



EXAMENSARBETE

LINDA EMAUS

Systematisk dokumentering av smärta

Linda Emaus

Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola
UP för Vård
Helsingfors 2009

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	6981
Författare:	Linda Emaus
Arbetets namn:	Systematisk dokumentering av smärta
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Leijonqvist
Uppdragsgivare:	PROFS (Multiprofessionell rehabiliterande vård i Sibbo)
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta arbete var undersöka hur den systematiska dokumentationen (strukturerad elektronisk dokumentering) påverkar vården av smärta, specifikt på vården av den geriatriska patientens smärta. Arbetet är en del av projektet PROFS (den multiprofessionella rehabiliterande vården i Sibbo) var syfte är att utreda ur en mångprofessionell synvinkel hur man kan stöda, upprätthålla samt förbättra den äldres funktionsförmåga. Ett delmål i projektet är att beskriva nuvarande vård (pappersdokumentation) för att finna utvecklingsbehoven (systematisk dokumentering).</p> <p>Den använda forskningsmetoden är till litteratursökningsdelen en systematisk litteraturöversikt och analysmetoden är tagen från den integrerade översikten vilket innebär att analysen är en narrativ analys. Litteratursökningen gjordes via databaserna Medline (Ovid) och Cinalh (Ebsco) emedan den manuella sökningen utfördes via en genomgång av tidskriften Sairanhoitaja-Sjuuskötaren.</p> <p>Det resultat som mest prominent steg fram ur litteraturöversikten var att den systematiska dokumentationen höjer kvaliteten på både vårdarbetet samt dokumenteringen av denna.</p>	
Nyckelord:	systematisk dokumentering, strukturerad elektronisk dokumentering, geriatrik, gerontologi, smärta, kompetens, kvalitet, systematisk litteraturöversikt, integrerad översikt, narrativ analys
Sidantal:	58
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	6981
Author:	Linda Emaus
Title:	Systematic documentation of Pain
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Leijonqvist
Commissioned by:	PROFS (multiprofessional rehabilitating care of the elderly in Sipoo)
<p>Abstract:</p> <p>The aim with this thesis is to study the effect of systematic documentation (structured electronic documentation) on the care of pain, more precisely the care of the geriatric patients' pain. The thesis is a part of the project PROFS (the multi professional rehabilitating care of the elderly in Sipoo) which aim is to study from a multi professional view the possibilities to support, maintain and improve the elderly persons ability to function. A underlying aim is to describe the current care (documenting on paper) to find the need for development (systematic documentation)</p> <p>The used method was to the part of the search for literature a systematic literature review and the analysis method was taken from the integrated review and defined as a narrative analysis. The literature review was executed trough the databases Medline (Ovid) and Cinahl (Ebsco) and by manually searching relevant articles in the journal Sairaanhoitaja-Sjukskötaren.</p> <p>The most prominent result in the literature review was that systematic documentation increases quality both in daily nursing activities and the documentation of them.</p>	
Keywords:	systematic documentation, structured electronic documentation, geriatrics, gerontology, pain, competencies, quality, systematic literature review, integrated review, narrative analysis,
Number of pages:	58
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	6981
Tekijä:	Linda Emaus
Työn nimi:	Kivun systemaattinen kirjaaminen
Työn ohjaaja (Arcada):	Gun-Britt Leijonqvist
Toimeksiantaja:	PROFS (moniammatillinen kuntouttava vanhusten hoito Sipoossa)
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia miten systemaattinen kirjaaminen (rakenteinen sähköinen kirjaaminen) vaikuttaa kivun hoitoon, erityisesti geriatrisen potilaan kivun hoitoon. Opinnäytetyö on osa PROFS-projektia (moniammatillinen kuntouttava iäkkään hoito Sipoossa) jonka tarkoitus on tutkia moniammatillisesta näkökulmasta miten voidaan tukea, ylläpitää sekä parantaa iäkkään toimintakykyä. Osatavoite projektissa on olemassaolevan hoidon kuvaileminen (paperille kirjaaminen) jotta voidaan tunnistaa kehitystarpeet (systemaattinen kirjaaminen).</p> <p>Opinnäytetyössä käytetty tutkimusmetodi on kirjallisuushaun puolesta systemaattinen kirjallisuustutkimus ja tuloksien analyysimetodina on käytetty narratiivista analyysia joka on tavallisesti integroidun katsauksen analyysimetodi. Kirjallisuushaku tehtiin Medline(Ovid) sekä Cinahl (Ebsco) tietokantojen kautta ja manuaalinen haku tehtiin lehdestä Sairaanhoitaja-Sjukskötaren.</p> <p>Kirjallisuushausta nosti esiin tuloksen jonka mukaan systemaattinen kirjaaminen nostaa sekä hoitotyön että sen kirjaamisen laatua.</p>	
Avainsanat:	systemaattinen kirjaaminen, rakenteinen sähköinen kirjaaminen, geriatria, gerontologia, kipu, kompetenssi, laatu, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, integroitu katsaus, narratiivinen analyysi
Sivumäärä:	58
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1 INLEDNING	8
2 FORSKNINGENS BAKGRUND OCH SYFTE	9
2.1 MULTIPROFESSIONELL REHABILITERANDE ÄLDREVÅRD	9
2.2 SYFTE OCH MÅLSÄTTNING	11
2.3 ARBETES UPPLÄGGNING OCH STRUKTUR	12
2.3.1 Avgränsningar	13
2.3.2 Design.....	14
3 VÅRDVETENSKAPLIG REFERENS RAM	15
3.1 DEN GERONTOLOGISKA VÅRDVETENSKAPEN	15
3.1.1 Det gerontologiska vårdarbetet.....	16
3.1.2 Livskvalitet inom det gerontologiska vårdarbetet	16
3.2 KOMPETENSOMRÅDEN INOM DET GERONTOLOGISKA VÅRDARBETET	17
3.2.1 Expertkompetens.....	17
3.2.2 Vårdarbetet och kompetens	18
3.2.3 Sjukskötarens kompetensområden i det gerontologiska vårdarbetet	19
3.2.4 Dokumentering som kompetens	20
4 TEORETISK BAKGRUND	21
4.1 GERONTOLOGI	21
4.1.1 Åldrandet och normala/icke normala åldersförändringar.....	22
4.1.2 Den geriatriska patienten	23
4.1.3 Behandling av den geriatriska patientens smärta	24
4.1.4 Läkemedelsbehandling av den geriatriska patienten	26
4.2 SYSTEMATISK DOKUMENTERING	27
4.2.1 Dokumentering av patientuppgifter.....	27
4.2.2 Dokumentering av smärta	27
4.2.3 Evidensbaserad dokumentering.....	29
4.2.4 Strukturerad elektronisk dokumentering	30
5 METOD	32
5.1 UTVÄRDERING AV VÅRDMETODER	32
5.1.1 Kriterier för utvärdering av vårdmetod.....	33
5.1.2 Användningen av systematisk litteraturoversikt vid utvärdering av vårdmetoder.....	34
5.2 LITTERATURÖVERSIKT	34
5.2.1 Litteratursökning	35
5.2.2 Val av artiklar.....	37
5.3 INKLUDERADE ARTIKLAR.....	40
6 RESULTATANALYS	42
6.1 EFFEKTEN AV DEN SYSTEMATISKA DOKUMENTERINGEN PÅ VÅRDEN AV DEN GERIATRISKA PATIENTENS SMÄRTA	42
6.1.1 Den systematiska dokumentationens effekt på vårdarbetet med smärta	44
6.1.2 Den systematiska dokumentationens effekt på den mångprofessionella vården av smärta.....	47
7 METODANALYS	49

8 AVSLUTNING	51
KÄLLOR	54

1 INLEDNING

Då befolkningen åldras krävs nya kompetenser av dem som vårdar. Med olika rekommendationer samt utvecklingsprogram försöker social- och hälsovårdsministeriet förbereda social- och hälsovårdens personal för framtida utmaningar. ”Andelen personer över 65 år uppskattas stiga från 17 procent av befolkningen till 27 procent fram till år 2040 och till 29 procent fram till år 2060. Andelen personer i arbetsför ålder (15–64 år) minskar från 66 procent i dag till 58 procent fram till år 2040 och till 56 procent fram till år 2060. Antalet personer i arbetsför ålder börjar minska år 2010, då de stora åldersklasserna som föddes efter kriget uppnår pensionsåldern.”

(Befolkningsprognosen 2009: 1)

Arbetslivet kräver metakunskaper, vilket är förutsättningarna för yrkesutvecklingen. Det innefattar inlärningsförmåga, social förmåga, förmåga till reflektion samt förmåga till problemlösning och en förmåga att fatta beslut. Ett ansvarsfullt arbete förutsätter självständiga beslut så en bred kunskapsgrund är ytterst viktig. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 369) I detta fall kommer den strukturerade dokumenteringen in. En struktur kan hjälpa både i inlärningssyfte hos nya vårdare samt upprätthålla en viss kvalitetsnivån inom vården. (Ehnfors 1992: 13-15)

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) är social- och hälsovårdens lagstadgade verktyg för strategisk styrning av social- och hälsopolitikens resurser under en regeringsperiod. Den nuvarande perioden innefattar åren 2008-2011. Kaste-programmets mål är att styra finanser inom social- och hälsovården så att man inom kommunerna kan genomföra reformer och förbättra kunskapsstrukturen så att arbets- och vårdmetoderna som används i vårdarbetet är evidensbaserade och via detta förbättra effekten av metoderna samt säkerställa kvaliteten. Målindikatorerna för Kaste programmet i hänsyn till den äldre befolkningen fokuserar sig på hälsa, service samt funktionsförmåga, minskad vård på vårdinstanser och mera koncentration på vård i hemmet eller stöd för hemmaboende. (STM 2009:26)

I social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation för äldre år 2001 var utvecklingen av nya redskap för informationsstyrning en av huvudpunkterna.

Kvalitetsrekommendationen år 2008 beaktar de nationella riktlinjerna inom åldrvården samt forskning och skeden i omvärlden. Fokus ligger på främjandet av hälsa och välfärd, var trygg och effektiv läkemedelsbehandling och stärkandet av personalens kompetens inom områdena gerontologi och geriatrik poängteras. (STM 2008:4)

2 FORSKNINGENS BAKGRUND OCH SYFTE

”Vi har blivit en del av en värld var information är det viktigaste råmaterialet till produktion, arbetstagarnas kunskaper och kunskap organisationernas viktigaste produktionsfaktorer och förädlad information den viktigaste slutprodukten.” Detta är ett konstaterande från näringslivets delegation EVA:s rapport Nykyaikaa etsimässä – Suomen digitaalinen tulevaisuus. I rapporten diskuteras den offentliga sektorns oförmåga att införa nya metoder för användningen av teknologi i arbetet. Enligt rapporten är det viktigt att då man överför processer till digital form att de skall överföras på ett sätt som är anpassat till den teknologi som används. Processerna skall inte överföras på ett sätt som t.ex. att man digitaliserar ett dokument som sedan måste skrivas ut för att skickas via post till mottagande instans. Detta skapar ett behov av forskning inom den offentliga sektorn av olika sätt att överföra den information och de processer som för tillfället är i pappersform till digital form och om användningen av resurser måste omstruktureras. Det kräver ett tänkande som skiljer sig från det traditionella informationshierarkiska tänkandet. Även kraven på tillgången till information blir annorlunda. (Turkki 2009: 48)

2.1 Multiprofessionell rehabiliterande äldrevård

Projektet PROFS (= multiprofessionell rehabiliterande äldrevård i Sibbo) är ett mångprofessionellt utvecklingsprojekt, vars syfte är att utveckla verksamheten inom äldreomsorgen i Sibbo.

Ett av de strategiska målen inom åldrvården är att möjliggöra att de äldre kunde bo i sitt eget hem möjligast länge. För att möjliggöra detta krävs stödåtgärder. Stödformer som bör utvecklas enligt social- och hälsovårdsministeriet är preventiva hembesök, stöd till anhängvårdare och en ökning av hemvårdsservicen. (STM 2001:4).

De äldre har enligt grundlagen rätt till ett tryggt liv, nödvändig omsorg, skydd av privatlivet samt personlig frihet och integritet. Vid anordnandet av serviceformer borde utgångspunkt tas i den äldres önskemål och behov. Ändå stöds hemmaboendet inte tillräckligt och centra som stöder de äldres funktionsförmåga är dåligt utvecklade. (Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisusarjan julkaisut 93/2005)

Ett led i utvecklingen att stöda den äldre befolkningens möjligheter att bo hemma är utvecklandet av vårdkedjorna (dagcentral, boendeservice, anstalter), så de anpassas till de äldres behov och tillgodoser inte bara de psykiska behoven av trygghet, stöd och sällskap, utan även beaktar ett upprätthållande av den fysiska hälsan och funktionsförmågan.

Det planerade projektet är ett pilotprojekt som förverkligas i samarbete med YHS Arcada, Yrkesinstitutet Practicum och Sibbo kommun. Sibbo kommun har utvalts som pilotenhet pga. att av de äldre (65 år-) inom kommunen 52 % är svenskspråkiga och av över 75 åringarna är de svenskspråkigas andel 66 % .

Syftet är att mångprofessionellt (fysioterapeuter, ergoterapeuter, socionomer, sjukskötare och närvårdare) granska och utveckla verksamheter inom dagcentralen, boendeserviceenheterna och äldreomsorgens och primärhälsovårdens anstalter för att stöda, upprätthålla och förbättra de äldres funktionsförmåga.

I projektet betonas ett aktivt rehabiliterande grepp i vården, vilket innebär stödjande av patientens ADL-funktioner, utvecklandet av fysioterapitjänster och hela personalens förmåga att delta i den rehabiliterande verksamheten, att anpassa miljön så den optimalt stimulerar den rehabiliterande verksamheten samt att planera in stödjande aktiviteter och evenemang.

Projektets delmål ;

- 1) Att beskriva och värdera nuvarande traditionell vård som mest beaktar klientens fysiska vård för att finna utvecklingsbehoven
- 2) Att utifrån beskrivningen ur ett mångprofessionellt närmelsesätt göra upp en utvecklingsplan.

- 3) Att förverkliga utvecklingsplanen
- 4) Att utvärdera den nya verksamheten med hjälp av RAI-instrumentet (ex. ADL, fallolyckor, utredning av verksamhetsförmågan, aktiveringsgrad)

2.2 Syfte och målsättning

Detta examensarbete behandlar den systematiska dokumenteringen som en vårdmetod. Forskningsmetoden som används i arbetet är till naturen en systematisk litteraturoversikt. Syftet med detta arbete är att undersöka vilken effekt den systematiska dokumenteringen har på behandlingen samt vården av den geriatriska patientens smärta.

