

**Dokumentation som tillgång och redskap
inom vård**

- en kartläggning av dokumentationen inom
pilotprojektet Sammanhållen hemvård

Susanna Koskinen
Malin Roberts

Högskolan på Åland
serienummer 06/2012

Vård

Mariehamn 2012
ISSN 1458-1531

Examensarbete

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Vård
Författare:	Susanna Koskinen & Malin Roberts
Arbetets namn:	Dokumentation som tillgång och redskap inom vård – en kartläggning av dokumentationen inom pilotprojektet Sammanhållen hemvård
Handledare:	Katarina Ulenius
Uppdragsgivare:	Ålands landskapsregering

Abstrakt:

Under 2011 pågick ett sexmånaders pilotprojekt, Sammanhållen hemvård, mellan hemvården i fyra kommuner på Åland och hemsjukvården inom Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS). Pilotprojektet syftade till ett ökat samarbete, vilket förväntades ge positiva följder för den enskilda patientens vård. Dokumentation kan säkerställa patienten en kvalitativt god omvårdnad. Dokumentation är även av stor vikt då vårdpersonal ofta besöker patienten ensam samt då tidsperioden mellan besöken kan variera. Mellan hemvård och hemsjukvård finns idag ingen gemensam dokumentation, trots gemensamma patienter.

Syftet med denna studie var att kartlägga vårdpersonalens synpunkter på dokumentation och dess betydelse för vård inom ramarna för pilotprojektet sammanhållen hemvård, samt att utifrån aktuell litteratur belysa dokumentationens övergripande betydelse för vård.

Den teoretiska referensramen för denna studie var Nightingales omvårdnadsteori (1989). Studien baserar sig på insamlad data av anteckningar från ett utvärderingstillfälle om pilotprojektet, frågeformulär och incidentrapporter, samt sex vetenskapliga artiklar om dokumentationens betydelse för vård. Data analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

I resultatet framkom fyra kategorier; *dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet, dokumentation kopplat till samarbete, dokumentation som resurs, samt dokumentation synliggör vårdandet*. Ett övergripande tema framsteg, *dokumentation som en tillgång och ett arbetsredskap i vården*. Temat synliggörs och beskrivs genom presentation av kategoriernas innehåll. I diskussionen speglades resultatet mot studiens bakgrund, teoretiska referensram samt övrig relevant litteratur.

Slutsatsen av denna studie kan sammanfattas som att dokumentation kunde vara en tillgång och ett redskap för att säkerställa kvalitet, kontinuitet samt patientsäkerhet i vården. Genom säkerställandet av dessa tre komponenter tangeras det centrala i vården, vilket utgörs av strävan att ge god vård till den enskilde patienten.

Nyckelord (sökord):

Dokumentation, sammanhållen hemvård, kvalitet, kontinuitet, patientsäkerhet

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
06/2012	1458-1531	Svenska	52

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
16.12.2011	11.01.2012	13.01.2012

Degree Thesis

Högskolan på Åland / Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Susanna Koskinen & Malin Roberts
Title:	Documentation as an asset and an instrument in care - A chart of the documentation in the pilot project Cohesive home-care
Academic Supervisor:	Katarina Ulenius
Technical Supervisor:	The Åland Government

Abstract:

In 2011, a six-month pilot project, Cohesive home care, took place between the social home-care in four municipalities in the Åland Islands, and the health home-care in the Åland Health Care (ÅHS). The pilot project aimed to enhance cooperation around common patients, which was expected to give positive implications for the individual patient's care. Documentation can ensure a good quality patient care. Documentation is also very important when health professionals often visit the patient alone, and when the time period between the visits may vary. Between the social home-care and the health home-care there is no common documentation although there are common patients.

The aim of this study was to chart the health professionals' views on documentation and its importance for care within the scopes of the pilot project Cohesive home-care, and highlight the overall importance of documentation by means of current literature.

The theoretical perspective of this study was Nightingale's nursing theory (1989). The study is based on data collected by notes from the evaluating opportunity of the pilot project, questionnaires and incident reports, and six scientific articles on the importance of documentation of care. Data were analysed by a qualitative content analysis according to Lundman and Hällgren Graneheim (2008).

The result revealed four categories, *documentation can help increase patient safety*, *documentation related to cooperation*, *documentation as a resource*, and *documentation makes care visible*. An overall theme emerged, *documentation as an asset and an instrument in care*. The theme is made visible and described through presentation of the content of the categories. In the discussion the results of this study were reflected against the background in the study, the theoretical perspective and other relevant literature.

The conclusion of this study can be summarized as follows: Documentation could be an asset and an instrument to ensure quality, continuity and patient safety in care. By ensuring these three components the essence of care is touched, which consists of the effort to give proper care to the patient.

Key words:

Documentation, cohesive home care, quality, continuity, patient safety

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
06/2012	1458-1531	Swedish	52

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
16.12.2011	11.01.2012	13.01.2012

INNEHÅLL

1. INLEDNING	5
1.1. Bakgrund	6
1.1.1. Sammanhållen hemvård	6
1.1.2. Dokumentation i omvårdnad	9
1.2. Teoretisk referensram	11
1.3. Problemformulering	12
1.4. Syfte	12
1.5. Metod	12
1.5.1. Databearbetning och dataanalys	13
1.5.1.1. Anteckningar från utvärderingstillfället	13
1.5.1.2. Frågeformulär	13
1.5.1.3. Incidentrapporter	14
1.5.1.4. Artiklar	15
1.5.2. Forskningsetiska aspekter	15
1.5.3. Forskningsetiska aspekter	18
2. RESULTAT	20
2.1. Dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet	21
2.2. Dokumentation kopplat till samarbete	22
2.3. Dokumentation som resurs	23
2.4. Dokumentation synliggör vårdandet	23
3. DISKUSSION	25
3.1. Metoddiskussion	25
3.2. Resultat diskussion	28
4. SLUTSATS	33
KÄLLFÖRTECKNING	34
Bilaga 1: Anhållan till vårdchef B. Michelsson version 1	38
Bilaga 2: Vårdchef B. Michelssons avslag på ansökan	42
Bilaga 3: Anhållan till vårdchef B. Michelsson version 2	43
Bilaga 4: Vårdchef B. Michelssons godkännande	49
Bilaga 5: Tabell 2, artikelsök	50
Bilaga 6: Tabell 3, artikelöversikt	51

1 INLEDNING

Sjukvården i dag tar hand om allt sjukare och därmed allt mer vårdkrävande patienter där vårdkedjan består av flera länkar med korta vårdtider i varje länk. I samband med mer medvetna patienter som bör och kan ställa krav på vårdens kvalitet och kontinuitet blir sjukvården allt mer komplex och större krav ställs på vårdpersonalen i form av ökat kunnande och ökad effektivitet (Björvell, 2001). Även klinikchefen över primärvården inom Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Birgitta Hermans (personlig kommunikation, 11 maj 2011), uttrycker detta och menar att det i framtiden kommer bli alltmer vårdkrävande patienter som sköts i det egna hemmet, vilket ställer ökade krav på utnyttjandet av de befintliga personalresurserna. Begreppet kontinuitet står för ett oavbrutet sammanhang (Kontinuitet, 2011), vilket kan ses inom vårdkontexten då en patient inom hemsjukvården och en klient inom hemvården vårdas av samma personal under samma förutsättningar vid varje besök. Det krävs gott samarbete inom och mellan olika yrkeskategorier för att säkra god vårdkvalitet för patienten (Björvell, 2001). Kvalitet som begrepp står för goda egenskaper (Kvalitet, 2011), vilket kan visa sig i vården då målen med en patients/klients vård uppfylls.

Hemsjukvården (ÅHS) handhar det medicinska ansvaret för patienten, såsom medicindelning och övriga sjukvårdsuppgifter som t.ex. provtagning, såromläggning och injektioner. Hemvården (kommunerna) står för den sociala omsorgen för klienten (Ålands hälso- och sjukvård, u.å.). I socialvårdslagen benämns hemvård hemservice (Maj-Len Österlund-Törnroos, personlig kommunikation, 3 januari 2012), i detta arbete används den mer vardagliga benämningen hemvård. Inom hemsjukvården används beteckningen patient för vårdtagarna, medan de inom hemvården benämns klient. I detta arbete använder författarna ordet patient.

Idén till examensarbetet härrör från förslag av Birgitta Hermans, klinikchef över primärvården inom ÅHS, och Maj-Len Österlund-Törnroos, äldreomsorgsutredare på Ålands landskapsregering, i samband med att utvärdering av pilotprojektet Sammanhållen hemvård planerades. Denna studie är därmed ett beställningsjobb från landskapsregeringen, som är initiativtagare till pilotprojektet sammanhållen hemvård, och som önskade en utredning och utvärdering av projektet. Ålands landskapsregering hade ansvaret att utvärdera pilotprojektet sammanhållen hemvård. Detta arbete ingår som en del i utvärderingen. Flera förslag på fördjupningsområden inom ramarna för utvärderingen av pilotprojektet sammanhållen

hemvård delgavs av Hermans och Österlund-Törnroos våren 2011 i samband med att uppdraget mottogs.

