hoitamalla hyvää oloa*, 5-9 uppl., 328 s.

Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Tillgänglig:

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510 Hämtad 22.3.2013.

Avelin, T & Lepola, L. 2008. *Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta*. Visamäki

Beard, P & Winfield, C. 2011. *Canadian Framework for teamwork and communication*. Canadian Patient Safety Institute.

Bjereld, U; Demker, M & Hindfors, J. 2007. *Varför vetenskap? 2:a upplagan*. 158 s.

Björvell, C; Wredling, R & Thorell-Ekstrand, I. 2003. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12. s. 206-214

Cheevakasemsook, A; Chapman, Y; Francis, K & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, s. 366-374

Ehrenberg, A; Ehnfors, M & Ekman, I. 2004. Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13, s. 90-96

Eriksson, K. 1992. *Broar – Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. 331 s.

Eriksson, K. 1994. *Den lidande människan*. Arvlöv. 115 s.

Eriksson, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. 3:e upplagan. Vasa. 80 s.

Fogelberg Dahm, M & Wadensten, B. 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2137-2145

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

Gjevjon, E.R & Hellesø, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19, s. 100-108.

Graneheim, U.H & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.

Haag, A & Karlsson, T. 2002. *Hemsjukvård*. Stockholm. 142 s.

Hellesø, R. 2006. Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15, s. 11-21

Henriksen, K; Joseph, A & Zavas-Cabán, T. 2009. The Human Factors of Home Health Care: A Conceptual Model for Examining Safety and Quality Concerns. *Journal Patient Safety*, vol. 5. Nr. 4. s. 229-236.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1326/2010. Finlex. Tillgänglig:

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> Hämtad 12.3.2013.

Iivanainen, A; Jauhiainen, M & Pikkarainen, P. 2001. *Hoitamisen taito*. Helsinki. 588 s.

Institutionen för hälsa och välfärd. 2010. *Fakta om socialvården och hälso- och sjukvården i Finland*. Tillgänglig:

<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/tasku/fakta2010.pdf> Hämtad

28.3.2012

Institutionen för hälsa och välfärd. 2011. *Klientinventering inom hemvården 30.11.2010*. Tillgänglig:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr22_11.pdf Hämtad

27.3.2012

Institutionen för hälsa och välfärd. 2012. *Handbok om patientsäkerhet*. Tammerfors. 47 s.

Jacobsen, D. I. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund. 316 s.

Jordan, S; Jones, R & Sargeant, M. 2009. Adverse drug reactions: managing the risk. *Journal of Nursing Management*, 17, s. 175-184

Kinnunen, M & Peltomaa, K. 2009. *Potilasturvallisuus ensin*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. 194 s.

Lagen om patientens ställning och rättigheter, 785/1992. Finlex. Tillgänglig:

<http://www.stakes.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785> Hämtad 28.3.2012

Lang, A; Edwards, N; Hoffman, C; Shamilan, J; Benjamin, K & Rowe, M. 2006. Broadening the patient safety agenda to include home care service. *Healthcare quarterly*, vol. 9.

Lapveteläinen, P; Grönroos, E; Turunen, H & Perälä, M-L. 2006. *Tieto- ja viestintätekniiset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana*. Stakes, rapporter 3/2006. Helsingfors.

Müller-Staub, M; Needham, I; Odenbreit, M; Lavin, M.A & van Achterberg, T. 2007. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol. 18, nr. 1.

Paans, W; Sermeus, W; Nieweg, R.M.B & Van Der Schans, C.P. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), s. 2481-2489

Pekurinen, M; Räikkönen, O & Leinonen, T. 2008. *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008*. Stakes, rapporter 38/2008. Helsingfors.

Perälä, M-L; Grönroos, E & Sarvi, A. 2006. *Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi*. Stakes, rapporter 8/2006. Helsingfors.

Perälä, M-L; Rissanen, P; Grönroos, E; Hammar, T; Pöyry, P & Teperi, J. 2003. *PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi*. Stakes, rapporter 27/2003. Helsingfors.