Frågeställningar

Vården skall grunda sig på evidens och vid dokumenteringen skall det komma fram att de vårdmetoder som använts baserar sig på evidens. Vårdarbetets metoder kan indelas i sju grupper; 1) utvärderingen av vårdbehov, 2) främjande samt upprätthållande metoder 3) förebyggande metoder 4) vårdande metoder 5) rehabiliterande metoder 6) metoder som har att göra med verksamhetsprocessen samt 7) administrativa stödsystem. Med administrativa stödsystem syftar man till verksamhetens förutsättningar, personal och omgivning. (Hallila 2005 :85-89)(Partanen & Perälä 1997: 24)

I detta arbete ses systematisk dokumentering vara ett administrativt stödsystem som tar i beaktning verksamhetens förutsättningar (tillgången till patientuppgifter och datorer), personal (personalens kompetens: ifråga om patientgrupp, dokumentering och smärta)

Frågor vars syfte är att utreda effekterna av vårdhandlingar samt vårdmetoder skall innehålla; patientgrupp eller population, själva vårdhandlingen/vårdmetoden samt förväntat resultat av vårdhandlingen/vårdmetoden (se tabell 1). (se Forsberg & Wengström 2003: 80-81)

Tabell 1. Utformingen av frågeställningar med avsikt att påvisa effekt av vårdmetod (se Forsberg & Wengström 2003: 80-81)

Patienter/population	Vårdhandling/Vårdmetod	Förväntat resultat
Geriatriska patienten	Systematisk dokumentering	Påverkar vården av smärta
Geriatriska patienten	Systematisk dokumentering	Påverkar behandlingen samt vården av smärta

Vilken effekt har den systematiska dokumentationen på behandlingen samt vården av den geriatriska patientens smärta?

- a) Hur påverkar den systematiska dokumenteringen vården av smärta hos den geriatriska patienten?
- b) Hur påverkar den systematiska dokumentationen den mångprofessionella behandlingen av smärta hos den geriatriska patienten?

I fråga 1a ligger tyngdpunkten på sjukskötarens arbete och dokumentationens inverkan på vårdarbetet emedan fråga 1b behandlar hur den systematiska dokumentationen kan påverka den mångprofessionella yrkesverksamheten.

2.3 Arbetes uppläggning och struktur

Detta arbete behandlar systematisk dokumentation ur den geriatriska smärtpatientens synvinkel. Litteraturgenomgången samt den systematiska litteraturöversikten kommer trots detta att behandla den systematiska dokumenteringen av smärta på en generell nivå var även andra patientgrupper kan innefattas i litteraturen. Själva litteraturöversikten är till sin natur systematisk men analysen är narrativ och innefattar både kvantitativa samt kvalitativa forskningar. Den narrativa analysen samt en kombination av olika typer av forskningar innebär att litteraturöversikten är en systematisk litteraturöversikt och analysen en integrerad översikt. Arbetet innefattar således inte en metaanalys eller metasyntes som är vanliga analysmetoder för den systematiska litteraturöversikten.

2.3.1 Avgränsningar

Arbetet omfattar inte patientvården ur en organisatorisk synvinkel. Fördelningen av arbetsuppgifter samt ansvar diskuteras inte mellan de olika yrkesgrupperna. De olika yrkesgruppernas ansvar fördelas enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559. (Lohiniva-Kerkelä 2004 : 43-82)

Sjukskötarens arbetsuppgifter kommer att diskuteras i den vårdvetenskapliga referensramen med tyngdpunkten på skillnader i sjukskötarens yrkeskompetens. Arbetet kommer inte att ta hänsyn till organisatoriska problem såsom överlappande arbetsuppgifter eller osynliga strukturer som kan finnas inom en arbetsplats. Arbetet kommer inte heller att ta hänsyn till hur arbetsuppgifterna utförs mellan olika yrkesgrupper, om det definieras som teamarbete eller samarbete.

I detta arbete anses termen *vård* vara något som utförs av alla yrkesgrupper gemensamt emedan termen *vårdarbete* syftar direkt på sjukskötarens arbete och termen *behandling* på det arbete som de kliniskt verksamma utför. Med *systematisk dokumentering* avses i detta arbete *den strukturerade elektroniska dokumenteringen*.

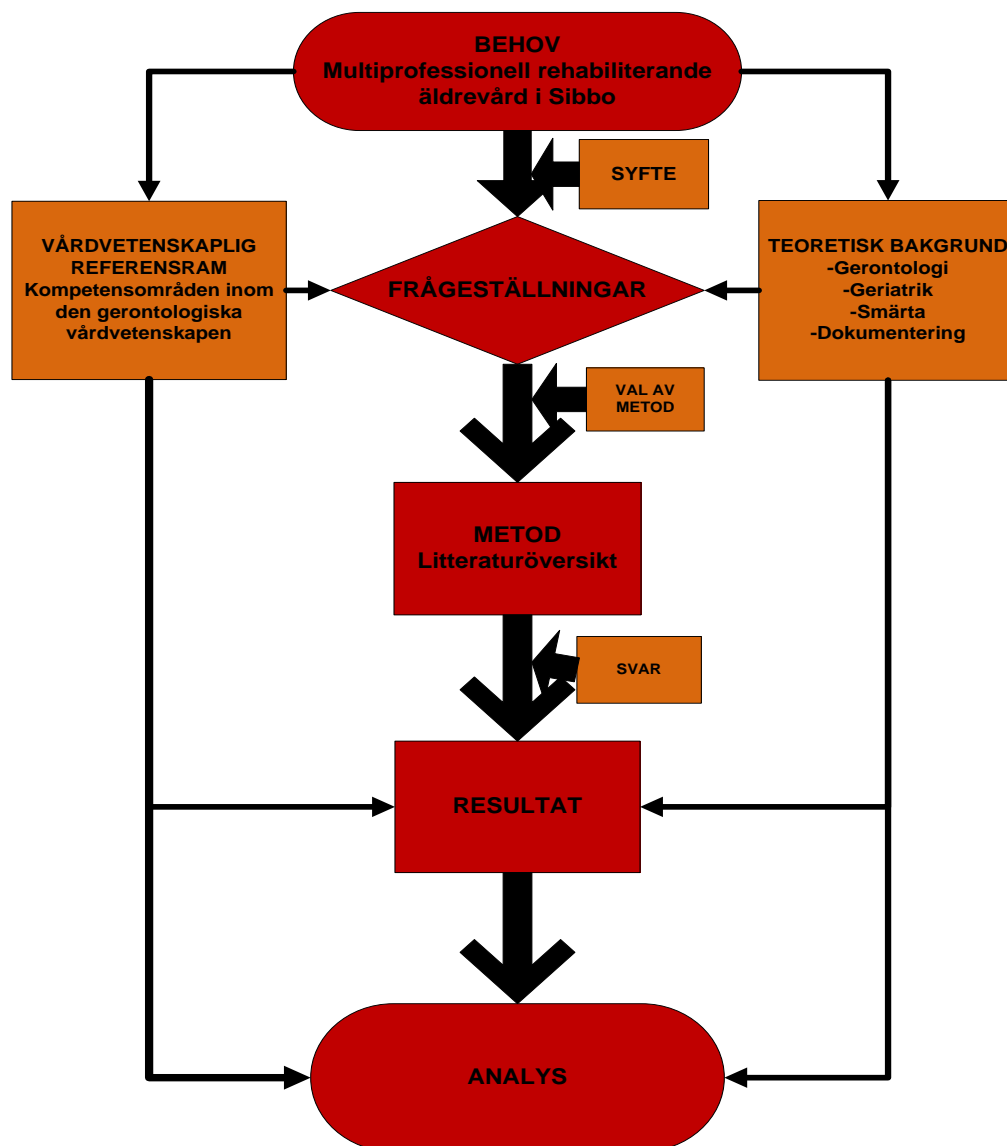
Riktlinjerna samt systematiken för detta arbete är tagna ur ”Voutilainen & Tiikkanen 2009, Gerontologinen hoitotyö” som är en aktuell finländsk bok med övergripande genomgång av vården samt arbetet med den äldre personen. Riktlinjerna för den systematiska dokumenteringen av patientuppgifter är tagna från boken; ”Saranto et al. 2007, Systemaattinen hoitotietojen kirjaaminen”, vilken innefattar litteratur i artikelformat av de främsta vårdvetenskapliga forskarna inom ämnet. Dessa val gjordes eftersom lagarna i länderna emellan varierar med tanke på patientens rättigheter, yrkesgruppernas ansvar och uppgifter samt dokumentationsreglerna. Även möjligheterna till vård för specifika patientgrupper varierar enligt land.

I litteraturöversikten kommer även artiklar samt forskning som gjorts i andra länder att innefattas. Problemet med utländsk forskning om dokumentering kan vara att de strider emot Personuppgiftslagen 22.4.1999/523, lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet 21.5.1999/621, lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården

9.2.2007/159, lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården
28.6.1994/559 samt Finlands Grundlag 11.6.1999/731. (se Lohiniva-Kerkelä 2004)

2.3.2 Design

Designen (se Figur 1) visar arbetets gång. Designen är till vissa delar annorlunda än den skriftliga uppläggnings av arbetet. Trots att frågeställningarna baserar sig på den teoretiska bakgrunden samt den vårdvetenskapliga ramen fattades beslutet att gå genom forskningens bakgrund samt syfte före presentationen av den vårdvetenskapliga referensramen samt den teoretiska bakgrunden i arbetet för att göra arbetet mera läsbarvänligt. Figur 1 påvisar att arbetssättet för att nå frågeställningarna definitionen av syftet gjorts i annan ordning än den skriftliga presentationen av forskningen.



Figur 1. Design

3 VÅRDVETENSKAPLIG REFERENS RAM

Vetenskapsgrunden som styr det gerontologiska vårdarbetet – den gerontologiska vårdvetenskapen är som begrepp nytt. Centrala forskningsområden inom den gerontologiska vårdvetenskapen är människan, hälsan, omsorgen, vårdarbetet och omgivningen. Man kan anse att den gerontologiska vårdvetenskapen har förgrenats från vårdvetenskapen vilket innebär att vetenskap utvecklas genom att fördela sig i olika självständiga områden enligt innehåll. ”Det gerontologiska vårdarbetet och -vetenskapen förutsätter att den åldrande personen ses med sina önskemål och behov som en del av den omgivande kulturen, den historia och levnadsvandring som denne upplevt samt det samhälle som denna person lever i.” (se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 17)

3.1 Den gerontologiska vårdvetenskapen

Gerontologin, vetenskapen om ålderdom och åldrandet, försöker förklara på vilka sätt människan och andra arter förändras då de åldras, vad som bestämmer deras livstid, vilka konsekvenser åldrandet har för individen och samhället, vilka olika faktorer som påverkar åldrandet och på vilket sätt man kan påverka dessa faktorer. Åldrandet påverkar alla aspekter av livet för människan. (Heikkinen & Rantanen 2008: 16-17)

Vårdvetenskapen omfattar människan, hälsan, vårdhandlingarna och omgivningen. Sammansatta så bildar gerontologin samt vårdvetenskapen den gerontologiska vårdvetenskapen som för sin del tar och ger information och forskningsmöjligheter till både vårdvetenskapen och gerontologin. All vårdvetenskaplig forskning om äldre personer och åldringsinriktad service är inte gerontologisk vårdvetenskaplig forskning. Den gerontologiska vårdvetenskapen kombinerar det speciella hos äldre personer och åldrandet som ett livsskede med vårdandet. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 347-348)

I Finland har den gerontologiska vårdvetenskapen koncentrerat sig på forskning om hur man kan upprätthålla äldre personers funktionsförmåga, stöd för hemmaboende och beskrivningar av olika vårdmetoder. Enligt vissa forskare borde man koncentrera sig mera på den kliniska forskningen. Speciellt äldre personers näringstillstånd, trycksår

samt smärta är områden var det är viktigt att forska mera. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 351-352)

3.1.1 Det gerontologiska vårdarbetet

”Målsättningen med det gerontologiska vårdarbetet är hälsa, funktionsförmåga, ett lyckat åldrande och god livskvalitet. Bakom dessa målsättningar finns ett värdesystem som karaktäriserar hurudant ett liv som är gott och eftersträvbart på äldre dagar.

Värderingar såsom autonomi, egna aktiviteter och en samhällelig anda samt hälsa och funktionsförmåga anses vara förutsättningar för en god livskvalitet.” (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 28)

Det gerontologiska vårdarbetet kan definieras enligt följande; Gerontologiskt vårdarbete är en hälsovårdstjänst var man kombinerar vårdandet med det gerontologiska kunnandet och dess tillvägagångssätt. Målsättningen är att man kan skapa ett beteende som är hälsofrämjande hos de äldre personerna samt att man kan minska de nackdelar som kommer med hälsoproblem. Stödandet av de äldre personernas sociala välmående i svåra livssituationer och ett underlättande av lidandet vid sjukdomar genom ett korrekt kliniskt arbetssätt hör även till målsättningarna för det gerontologiska arbetet. (se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 15-16)

3.1.2 Livskvalitet inom det gerontologiska vårdarbetet

”I samband med funktionsförmåga, hälsa och resurser diskuterar man i dagens läge även om äldres uppfattade livskvalitet.” (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009 s. 74) Vad exakt livskvalitet betyder för var och en är olika. Det har dock fastställts fyra olika faktorer som leder till den uppfattade livskvaliteten;

1. **Den psykiska dimensionen** som syftar på att den äldre människan mår bra om denne inte är depressiv eller ångestfylld och erfar lycka och tillfredställelse i sitt liv.
2. **Den fysiska dimensionen** syftar på att människans hälsa och funktionsförmåga är i behåll, denne har kunskap och förmåga till att fungera självständigt.
3. **I den sociala dimensionen** är de sociala förhållandena centrala och förmågan till interaktion med andra.

4. **Omgivningen** vilket syftar på den fysiska omgivningen och levnadsförhållandena.

(Se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 75)

Den fysiska dimensionen av hälsa betonar bland annat smärtbehandling som en faktor som förbättrar livskvaliteten. En god fysisk livskvalitet består av god hälsa, smärtfrihet, att vara energisk, ha bra rörelseförmåga och att få tillräckligt med hjälp. Bland 67-79 åringar är smärta en stor del av det som minskar den uppfattade livskvaliteten. Bland 80-85 åringar så är det viktigt att vara tillfredsställd med livet och hälsan och en anpassning till den egna åldern är också viktig. (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 77, 80)

3.2 Kompetensområden inom det gerontologiska vårdarbetet

Kunskap inom ett yrke kan ses ur flera olika synvinklar. Många gånger delas kunskapen upp i olika kompetensområden för att förenkla och utreda en specifik yrkesgrupps krav. På så sätt är det lättare att följa utvecklingen av den yrkesverksamma personens kompetens. Även den yrkesverksamma personens förmåga att använda de olika kompetenserna kan indelas i olika stadier. För att skilja mellan teori och praktik, förnuft och intuition kan man indela kunskapsförvärvandet samt dess användning i praktiskt arbete i fem olika stadier (novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig samt expert). Trots omfattande erfarenhet når vissa yrkesverksamma aldrig expertstadiet. (Se Benner et. al. 1999: 2-73)

Avsikten med detta kapitel är att ge en bild av hur en indelning av kompetensområden för ett arbete inte räcker. För att kunna bemästra ett yrke behövs mera än bara formell kompetens eller en inlärd lista över vad man skall veta. Det behövs erfarenhet samt en förmåga att använda inlärd kunskap även i det praktiska arbetet. Utvecklingen av sjukskötaren från novis till expert är lång och som ovan konstaterats, något som alla inte uppnår.