Projektet påbörjades 1.3.2011 i kommunerna Eckerö, Geta, Kökar och Vårdö, och avslutades 31.8.2011. Syftet med pilotprojektet sammanhållen hemvård var att hemvården i kommunerna och hemsjukvården (ÅHS) under sex månader skulle öka sitt samarbete kring gemensamma patienter, vilket förväntades ge följder såsom ökad kontinuitet och kvalitet för patientens vård (B. Hermans, personlig kommunikation, 11 maj 2011).

Ämnet är aktuellt för författarna eftersom båda arbetat inom hemvård samt hemsjukvård, och innehar en förförståelse om att samarbetet och kommunikationen mellan enheterna inte alltid fungerar optimalt. En brist i samarbetet mellan hemvård och hemsjukvård är att det inte finns någon gemensam journalföring. Författarna antar att en gemensam dokumentation skulle kunna ge positiva följder för vården av gemensamma patienter. Detta arbete kommer ta fasta på vårddokumentation och dess betydelse för vården. Genom en utvärdering av sammanhållen hemvård, kopplat till vårddokumentation kan denna studie bidra till utveckling inom dessa områden. Olsson och Sörensen (2007) menar att avsikten med forskning, genom ett systematiskt sökande efter kunskap/förståelse, är att samla in information som i framtiden kan leda till positivt förändringsarbete inom hälso- och sjukvården.

1.1 Bakgrund

I bakgrunden redogörs för en översikt av pilotprojektet sammanhållen hemvård, samt för aktuell lagstiftning kopplat till detta. Vidare redogörs för dokumentation i vården utgående från vetenskapliga artiklar och relevant litteratur. I bakgrundsdata används begreppet vårdpersonal, vilket författarna kommer använda konsekvent genom arbetet med undantag för det begrepp som Nightingale använder i sin omvårdnadsteori.

1.1.1 Sammanhållen hemvård

Enligt socialvårdslagen 17§ är det kommunernas ansvar att ordna hemservice (Socialvårdslag, 17.09.1982/710). Enligt 1 § i landskapslag om hälso- och sjukvården (1993:60) svarar landskapet för att befolkningen i landskapet får hälso- och sjukvård. På fastlandet samarbetar dock hemvård och hemsjukvård under namnet hemvård inom varje kommun, och kommunen

är huvudman för det gemensamma arbetet (Statens revisionsverk, 2010). Det faktum att socialvården och hälso- och sjukvården på Åland har skilda huvudmän leder till att ansvarsfördelningen är uppdelad samt att samarbetet kring gemensamma patienter inte kan utföras optimalt (M-L. Österlund-Törnroos, personlig kommunikation, 19 maj 2011).

År 2005 gav landskapsregeringen i uppdrag till en arbetsgrupp att komma med en rapport där äldreomsorgen på Åland utreds. Arbetsgruppen bestod av ordförande Arne Selander från landskapsregeringen (LR), representant för skärgården (Föglö) Christina Sjöblom, representant för Mariehamns stad Benita Muukkonen, Karl K Fagerlund som representerade Gullåsen inom ÅHS, representant för primärvården (ÅHS) Birgitta Hermans, Solveig Jansson som representerade k.f. De Gamlas Hem, Birger Ch Sandell (LR), Synnöve Jordas (LR) samt Eivor Nikander (LR) som sekreterare. De ombads bland annat titta närmare på ansvarsfördelningen mellan ÅHS och kommunerna samt om denna är ändamålsenlig. I juni 2006 var rapporten klar. I rapporten framkom att det dåvarande huvudmannskapet mellan kommunerna på Åland och ÅHS inte fungerade optimalt och gruppen kom med förslag till landskapsregeringen om att en lagändring bör göras för att möjliggöra bättre samarbete samt skapa ett serviceteam mellan kommunernas socialvård och Ålands hälso- och sjukvård. Detta skulle leda till bättre kontinuitet och kvalitet i vården samt ge ekonomiska- och effektivitetsvinster (Ålands landskapsregering, 2006). Jurist Tomas Lundberg utkom 2008 med en utredning om sammanhållen hemvård på uppdrag av Ålands landskapsregering (B. Hermans, personlig kommunikation, 11 maj 2011). Lundberg beskriver sammanhållen hemvård som ett ökat samarbete mellan hemsjukvård och hemvård. Personal från respektive enhet skulle därmed kunna utföra en del av varandras arbetsuppgifter (Lundberg, 2008).

Enligt Hermans (personlig kommunikation, 11 maj 2011) är de arbetsuppgifter som kan delegeras från hemsjukvården till hemvårdens personal blodsockermätning, insulingivning, Fragmin injektion (antitrombosmedel), blodtrycksmätning, benlindning, lättare såromläggning, vid behovs medicinering per os samt kateterspolning med natriumklorid. En grundutbildning på fyra timmar krävs för att en närvårdare ska kunna bli delegerad de ovan nämnda arbetsuppgifterna. Delegeringen utfärdas av den ansvariga läkaren i kommunen till en namngiven närvårdare inom hemvården. Ansvarig hälsovårdare eller sjukskötare från ÅHS, som verkar i kommunen, kontrollerar att den närvårdare som fått delegeringen kan utföra uppgiften korrekt. Efter detta skriver närvårdaren under samma blankett, och godtar därmed delegeringen. I och med sammanhållen hemvård kan en anställd inom hemsjukvården även

utföra en del hemvårds ärenden såsom att värma mat, ta in post, ta med recept till apotek osv. (B. Hermans, personlig kommunikation, 11 maj 2011 & 1 november 2011).

Fyra kommuner på Åland (Eckerö, Geta, Kökar och Vårdö) var fr.o.m. 1.3.2011 och sex månader framöver med i pilotprojektet Sammanhållen hemvård. Projektet var möjligt att genomföra i och med att Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social och hälsovården) utrett vissa ansvarsfrågor gällande det medicinska ansvaret (B. Hermans, personlig kommunikation, 11 maj 2011). Det Valvira utrett berör överförandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter från ÅHS till socialvården, då det inte finns sjukskötare anställda i kommunerna. Vidare bör hälso- och sjukvården försäkra sig om att delegerad personal inom hemvård kan utföra dessa uppgifter på ett korrekt sätt (Eivor Nikander, personlig kommunikation, 22 november 2011).

I lagen om patientens ställning och rättigheter framkommer att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i patientjournalen som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient (Lag om patientens ställning och rättigheter 17.08.1992/785; Ålands lagsamling 1993:61). Enligt socialvårdslagen finns inte någon lagstadgad skyldighet för personal inom socialvården att föra klientjournal men en service-, vård-, rehabiliteringsplan eller motsvarande plan bör uppföras om det inte är uppenbart onödigt att uppföra en sådan plan (Socialvårdslag, 22.09.2000/812). I och med att hemvård och hemsjukvård har olika huvudmän styrda av olika lagar, finns inte någon gemensam dokumentation inom projektet sammanhållen hemvård. Enlig Österlund-Törnroos bör personal inom socialvården dock föra anteckningar över vårdrelaterade uppgifter som de blivit delegerade. Dessa anteckningar måste hållas separat från service-, vård- och rehabiliteringsplanen. Hälso- och sjukvårdens uppgift är sedan att överföra dessa anteckningar till patientjournalen. Socialvården har ingen rätt till insyn i hälso- och sjukvårdens journalföring (M-L Österlund-Törnroos, personlig kommunikation, 19 maj 2011). Enligt Hermans bör patientens skriftliga tillstånd ges för att uppgifter gällande hans/hennes vård ska få utbytas mellan hemvård och hemsjukvård. Detta informationsutbyte är en viktig länk för att säkra vårdens kontinuitet och kvalitet (B. Hermans, personlig kommunikation, 11 maj 2011). Björvell (2001) menar att då gemensamma patienter vårdas av olika vårdgivare bör information om deras vård och behandling finnas tillgänglig för att arbetet ska kunna utföras på ett säkert och optimalt sätt.

1.1.2 Dokumentation inom vård

Huvudsyftet med att dokumentera och föra patientjournal är att säkerställa patienten en kvalitativt god omvårdnad. Dokumentationen ska även bidra till patientsäkerheten samt säkerställa kontinuitet och kvalitet i vård och behandling för patienten. Vidare är det som dokumenterats ett juridiskt dokument som därmed synliggör yrkesansvaret. Att dokumentera är synonymt med att som vårdpersonal lägga fram dokument som bevismaterial eller för att understödja en uppfattning. (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Owen (2005) anser att patient journalen bör innehålla saklig, aktuell, omfattande och konsekvent information om patienten och hans/hennes vård. I Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (30.3.2009/298) ställs krav beträffande anteckningar i journalhandling. I 7 § står: *"I journalhandlingarna ska det antecknas tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för tryggnad av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga."* (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298). Owen (2005) menar att journalen bör föras i kronologisk ordning, vara daterad samt signerad med utförarens namn. Enligt lagen bör patientjournalen bland annat innehålla namn och yrkesbenämning på den som gjort anteckningen samt tidpunkt för nedtecknandet. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298). Owen (2005) lyfter fram att vårdpersonal ansvarar för att journal förs, samt för om dokumentationen är ofullständig eller bristfällig (Owen, 2005).