Roback, K; Nygren, M; Rahmqvist, M; Öhrn, A; Ruthberg, H & Nilsen, P. 2012. Strategier för en säker och ännu säkrare vård. *Läkartidningen*. vol. 109. nr 45. s. 2024-2027

Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B. 2008. *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. 187 s.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2009a. *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013*. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet 2009b. *Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar*. 30.3.2009/298. Tillgänglig:

www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298#P14 Hämtad: 20.5.2013

Social- och hälsovårdsministeriet. 2011. *Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörandet av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses* 341/2011. Tillgänglig:

www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341 Hämtad 12.3.2013

Social- och hälsovårdsministeriet. 2012. *Patientsäkerhet*. Tillgänglig:

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/halsotjanster/patientsakerhet

Hämtad 28.3.2012

Stevenson, J.E & Nilsson, G. 2012. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), s. 667-676

Svenska akademins ordlista över svenska språket. 1986, 11 uppl., Norstedts Förlag, Stockholm. 674 s.

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

Törnvall, E; Wilhelmsson, S & Wahren, L. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, s. 310-317

Vainiomäki, S; Kuusela, M; Vainiomäki, P & Rautava, P. 2008. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, s. 117-122

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

Yeung, M.S; Lapinsky, S.E; Granton, J.T; Doran, D.M & Cafazzo, J.A. 2012. Examining nursing vital signs documentation workflow: barriers and opportunities in general internal medicine units. *Journal of Clinical Nursing*, 21, s. 975-982

BILAGOR

Bilaga 1, Materialpresentation

Författare, årtal, titel	Syfte	Resultat	Kvalitativ/ kvantitativ
Törnvall & Wilhelmsson, 2008 Nursing documentation for communicating and evaluating care	Ta reda på i vilken omfattning och till vilket ändamål läkare och vårdledare använder den elektroniska dokumentationen	Vårdokumentationen användes främst till att få information om fortsatt vård. Det framkommer att det är svårt att hitta viktig information eftersom dokumentationen innehåller så mycket rutinerade anteckningar. Dokumentationen användes till statistiska uppgifter och till att utveckla vården	Kvantitativ
Törnvall et al., 2004 Electronic nursing documentation in primary health care	Beskriva och analysera elektronisk vårdokumentation	Medicinsk status och ingrepp förekom ofta i vårdokumentationen	Kvantitativ/ Kvalitativ
Cheevakasemsook et al., 2006 The study of nursing documentation complexities	Att undersöka brister i vårdokumentationen och faktorer relaterade till bristerna	Visar att det förekommer brister som avbrytande, ofullständig och oändamålsenlig dokumentation	Kvantitativ/ Kvalitativ
Jordan et al., 2009 Adverse drug reactions: managing the risk	Utvärdera behovet av att offentliggöra strategier för elektronisk dokumentering i lösning av kriser	Den elektroniska dokumenteringen är i behov av utformning, så att man kan garantera en korrekt och noggrann dokumentation gällande psykiatriska patienters fysiska hälsa	Kvantitativ

		sotillstånd och läkemedelsbiverkningar.	
Yeung et al., 2012 Examining nursing vital signs documentation workflow: barriers and opportunities in general internal medicine units	Ta reda på hur informationen av vitala funktioner samlas in och dokumenteras i en inremedicinsk miljö	Identifierade både hinder och möjligheter för att förbättring av effektiviteten i dokumentationen av vitala funktioner.	Kvalitativ
Ehrenberg et al., 2004 Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions	Att utvärdera den kommunala vården av äldre personer med kroniska hjärtsjukdomar	Den medicinska vården var dåligt dokumenterad vilket ledde till att det var möjligt att uppfölja endast en del av vårdprocessen. Dokumentationen var inte gjord enligt de givna riktlinjerna.	Kvantitativ
Friberg et al., 2006 In search of details of patient teaching in nursing documentation – an analysis of patient records in medical ward in Sweden	Att identifiera termer och uttryck i vårddokumentationen som tyder på patienters behov av kunskap och förståelse	Innehållet och strukturen gällande pedagogiska aktiviteter i patientjournalen är splittrade och diffusa	Kvalitativ
Paans et al. 2010 Prevalence of accurate nursing docu-	Att beskriva noggrannheten i vårdokumentationen i	Dokumentationen är oklar. Finns behov av mera forskning om vilka faktorer som påverkar	Kvantitativ