3.2.1 Expertkompetens

Reflektion är en viktig del av yrkeskunskapen. Många gånger får man intrycket att en person med stor erfarenhet inom ett yrke, en som definieras som expert, är någon som

inte använder eftertanke utan svaren verkar komma omedvetet och personen verkar alltid veta rätt svar. Men så är inte fallet, trots att den expertmässiga yrkesutövningen till en stor del är till sin natur flytande och oreflekterad, så reflekterar även experten över sina beslut. Experten använder inte regler som underlag för sina handlingar medan nybörjaren följer regler och använder fakta, för experten skulle detta beteende betyda en återgång till kompetensstadiet. Experten reflekterar istället över mål eller perspektiv samt vad som krävs för att nå dessa mål. Experten använder intuition, denne använder ej problemlösning som metod. (Se Benner et. al. 1999:75)

Då expertsjukskötaren berättar om sina erfarenheter i vårdsituationen så behandlar sällan de centrala punkterna i berättelsen organisatoriska aspekter, prioriteringar eller utförandet av specifika uppgifter. När sjukskötaren nått expertstadiet ser denne inte på problemen objektivt och behöver inte göra medvetna överväganden för att lösa problemen. Expertsjukskötaren kan se på en situation ur patientens eller den anhörigas synvinkel. (Se Benner et. al. 1999: 187-188)

Expertsjukskötaren kan anses ha både en klinisk samt en etisk funktion (se Figur 2). Vårdande på expertnivå kräver expertkunnande inom båda funktioner. Man kan säga att dessa två är byggstenarna till expertkompetens inom vården. ”Expertkompetens är kopplad till omdömet och är en form av kunskap.” (Se Benner et. al. 1999: 189-205)

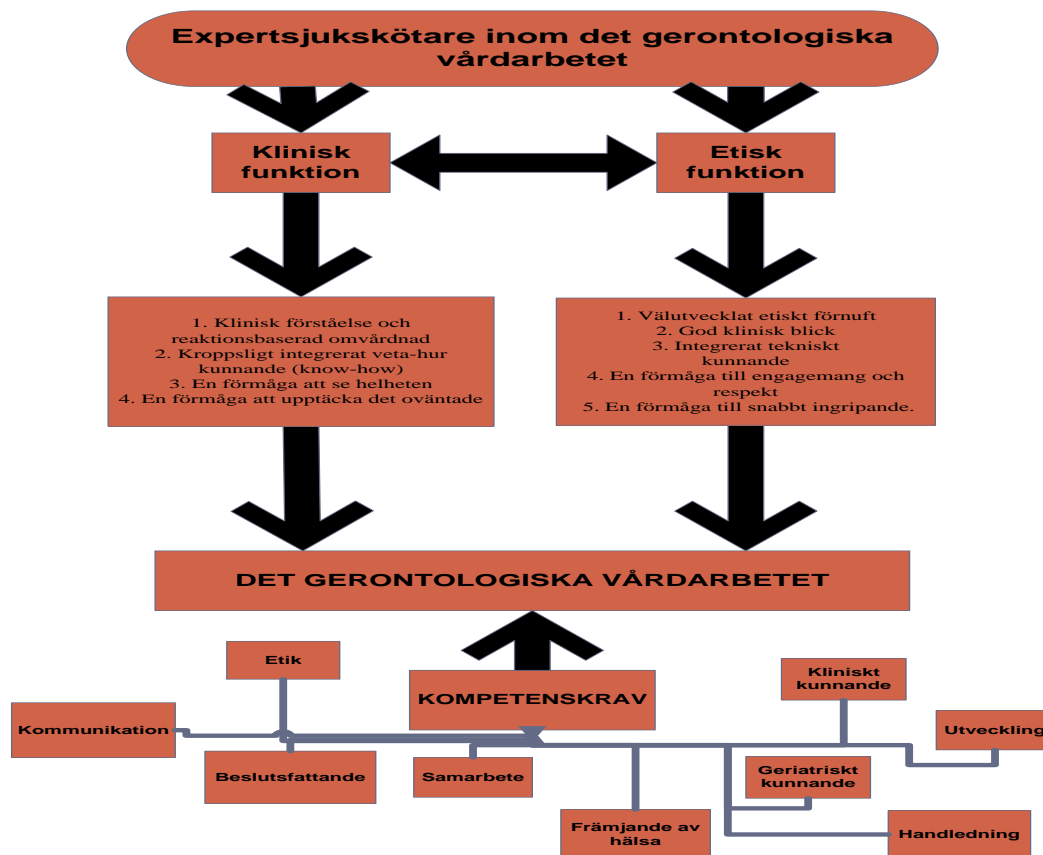
3.2.2 Vårdarbetet och kompetens

Ur administrativ synvinkel är diskussionen om kompetens relevant. För att försäkra bättre vård åt patienterna samt höja kvaliteten på vården borde kompetensstadierna beaktas både vid planering av arbetsskift på avdelning samt i större skala vid utbetalning av lön. Ett differentierat lönesystem skulle kunna vara en sporre att vidareutbilda sig för mindre kvalificerad personal samt att det kunde vara ett sätt att motivera personalen att fortbilda sig. Den attityden att ”en sjukskötare är en sjukskötare” kan under tider då effektivitet, kostnadstak och produktivitet är prioriterade köra över de viktigare målen; effekt, kvalitet och pålitlighet i vården. (Se Benner et. al. 1999)

3.2.3 Sjukskötarens kompetensområden i det gerontologiska vårdarbetet

Kraven för sjukskötarens kompetens och -nivå varierar beroende på sjukskötarens roll, arbetsuppgifter och verksamhetsmiljö. Därför har man definierat vilka komponenter som det gerontologiska vårdarbetets kompetens innefattar. Det gerontologiska vårdarbetet omfattar nio teoretiska kompetensområden som uppgörs enligt arbetsomgivningen och arbetsuppgifterna. Kraven på de olika kompetenserna kan klassificeras; 1- behöver inte kunna, 2- kan utföra enkla uppgifter... 5- expert. De olika kraven kan alltså sammankopplas med den allmänna indelningen av sjukskötarens kompetensstadier (Se Figur 2). (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009 s. 317-319)

Kompetensområdena omfattar den teoretiska kunskapen om vad arbetet skall innehålla. Detta betyder att de olika kompetenserna kan justeras till var sjukskötare arbetar. Kanske det råkar vara en invärtesmedicinsk avdelning vid ett universitetssjukhus med fokus på äldre personer eller en långvårdsavdelning vid hälsocentralen. Vad som blir mera viktigt och mindre viktigt av kompetenserna avgörs i det dagliga arbetet. (se Voutilainen & Tiikkanen 2009 s. 317-319)

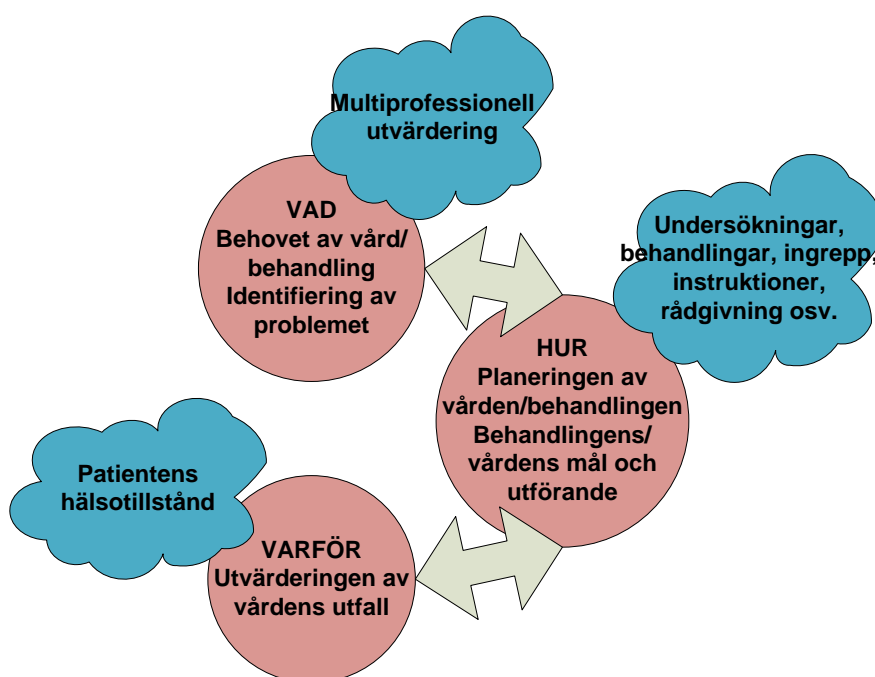


Figur 2. Expertsjukskötarens kompetens inom det gerontologiska vårdarbetet

3.2.4 Dokumentering som kompetens

Av de nio kompetenskraven (se Figur 2) inom det gerontologiska vårdarbetet kan man sammanbinda fem för att ge en bild av vilka kompetenser dokumenteringen av det gerontologiska vårdarbetet kräver för att praktiskt kunna utföras. Beslutsfattandet, klinisk kunskap, geriatrisk kunskap, utvecklingskunskapen samt samarbetsförmåga. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 316-319)

Tre viktiga frågor (se Figur 3) då man dokumenterar beslutsfattandet i vården är var, hur och varför. Beslutsfattandet inom det gerontologiska vårdarbetet innebär att man använder den gerontologiska kunskapsgrunden vid beslutsfattandet samt att man kan utvärdera den geriatriska patientens styrkor och resurser. Beslutsfattandet styrs även av att man kan ta i beaktande de fysiska, kognitiva och psykosociala faktorerna som påverkar den äldre personen samt att man dokumenterar vårdarbetet så att det försäkras kontinuiteten av patientens vård. (Voutilainen & Tikkanen 2009: 317)



Figur 3. Beslutsfattandet inom vården

En av de centrala hjälpmetoderna (auttamismenetelmä) i det gerontologiska vårdarbetet är vården av smärta vilket anses tillhöra det kliniska kunnandet (se Figur 2). Detta innebär att sjukskötaren skall kunna vårda smärta utgående från den referensram patienten ger med tanke på ålder och de förändringar åldern tillför människan (det

geriatriska kunnandet). Vården skall vara evidensbaserad (utvecklingskunnande) vilket innebär att sjukskötaren skall kunna söka kunskap om olika vårdmetoder ur forskningsmaterial. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 319)

Sjukskötaren har en central roll i vården av patientens smärta. Vårdpersonalen är ständigt i närheten av patienten vilket innebär att de har goda möjligheter att upptäcka smärtan samt att lära sig när patienten har smärta eller inte. Smärta är ett allmänt problem hos den åldrande befolkningen. 85 procent av de som blir omhändertagna inom långvården lider av någonslags smärta och var fjärde av denna 85 % lider dagligen av smärta. I servicehem lider 61 % av smärta och vid hälsocentralernas bäddavdelning lider 59 % av smärta. Med god planering samt dokumentering av smärtvården kunde dessa siffror förbättras. (Hallila 2005: 90)

4 TEORETISK BAKGRUND

Användningen av kronologisk ålder är den vanligaste måttstocken på indelning av människor i gamla eller unga. Den vanligaste pensionsåldern i de nordiska länderna är 65 år vilket gör att 65 år ofta används som gräns mellan ”ungdom” och ”ålderdom”. Som grupp är dock 65-åringar och äldre både funktionellt och ur hälsosyn en väldigt skiftande grupp varför Världshälsoorganisationen (WHO) anser att personer från 80-års ålder bör kallas ”äldre” äldre medan de mellan 65-79 år bör kallas ”yngre” äldre. Bland ”äldre” äldre är åldersförändringarna genomgående mer uttalade och de åldersrelaterade sjukdomarna betydligt vanligare. (Larsson & Rundgren 1997: 20)

4.1 Gerontologi

I vårdlitteraturen så behandlas ofta termerna gerontologi och geriatrik som synonymer. Men enligt vissa forskare så är dessa två begrepp inte lika (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009 s. 16). Med geriatriskt vårdarbete avses äldre personer som insjuknat akut, blir vårdade på långvården eller som tillhör hospicevården. Det gerontologiska vårdarbetet innefattar även den hälsofrämjande och preventiva vården. Det är inte endast omsorgen av äldre personer (care for older people), det är samarbetet med de äldre personerna (care with older people). (Se Voutilainen & Tiikkanen 2009: 16)

4.1.1 Åldrandet och normala/icke normala åldersförändringar

Åldrandet är en process. Det är en process som alla levande organismer delar men som har skilda uttrycksformer för olika arter. Det finns mängder av definitioner för åldrandet men genomgående tar dessa sin utgångspunkt i förändringar hos organismen som med tiden leder till en försämring av olika funktioner. Man kan urskilja fyra kriterier på vad som kännetecknar normal-biologiska eller primära åldersförändringar. (Wikby & Johansson 1999: 8-10)

1. Förändringar som uppträder hos alla individer av en art
2. Förändringar som beror på faktorer i individens inre biologiska miljö
3. Förändringarna är långsamma och tilltagande
4. Förändringarna är irreversibla.

Dessa fyra kriterier ovan representerar det normala åldrandet. (Wikby & Johansson 1999: 10) De primära åldersförändringarna påverkar alla inom arten. De sekundära åldersförändringarna är orsakade av åldersrelaterade sjukdomar eller beteendefaktorer såsom rökning, dålig kost, eller brist på fysisk aktivitet, vilket ytterligare försämrar de biologiska funktionerna under åldrandet. Med åldersrelaterade sjukdomar, eller sjuklighet under åldrandet, kan man avse tre olika typer av tillstånd:

Typ 1 tillstånd som drabbar nästan alla av en art, är fortskridande, och irreversibla med stigande ålder, t.ex. arterioskleros i hjärt-kärlsystemet och grumling av ögats lins.

Typ 2 tillstånd som är vanliga med stigande ålder men som inte drabbar alla, t.ex. cancer

Typ 3 tillstånd som inte nödvändigtvis är relaterade till individens ålder, men som kan ha betydligt mer negativ inverkan på äldre individer, t.ex. lunginflammation

Man kan definiera det normala åldrandet eller det primära åldrandet att tillhöra Typ 1 tillstånd, detta åldrande kan vi inte undvika om vi lever tillräckligt länge. Praktiskt sett måste man ändå börja från Typ 2 och Typ 3 när man skall bedöma en enskilds persons förlust av en viss funktion eller förlust/tillkomst av en egenskap. Är det normalt med

hänsyn till patientens ålder eller inte? Med stigande ålder blir individen mer sjukdomsbenägen. (Wikby & Johansson 1999: 11-12)

Åldrande föregår döden. Kunskap om vilka faktorerna är som ökar dödsriskerna med den tilltagande åldern kan ge oss en möjlighet att påverka dessa och på så sätt förlänga livet. Här kommer de primära och sekundära åldersrelaterade faktorerna in i vården. Vilka faktorer vi kan påverka, vilka vi inte kan påverka. Sannolikheten att dö ökar med åldern.