Vid dokumentation bör vårdpersonal förhålla sig till både juridiska, etiska, professionella och datatekniska ramar, vilka ger vägledning för struktur och innehåll. (Jahren- Kristoffersen et. al, 2005). Vidare menar Owen (2005) att dokumentation är av stor vikt då vårdpersonal ofta besöker patienten ensam samt då tidsperioden mellan besöken kan variera. Genom att dokumentera visar vårdpersonal på att vårdhandlingen är utförd. Enligt Kärkkäinen, Bondas och Eriksson (2005) upplever viss vårdpersonal inte dokumentationen som viktig även om det i studien framkommer att det som vårdpersonal inte dokumenterar kan vara av stor vikt för patienten då han/hon får vård av andra professionella. Den vårdpersonal med positiv syn på vårdplanering ser däremot vårdplanering och vårddokumentation som ett hjälpmedel för att kommunicera med patienten och som riktlinjer för det praktiska arbetet med patienten. (Kärkkäinen, Bondas & Eriksson, 2005). Olsson, Peterson, Willman och Gardulf (2009) belyser dokumentationens betydelse för vårdpersonalens förutsättning för att ge vård som är säker och av hög kvalitet.

I en utvecklingsartikel i *Vård i Fokus* (nr 1, 2011) framkommer att vårddokumentationen påverkas negativt av bland annat maktförhållanden inom organisationen och verksamhetens rutiner gällande dokumentation. Vidare påverkar även vårdpersonalens attityder samt förmåga till kritiskt och analytiskt tänkande dokumentationens innehåll. Bristande dokumentation kan i praktiken leda till situationer där allvarliga tillstånd inte ses i tid. En ytterligare svaghet är då vårdpersonal tolkar patientens upplevelser och dokumenterar detta som sin egen uppfattning, samt då vårdhandlingar dokumenteras mer frekvent utan att ta i beaktande vad patienten uttrycker om sitt tillstånd och välmående (Säätelä, 2011). Dahlberg (1996) betonar vikten av att vårdpersonal är förtrogen med både teori och praktik och att dessa används som erfarenheter för att kunna säga sig inneha en professionell kompetens som avspeglas vid dokumentation. Vidare menar Dahlberg (1996) att det som vårdpersonal upplever som svårast vid dokumentation inte är att sätta ord på patientens fysiska hälsa utan då det kommer till djupare dimensioner av patientens psykiska hälsa. Det ställs då större krav på ett mera målade och vardagligt språk (Dahlberg, 1996). Viktigt är att inte enbart dokumentera de tekniska moment som utförs av vårdpersonal utan även de mellanmänskliga aspekterna i samspelet med patienten bör beskrivas. En av huvudprinciperna vid dokumentation är att den som fått upplysningen, gjort observationen eller utfört handlingen är den som bör dokumentera. Detta för att undvika att viktig information faller bort (Jahren-Kristoffersen et. al, 2005).

I en studie av Kärkkäinen, Bondas och Eriksson (2005) framläggs att etisk vård betyder att vilja göra gott för patienten, vilket visar sig genom arbetet vårdpersonalen utför gentemot patienten. God vård är individuell vård som visas till exempel då vårdpersonal tillsammans med patienten tar beslut om vården, och då personalen ser till patientens innersta behov och önskningar (Kärkkäinen et. al, 2005). Vårddokumentationen bör grunda sig i den enskilda patientens behov och är en del av god vård. Dokumentationen är ett verktyg för förverkligandet av god vård, som är bundet till etik och ansvar. Vårdbeslut och vårdhandlingar som vårdpersonalen utför bör grunda sig på evidensbaserade vårdmetoder, där dokumentation och enhetlig terminologi utgör verktyg för vårdutvecklingen (Säätelä, 2011). Kärkkäinen et. al (2005) beskriver att varje vårdsituation är unik och därigenom borde vårddokumentation utgå från den unika individen, vilket idag inte alltid är lätt då patienter ses som konsumenter av vård varpå det är viktigt att som personal påvisa en gynnsam och effektiv vård. Det framkommer även att vårddokumentation blivit en mekanisk procedur där patientens mänskliga rättigheter och behov klassificeras som problem för vårdpersonalen. Organisationernas krav på dokumentation leder enligt den aktuella studien till att personal

känner sig pressad att ha med specifika problem i vårdplaneringen för att tillfredsställa organisationens krav på vårddokumentation, oavsett om problemen är relevanta för patientens vård eller inte (Kärkkäinen et. al, 2005).

Att dokumentera innebär att försäkra något, samt att förklara att och hur något överensstämmer med verkliga förhållanden. Vårddokumentationen syftar till att lyfta fram patientens egna upplevelser av situationen samt att synliggöra vårdvetenskap. Florence Nightingale tar i sin omvårdnadsteori fasta på att bli medveten om vårdandets kärna och att sjukskötarens specifika uppgift är att finna det rätta botemedlet och härigenom kommer man in på vad sjukskötaren ska dokumentera (Dahlberg, 1996).

1.2 Teoretisk referensram

Florence Nightingale (1820-1910), den moderna omvårdnadens grundare, uttrycks vara den första vårdteoretikern då hon genom sin teori definierar vad omvårdnad är och bör vara (Kirkevold, 2000). Begreppen människa, hälsa, omvårdnad och miljö lyfts fram i Nightingales teori. Nightingale ser människan som en del av naturen, skapad av Gud, med grundläggande förutsättningar för att bevara hälsa och liv, och med inbyggda livslagar. Enligt Nightingale har människan ett ansvar att förhålla sig till sin natur samt att människan till stor del kan påverka de förhållanden han/hon befinner sig i. Hälsa betraktar Nightingale som frånvaro av sjukdom, men betonar även att sjukdom inte alltid orsakar lidande. Vidare beskriver Nightingale sjukdom som naturens eget sätt att närma sig hälsa. Omvårdnadens mål är enligt teorin att, som sjukskötare, hjälpa patientens inneboende återhämtningsprocess, varpå specifik data och observation är nödvändiga för individuell vård för patienten samt för att kunna förebygga hälsoproblem. Begreppet miljö belyser främst den fysiska miljön, dvs. ljus, lukt, ljud, ventilation och värme. Enligt Nightingale är omvårdnadens problemområde att avlägsna faktorer i patientens omgivning som hindrar läkningsprocessen, vilka kan vara fysiska och/eller psykosociala. Principer för att upprätthålla hälsa, dvs. omvårdnadens handlingar, är därigenom ren luft, rent vatten, effektiva avloppsanordningar, renlighet, ljus, sysselsättning, medicinsk omvårdnad samt specifik data, observation och uppföljning (Nightingale, 1989).

Nightingale förespråkade att den viktigaste praktiska undervisningen för en sjukskötare handlade om att iaktta patienten (Nightingale, 1989). *“Good nursing consists simply in observing the little things which are common to all sick, and those which are particular to*

each sick individual.” (Nightingale, 1924, s.130). I detta ingår vad som ska iakttas samt hur det ska iakttas. Hon menar att för att bli en bra sjukskötare krävs inte enbart förmågan och vanan att iaktta snabbt och riktigt, men att detta är en förutsättning (Nightingale, 1989). *”The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe – how to observe...”* (Nightingale, 1924, s.121-122). Att göra egna minnesanteckningar om patienten menar Nightingale (1989) att kan vara till hjälp, men säger samtidigt att det kan förlama minnet och iakttagelseförmågan. Det finns två orsaker till att fel och vårdslöshet sker inom vård enligt Nightingale, det första handlar om sjukskötarens brist på uppmärksamhet och det andra handlar om brist på vana att iaktta. Sammanfattningsvis menar hon att god sjukvård bygger på att iaktta saker som är gemensamma för alla sjuka samt sådana som är individuella (Nightingale, 1989).

1.3 Problemformulering

Hemvården och hemsjukvården har ofta gemensamma patienter som de vårdar. För att säkra kontinuiteten i vården för patienten är det av stor vikt att de olika yrkeskategorierna har ett nära samarbete. I dagsläget finns inte någon gemensam journalhantering och dokumentation inom pilotprojektet sammanhållen hemvård. Detta kan antas ge följder som negativt påverkar vårdens kvalitet och kontinuitet för den enskilde patienten. Brister inom dessa områden antas resultera i att patientsäkerheten äventyras.