mentation in patient records	patientjournaler vid sjukhus	vårdokumentationen.	
Hellesø, 2006 Information handling in the nursing discharge note	Beskriva sjukskötarens allmänna användning av språkfunktioner i vårdsammandraget vid utskrivningen från sjukhuset till hemvården. Att hitta likheter och skillnader mellan den elektroniska och pappersdokumentationen	Dokumentationen innehåller tekniska termer. Både likheter och skillnader hittades i informationen i elektroniska och pappersdokumentationen.	Kvalitativ
Björvell et al., 2003 Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses	Att belysa de faktorer som sjukskötarna i den akuta vården uppfattar som förutsättningar och betydelsefulla i dokumentationen av vården då VIPS-modellen används	Dokumentationen är en fördel för det dagliga arbetet. Användningen av VIPS-modellen underlättar dokumenteringen av vården.	Kvantitativ
Stevenson & Nilsson, 2012 Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective:	Undersöka sjukskötarens uppfattning om användningen av elektronisk vårdokumentation i den dagliga vården i	Vid dokumentering av avgörande patientinformation, t.ex. vitala funktioner, stöder inte de elektroniska patientjournalerna vården. Ansträngningar borde göras för att inkludera sjukskötarens syn på elektroniska pati-	Kvalitativ

a qualitative study	avdelningsförhållanden	entjournalssystem.	
Müller-Staub et al., 2007 Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnosis, interventions and outcomes implementation study	Utvärdera vilken effekt ett planerat utbildningsprogram har i dokumentationen av vårddiagnoser, ingrepp och resultat på ett akutvårds sjukhus	Man fann tydliga förbättringar i dokumentationen av vårddiagnoser, vårdresultat och ingrepp efter att man utförde en planerad utbildning	
Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008 Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study	Ta reda på sjukskötarens åsikter om användning av standardiserade vårdplaner i elektroniska patientjournaler och standarder för kvaliteten i den kliniska vården	Standardiserade vårdplaner höjer vårdarens möjligheter att ge samma vård åt alla. Gemensamma multiprofessionella standardiserade vårdplaner skulle kunna höja på vårdkvaliteten	Kvantitativ
Voutilainen et al., 2004 Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement	Ta reda på om hur uppdaterade vårdplanerna är och hur vanlig daglig dokumentation är	Den skrivna dokumentationen var bristfällig. Formulär som är speciella för dokumenteringen i långvården borde utformas.	Kvantitativ
Vainiomäki et al., 2008 The quality of elec-	Analysera den tekniska kvaliteten på det elektroniska	De finländska läkarnas dokumentation har varit ofullständig, av dålig kvalitet och de har	Kvantitativ

tronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved	patientjournalsystemet i jämförelse med de kriterier som lagen förutsätter och utvärdera kvaliteten på systemet i jämförelse med hur patienter och allmänläkare har utvärderat	inte uppfyllt de lagstadgade kraven. Utveckling av en ny dokumentationsmodell skulle förbättra dokumentationen.	
Gjevjon & Hellesø 2010 The quality of home care nurse's documentations in new electronic patient records	Ta reda på hur sjukskötare bearbetar vården i elektroniska patientjournaler och hur omfattande dokumentationen är	Sjukskötarna visade bristande uppmärksamhet på patienters förmåga att kommunicera och den omfattande dokumentationen var ofullständig.	Kvalitativ
Avelin & Lepola 2008 Potilasturvallisuuden edistäminen Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöön-otosta	Utvärdera och beskriva patientsäkerheten på ett hälsocentralsjukhus	Mest rapporterades det om läkemedels relaterade händelser, våldsamt och olyckor. Dessutom rapporterades det bl.a. om brister i informationsflödet och kommunikationen.	Kvantitativ/ Kvalitativ