4.1.2 Den geriatriska patienten

En definition av den geriatriska patienten som kan användas är ”en äldre patient med organsvikt från två eller fler system samtidigt och där det finns ett behov av ett brett multidimensionellt angreppssätt för att på bästa sätt utreda orsaken till symtomen och behandla patienten”. (Dehlin & Rundgren 2007: 55)

Den typiska geriatriska patienten kan ha en eller flera kroniska sjukdomar i bakgrunden samt en akut sjukdom som påverkar patienten så att den obehandlad snabbt kan leda till symtom såsom konfusion, anorexi, viktförlust, intorkning, svimning, immobilisering, smärta, inkontinens, sömnstörningar och trycksår. Att identifiera vilken sjukdom det är som orsakar symtomet eller vilken ”blandning” av sjukdomar det är som orsakar sjukdomen, kräver noggrann evaluering (eng. assessment) av patienten. (Dehlin & Rundgren 2007: 55)

De fyra stora symtomen hos geriatriska patienter är immobilisering, urininkontinens, konfusion och fall. Att identifiera den bakomliggande sjukdomen till ett eller flera av dessa kräver en noggrann samt omfattande värdering med problemorienterad inriktning med både funktionella samt kliniska bedömningar. Varför den geriatriska patienten har så ospecifik framtoning av sjukdom är okänd, men den rubbade homeostasen vid sjukdom hos den geriatriska patienten stör ofta de mera sårbara och känsliga och komplexa systemen som rörelseförmågan, nervsystemet, kontrollen av urin eller avföring. Ju snabbare behandlingen är desto mindre är risken för kroniska problem. (Larsson & Rundgren 1997: 71-72)

4.1.3 Behandling av den geriatriska patientens smärta

Enligt den internationella smärtföreningen definieras smärta enligt följande ” Smärta är en obehaglig och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”. I kompletteringen konstateras att individens oförmåga att kommunicera inte utesluter att individen känner smärta eller är i behov av smärtlindring. Definitionen tar i beaktande både akut och kronisk smärta men tar inte fasta på hur smärtan uppkommit. Smärta är ett fysiologiskt samt ett känslö- och sinnesfenomen. Smärta kan existera utan vävnadsskada. Smärta är alltid personlig och människor upplever stark smärta på olika sätt. Hur en individ upplever smärta beror på fysiologiska förändringar, känslor, tankar, individens aktivitet, sociala förhållanden och många andra faktorer. Igenkännandet av smärta samt vårdandet kräver mångfacetterad kunskap. (Salanterä et. al 2006: 7)

Åldrandet orsakar fysiologiska ändringar i kroppen; ”ämnetsättningen blir långsammare, mängden av muskelmassa minskar medan fettmassan ökar...” Men även smärtan blir annorlunda. Att den unga patienten känner smärta vid vissa tillfällen betyder inte att det är så för den geriatriska patienten. Magsår, ett sprucket appendix eller en akut hjärtinfarkt kan vara tillstånd då den geriatriska patienten inte känner smärta utan påvisar andra symtom såsom en nedgång i det allmänna tillståndet, förvirring eller oro. Detta är orsaken till varför en geriatrisk patient på akuten eller på en långvårdsavdelning måste undersökas noggrant om denna påvisar symtom som ovan. (Salanterä et. al 2006: 198-199)

I dagens läge gör man invecklade operationer på allt äldre personer. Efter dessa ingrepp är det viktigt att prioritera smärtlindringen hos den äldre personen eftersom obehandlad smärta gör rehabiliteringen långsammare och utsätter den äldre personen för tromber samt hjärtkomplikationer. Men användningen av smärtstillande medicin kan också förlängas onödigt efter en operation. På organisationsnivå måste man för att undvika under- eller överbehandling av smärta efter en operation ha god kommunikation mellan olika institutioner samt yrkesgrupper. Detta sker genom gott samarbete och ändamålsenlig dokumentation. (Salanterä et. Al. 2006: 199-200)

Äldre personer lider ofta av kronisk smärta, många av smärttillstånden kommer av helt naturliga åldersförändringar såsom ”artros och osteoporos...”. Kronisk smärta kan

avsevärt minska den äldre personens förmåga att klara av dagliga funktioner. Målet vid utvärderingen av den äldre personens smärta är att få fram de faktorer som påverkar hur de klarar av sina dagliga funktioner samt vilka behandlings- samt vårdmetoder som är möjliga. "En noggrann utvärdering av smärta är viktigt för att kunna bestämma behovet, planeringen av behandlingen/vården och för att uppfölja effekten av behandlingen/vården." Smärtans påverkan på den äldre personen betraktas ur flera olika synvinklar, den fysiska, psykiska och sociala. (Salanterä et. al. 2006: 200-201)

Det finns flera olika hjälpmedel för att utvärdera både smärtans intensitet samt lokalisation. Smärtans intensitet utvärderas med hjälp av en smärtmätare. Även äldre personer med minnesstörningar kan uttrycka smärtans styrka med hjälp av en mätare. Som stöd till mätaren kan man använda olika termer och ord samt att man frågar om smärtan då den äldre personen vilar samt då den är i rörelse eller utför någon speciell fysisk prestation, såsom att stiga upp ur sängen eller stolen. Man kan visa en bild var den äldre kan visa var smärtan ligger samt att man kan betrakta den äldre då den rör sig, dennes ansiktsuttryck och kroppsspråk. (se Salanterä et. al. 2006: 200-201)

Smärta hör ihop med många saker och hos olika typer av patienter framkommer smärtan och orsakar smärtan olika beteenden. "Depression utsätter en människa för smärta och en långvarig smärta utsätter en människa för depression". Hos en äldre person är depression och smärta sammanbundna om det begränsar den fysiska, psykiska och sociala verksamheten. Även ensamhet och en känsla av att inte kunna påverka smärtan upprätthåller ett självdestruktivt tankemönster hos den äldre personen. (Salanterä et. al. 2006: 202)

En äldre person med långt gången demens kan inte verbalt uttrycka smärta. Smärtan kan utsätta och upprätthålla negativa beteendemönster som kan uppkomma i samband med demens. En aggressiv, orolig och skrikig dement person kan lida av smärta. Även psykologiska problem som kan uppkomma i samband med demens såsom depression, ångest och sömnstörningar kan bero på smärta. I detta fall är det viktigt att betrakta den äldre personen, lära sig dess reaktionsmönster samt att intervjua släktingar och närstående om dess beteende för att kunna bestämma om denne lider av smärta eller inte. Även genom att pröva smärtlindrande mediciner är viktigt, då kan man betrakta

effekten av dessa och på så sätt utvärdera om smärta är orsaken till olika beteendestörningar. (Salanterä et. al. 2006: 202-203)

4.1.4 Läkemedelsbehandling av den geriatriska patienten

En god utvärdering och dokumentation av den äldres smärta är essentiellt för uppföljningen av behandlingen och vården. Läkemedelsbehandlingens effekt och verkan uppföljs genom att fråga och betrakta. Utvärdering av skadeverkningar är viktigt eftersom kraftiga skadeverkningar minskar behandlings- samt vårdfördelarna. (Salanterä et. al. 2006: 202)

Polyfarmaci är vanligt hos den åldrande befolkningen. Inom åldersgrupperna över 65- är mängden av receptbelagda mediciner större ju äldre åldersgruppen är. Kvinnor använder mera mediciner än män och mest mediciner använder kvinnor som fyllt 85-år. Äldre människor får lättare bieffekter av läkemedel än unga. Användningen av många mediciner samtidigt ökar risken för bieffekter. Därför är det viktigt med uppföljningen av läkemedelsbehandling. (Heikkinen & Rantanen 2008: 355-364) Utvärderingen av läkemedelsbehandlingens verkan är en stor del av själva läkemedelsbehandlingen. Kvaliteten på läkemedelsbehandlingen förutsätter adekvat information samt adekvat kunskap hos personalen. Ett sätt att uppfölja kvalitet samt verkan av läkemedelsbehandlingen är via dokumentering av både läkemedelsbehandlingen samt patientens tillstånd. (STM 2005:32)

Vid användningen av pappersdokumentation i vården är det vanligt då man vårdar en mångsjuk patient att själva journalen är tjock som en tegelsten, i värsta fall kan det vara så att man får åtskilliga journaler, alla fyllda med dokument. Detta innebär att information kan gå förlorad pga av överflödet. Det kan också innebära att det finns åtskilliga läkemedelslistor för patienten vilka försvinner i informationsbruset. Det blir svårt att följa med vilka mediciner patienten ätit, kanske äter ännu samt vilka har orsakat bieffekter. Hos äldre patienter med kognitiva problem kan detta skapa en fara för polyfarmaci samt då nya mediciner ordinerar utan att läkaren har möjlighet att övervaka patientens hela läkemedelslista. (Kragh 2005:66-68)

4.2 Systematisk dokumentering

Den finska patientberättelsen består av många olika delar som tillsammans bildar ett system. Detta system är under ständig uppbyggnad. Vad, vart och hur dokumenteringen sker ger en bild av dokumenteringens likformighet och ligger som grund till systematiken i dokumenteringen. Man kan öka systematiken i dokumenteringen genom att strukturera informationen som behandlas i dokumenteringen. Strukturering innebär att man utvecklar både strukturen på dokumenteringen samt strukturen på innehållet. (Saranto et. al. 2007: 66)

4.2.1 Dokumentering av patientuppgifter

Patientens rättigheter regleras av lagen om patientens rättigheter och ställning 1992/785. Lagen om patientens rättigheter 1992/785 2§ 5 punkten definierar journalhandlingar som handlingar eller tekniska dokument som används, uppgörs eller inkommer i samband med att en patient får vård eller vården ordnas och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter. Till patientjournalen tillhör patientberättelsen, remisser, laboratorie-, röntgen- och andra undersökningsrapporter och utlåtanden samt de dokument som omfattas av utredandet av den medicinska dödsorsaken. Patientjournalerna omfattar även annan information samt dokument som skapats vid organiseringen samt utförandet av vården och även de dokument som inskaffats från andra vårdställen. (Saranto et. al. 2007: 12)

En patientberättelse innehåller uppgifter om patientens öppenvård- och hemvårdsbesök samt avdelningsvård. Uppgifterna består av fortlöpande anteckningar i kronologisk ordning uppgjorda av olika yrkesgrupper som varit delaktiga i patientens vård. Vårdberättelsen är vårdpersonalens och även andra yrkesgruppers gemensamt upprättade del av patientberättelsen som omfattar planeringen, utföringen, uppföljningen samt utvärderingen av vården. (Saranto et. al. 2007: 12)

4.2.2 Dokumentering av smärta

”Noggrann dokumentering av smärta ligger som grund till en individuell och kvalitativ vård av smärta. Patienten har rätt att bli hörd och att dokumentera smärtan med patientens egna ord garanterar denne en god vård av smärta.” Med tanke på patientsäkerheten är det viktigt att dokumentera läkemedelsallergier föregående

behandlingars påverkan samt sidoeffekter orsakade av läkemedel. För att garantera kontinuitet i vården är det viktigt att det är klart och tydligt dokumenterat vilka vårdmetoder eller läkemedel som använts för att lindra smärtan och hur dessa metoder eller läkemedel påverkat smärtan. För kontinuitet i vården är det också viktigt att olika metoder såsom mätandet av smärta alltid utförs på ett liknande sätt så att det är möjligt att jämföra nivån av smärta. (Sailo & Vartti 2000: 98-99)

En utvärdering av smärtbehandlingens kvalitet samt effekt kan göras om smärtan är noggrant dokumenterad. Noggrann dokumentering gör det också möjligt att göra både medicinsk och vårdvetenskaplig forskning om vården av smärta. (Sailo & Vartti 2000: 99)

Varje steg i vårdprocessen innefattar beslutsfattade och strävar till att minska den rutinmässiga dokumenteringen. Endast det som är väsentligt med tanke på patientens situation dokumenteras. Alla patienter upplever inte sidoeffekter av läkemedelsbehandlingen vilket gör det onödigt att dokumentera detta. Dokumenteringen av vårdarbetets/behandlings mål samt resultat möjliggör utvärderingen av hur bra vårdarbetet/behandlingen har lyckats. (Salanterä et. al. 2007: 102-104)

Vid dokumenteringen av smärta behövs en grunduppfattning om smärtproblemet vilken kan fås genom att göra en smärtanalys vilken utgår från patientens egna upplevelser. I analysen ställer man frågor såsom: när började smärtan(?) hur känns smärtan(?) var reflekteras smärtan(?) är smärtan värre i vila eller rörelse(?). (Sailo & Vartti 2000: 99)

Kvaliteten på den information som uppsamlas om smärta beror mycket på insamlarens observationsförmåga, lyhördhet och interpersonliga färdigheter. Eftersom smärta är till sin karaktär mångfacetterad kan inte läkemedel vara effektiva i alla sammanhang. Olika vårdmetoder såsom hudstimulering kan vissa gånger vara effektivare. (Hawthorn & Redmond 1999: 18-19)

Dokumenteringen av smärta är en central del av smärtans systematiska vård. I patientjournalen skall den finnas som en separat del eller som en del av den dagliga dokumenteringen. Dokumentationen skall innehålla utvärderingsättet av smärtan (observation eller smärtermätare), utvärderarens namn, smärtans intensitet, använda

vårdmetoder samt utvärderingen av deras effekt. En noggrann dokumentering av smärtan främjar vårdens kontinuitet samt det mångprofessionella arbetet. Noggrann dokumentering är även ett juridiskt skydd för vårdpersonalen. Den allmänna antagningen är att det som inte dokumenterats har heller inte skett. (Voutilainen & Tiikkanen 2009: 262-263)

4.2.3 Evidensbaserad dokumentering

”Målsättningen med vårdarbetet är att stöda patienten i olika hälsotillstånd.” I dagens läge räcker det inte med god vilja och empati utan de vårdmetoder man använder måste vara evidensbaserade. Offentliga tillgångar används för att stöda vården vilket innebär att effekten av de olika vårdmetoderna måste kunna påvisas. Evidensbaserad behandling eller vård innebär den enligt forskning rätta och riktiga behandlings- eller vårdmetoden för en enskild patient var yrkesmänniskans erfarenhet, patientens behov och åsikter sammanförs till en helhet. (Saranto et. al. 2007: 48)

Den evidensbaserade dokumenteringen sammanför dokumenteringen, informationen och tänkandet. För att kunna dokumentera något måste det finnas motiveringar till dess sanningshalt. Beslut kan inte baseras på gissningar eller föreställningar. Den valda behandlingsmetoden eller vårdmetoden är ett resultat av systematiskt tänkande och informationssökning. Den information som används vid beslutsfattande skall vara offentligt och basera sig på fakta som är allmänt accepterat. Motiveringarna av ett beslut betyder att olika alternativ överlagts och konsekvenserna av dessa beslut är kända. I vården skall både patienten och vårdaren aktivt influera besluten. (Saranto et. al. 2007: 49)