1.4 Syfte

Syftet med studien var att kartlägga vårdpersonalens synpunkter på dokumentation och dess betydelse för vård inom ramarna för pilotprojektet Sammanhållen hemvård. Vidare var syftet att utifrån aktuell litteratur belysa dokumentationens övergripande betydelse för vård.

1.5 Metod

I metodavsnittet redogörs för hur data har samlats in samt för hur insamlad data har analyserats. Vidare beskrivs de forskningsetiska aspekter som ligger till grund för arbetsprocessen, samt för det förhållningssätt denna studie utgår från. Utgående från syftet med studien användes en kvalitativ datainsamlings- och analys metod. En kvalitativ metod beskrivs av Olsson och Sörensen (2007) som kvaliteten uttryckt i ord, vilket syftar till att ge beskrivande data.

1.5.1 Datainsamling

Datainsamlingen till denna studie innefattade material av fyra olika slag, anteckningar från ett utvärderingstillfälle, frågeformulär, incidentrapporter samt vetenskapliga artiklar.

1.5.1.1 Anteckningar från utvärderingstillfället

Ett utvärderingstillfälle av pilotprojektet sammanhållen hemvård hölls av Birgitta Hermans och Maj-Len Österlund-Törnroos 30.8.2011 vid ÅHS. Antalet deltagare vid utvärderingen var sammanlagt 19 inklusive författarna samt handledare för arbetet. De närvarade var hemsjukvårdspersonal från tre av de kommuner som har deltagit i projektet, samt hemvårdspersonal från två av de deltagande kommunerna. Äldreomsorgsledare från tre kommuner, avdelningsskötare för hemsjukvården på norra Åland samt Eivor Nikander, hälsovårdsinspektör (LR) deltog vid utvärderingen. Även personal från hemsjukvården i Mariehamn deltog eftersom de har ett nära samarbete med övrig hemsjukvård på fasta Åland.

Birgitta Hermans ledde utvärderingstillfället. Alla deltagare ombads i tur och ordning delge sina positiva och negativa synpunkter och åsikter gällande pilotprojektet. Synpunkterna bidrog till öppen diskussion mellan samtliga deltagare. Författarna för detta examensarbete, samt den handledande läraren åhörde utvärderingstillfället, och antecknade muntliga data vårdpersonalen uttryckte kring projektet. Vid utvärderingen presenterade författarna, samt handledaren för arbetet, examensarbetets syfte. Vidare informerades deltagarna om att deras synpunkter nedskrivs och utgör en del av datainsamlingen. Författarna upplyste deltagarna om att ytterligare kontakt kommer att tas till en del av personalen inom projektet med avsikt att samla in mer data.

Vid utvärderingen framkom att projektet inte genomförts i Geta på grund av avsaknad av gemensamma patienter mellan hemvård och hemsjukvård. I och med detta valde författarna att inte inkludera kommunen i den fortsatta datainsamlingen då det inte fanns relevant data att erhålla.

1.5.1.2 Frågeformulär

Informationsbrevet och frågeformuläret utformades av författarna i samråd med handledaren för examensarbetet. Anhållan om tillstånd för datainsamling, samt informationsbrev med

tillhörande frågeformulär (bilaga 1) sändes 19.9.2011 per e-post till ÅHS:s vårdchef Bengt Michelsson. Anhållan avslogs 23.9.2011 med motivering att den behövde vidareutvecklas och kompletteras (bilaga 2). En kompletterad ansökan sändes 7.10.2011 till Michelsson (bilaga 3) vilken godkändes (bilaga 4) 14.10.2011.

Handledaren för examensarbetet var i kontakt med socialsekreterarna i Eckerö och på Kökar samt vikarierande äldreomsorgsledare på Vårdö gällande datainsamlingen, vilka önskade att informationsbrevet med tillhörande frågeformulär skickades till dem för kännedom innan det sändes till berörd vårdpersonal i kommunerna. Godkännandet för datainsamling från vårdchef Bengt Michelsson, samt informationsbrevet med tillhörande frågeformulär skickades per e-post till de deltagande kommunerna 18.10.2011. I samband med detta sändes även Maj-Len Österlund-Törnroos och Birgitta Hermans samma material för kännedom. Författarna till detta arbete fick från Birgitta Hermans e-postadresser till ÅHS personal som deltagit i projektet, vilka sändes vårdchefens godkännande för datainsamling samt informationsbrevet med tillhörande frågeformulär 19.10.2011. Frågeformuläret sändes till fem personer inom ÅHS som deltagit i projektet, samt till de tre deltagande kommunerna där en till två personer ombads svara. Detta innebär att frågeformuläret skickades till elva respondenter. Sista svarsdag var 28.10.2011. En påminnelse om deltagande e-postades 25.10.2011 till samtliga som tidigare erhållit frågeformuläret. Totalt erhöll författarna åtta ifyllda frågeformulär som hemvårds- och hemsjukvårdspersonal svarat på. I två av de erhållna frågeformulären framkom att svaren delgetts av två personer på samma formulär. I och med detta dras slutsatsen att tio personer svarat på frågeformuläret, vilket leder till att svarsprocenten var 91 %.

Olsson och Sörensen (2007) menar att människan är en berättande varelse med en historia bestående av betydelsefulla möten och händelser. Härigenom valdes frågeformulär som en del i datainsamlingen för att få deskriptiv personlig data kring vårdpersonalens upplevelser av vårddokumentationen samt hur den påverkar vårdens kontinuitet och kvalitet.

1.5.1.3 Incidentrapporter

Under projektets gång skulle deltagande personal skriva incidentrapporter om något tillbud eller avvikande inträffat. I rapporten skall framkomma uppgifter om incidenten, såsom när, vad och hur incidenten skedde. Incidentrapporterna sändes till Ålands landskapsregering, som ett led i utvärderingen av projektet som Maj-Len Österlund-Törnroos ansvarat för.

I oktober 2011 erhöj författarna material av Österlund-Törnroos bestående av rapporterad tidsåtgång från hemvård och hemsjukvård under projektet, samt 47 stycken inkomna incidentrapporter samtliga skrivna av hemvårdspersonal. Data om tidsåtgång exkluderades från denna studie då detta material inte var relevant för syftet. Fem av de 47 incidentrapporterna svarade mot studiens syfte, varpå de inkluderades i analysen. De rapporter som exkluderades berörde sådana områden som inte är relevanta för denna studie, främst medicinhantering såsom feldelning, patienter som vägrat medicinintag och kasserade mediciner.

1.5.1.4 Artiklar

Med avsikt att ytterligare styrka betydelsen av dokumentation i vården gjordes en litteraturoversikt över aktuell forskning inom ämnet. Sökning av vetenskapliga artiklar utfördes i databasen EBSCOhost med alternativen: Academic Search Elite och Chinal with Full Text, med begränsningen *peer reviewed* samt *full text*. Till en början söktes artiklar utifrån sökorden *documentation* och *nursing*, vilket gav för många träffar för att basera urvalet på. De sökord som sedan lades till i sökningen var *home care*, *patient-focused*, *practice*, *quality*, *Finland*, *Sweden*, *essential*, *improving* samt *evaluating*. Bilaga 5 ger en översikt av artikelsökningen. Sex stycken relevanta artiklar som svarade mot studiens syfte valdes ut, vilka samtliga är publicerade mellan åren 2002 till 2011. Fem av de sex artiklarna är publicerade i Norden (Finland, Sverige och Norge), och en är publicerad i Australien. Två av de sex artiklarna är kvantitativa, och de resterande fyra är kvalitativa. En sammanställning av artikelöversikten ges som bilaga (bilaga 6).

1.5.2 Databearbetning och dataanalys

Denna studie utgår från ett hermeneutiskt förhållningssätt. Hermeneutik står för tolkningslära och syftar till att genom tolkning förstå omvärlden. Tänkande och förståelse kan enligt Olsson och Sörensen (2007) inte studeras skilt, varpå de betonar att det är mot bakgrund och erfarenheter man förstår. Ett hermeneutiskt förhållningssätt vill fånga upp upplevelser, samt tolka och förstå sammanhang och förklaringar. Vidare beskriver Olsson och Sörensen att förståelse och förklaring kan stödja varandra, men att det är förståelsen som ligger till grund, varpå forskare inom hermeneutiken utgår från sin förförståelse. Inom hermeneutiken ställer forskaren frågorna vad, var, hur och varför, och söker förståelse genom dessa. (Olsson & Sörensen, 2007).

Förståelsen beskrivs som en process där tolkning av informantens horisont sker. Detta förutsätter en dialog mellan informanten och forskaren. När forskarens föreställningsvärld smälter samman med informantens uttryckta svar, uppstår horisontsammansmältning. Hermeneutiken betonar vikten av att se och förstå helheten genom att förstå förhållandet mellan delarna och helheten, samt att förstå den mening som uttrycks i människors tal, texter och handlande. (Olsson & Sörensen, 2007).