”Den tankeprocess som föregår dokumentering är olika från gång till gång.” Eftertanke behövs vid situationer där något är oklart. Tankeprocessen skall vara noggrann och framskrida stegvis. Tänkandet skall vara klarsynt och kritiskt för att man skall hitta de rätta metoderna samt möjligtvis skapa nytt i processen. Tänkandet kan skifta mellan att vara både induktivt och deduktivt. (Saranto et. al. 2007: 49-50)

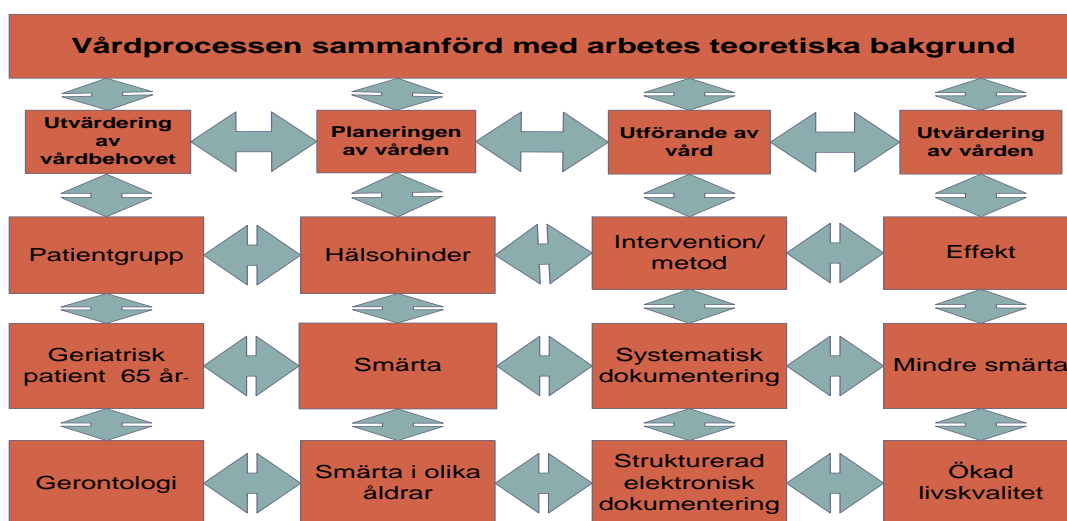
De kunskaper som är centrala vid ett evidensbaserat arbete är beredskapen att införskaffa information, att kunna utvärdera den inskaffade informationen kritiskt, samt att kunna anpassa den inskaffade och bearbetade informationen till den enskilda.

Grunden till den evidensbaserade behandlingen samt vården är den systematiska litteraturöversikten. Med den kan man samla ihop, sammanfatta och sprida information. (Saranto et. al. 2007: 50-51)

4.2.4 Strukturerad elektronisk dokumentering

Ju mera information som finns i vården desto mera finns det ett behov att strukturera och systematisera denna vård. Med dokumenteringen beskriver man patientens vård samt de framsteg som gjorts. I Finland har sjukdomsberättelsen blivit en hälsoberättelse i och med att flera olika yrkesgrupper samt patienten och patientens närstående har möjlighet att medverka i vården. Olika metoder att dokumentera har lett till att informationen i hälsoberättelsen är fragmenterad samt att olika yrkesgrupper kan ha svårt att förstå text som representanter ur andra yrkesgrupper har dokumenterats. Fragmenterad dokumentering finns även inom en yrkesgrupp eftersom dokumenteringsstilen kan variera beroende på arbetsenhet. (Saranto et. al. 2007: 72)

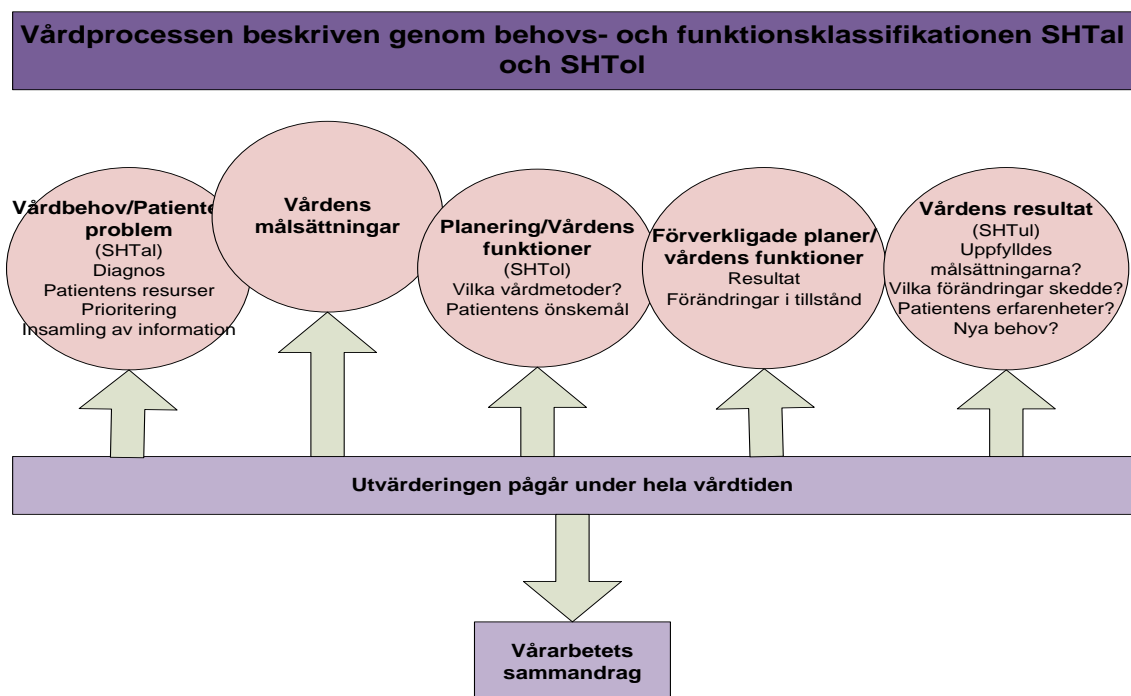
Dokumenteringen av vårdarbete skall enligt olika internationella vårdorganisationer samt WHO basera sig på vårdprocessen i samband med beslutsfattandet. Dokumenteringen skall påvisa de centrala stadierna i vården såsom beslutsfattandet om patientens vård, den information vården grundar sig på, vårdbehovet, utvärderingen av resultaten samt förändringarna i verksamheten (se Figuren 4 och 5). I den nationella hälsoplanen är processmodellen överbyggnaden för den mångprofessionella patientberättelsen. (Saranto et. al 2007: 75)



Figur 4. Vårdprocessen

I den strukturerade dokumentationen används terminologi med vilka patientuppgifterna dokumenteras. Med terminologin syftar man till fraser och begrepp som består av termer, klassifikationer och nomenklatur. Terminologin beskriver vårdarbets diagnoser, hälsoproblem, behov, vårdarbets funktioner och resultat av vården. Den använda terminologin är bekant från patientens medicinska behandling. På nationell nivå finns det en bred grund av terminologi som t.ex. laboratorerna och röntgenundersökningarna använder. (Saranto et. al. 2007: 81)

I Finland använder man sig dåligt av strukturer i vårdarbetet, medan man i t.ex. Sverige redan länge använt sig av en struktur i vårdarbetet (den s.k. VIPS-modellen). I Finland har man skapat en terminologi samt ett klassifikationssystem med tanke på införandet av den strukturerade elektroniska dokumenteringen på nationell nivå. Den finländska vårdens behovskategorisering, SHTal- klassifikationen består av 45 huvudkategorier och 101 underkategorier medan det finländska vårdarbetets funktionkategorisering, SHTol- klassifikationen består av 114 huvudkategorier och 265 underkategorier. Vårdkomponenterna är lika (17 st.) i båda klassifikationerna. (se Saranto et. al. 2007: 80-81) (se Figur 5)



Figur 5. Klassifikationsmodellerna sammabudna med vårdprocessen. (se Iivanainen & Syväoja 2008: 651)

En elektronisk patientberättelse kan definieras på olika sätt än den *strukturerade* elektroniska patientberättelsen. En elektronisk patientberättelse är en patientberättelse som är lagrad i digital form emedan en strukturerad elektronisk patientberättelse utnyttjar de möjligheter dagens teknik ger med sammanbindning av olika databaser. Den strukturerade elektroniska patientberättelsens kärna är uppdelad i två sektioner, administrativa uppgifter (identifikationsuppgifter) och uppgifter om patientens vårdprocess (olika behandlingar, vårdmetoder). Kärninformationen sammanbinds med olika klassifikationsystem för att kunna utvärdera samt utöka den information som redan finns i kärninformationen. Olika yrkesgrupper kan lägga till information vid olika arbetsenheter vilket underlättar vårdens kontinuitet. (Saranto et. al. 2007: 96-135)

5 METOD

Hälsovårdsbranschen har en lång erfarenhet av forskning samt av allmän litteraturproduktion. Syftet med all forskning och litteraturproduktion är att förbättra effekten av yrkeskunnigas arbete inom vården. Eftersom det finns så mycket litteratur finns det ett behov av att kunna sammanfatta litteratur som behandlar samma område samt att klassificera litteraturen med tanke på innehållsvärde. Därför anser man att den systematiska informationsinsamlingen är med tanke på dess egenskaper; systematisk, noggrant definierad, avgränsad, upprepbar, att den är en bra metod att sammanfatta information om något specifikt inom hälsovården. (Johansson et al. 2007:10)

5.1 Utvärdering av vårdmetoder

Utvärderingen av de metoder som används inom hälsovården (arviointi terveydenhuollon menetelmistä) är en central resurs då man eftersträvar vetenskapligt motiverad och ändamålsenlig vårdpraxis. Med utvärdering av hälsovårdens metoder avser man forskning av alla kort- och långvariga effekter av olika vårdhandlingar. I utvärderingen tar man fasta på metodens effektivitet, kostnader samt sociala och etiska synvinklar. Utvärderingen ses som väldigt nyttig då det är frågan om metoder och praxis som är viktiga med tanke på samhällets resurser. (Se Partanen & Perälä 1997 s.7)

Skillnaden mellan en utvärdering av metod och en kvalitetsutvärdering är att med metodutvärdering söker man ändamålsenliga metoder medan med en kvalitetsutvärdering tar man reda på i vilken grad en viss metod används ändamålsenligt i olika omgivningar. (Se Partanen & Perälä 1997 s.14)

Verksamhetens kvalitet inom sjukvården beror mycket på individens yrkeskunskap och de beslut som tagits i en vårdssituation. Därför är det viktigt att personalen inom sjukvården använder de rätta metoderna i sitt arbete och för att kunna avgöra om metoderna är rätta måste dessa utvärderas genom forskning. (Se Partanen & Perälä 1997 s. 7) ”Med hälsovårds metoder syftar man till alla preventiva, vårdande och rehabiliterande metoder som används inom hälsovården.” (Se Partanen & Perälä 1997 s. 8) Det har diskuterats (Se Partanen & Perälä 1997 s. 8) att man skall utvidga termen ”metoder inom hälsovården” till något som inte bara omfattar maskineri och läkemedel utan alla de funktioner som påverkar hälsan och hälsovården, inte bara yrkesgrupperna inom hälsovården utan även olika samhällsfunktioner som påverkar hälsan.

5.1.1 Kriterier för utvärdering av vårdmetod

Det finns 6 olika synvinklar ur vilka man kan analysera en metod med:

1. **Egenskaper som har att göra med användningen**; sensitivitet, precision, tillförlitlighet, användning, enkel att använda
2. **Säkerhet**; en utvärdering av den risk som anses godtycklig då metoden används
3. **Effektivitet (efficacy)**; nyttan som kommer med att teknologin används för ett specifikt problem i idealiska förhållanden
4. **Effekten (effectiveness)**; i vilken grad man i vanliga fall får till stånd önskade effekter i de rutinmässiga dagliga omständigheterna. En metod som fungerar bra i den idealiska omgivningen kan ändå ha en dålig effekt.
5. **Ekonomiska verkningar**; metoden kan ha både mikroekonomiska samt makroekonomiska effekter.
6. **Social, legal, etisk och politisk effekt**; Vilka metoder skall understödjas med hur mycket(?) Påverkar metoden patientens självbestämmanderätt(?) kan vara olika frågeställningar.

(Se Partanen & Perälä 1997 s.10)

”Trots att vården omfattar många olika yrkesgrupper vars gemensamma målsättning är att främja patientens hälsa är det också viktigt att utvärdera olika yrkesgruppers verksamhetsresultat.” (Se Partanen & Perälä 1997: 15) Det är viktigt att tydligt avgränsa utvärderingsobjektet. Avgränsningarna kan göras på många olika sätt men det avgränsningarna måste innehålla hälsoproblemet, målpopulationen, vårdhandlingen samt hälsoresultatet, också orsaken till utvärderingen skall omnämnas öppet vare sig det handlar om hög dödlighet eller höga kostnader. Utvärderingen kan göras genom att samla information men om det inte finns information måste det göras en ny ursprungsundersökning. (Se Partanen & Perälä 1997: 14-17)

5.1.2 Användningen av systematisk litteraturoversikt vid utvärdering av vårdmetoder

Den inre validiteten i en forskning anger hur bra man kan påvisa sambandet mellan interventionen och resultatet. Utvärdering av vårdmetoder med slumpmässiga experiment är problematiskt. Vårdmetoder som baserar sig på interaktion mellan vårdare och patient är svårare att utvärdera än tekniska vårdmetoder såsom vården av ett sår eller behandling av smärta. På grund av detta så är vårdvetenskapen en vetenskap med stor erfarenhet av kvalitativa forskningar. Med kvantitativa metoder kan man inte svara på alla frågor eller så producerar de fel svar på viktiga frågeställningar, det krävs många gånger en förmåga att tolka svaren. Den kvalitativa forskningen har ofta använts som ett komplement till den kvantitativa inom vårdvetenskapen speciellt då man forskar om något som ses ur både sjukskötarens och patientens synvinkel. (Se Partanen & Perälä 1997: 18)

5.2 Litteraturoversikt

En systematisk litteraturoversikt försöker åstadkomma en syntes av data från tidigare utförda empiriska studier. Den systematiska litteraturstudien bör fokusera på *aktuell* forskning inom det valda området och syfta till att finna beslutsunderlag för klinisk verksamhet. Litteraturen utgör informationskällan och redovisade data bygger på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter (se Forsberg & Wengström 2003: 30).

Översikter kan indelas enligt analysmetod i t.ex. metaanalys, – syntes, -sammanfattning, och i systematiska, integrerade och kvalitativa översikter (Johansson et. al. 2007: 84). Metaanalysen, -syntesen, - sammanfattningen kan även ses som analysmetoder i den systematiska litteraturöversikten (Forsberg & Wengström 2003:165). Den integrerade översikten använder både kvalitativ och kvantitativ forskning vilket presenteras i analysen i narrativ form. Forskningar var en litteraturöversikt hör ihop med forskningen använder sig ofta av den integrerade översikten. I den integrerade översikten samlar man ihop tidigare forskning om det område som är i fokus, avväger till vilken bevisning denna information grundar sig på samt att man drar slutsatser av den sammanfattade informationen och nuläget. Avsikten är att sammanfatta tidigare forskning samt göra en allmän sammanfattning av många enskilda forskningar som har identiska eller liknande frågeställningar. (se Johansson et. al. 2007: 84-85)

Detta arbete använder sig av en blandning av den systematiska litteraturöversikten samt den integrerade översikten. Själva sökprocessen för artiklarna som skall analyseras görs enligt den systematiska litteraturöversikten emedan arbetets förkunskap (den vårdvetenskapliga samt den teoretiska delen) är sammanfattning av tidigare forskning och analysen är en allmän sammanfattning av många enskilda forskningar av olika typ som presenteras i narrativ form.

I den narrativa analysen sammanfattas studier gjorda med olika metoder vilket innebär att det måste finnas olika metoder att använda resultat från kvantitativa studier och kvalitativa studier. Resultat av kvantitativa studier kan väljas enligt den s.k. röstningsmetoden vilket innebär att man väljer de resultat som fått mest empiriskt understöd. De resultat som väljs ur de kvalitativa studierna kan göras enligt den s.k. constant comparison metoden vilket innebär att det kvalitativa materialet jämförs sinsemellan och kodas för att skapa kategorier vilka används för att identifiera teman, kategorier samt variationer. Efter att de relevanta resultaten identifierats från både de kvantitativa samt de kvalitativa studierna så analyseras resultatet för att göra sammanfattningen till en välorganiserad helhet. (se Johansson et. al. 2007: 96)

5.2.1 Litteratursökning

Det finns två olika sätt är göra en litteratursökning, den manuella sökningen och databassökningen. Den manuella sökningen kan ske på flera olika sätt; när man har

hittat en intressant artikel som berör problemområdet så studerar man referenslistan och hittar andra artiklar som berör ämnet, ett annat sätt är att läsa innehållsförteckningen i vetenskapliga tidskrifter som berör det valda ämnesområdet. Det sista sättet att hitta information är att ta kontakt med forskare inom ämnesområdet och fråga om artiklar som inte publicerats ännu. Vid databassökningen gäller det att hitta de databaser som är aktuella för ämnesområdet samt som innehåller artiklar av rätt kvalitet.(Forsberg & Wengström 2003: 80-81)

Manuell sökning

Den manuella sökningen i detta arbete innefattar inte opublicerade artiklar. Den manuella sökningen inkluderar en manuell genomgång av tidskriften Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan från Nro 1/2007 till Nro 12/2009

Databassökning

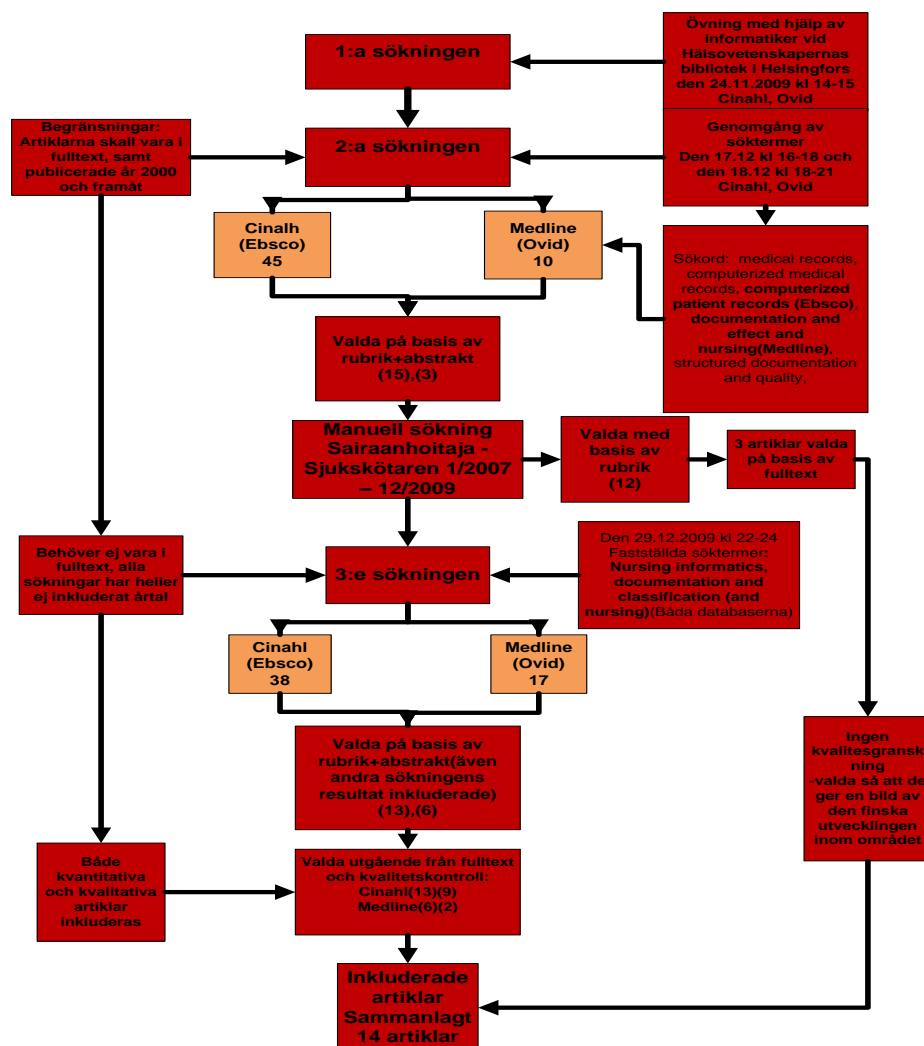
Tabell 2. *Lista på valda databaser i litteratursökningen*

Databas	Typ av databas
Cinahl (Ebsco)	E-tidskrifter (fulltext)
Medline (Ovid)	E-tidskrifter (fulltext)

En förvirrande faktor då man söker artiklar om systematisk dokumentering är vad systematisk dokumentering innebär. Ursprungligen har definitionen av systematisk dokumentering varit att dokumenteringen av patientuppgifter är strukturerad och att den bildar ett klart system. Men med utvecklingen av den elektroniska dokumenteringen har bilden av den systematiska dokumenteringen ändrat. Med systematik avser man nu de möjligheter ett invecklat datanätverk kan erbjuda var många olika databaser är sammankopplade för att skapa ett sätt att kombinera information från olika källor.

Termen strukturerad elektronisk dokumentation samt systematisk dokumentation är terminologi som skapats i Finland. I andra länder pratar man om olika klassifikationsmodeller var man kodat olika vårdaktioner för att skapa struktur. Så gör man även i Finland med SHTol och SHTal klassifikationerna vilka är komponenter av den strukturerade elektroniska dokumentationen. Men då man söker information i databaser såsom Cinahl (Ebsco) och Medline (Ovid) så måste man använda termerna

classification, nursing informatics, computerized medical records. Systematic documentation eller structured electronic documentation gav inga relevanta sökträffar.



Figur 6. Litteratursökning

5.2.2 Val av artiklar

Den narrativa analysmetoden tillåter olika typer av forskningar, kvantitativa och kvalitativa. Den kvalitativa forskningen beskriver samband mellan någonting emedan den kvalitativa forskningen försöker beskriva ett fenomen. Den kvantitativa forskningen är deduktiv, testande emedan den kvalitativa är induktiv, kartläggande. Resultatet av den kvantitativa forskningen är mätbar medan resultatet av den kvalitativa forskningen är att finna strukturer, variationer av olika fenomen, att skapa en teori. (Forsberg & Wengström 2003: 67-68)

Kvalitetsutvärdering av en kvantitativ studie

Den kvantitativa forskningen kan ha tre typer av design, experimentell, kvasi-experimentell och icke-experimentell. De datainsamlingsmetoder som används i den kvantitativa forskningen definierar dess design såsom även forskarens perspektiv och förståelse gör. (Forsberg & Wengström 2003: 100,130)

Tabell 3. *Beskrivning av kvalitetsfrågor vid utvärderingen av en kvantitativ forskning (Johansson et. al. 2007:104)*

Metodologisk observation	Ja/Nej
Beskrivning av hur forskningsobjekt inskaffats?	
Hypoteser framlagda?	
Jämförandet av likheterna mellan forskningsgrupperna vid utgångsläget?	
Är medelvärdet och medelspridningen rapporterad?	

Artiklar med minst 2 ja-svar inkluderas. 1 ja-svar/4 är låg kvalitetsnivå, 2 ja-svar/4 är medel kvalitetsnivå och 3-4 ja-svar/4 är hög kvalitetsnivå.

Kvalitetsutvärdering av kvalitativa forskningar

Allmänna kvalitetskriterier för en kvalitativ forskning är forskningens ontologiska och epistemologiska basis samt en öppen framläggning av valet av forskningsmetod.

Forskarens förmåga att göra en subjektiv analys av kontexten i samband med det producerade forskningsmaterialet. De viktigaste kriterierna för en kvalitativ studie kan sägas vara en subjektiv betydelse, social kontext samt en upplevelse om informationens korrekthet. (Johansson et. al 2007: 105)

Tabell 4. *Beskrivning av kvalitetsfrågor vid utvärderingen av en kvantitativ forskning (se Johansson et. al. 106)*

Forskningens bakgrund och syfte	Ja/Nej
Är det forskade fenomenet noggrant definierat?	
Är forskningens ämnesområde motiverat med tanken på innehåll, metod och ur etisk synvinkel?	
Är forskningens syfte, målsättningar och forskningsuppgift tillräckligt bra definierade?	
Material och metoder	
Är materialinsamlingsmetoderna och kontexten motiverade och beskrivna tillräckligt ingående?	
Lämpar sig insamlingsmetoden för det ämnesområde som forskas och för de som deltar i forskningen?	
Är insamlingen av materialet beskrivet?	
Är materialet insamlat från personer som har information om det fenomen som undersöks?	
Är materialet innehållsmässigt tillräckligt?	
Har materialets bearbetning och analys beskrivits?	
Är vald analysmetod anpassat till det forskade fenomenet?	
Forskningens reliabilitet och etik	
Forskaren har omnämnt de kriterier med vilkas basis denne har utvärderat forskningens reliabilitet?	
Forskaren har noggrant överlagt	

forskningens etiska synvinklar?	
Resultat och slutsatser	
Resultaten har nyhetsvärde och betydelse för utvecklingen av vårdarbetet?	
Slutsatserna baserar sig på resultaten och kan användas?	
Annat	
Forskningen skapar en helhet?	

Artiklar med 8-ja svar eller mera inkluderas. 7 ja-svar av 15 frågor är låg kvalitet, 7-12 ja-svar är medel kvalitet medan 12-15 ja svar är hög kvalitet.

5.3 Inkluderade artiklar

Tabell 5. Förteckning över inkluderade studier

Studiens namn	Källa	Typ av studie	Kvalitetsnivå
Nursing documentation for communication and evaluating care – Törnvall & Wilhelmsson (Journal of Clinical Nursing)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög (4/4)
Electronic Nursing Documentation in primary health care- Törnvall & Wilhelmsson & Wahren (Scandinavian Journal of Caring Siences)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 4/4
Interdisciplinary Collaboration and the electronic Medical Record – Green & Thomas (Pediatric Nursing)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 3/4
Computerised versus Handwritten records – Whyte (Pediatric Nursing)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 3/4

Development of an Electronic Medical Record-Based Clinical Decision Support Tool to Improve HIV Symptom Management – Nader et. al. (AIDS Patient Care)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 4/4
Use of medical informatics for management of multiple sclerosis using a chronic care model – Hatzakis et. al. (Journal of Rehabilitation Research & Development)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 4/4
The work practice of medical secretaries and the implementation of electronic health records in Denmark – Bertelsen & Nehr (Health Information Management)	Cinahl (Ebsco)	Kvalitativ	Hög 15/15
Nursing record system: effects on nursing practice and healthcare outcomes (Review)- Currell et. al. (Wiley & sons)	Cinahl (Ebsco) Fulltext från Cochorane library	Kvantitativ	Hög 4/4
Implementing an Integrated Electronic Outcomes and Electronic Health record process to Create a Foundation for Clinical Practice Improvement – Deutscher (Physical therapy)	Cinahl (Ebsco)	Kvantitativ	Hög 4/4
Evaluating the Impact of Computerized Clinical Documentation –	Medline (ovid)	Kvantitativ	Hög 4/4

Smith et. al. (CIN)			
Nursing documentation audit- the effect of a VIPS implementation programme in Denmark – Darmer et. al.	Medline (ovid)	Kvantitativ	Hög 4/4
Sähköinen kirjaaminen tulee – Mikä muuttuu hoitotyössä?	Sairaanhoitaja	-	-
Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä – sairaanhoitajien näkemyksiä	Sairaanhoitaja	-	-
Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon	Sairaanhoitaja	-	-

6 RESULTATANALYS

Avsikten med detta kapitel är att sammanfatta det resultat som skapas av en sammanställning av artiklarna samt att analysera resultatet med tanke på den teoretiska bakgrunden. Grundhypotesen för detta arbete var att den systematiska dokumenteringen på något sätt påverkar vården, vårdarbetet samt behandlingen av smärta. För att vården av patienten skall vara kvalitativ samt effektiv måste man klarlägga hur en förändring i vården (den systematiska dokumenteringen) påverkar de olika vårdfunktionerna samt de som är delaktiga i vården.

6.1 Effekten av den systematiska dokumenteringen på vården av den geriatriska patientens smärta

Resultatet av forskningen om hur den strukturerade elektroniska dokumenteringen skall införas i vårdarbetet är motstridig, enligt vissa forskningar poängteras behovet av att några sjukskötare på avdelningen blir utvalda som ansvarspersoner för

implementeringen samt skolningen av arbetskamraterna i arbetsenheten och blir på så sätt de som får all utomstående utbildning i ämnet. (Wilskman et. al. 2007: 13) Annan forskning har tydligt påvisat vikten av att hela personalen får skolning i att använda den strukturerade elektroniska dokumenteringen samt vikten av en god implementation av denna. (se Darmer et al. 2006: 533).