Olsson och Sörensen (2007) benämner den kunskap och erfarenhet författarna har om forskningsområdet som förförståelse. Vidare menar de att det inom kvalitativ forskning är av vikt att redogöra för förförståelsen, och att utgångspunkten för tolkningsgrunden läggs genom denna. Författarna innehar en förförståelse om det aktuella ämnet då de genom arbetserfarenhet uppmärksammat att samarbete och kommunikation mellan hemvård och hemsjukvård kunde förbättras så att kvalitet, kontinuitet och patientsäkerhet tryggas.

Insamlad data, som bestod av anteckningar från utvärderingstillfället, frågeformulär, incidentrapporter, samt utvalda artiklar, analyserades i denna studie utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). All insamlad data lästes och analyserades av författarna till en början var för sig för att öka resultatets trovärdighet och tillförlitlighet.

Vid analys av data lyftes analysenheter fram. En analysenhet bör vara tillräckligt stor för att kunna ses som en helhet och tillräckligt liten för att vara hanterbar. Vidare lyftes meningsenheter fram vilket är ord, meningar eller stycken som hör ihop genom innehåll och sammanhang. Dessa utgjorde grunden för analysen. Meningsenheterna kondenserades vilket innebär att det centrala innehållet bevaras samtidigt som texten görs kortare. De kondenserade meningsenheterna abstraherades, det vill säga att innehållet tydliggörs, och försågs sedan med koder. En kod är en etikett på en meningsenhet som beskriver dess innehåll kortfattat. Flera koder med liknande innehåll lades samman till underkategorier. Underkategorierna med liknande innehåll bands samman till kategorier. Kategorier med liknande innehåll, utifrån sina underkategorier, bildar tillsammans ett övergripande tema. Ett tema ses som den röda tråden genom ett arbete. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Anteckningarna från utvärderingstillfället omfattade projektet i sin helhet, både positivt och negativt. Vid analys av dessa anteckningar lyftes endast de anteckningar som berörde dokumentation kopplat till projektet fram. Bland de 47 inkomna incidentrapporterna

författarna tog del av ansågs fem svara mot syftet i detta arbete, varpå endast de togs med i analysen. De incidentrapporter som exkluderades ur analysen handlade främst om medicinhantering.

I tabell 1 nedan ges ett exempel på en del av innehållsanalysen utifrån anteckningarna från (U) utvärderingstillfället, (F) frågeformulären, (I) incidentrapporterna samt (A) artiklarna.

Tabell 1. Analysmetodmodell utifrån anteckningar från utvärderingstillfället, frågeformulär, incidentrapporter samt artiklar.

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
(F)Samarbetet mellan HV och HSV har fungerat bra	Bra samarbete	Utveckling	Dokumentation kopplat till samarbete	Dokumentation som en tillgång och ett arbetsredskap i vården
(U)Avlastning för HSV, de kan utföra mer vårdkrävande åtgärder	Avlastning för HSV, de kan göra mer vårdkrävande arbete	Arbetsfördelning		
(F)Gemensam dokumentation så att information inte tappas bort på vägen	Säkra informationsflödet	Garantera god vård	Dokumentation kan bidra till ökad patient-säkerhet	
(I)HV glömt ge insulin till klient	Glömska från personalens sida	Bristfälliga rutiner		
(A) Dok. viktig för att få djupare förståelse för patientens situation	Viktig för förståelse	Översikt	Dokumentation synliggör vårdandet	
(A)Utvärdera patientens utfall av behandling och förbättra det	Utvärdering och utveckling	Säkerställa god vård		
(A)Alla i teamet runt patienten kan ta del av samma information	Delge information	Informationskälla	Dokumentation som resurs	
(A)Dokumentation har olika syften. Visar på utförda interventioner, uppfyller lagbundna och professionella krav.	Flera funktioner	Brett användningsområde		

Anteckningarna från utvärderingstillfället, frågeformulären och incidentrapporterna analyserades utifrån en induktiv linje, vilket utgår ifrån upptäckter i verkligheten. Artiklarna analyserades med deduktiv ansats, vilket innebär att bakomliggande teori stärks av evidens (Olsson & Sörensen, 2007). Artikelsökningen utgick från frågeställning om vilken betydelse dokumentationen har i vården.

Olsson och Sörensen (2007) framlägger fördelarna med att kombinera olika metoder för att belysa fenomenets dimensioner, och därmed ge en ökad förståelse av problemområdet. Vidare framlägger de vikten av att redan i studiens början redogöra för metodtriangleringens användning. Begreppet triangulering innebär att två kända linjer ger en tredje punkt (Olsson & Sörensen, 2007). Data som analyserats genom induktiv ansats sammankopplas med deduktivt analyserad data i resultatdelen. För att synliggöra från vilken del av datainsamlingen kategorierna framstigit, presenteras de induktiva samt de deduktiva kategorierna skilt. I resultatdiskussionen och slutsatsen framläggs den abduktiva ansatsen, vilket enligt Olsson och Sörensen (2007) innebär en växelverkan mellan induktiv och deduktiv inriktning. Detta görs för att öka förståelsen för det valda området genom att olika dimensioner av ett fenomen belyses. I denna studie förklarar den induktiva ansatsen hur dokumentationen sett ut inom projektet sammanhållen hemvård, och den deduktiva ansatsen visar på hur dokumentationen borde se ut utgående från teorin. Den abduktiva linjen kommer beskriva hur dokumentationen kunde se ut i vårdverkligheten, samt inom projektet sammanhållen hemvård.

1.5.3 Forskningsetiska aspekter

Helsingforsdeklarationen lyfter fram viktiga etiska aspekter vid humanforskning. Deltagarna bör få tydlig och adekvat information om studien för att kunna ta ställning till deltagande. Människor som ingår i vetenskaplig forskning får inte utsättas för fysiskt eller psykiskt obehag. Vidare har människan rätt till integritet och även skydd mot insyn i sitt privatliv (Olsson & Sörensen, 2007). Hela forskningsprocessen, här med särskild tonvikt på datainsamlingen, följer de verksamhetssätt som forskningssamfundet erkänt. Dessa är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, i dokumenteringen och i presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningresultat (Finlands akademis forskningsetiska anvisningar, 2003).

I denna studie ansågs samtycke till deltagande i datainsamlingen givet i och med att deltagarna delgav sina svar. Att besvara frågeformuläret var frivilligt. Insamlad data till denna

studie behandlas konfidentiellt. Endast författarna och handledare för examensarbetet vet från vem svaren kommer. Resultatet delges i sådan form att deltagarna inte kan kännas igen. Inkomna svar på frågeformulären samt anteckningar från utvärderingstillfället kommer efter slutfört arbete att förvaras enligt de beslut som fattas vid forskningsnämnden vid Högskolan på Åland. Det material som bestod av incidentrapporter och rapporterad tidsåtgång som författarna tagit del av, kommer att sändas åter till Maj-Len Österlund-Törnroos.

Då detta examensarbete är ett beställningsjobb där Ålands landskapsregering är uppdragsgivare lät författarna uppdragsgivarens kontaktperson, Maj-Len Österlund-Törnroos, läsa det färdigställda arbetet innan det presenterades för offentligheten i januari 2012. Detta för att säkerställa att arbetet höll den standard som uppdragsgivaren önskade. Även Birgitta Hermans, som inom ÅHS är kontaktperson för projektet, delgavs arbetet för kännedom innan presentation.

2 RESULTAT

I resultatredovisningen används fortsättningsvis den gemensamma benämningen patient trots att det inom projektet förkommer bägge delar, patient och klient. I de citat som presenteras i resultatdelen används dock den uttalade benämningen som respondenterna angett. Vidare kommer termen vårdpersonal användas i resultatdelen, för att de olika yrkeskategorierna ska innefattas under denna.

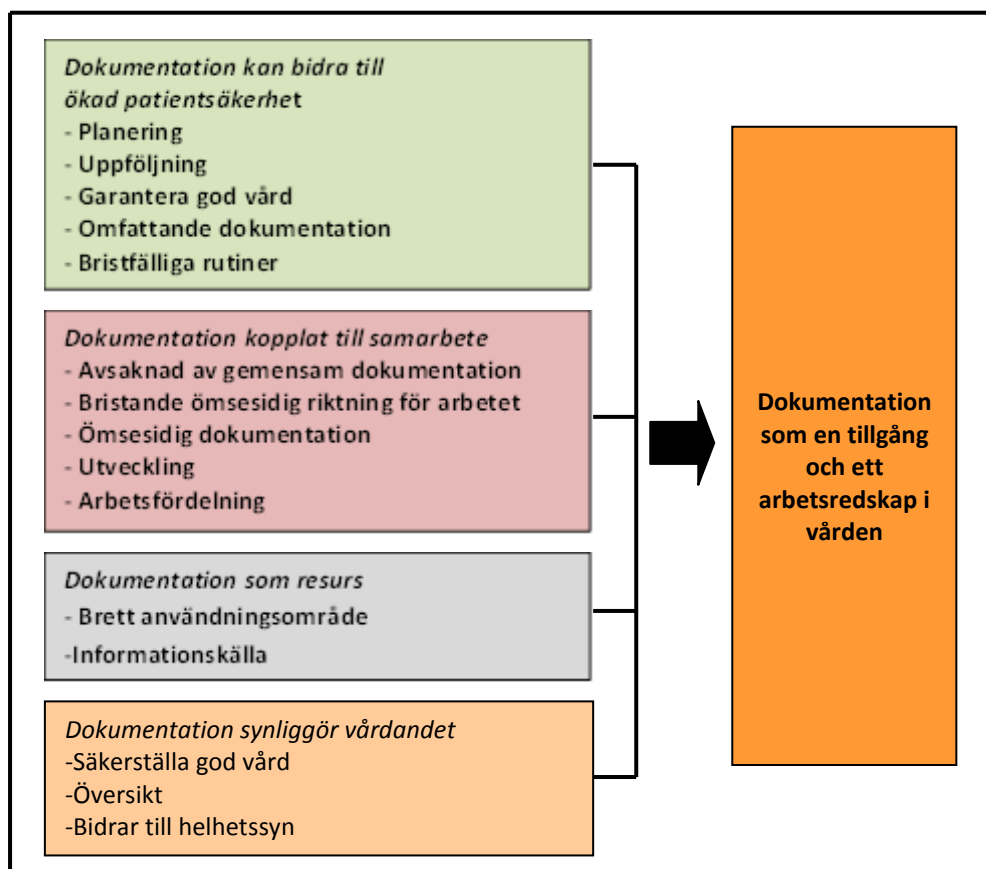
Utifrån den kvalitativa innehållsanalysen av frågeformulären framsteg två kategorier. Kategorin *dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet* bottnade i fyra underkategorier, vilka är *planering, uppföljning, garantera god vård* samt *omfattande dokumentation*. Kategorin *dokumentation kopplat till samarbete* lyftes fram från fem underkategorier som är *avsaknad av gemensam dokumentation, bristande ömsesidig riktning för arbetet, ömsesidig dokumentation, utveckling* samt *arbetsfördelning*.

Även vid analys av inkomna incidentrapporter framsteg kategorin *dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet*. Den underkategori som belystes här var *bristfälliga rutiner*.

Då författarnas anteckningar från utvärderingstillfället om projektet analyserades steg kategorin *dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet* fram. De underkategorier som bidrar till kategorin är *bristfälliga rutiner, garantera god vård* samt *uppföljning*. Även *dokumentation kopplat till samarbete* lyftes här fram som en kategori, med de tillhörande underkategorierna *utveckling, arbetsfördelning, avsaknad av gemensam dokumentation* samt *bristande ömsesidig riktning för arbete*.

Vid analys av de utvalda artiklarna utmärkte sig kategorierna *dokumentation som resurs* och *dokumentation synliggör vårdandet*. Kategorin resurs byggs upp av de två underkategorierna *brett användningsområde* samt *informationskälla*. Den andra kategorin, *dokumentation synliggör vårdandet*, bottnar i underkategorierna *säkerställa god vård, översikt* och *bidrar till helhetssyn*.

Nedan presenteras resultatet i en sammanfattande figur (figur 1).



Figur 1. Resultatsammanfattning.

Utifrån kategorierna med dess tillhörande underkategorier framsteg ett övergripande tema, vilket var *dokumentation som en tillgång och ett arbetsredskap i vården*. Temat, arbetets röda tråd, synliggörs och beskrivs genom presentation av kategoriernas mening och innehåll, och sammanbinder resultatet.

2.1 Dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet

Berörd personal inom projektet sammanhållen hemvård har beskrivit dokumentationen som ett viktigt led i att kunna ge så god vård som möjligt till patienten. Respondenterna lyfter fram vårdplanering som en viktig del för att som vårdpersonal veta vad som skall göras för patienten, samt uppföljning för att se vad som har gjorts för patienten och uppföljning av hans/hennes mående. Det framkommer att dokumentation är viktig för patientsäkerheten och för att felbehandlingar inte ska uppstå. En av personalen inom projektet beskriver

dokumentationens innebörd i vården på följande sätt: *”För att kunna ge god vård måste dokumentationen vara klar och tydlig, både vad som gjorts och vad som skall göras. Detta för att undvika felbehandlingar.”* En annan svarande belyser dokumentationen som *”mycket viktig och väsentlig, pga. patientsäkerheten.”*

Vidare lyfts det fram att dokumentationen i många fall är bristfällig, både inom hemvård och hemsjukvård. Det kan handla om otillräcklig bakgrundsinformation för vårdpersonal samt om ofullständiga skriftliga anvisningar kring hur vårdarbetet som ska utföras. En svarande beskriver: *”Dåligt med dokumentation från hemsjukvården. Hemvården får inte så mycket uppgifter skriftligt. Bara korta anvisningar om vad som ska göras”*, medan en annan respondent lyfter fram att *”... hemvården saknar vissa rutiner vid dokumentation.”*. Vidare upplever en del av vårdpersonalen dokumentationen som omfattande då det är mycket som ska dokumenteras och därmed kan en del information glömmas bort.

Vårdpersonalen inom projektet sammanhållen hemvård anser att gemensam dokumentation mellan hemvård och hemsjukvård kunde ha en positiv inverkan på patientsäkerheten. Ett inkommet svar lyder: *”Jag skulle vilja att de klienter som berörs har gemensam dokumentation så att HSV och hemvård kan läsa varandras journaler, så att information inte tappas bort på vägen.”* Detta bekräftas av flertalet respondenter som menar att en gemensam dokumentation på sikt kunde förenkla arbetet.

Vid analys av incidentrapporterna framsteg en situation där bristfälliga rutiner vid dokumentation exemplifieras. Den handlar om då insulingivning till en patient inte antecknats i patientens insulindagbok, varpå osäkerhet uppstod kring hurvida patienten fått eller inte fått sitt insulin. Bristfälliga rutiner tangerades även på utvärderingstillfället för projektet, då det framkom att hemvården saknar vissa rutiner i vårdarbetet, vilket kan leda till att kontinuiteten i vården inte alltid säkerställs.

2.2 Dokumentation kopplat till samarbete

Vårdpersonalen inom pilotprojektet Sammanhållen hemvård framhåller att dokumentationen är en svår bit då ingen gemensam dokumentation används. En svarande ger sin beskrivning på dokumentationen inom projektet enligt följande: *”Projektet var gränsöverskridande - olika arbetsgivare alltså sker dokumentationen parallellt, blir inte tillgänglig och möjlig att utvärdera.”* Vidare beskriver en svarande hur dokumentationen kunde förändras så att

samarbetet utvecklas, ”*på sikt tycker vi att alla ska ha samma rapporteringssätt för att förenkla allt.*

Samarbetet påverkas genom avsaknad av en gemensam värdegrund mellan hemvård och hemsjukvård. En svarande beskriver detta enligt följande: ” *Saknar en gemensam värdegrund, påverkar dokumentationen och synsätt*”. Dokumentationen kunde även vara mer tydlig och grundlig, vilket de svarande anser kunde öka samarbetet mellan hemvård och hemsjukvård.

Vid analys av anteckningarna från utvärderingstillfället framkom att vårdpersonalen dels anser att samarbetet utvecklats mellan hemvård och hemsjukvård, samt att samarbetet delvis funnits tidigare. Det steg även fram att hemsjukvården i och med projektet kunnat utföra mer vårdkrävande arbete, då hemvården åtagit sig en del av hemsjukvårdens uppgifter, vilket ses som en optimal resursfördelning från hemsjukvårdens syn.

2.3 Dokumentation som resurs

I tidigare forskning pekar Gjevjon och Helleso (2010) på att dokumentationen är en viktig informationskälla för vårdpersonal som möter och vårdar patienten i dess hem, då arbetet ofta utförs självständigt. Jefferies, Johnson och Griffiths (2009) säger att dokumentation kan vara en resurs i och med att alla i arbetsteamet runt patienten kan ta del av samma information. Vidare menar de att dokumentationen möjliggör för en effektiv kommunikation i teamet. Törnvall och Wilhelmsson (2006) framhåller att dokumentation är ett komplement till den kunskap som redan finns om patienten. I en svensk studie från 2003 där en grupp sjukskötare under två år deltagit i en utbildning inom dokumentation, lyfts dokumentationens breda användningsområde fram då en respondent säger: ”*We had a female physician who said that you get the best information from the nurses’ papers...*” (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003:407). Vidare beskrivs fördelen med att nedteckna patientinformation. Detta för att slippa minnas och hålla allt i huvudet (Björvell et. al, 2003).