Hur den strukturerade dokumenteringen tas emot i arbetsenheten påverkas av sättet som den introduceras. Om det saknas skolning kommer implementationen att misslyckas. För en lyckad implementering av den strukturerade dokumenteringen skall både ledarskapet samt innehållet i vårdarbetet vara välorganiserat i arbetsenheten. (se Wilskman et. al. 2007: 12-14)

Attityden gentemot den strukturerade elektroniska dokumenteringen har på ställen där den implementerats visat sig vara negativ, detta trots att denna form av dokumentation signifikant påverkar kvaliteten av dokumentationen. De sjukskötare som hade den mest negativa attityden gentemot den nya dokumenteringsformen tenderade vara de sjukskötare som hade svårt att lära sig systemet samt de som inte fått tillräckligt med skolning. Det visade sig vara själva tekniken samt bristen på teknisk kunskap och inte utformningen av programmet som orsakade de negativa attityderna. (Smith et. al. 2005 136-137)

För att personalen skall acceptera ett nytt system skall det vara lättanvänt, funktionerande samt användbart. Det nya skall vara bättre än det gamla och personalen skall ha en möjlighet att påverka utformningen av programmet. Själva attityden till förändringen skall vara positiv för att den nya dokumenteringsformen skall kunna fungera. Elektronisk dokumentering i sig självt ökar kvaliteten av både vårdarbetet samt dokumenteringen av detta men inte omedelbart, det krävs att programmet blir inkört under en längre tidsperiod så att personalen skall lära sig det korrekta sättet att använda det nya sättet att dokumentera. (se Partanen & Kvist 2007: 20)

Vid utformningen av systematisk dokumentering är det viktigt med en mångprofessionell diskussion. Diskussionen mellan professionerna måste vara jämlik. Vårdarbets holistiska natur skall jämföras med den medicinska kliniska behandlingen. (Törnvall & Wilhelmsson 2008: 2122)

6.1.1 Den systematiska dokumentationens effekt på vårdarbetet med smärta

Studier har påvisat att den strukturerade dokumenteringen gjorde att sjukskötarna lättare dokumenterade andra behov än kliniska såsom psykologiskt välmående samt patientens behov för information. Vårdplanerna som sjukskötare formulerar innehåller ofta patientens existerande eller potentiella problem men väldigt sällan patientens styrkor eller resurser. (se Darmer et al. 2006:532- 533) Vid vården av smärta är det viktigt att man dokumenterar smärtans intensitet samt använd mätare för utvärderingen av intensiteten, använda vårdmetoder samt effekten av dessa. Detta är alltså minimikravet för dokumenteringen av smärta och. För att ge en mera heltäckande bild av smärtpatientens tillstånd är det viktigt att även patientens psykiska välmående/illamående med tanke på smärtan utvärderas. Det är viktigt att dokumentera patientens styrkor och resurser för att kunna tillsammans med patienten utvärdera hur man kunde förbättra deras livskvalitet trots den överliggande smärtan. (se kap. 3 och 4)

Den strukturerade elektroniska dokumentationen stöder beslutfattandet i vården vilket är grunden för vårdprocessen samt det evidensbaserade vårdarbetet. Genom att erbjuda en färdig struktur tar dokumenteraren lättare i hänsyn andra faktorer som påverkar patientens tillstånd. Vid vården av smärta är det speciellt viktigt att ta i hänsyn andra faktorer än endast kliniska. Många gånger kan andra vårdmetoder än läkemedelsbehandling avsevärt underlätta patientens smärta. (se kapitel 3 och 4)

Samhällsbilden för det hälsofrämjande arbetet är i dagens läge med alla inbesparningar i dåligt skick. I Finland fanns förr de så kallade åldringsrådgivningar var man kunde följa den äldre personens blodtryck, blodsocker och ge information samt göra hälsofrämjande arbete. Resursbristerna har gjort att man frångått detta system vilket har lett till att den äldre personen är själv ansvarig för att få information samt olika mätningar. Sjukhuset är således det mest lämpliga stället att utföra hälsofrämjande arbete och att stöda den äldre personen i en livsstilsförändring. I det praktiska arbetet innebär detta att det är av stor vikt att observera samt dokumentera patientens styrkor och resurser för att få en bild av hur patienten klarar sig hemma. (Darmer et. al. 2006: 533)(Iivanainen & Syväoja 2008: 572-573) Inom det gerontologiska vårdarbetet används även dokumenteringen av styrkor och resurser hos den äldre människan för att utvärdera på vilket sätt man kan höja den äldre människans livskvalitet. (se kapitel 3)

Elektronisk dokumentering sparar tid för sjukskötaren men den ökar även sjukskötarens arbetsbörda. Den elektroniska dokumentationen gör även skiftesbyten mera effektiva och mindre tidskrävande (Törnvall & Wilhelmsson 2008: 2118-2122). Om användningen av elektronisk dokumentering ger en inbesparing av tid så används denna tid enligt forskning för konkreta vårdåtgärder med patienten eller andra arbetsuppgifter. Om den elektroniska dokumenteringen ger mera tid att spendera med patienten så kunde den användas, speciellt med patienter med smärtproblem, till observation och andra vårdmetoder än läkemedel. (se Partanen & Kvist 2007: 18-20) (se kapitel 3)

Den tidsmässiga inbesparingen är dock inte så stor att den har en signifikant påverkan på vårdarbetet. Trots att den tidsmässiga inbesparingen inte är särskilt stor så förbättrar den elektroniska dokumentationen kvaliteten på dokumenteringen. Dokumenteringen är noggrannare och mera tidsenlig i elektronisk form men en inbesparing i tid har inte kunnat verifieras. (se Partanen & Kvist 2007: 18-20)

Vårdsammandragen kommer i framtiden att lagras i ett nationellt arkiv. Ett vårdsammandrag i den strukturerade elektroniska dokumenteringen kommer att bestå av 24 sakinnehåll vilka är centrala för patientens vård. Sakinnehållen skall innefatta information om patientens ankomst, grunduppgifter samt plan för fortsatt vård. Strukturen på detta sammandrag borde vara färdigt, det skall alltså finnas en dokumentbotten på sammandraget i datasystemet, dokumentet borde alltså bestå av både färdiga klassifikationer samt en möjlighet till fri text. Dokumentet skall även vara möjligt att ”pausa” så att man kan spara text. Detta eftersom vårdarbetet är till sin natur fragmenterat och dokumenteraren ofta måste avbryta för att gå till patienten under dokumentationstiden. En pausning av dokumentet borde också vara möjligt eftersom patientens situation kan ändra åsikliga gånger under samma dag. Det borde även vara möjligt att kunna skicka sammandraget elektroniskt från en organisation till en annan. En annan viktig princip inom den strukturerade elektroniska dokumenteringen är att samma sak endast skall dokumenteras en gång vilket innebär att den text som redan är skriven, om t.ex. läkemedelsbehandlingen skall flyttas automatiskt till sammandraget eller skall framkomma i de situationer det behövs. (Hassinen&Tanttu 2008: 18-20)

Starkt strukturerad elektronisk dokumentering har konstaterats vara fördelaktig för vården av smärta men mera forskning behövs för att understöda detta argument. Dokumenteringen av smärta skall innehålla smärtans intensitet och hur man mätt denna, de vårdmetoder som använts för att lindra smärtan samt en utvärdering av dessa vårdmetoders effekt. Samtidigt skall man utvärdera smärtan ur den enskilda patientens synvinkel genom både ålder, andra hälsoproblem och patientens egna utsaga. Starkt strukturerad dokumentering styr dokumenteraren. Den fungerar som en lista som man kan kryssa av. Ur denna synvinkel förbättras kvaliteten på dokumenteringen eftersom även sjukskötare med mindre kompetens inom området kan dokumentera enligt mallen. Starkt strukturerad dokumentering kan alltså höja kompetensnivån för dokumenteraren vilket innebär att kvaliteten på både vårdarbetet samt dokumenteringen av denna höjs. Strukturen på vården blir alltså klarare (Urquhart et. al. 2009: 13-14) (se kapitel 3 och 4)

Problemet med utvecklingen av informationssystem i vården är att väldigt få sjukskötare finner intresse av att utveckla denna del av vårdarbetet. Ett sätt att påverka detta kunde vara att göra utvecklingen av informationssystem i vårdarbetet till en gren av vårdvetenskapen. Detta eftersom ett välgjort informationssystem tydligt tar fram vårdprocessen och betonar den systematik som finns i vårdarbetet och vikten av denna för patientens välmående och hälsa. Vårdens elektriska informationssystem kan om de är väl utformade skapa metakunskap om patienten genom att sammanbinda många olika informationskällor. (Urquhart et. al. 2009: 13-14) (se kapitel 4)

Då sjukskötare själv får värdera sitt kunnande med den strukturerade elektroniska dokumentationen så överskattar ofta denne sin förmåga. Då hälsovårdarens kunskaper i dokumenteringen enligt den strukturerade dokumenteringmodellen VIPS kom det fram att endast 1 av 5 delar i vårdprocessen användes i dokumentationen. Det vanliga var att endast utvärderingen av patientens tillstånd användes i dokumentationen. Analysen, planeringen, implementationen och utvärdering av resultat användes ytterst sällan. Orsakerna till detta kan ligga i en dålig förståelse av datorn och dess egenskaper och möjligheter samt genom att vårdarbetet fått mera medicinsk natur vilket kan innebära att en stor del av vårdarbetets dokumentation lämnar bort i ett försök att kommunicera med läkaren på dennes yrkesspråk. Med tanke på en s.k. gyllene regel inom

dokumentationen ”Det som inte är dokumenterat har inte skett” så utförde de undersökta hälsovårdarna nästan inget vårdarbete alls. (Törnvall et. al. 2004: 310-317)

6.1.2 Den systematiska dokumentationens effekt på den mångprofessionella vården av smärta

Vikten av kontinuitet samt samarbete inom vården poängteras inom vården av smärta och inom vården av den geriatriska patienten. Den geriatriska patienten är ofta mångsjuka och kan ha väldigt diffusa symptom, vilket gör att deras tillstånd kräver mera dokumentation samt noggrannare genomgång av bakgrundsinformation. Den geriatriska patienten måste även utvärderas med tanke på dennes förmåga att klara av vardagliga saker såsom toalettbesök, intag av rätt mediciner....(se kap. 4)

Kommunikationen yrkesgrupper emellan kräver en viss standardisering av språket samt en strävan till ett gemensamt mål från alla yrkesgrupper. Läkare läser med större sannolikhet elektroniskt dokumenterade uppgifter om vårdarbetet. Läkaren vill använda och använder vårdarbets dokumentation som information vid behandlingen av patienter. Problem som uppkommer då läkare läser sjukskötares dokumentation och vice versa är bristen på ett gemensamt språk. Båda yrkesgrupperna kan använda samma termer men förstå termerna på olika sätt. För att dokumentationen skall fungera optimalt behövs alltså ett standardiserat gemensamt språk. Om sjukskötare kan koncentrera sig på vårdarbetet och kommunicera med en mångprofessionell terminologi kunde detta göra vårdarbetets bidrag till helhetsvården mera komplett. (Törnvall & Wilhelmsson 2008: 2118-2122)

Man har definierat vad dokumentationen måste innehålla för ett lyckat sjukskötare – läkare samarbete. Det är fem olika faktorer läkare önskar att skulle dokumenteras; skeenden som lett till förändringar i patientens tillstånd, dokumentation över förändringar i patientens tillstånd, vårdarbetsinterventioner som gjorts på grund av förändringar i patientens tillstånd, dokumentation av att läkaren informerats om förändringarna i tillståndet samt slutresultatet av olika interventioner både med tanke på vårdarbetet samt vården i överlag. Sjukskötaren är ansvarig för att relevant information når läkaren vid behov. (Green & Thomas 2008: 3)

Vid implementeringen av strukturerad elektronisk dokumentering måste man försäkra sig över vissa saker. Är de mest behövliga dokumenten lätt tillgängliga? Är dokumenten utformade så att de stöder dokumenteringssyftet. Den strukturerade elektroniska dokumenteringen kan avsevärt förbättra kvaliteten på vården om den är utformad i samarbete med de som arbetar med programmet.(Green & Thomas 2008: 3)

Patientsäkerhet är något som poängteras i samband med den elektroniska dokumenteringen samt naturen av den elektroniska dokumentering vilket innebär att materialet är tillgängligt snabbare för olika yrkesgrupper inblandade i vården av patienten. Genom effektiv dokumentering och kommunikation mellan yrkesgrupper samt inom en yrkesgrupp kan man snabbare ingripa i situationer där man misstänker att en patient blir utsatt för våld, detta är speciellt viktigt med tanke på barn eller patienter med sådana sjukdomstillstånd som påverkar minnet samt de kognitiva funktionerna. Med den systematiska dokumenteringen kan man införa strukturer i dokumenteringen var misstankar om misshandel, sexuellt utnyttjande måste dokumenteras, med klinisk bevisning (blåmärken, sår). I samband med denna typ av hot för patientens hälsa, liv och välmående duger även sämre dokumentering men vikten ligger i att dokumenteringen är tillgänglig för de som behöver den samt tydligt påvisar problembakgrunden. (Whyte 2005: 15-18)

För att övervaka slutresultat av olika behandlings- samt vårdmetoder kan man implementera ett informationsuppsamlingsprogram i den strukturerade elektroniska dokumenteringen. Detta program kan användas i kvalitetsutvärderingar av olika behandlingmetoder eller helhetsvården och vårdmetoder vilket gör kvalitetsmätningarna och forskningen av evidensbaserade metoder avsevärt lättare. Programmet samlar upp patientkaraktistik, vårdprocesser och slutresultat. Programmet stöder alltså beslutsfattandet i vården. (Deutscher et. al. 2008)

”Information om patienter, deras vård och slutresultat är essentiell ingredienser för en allmän strategi att förbättra vården av kroniska sjukdomar.” För att förbättra vården av kroniskt sjuka så är det viktigt att den information man får av olika behandlingar, interventioner samt deras slutresultat lagras ändamålsenligt. Därför är det viktigt att med den teknologi som finns att använda i dagens läge så undviker man att lagra information digitalt på ett sätt som man skulle lagra information på papper. Den information vi

lagrar skall koda så att man kan kombinera olika databaser och med hjälp av kodningen kanske utveckla nya synteser av information. (Hatzakis et. al. 2006: 1-15) (Nader et. al. 2009: 521 – 528)

Implementeringen av den strukturerade elektroniska dokumenteringen ändrar inte endast på sjukskötaren eller läkarens arbetsuppgifter. Den ändrar även för fysioterapeuter, socialarbetare och avdelningssekreterare. Ofta på en avdelning är sekreteraren hjärtat i organisationen. Sekreteraren organiserar informationstrafiken samt patienttrafiken. Speciellt då nya system införs så är sekreteraren av stor vikt. Att minska på mängden sekreterare på grund av implementeringen av ett nytt sätt att dokumentera eller förlytta information kan orsaka problem med själva implementeringen. (Bertelsen & Nehr 2005: 104 – 111)

Vid avdelningar vars patienter är i kritiskt tillstånd måste man alltid ha tillgång till patienternas journaler. Därför behövs det de som organiserar informationen och säkerställer att den finns till hands. Diskussionen om man kommer att behöva pappersjournaler efter att den elektronisk dokumenteringen införts har ofta slutat vid att man konstaterat vikten av omedelbart tillgänglig information även i strömavbrott och liknande. (Bertelsen & Nehr 2005: 104 – 111)

7 METODANALYS

Då man utvecklar vårdrekommendationer använder man sig av åtta olika utvärderingsmetoder Samma metoder kan användas för att analysera detta arbete. (se Saranto et. al. 2007: 53)

1. Arbetets *validitet* (*validity*) innebär att de faktorer som påverkar arbetets utformning och har en klar koppling till arbetets syfte är innefattade. Detta arbetes syfte var att få en bild om hur den systematiska dokumenteringen påverkar vården av den geriatriska patientens smärta. Som vårdvetenskaplig referensram valdes därför det gerontologiska vårdarbetet som tar i hänsyn den äldre personen som både person och patient. Sjukskötarens kompetens inom det gerontologiska vårdarbetet ses som viktigt eftersom det ger en bild av hur viktig

faktor kunskap är inom äldrevården och att en utveckling av kunskap påverkar yrkesidentiteten hos sjukskötaren.