2.4 Dokumentation synliggör vårdande

I en studie från Norge framkommer att dokumentationens huvudsakliga syfte är att säkerställa kvalitet och kontinuitet samt att garantera säkerhet för patienten (Gjevjon & Helleso, 2010).

Detta påstående bestyrks även av Björvell et. al (2003) som menar att välutförd dokumentation underlättar för övertagande av patienter mitt under ett arbetsskift. En deltagare i studien säger att: *”It increases safety, I think, because I have not relied on my colleague to give me a complete report, I had read it myself...”* (Björvell et. al, 2003:406). Dokumentationen visar på nyttan med den utförda interventionen, på patientens svar på interventionen samt på hur vården kan utvecklas. Med detta menas att utvärdering och uppföljning kan leda till att vårdkvaliteten påverkas positivt (Jefferies et. al, 2009). Även Törnvall och Wilhelmsson framlägger att dokumentation är relevant för utveckling av vårdens kvalitet. De menar också att dokumentation är värdefull för att ge god vård till patienten, varpå det är viktigt att den är tillgänglig (Törnvall & Wilhelmsson, 2006).

I en svensk studie om dokumentationens betydelse för patienter med postoperativ smärta redogörs för vikten av hur vårdpersonal dokumenterar patientens uttryckta upplevelser av smärta (Idvall & Ehrenberg, 2002). Ytterligare en svensk studie presenterar fördelen med dokumentation för att som sjukskötare få en djupare förståelse för patientens situation och behov. Detta då patientens behov beskrivs mer tydligt, vilket leder till mer specifika interventioner för patienten (Björvell et. al, 2003). Jefferies et. al beskriver att en patientfokuserad dokumentation, det vill säga patientens egna upplevelser av sitt hälsotillstånd och sin respons på vård, bör synliggöras och utgöra grunden i vårdpersonalens dokumentation (Jefferies et. al, 2009). I en finsk studie av Laitinen, Kaunonen och Åstedt-Kurki från 2010 framförs att den tid som läggs ner på dokumentation, lägger grunden till förutsättning för god vård.

3 DISKUSSION

I detta kapitel diskuteras metodens och resultatets styrkor och svagheter. Metoddiskussionen tar upp hurvida metoden för datainsamling och dataanalys lett till att resultatet svarat mot studiens syfte. I resultatdiskussionen speglas resultatet mot arbetets bakgrund, aktuell lagstiftning och teoretisk referensram. Vidare speglas en del av resultat mot en vetenskaplig artikel av Oili Kärkkäinen och Katie Eriksson (2004) som belyser hur dokumentationen bör utformas utifrån vårdprocessen.

3.1 Metoddiskussion

Sammanhållen hemvård har pågått i de tre kommunerna Eckerö, Kökar och Vårdö under en sexmånadersperiod, 1.3.2011–31.8.2011. Syftet med pilotprojektet var att öka hemvårdens och hemsjukvårdens samarbete kring gemensamma patienter. En del av datainsamling till detta examensarbete bestod av frågeformulär där vårdpersonal inom pilotprojektet sammanhållen hemvård ombads delge sina åsikter och synpunkter kring projektet samt dokumentation. I och med att projektet endast pågått i tre kommuner, och under en relativt kort period, är antalet berörd vårdpersonal inte stort. Elva frågeformulär skickades ut till berörd vårdpersonal. Totalt erhöll författarna åtta ifyllda frågeformulär som hemvårds- och hemsjukvårdspersonal svarat på. I två av de erhållna frågeformulären framkom att svaren delgetts av två personer på samma formulär. I och med detta drar författarna slutsatsen att tio personer svarat på frågeformuläret, vilket leder till att svarsprocenten är 91 %. Olsson och Sörensen (2007) menar att svar från personer som väljer att inte delta i en undersökning kan skilja sig från inkomna svar, vilket kan leda till ett något missvisande resultat. Synpunkter från vårdpersonal inom projektet som inte svarat på frågeformulären kunde ha påverkat resultatets innehåll.

De inkomna svaren på frågeformulären var relativt kortfattade, vilket kan botten i frågornas utformning. Under analysprocessens gång framkom hur frågorna eventuellt kunde varit utformade, för att få mer deskriptiv data som bättre svarat mot studiens syfte. Exempel på en fråga som kunde omformuleras är: ”Anser Du att dokumentationen inom projektet kunde förändras så att det på sikt påverkar vården Ni ger till era klienter/patienter?”. Denna fråga kunde besvaras enbart genom jakande eller nekande svar, och skulle ha kunnat omformuleras till: ”På vilket sätt anser Du att dokumentationen inom projektet kunde förändras så att det på

sikt påverkar vården Ni ger till era klienter/patienter?”. En del av de kortfattade svaren gav inte ett fullt så beskrivande resultat som författarna hoppats på. Enligt Olsson och Sörensen (2007) får forskaren svar enligt ställd fråga och bör därmed förkasta de frågor som pekar på ett visst svar.

Flertalet av vårdpersonalen som närvarade vid utvärderingstillfället och delgav sina åsikter var samma som svarade på frågeformuläret. Detta gör att samma synpunkter framkom i olika former vid analys av det insamlade materialet från anteckningarna och frågeformulären. Vidare försvårade detta till viss del att nytt stoff lades fram till resultatet.

Vid utvärderingstillfället av projektet gavs alla deltagare möjlighet att uttrycka sin åsikt om projektet. Det faktum att alla deltagare delgav sina synpunkter om projektet ger en mer nyanserad och realistisk bild av projektet. Dock är det möjligt att deltagarna lät sig påverkas av varandras åsikter. Det kan även uttrycka sig i att deltagarna inte vågade säga vad de egentligen tyckte om projektet. Detta kan ha påverkat studiens reliabilitet, med andra ord hur pålitligt resultatet är (Reliabilitet, 2011).

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) bör en och samma kod inte höra till fler än en kategori. Vidare beskrivs att data som handlar om människors upplevelser kan vara svåra att få in i endast en kategori, eftersom de kan vara så sammanflätade med varandra och därmed passa in i flera kategorier. Detta framkom tydligt under analysprocessen i denna studie, då flertalet koder tycktes kunna passa in under flera kategorier. I och med detta lästes frågeformulären flertalet gånger av författarna för att säkerställa att de kategorier som framsteg gestaltar budskapet i respondenternas svar.

Redovisning av författarnas förförståelse är ett kvalitetskrav inom kvalitativ forskning. Författarnas personliga erfarenheter får inte skymma eller påverka objektiviteten i resultatet. Förståelse och förklaring kan stödja varandra, men det är förståelsen som bör ligga till grund för forskningen, varpå forskare med hermeneutiskt förhållningssätt utgår från sin förförståelse (Olsson & Sörensen, 2007). I denna studie har författarna utgått från förförståelsen om ämnet, men inte låtit denna skymma objektiviteten i resultatet. Fördelen med författarnas förförståelse är att en viss insyn i det aktuella ämnet fanns, vilket underlättade arbetsprocessen. Förförståelsens nackdel kan vara att den till viss del hämmade det öppna och opåverkade synsättet på materialet som låg till grund för studiens resultat.

Vid analys av de incidentrapporter som inkommit under projektets gång, totalt 47 stycken, inkluderades endast fem incidentrapporter som svarade mot studiens syfte. De rapporter som exkluderades berörde sådana områden som inte var relevanta för denna studie. De incidentrapporter som erhöles var enbart skrivna av hemvården i de deltagande kommunerna. Författarna ställde sig tvivlande till att inte hemsjukvården inkommit med några incidentrapporter under projektets gång. För kontroll av detta kontaktades Birgitta Hermans och Maj-Len Österlund-Törnroos, som bekräftade att så var fallet. Vid genomgång av incidentrapporterna framkom att Vårdö lämnat in 38 stycken, Eckerö har lämnat in 3 stycken, och Kökar 6 stycken incidentrapporter. Anledningen till att hemsjukvården inte har rapporterat om någon incident, samt till det ojämna antal incidentrapporter i kommunerna kan bero på en rad olika faktorer. Dessa faktorer kan vara att det uppkommit mer respektive mindre incidenter inom hemvård och hemsjukvård samt i de olika kommunerna, att det rapporterats mer respektive mindre flitigt om dessa, samt att vårdpersonalen överlag har olika uppfattning om vad som är en incident och vikten av att denna dokumenteras.