Som teoretisk bakgrund valdes gerontologi med koncentration på geriatrik. Även en genomgång av vad den systematiska dokumentationen innebär och hur den särskiljer sig från pappersdokumentation.

Detta arbete har stark förakning i aktuella skeenden inom vården med tanke på den systematiska dokumenteringens implementering i vården på nationell nivå.

2. *Uppenbarhet* innebär att arbetets utformning är sådan att även andra forskare kunde använda samma struktur. Inom litteratur sammanbinds kompetens, kvalitet och dokumentering vilket innebär att den medvetna forskaren skulle även använda liknande referensram för sin forskning.
3. *Tillförlitligheten* i detta arbete syftar på sökmetoden, hur litteraturöversikten i praktiken utförts. Det största problemet med detta arbete var att definiera söktermerna så att sökresultatet blev *4. representabelt* vilket innebär att alla synvinklar är utforskade.
5. *Applibiliteten* syftar till hur resultatet av detta arbete kan användas. Kan resultatet användas med tanke på olikartade hälsoproblem. Detta arbete fokuserar sig på smärta men det finns ytterst lite material om systematisk dokumentation av smärta. Därför har arbetet utformats mera fritt och påverkan av den systematiska dokumenteringen på olika vårdtekniska och vårdproblem har diskuterats.
6. *Flexibiliteten* syftar i detta arbete till metoden, varför har man inte använt sig av systematisk litteraturöversikt i ren form samt metaanalys – eller syntes som analysmetod. Varför har man använt sig av en blandning av systematisk litteraturöversikt samt integrerad översikt med narrativ analys? Orsaken till detta är bristen på relevant material samt att arbetet haft endast en forskare. För att göra en ren systematisk litteraturöversikt behövs mera material om det

specifika ämnet samt flera som forskar. Detta betyder att ämnet i sig, den systematiska dokumentationens inverkan på vården av den geriatriska smärtan borde forskas genom insamlandet av data efter att den strukturerade elektroniska dokumenteringen införts.

7. *Klarheten* i detta arbete finns det åtskilliga figurer vars mening är att klarlägga olika frågor i arbete och försöka påvisa underliggande tankespår och klarlägga olika teorisynteser.
8. *Noggrannheten* var svårast att upprätthålla i själva litteratursökningen . Eftersom man var tvungen att testa många olika termer för att hitta relevanta artiklar så fanns det tillfällen då det var svårt på grund av okunskap om sökmaskinernas användning samt söktermerna att bibehålla en noggrannhet, upprätthållningen av noggrannheten skedde genom att systematisk gå igenom sökresultaten åtskilliga gånger.

Etiska reflektioner på utformningen av arbetet

Den största etiska frågan i detta arbete är hur arbetet avgränsats. Man kunde kombinera precis vad som helst med den systematiska dokumentationen eftersom den systematiska dokumentationen innefattar hela vårdprocessen. Man kunde även inkludera diskussioner om de olika lagarna samt organisationsformerna som påverkar dokumenteringen.

Orsaken varför arbetet avgränsats att innefatta påverkan av systematisk dokumentation på vårdarbetet, behandlingen samt vården av smärta hos den geriatriska patienten är på grund av att på detta sätt kan man klarlägga vilka problem som kan påverka både implementeringen av den systematiska dokumentationen samt bristen av en systematisk dokumentation ur en konkret synvinkel. Skulle man bara använt den systematiska dokumentationens inverkan på vården skulle arbetet inte gett någon konkret tankegrund.

8 AVSLUTNING

För att kunna utvärdera den systematiska dokumenteringen inverkan så måste man betrakta den genom ett konkret hälsoproblem. Problemet är bara att för att kunna

utvärdera om en metod hjälper en viss typ av hälsoproblem måste metoden ha varit i användning en längre tid samt att man utvecklat metoder för att samla in resultatet.

Litteratursökningen till detta arbete gav inte direkt information om den systematiska dokumenteringens verkan på smärta eller specifikt på den geriatriska patientens smärta. Men med en sammabindning av detta arbetes bakgrund samt vårdvetenskapliga referensram kunde man tolka de faktorer som litteratursökningen utpekade. Den systematiska dokumenteringen höjer kvaliteten på både vårdarbetet samt dokumenteringen av denna genom en erbjuda en färdig struktur. Denna struktur tvingar dokumenteraren att ta i hänsyn alla delfaktorer i vårdprocessen vid dokumenteringstillfället. Den inverkar även på kontinuiteten både genom bättre information samt genom att själva informationen är lättare att dela mellan avdelningar samt vårdorganisationer. I Finland kommer dessutom all dokumentation att lagras i digitala arkiv vilka vårdinstanserna har tillgång till. Sammanfattningsvis kan man säga att den strukturerade elektroniska dokumentationen skapar ny kunskap genom att sammanfatta information från många olika källor. Den skapar metakunskap vilket innebär att man får information om informationen.

Trots att litteratursökningen inte gav mera resultat om den systematiska dokumentationens vård av den geriatriska patientens smärta så gav den med tanke på bakgrundsmaterialet många svar på hur den systematiska dokumenteringen med stor sannolikhet kommer att påverka vården av smärta hos den geriatriska patienten. Kontinuitet i vården är viktig då man vårdar patienter vars kognitiva förmåga är nedsatt eller begränsad såsom dementa patienter. Så genom att betrakta resultaten kan man se att kontinuiteten i vården klart förbättras med hjälp av den strukturerade dokumenteringen av smärta.

Även med tanke på personal samt resursbristen i vården behövs sätt att utbilda ny och gammal personal genom det dagliga arbetet och behålla en viss kvalitetsnivå. Personalen lär sig genom dokumenteringen hur vårda den geriatriska patienten samt vilka symtom det är viktigt att dokumentera och vilka inte. Man minskar på den orelevanta dokumentationen vilket innebär att risken för tolkningsfel minskar. Inom vårdutbildningen borde dokumentering av det dagliga arbetet och dess juridiska vikt för både patienten och personalen poängteras.

Bristen på relevant material inom ämnet påvisar vikten av forskning inom ämnet. Majoriteten av geriatriska patienter på vårdinstitutioner lider av smärta vilket innebär att forskningen om den geriatriska patienten samt smärta är högst aktuell. Olika vårdmetoders effekt på smärtan borde forskas ur olika synvinklar. Både kliniskt och vårdvetenskapligt. Den systematiska dokumenteringen som vårdmetod hjälper patienten konkret på samma gång som den även stöder forskningen om andra vårdmetoder.

Detta arbete kan hoppeligen en bild av hur man borde tänka då man dokumenterar och varför även dokumentering borde prioriteras. Den systematiska dokumentationen lägger patienten i centrum eftersom patienten är kärnan i vården och således skall inte patienten vara beroende av organisationsstruktur eller olika dokumentationssystem. Den enskilda patienten skall definiera dokumentationssystemets uppbyggnad. Vid dokumentering av patientuppgifter i pappersformat styr dokumenteringen ofta patientvården.

På basis av detta arbete föreslås det att det skulle forskas mera i både sjukskötares kunskaper om vad patientsäkerhet och dokumentation innebär för patienten samt för sjukskötaren. En patients vård skall inte bero på *en* läkare, *en* sjukskötare eller en yrkesverksam. I dokumenteringen skall det synas att patientens vård är en process som många olika yrkesgrupper eller yrkesmänniskor inom samma yrkesgrupp kan ta likvärdigt del i. I och med detta kunde man även forska i om god dokumentation minskar vårdpersonalens stress i t.ex. rapporteringssituationer eller mottagning av patient från annan enhet.

Arbetet ger förhoppningsvis även en bild om hur kompetens och dokumentering kan sammanlänkas. Trots att den strukturerad elektroniska dokumenteringen kan lära speciellt noviser inom vården hur utvärdera patienten samt hur dokumentera rätt faktorer skall man inte förlita sig på dokumenteringen blint. Men dokumenteringen ger en avgränsning för arbetet samt genom en högre kvalitet även en trygghet för både patient och vårdpersonal.

KÄLLOR

Befolkningsprognosen 2009-2060. Statistikcentralen. Finlands officiella statistik.
Tillgängligt http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_sv.pdf hämtat
1.12.2009

Benner Patricia, Tanner Christine A., Chesla Catherine A. 1999. *Expertkunnande i omvårdnad – Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Studentlitteratur. ISBN 91-44-00386-2. s. 443

Bertelsen Pernille, Nehr Christian. 2005. The work practice of medical secretaries and the implementation of electronic health records in Denmark. *Health Information Management vol. 34 no 4*. s.104-111

Darmer Rosendal Mette, Ankensen Lena, Nielsen Geissler Bettina, Landberger Gitte, Lippert Elisabeth, Egerod Ingrid. 2006. Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Issues in Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd*. s. 525-534

Dehlin Ove, Rundgren Åke. 2007. *Geriatrik*. 2. upplagan. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-03849-0. 415 s.

Deutscher Daniel, Hart Dennis L., Dickstein Ruth, Horn Susan D., Gutvirtz Moshe. 2008. Implementing an Integrated Electronic Outcomes and Electronic Health Record Process to Create a Foundation for Clinical Practice Improvement. *Physical therapy vol 88 number 2 February 2008*. s 270-284

Ehnfors Margareta, Thorell-Ekstrand Ingrid. 1992. *Omvårdnad i patientjournalen – En modell för dokumentation av omvårdnad med hjälp av sökord*. Vårdförbundet SHTFS-Forskning och utveckling. Stockholm. ISBN 91-7043-016-0 125 s.

Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisusarjan julkaisut 93/2005. *Toimintakykyä kotona asumiseen*. ISBN 952-460-080-3. 44 s.

Forsberg Christina, Wengström Yvonne.2003, *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering analys och presentation av omvärldsforskning*, Första utgåvan andra tryckningen. Natur och Kultur, Stockholm, ISBN 91-27-09165-I, 208 s.

Green Shayla D., Thomas Joan D.2008. Interdisciplinary Collaboration and the Electronic Medical Record. *Pediatric Nursing May-June 2008 vol. 34 no. 3*.225-227,240

Hallila Liisa. 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Hygiea-sarja.Tammi. ISBN: 951-26-5391-5. 188 s.

Hassinen Tiina, Tanttua Kaarina.2008.Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon.*Sairaanhoitaja-Sjukskötaren år 81*. s 18-20

Hatzakis Michael J., Allen Craig, Haselkorn Mark, Anderson Stephen M., Nichol Paul, Lai Charles, Haselkorn Jodie K..2006. Use of medical informatics for management of multiple sclerosis using a chronic care model. *Journal of Rehabilitation & Development* vol 43 no 1 2006.1-15

Hawthorn Jan, Redmond Kathy.1999. *Smärta-bedömning och behandling*.Studentlitteratur.Lund-Sweden. ISBN:91-44-00930-5.325 s.

Heikkinen Eino, Rantanen Taina.2008. *Gerontologia*, 2. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, ISBN 978-951-656-249-3. 544 s.

Iivanainen Ansa, Syväoja Pirjo.2008. *Hoida ja kirjaa*. Hygiea-sarja. Keuruu, Tammi. ISBN: 978-951-26-5756-8. 664 s.

Johansson Kirsi, Axelin Anna, Stolt Minna, Ääri Riitta-Liisa (red). 2007, *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*, Turun Yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja: A:51/2007. 120 s.

Kragh Annika. 2005. *Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering*. Studentlitteratur. ISBN: 91- 44-03906-9. 278 s.

Lohiniva- Kerkelä Mirva. 2004. *Terveysthuollon juridiikka*. 3 uudistettu painos. Talentum. ISBN 952-14-0741-7. 254 s.

Larsson Mayethel. Rundgren Åke.1997.*Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Studentlitteratur.Lund, Sverige. ISBN 91-44-49091-7.314 s

Nader Claudia, Tsevat Joel, Justice Amy C., Mrus Joseph M., Levin Forrest, Kozal Michael J., Mattocks Kristin, Farber Steven, Rogers Michelle, Erdos Joseph, Brandt Cynthia, Kudel Ian, Braithwaite Ronald. 2009. Development of an Electronic Medical Record-Based Clinical Decision Support Tool to Improve HIV Symptome Management. *Aids Patient Care and STDs vol 23 no 7 2009*. s. 521-528

Partanen Pirjo, Perälä Marja-Leena.1997. *Menetelmien arviointi hoitotyössä- Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus*. FinOHTAn raportti 7.1997. Helsinki. STAKES 48 s.

Partanen Anne, Kvist Tarja.2007.Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä- sairaanhoitajien näkemyksiä.*Sairaanhoitaja-Sjukskötaren* år 80.nro 6-7. s 18-20

Sailo Eriikka, Vartti Anne-Marie.2000.*Kivunhoito*. Tammer-Paino Oy, Tampere.ISBN:951-26-4503-3. 261 s.

Salanterä Sanna, Hagelberg Nora, Kauppila Marjo, Närhi Matti.2006.*Kivun Hoitotyö*.1. painos.WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.ISBN 951-0-29002-5. 277 s.

Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina, Sonninen Anna Liisa.2007.*Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*.1.painos.WSOY oppimateriaalit.Helsinki.ISBN 978-951-0-28358-5

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:26. *Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) 2008-2011- Handbok om projektstöd*. ISBN 978-952-00-2836-7 (PDF)

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4. *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre*. ISBN 978-952-00-2528-1. 55 s.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. *Turvallinen lääkehoito- Valtakunnallinen lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki 2006. ISBN 952-00-1931-6 [nid] 114 s.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4.. *Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita*. ISBN 952-00-0970-1 26 s.

Turkki Teppo. 2009. *Nykyäikää etsimässä – Suomen digitaalinen tulevaisuus*. EVA. Taloustieto Oy. Yliopistopaino 2009. ISBN 978-951-628-492-0

Törnvall Eva, Wilhelmsson Susan, Wahren Lis Karin. 2004. *Electronic nursing documentation in primary health care. Scandinavian Journal of Caring vol 18 2004*. s.310-317

Törnvall Eva, Wilhelmsson Susan. 2008. *Nursing documentation for communicating and evaluating care. Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 2116-2124

Urquhart C, Currell R, Grant Mj, Hardiker NR. 2009. *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. The Cochrane Library 2009 issue 4*. s 1-70

Wikby Anders, Johansson Boo. 1999. *Biologiskt åldrande*. Studentlitteratur. Lund, Sweden. ISBN 91-44-00441-9. 171 s.

Wilskman Kaarina, Koivukoski Sirpa, Knuutila Mikko, Isotalo Tiina. 2007. *Sähköinen kirjaaminen tulee – Mikä muuttuu hoitotyössä?. Sairaanhoidaja-Sjukskötaren* år 80. nr 6-7 s.12-14

Voutilainen Päivi, Tiikkanen Pirjo(toim).2009.*Gerontologinen hoitotyö*.1.uppl.WSOY
Oppimateriaalit OY. Helsinki. ISBN 978-951-0-34039-4 s.371

Whyte Mandi. 2005. Computerized versus Handwritten records. Paediatric nursing vol.
17 no 7 September 2005. s.15-18