Från början var tanken att data till detta arbete skulle samlas in enbart genom frågeformulär, anteckningar från utvärderingstillfället samt incidentrapporter. Under analysprocessen visade det sig att stoffet inte var tillräckligt omfattande för att utgöra hela resultatdelen. Efter diskussion med den handledande läraren bestämdes att resultatet kunde styrkas genom en litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar inom det aktuella området. Författarna konstaterade att flertalet av de artiklar som framsteg vid denna sökning redan påträffats vid artikelsökningen till bakgrunden. För att få fram nytt stoff utgick en del av artikelsökningen från referenslistor i tidigare lästa artiklar. Utifrån dessa lades nya sökord till (bilaga 5). Sex artiklar valdes ut då de ansågs svara väl mot den frågeställning som låg till grund för artikelsökningen samt då de bestyrkte det resultat som framsteg vid analys av övrig data. Fem av de sex artiklarna härstammar från Finland, Sverige och Norge, vilket speglar verkligheten här på Åland på ett mer trovärdigt sätt, än om artiklar från andra delar av världen hade inkluderats. Den sjätte artikel är en australiensisk meta-studie, och togs med i resultatet då den ansågs relevant för denna studie.

Induktiv, deduktiv samt abduktiv ansats ställs i denna studie mot varandra i en metodtriangulering, vilket enligt Olsson och Sörensen (2007) innebär att flera metoder används vid insamling och bearbetning. Vidare framlägger de fördelarna med att kombinera olika metoder för att belysa fenomenets dimensioner och därmed ge en ökad förståelse av problemområdet (Olsson & Sörensen, 2007). Den induktiva ansatsen bygger på anteckningar

från utvärderingstillfället, frågeformulär och incidentrapporter, och den deduktiva ansatsen grundar sig i vetenskapliga artiklar. Dessa två ansatser bidrar till den abduktiva ansatsen, som i denna studie belyser dokumentationen som den kunde vara. Författarna anser att metodtrianguleringen bidragit till en bredare syn på det aktuella ämnet. Vidare öppnade trianguleringen upp för ett nytt synsätt genom den abduktiva ansatsen, det vill säga hur framtida systemet kunde vara.

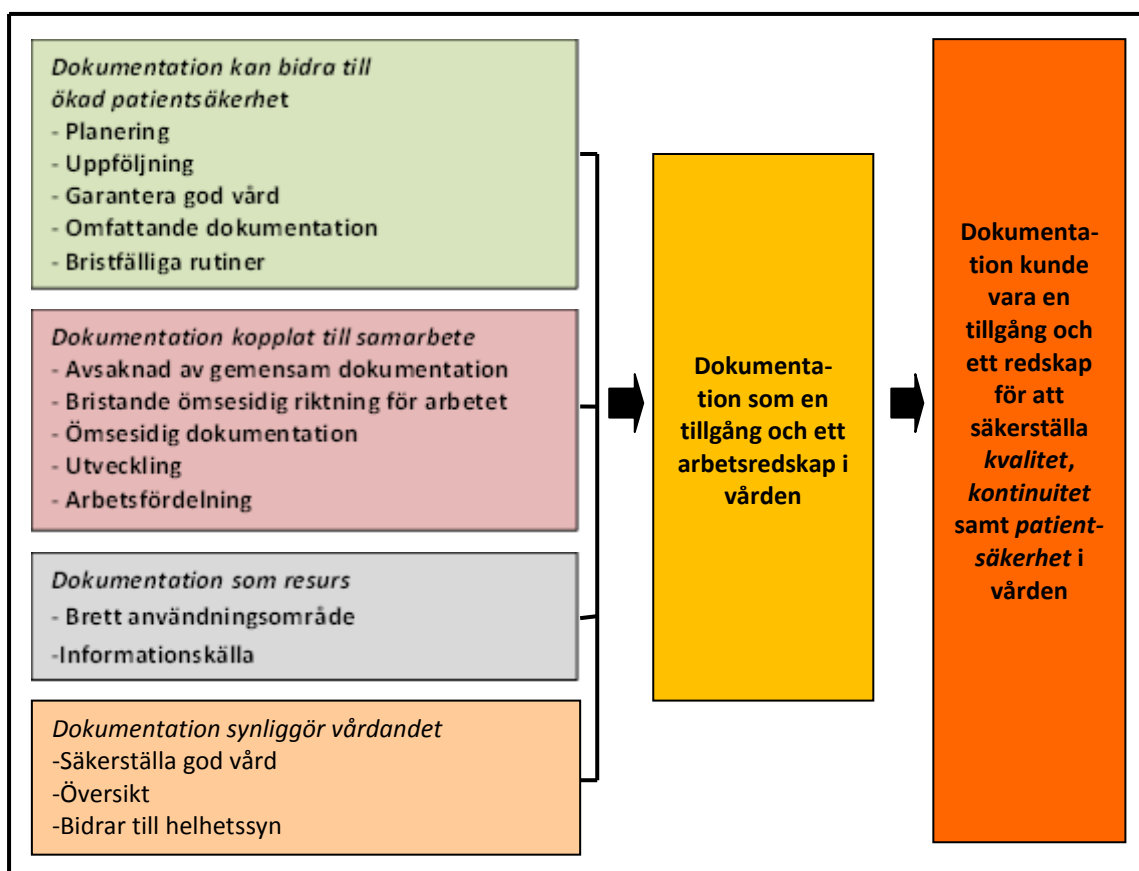
3.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom fyra kategorier med tillhörande underkategorier. Dessa fyra kategorier var *dokumentation kan bidra till ökad patientsäkerhet*, *dokumentation kopplat till samarbete*, *dokumentation som resurs* samt *dokumentation synliggör vårdandet*.

Kategorierna dokumentation som resurs och dokumentation synliggör vårdandet, med dess underkategorier, som framsteg vid analys av utvalda artiklar, och som speglar den deduktiva linjen i metodtrianguleringen kan ha en positiv klang. Artiklar till resultatdelen söktes utifrån frågeställning om dokumentationens betydelse i vården och det stoff i artiklarna som ansågs relevant för denna studies syfte visade på de positiva effekter dokumentation har på vård. De kategorier som lyftes fram vid analys av frågeformulären, incidentrapporterna och anteckningar från utvärderingstillfället, som tillsammans speglar den induktiva linjen i metodtrianguleringen, kan ha både en positiv och negativ innebörd. Till exempel syftar underkategorin resursfördelning på att arbetsfördelningen mellan hemvård och hemsjukvård kan uppfattas som både jämn och ojämn inom projektet. Det samma gäller för underkategorin omfattande dokumentation, vilken har en positiv klang då den ligger till grund för patientsäkerheten, men som även kan ses som negativ då en omfattande dokumentation kan vara tidskrävande.

Utifrån kategorierna framsteg ett övergripande tema, *vilket var dokumentation som en tillgång och ett arbetsredskap i vården*. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) definierar ett tema som något som sammanbinder kategoriernas underliggande innehåll, som en röd tråd genom arbetet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Temat synliggjordes genom en beskrivning av kategoriernas mening och innehåll.

Nedan illustreras hur dokumentation som en tillgång och ett arbetsredskap kunde leda till kvalitet, kontinuitet och patientsäkerhet, utifrån de fyra kategorierna med dess underkategorier.



Figur 2. Dokumentationens betydelse i vården

Dokumentation bidrar enligt Jahren-Kristoffersen et. al (2005) till patientsäkerhet och säkerställande av kontinuitet och kvalitet i vården. Vidare menar de att det övergripande målet med dokumentation är att säkerställa patienten en god vård (Jahren-Kristoffersen et. al, 2005). Då dokumentationen ses som en tillgång, och tillämpas som ett redskap i vården kan den bidra till tryggandet av kvalitet, kontinuitet och patientsäkerhet.

Enligt Nightingale (1989) kan minnesanteckningar om patienten vara till hjälp, men samtidigt menar hon att det kan förlama minnet och iakttagelseförmågan. Eftersom projektet sammanhållen hemvård involverar både hemvårds- och hemsjukvårdspersonal är det av vikt att hela teamet kring patienten kan ta del av samma information. Därpå räcker det inte med att hålla det Nightingale talar om som minnesanteckningar i huvudet, då detta leder till att informationsflödet stagnerar. I artikelanalysen framsteg att Björvell et. al (2003) menar att vårdpersonal med fördel kan dokumentera patientinformation för att slippa hålla all

information i huvudet. Vid utvärdering av personalens åsikter om projektet framkom att flertalet av dem anser att en gemensam dokumentation kunde underlätta och förbättra samarbetet. Dokumentation kunde härmed fungera som ett arbetsredskap för att säkerställa kvalitet och kontinuitet i vården för patienten.

Owen (2005) framlägger att dokumentationen är av stor vikt för vårdpersonal som ensam besöker patienten. Detta lyfts även fram i resultatet, under kategorin dokumentation som resurs, då Gjevjon och Hellso (2010) belyser vårddokumentationens betydelse vid självständigt arbete. I och med projektet har samarbetet mellan hemvård och hemsjukvård till viss del ökat, vilket kan ha resulterat i att tidsintervallen mellan hembesöken hos patienten ökat för de enskilda parterna inom projektet. Dokumentation blir därmed ett viktigt led i att trygga kontinuiteten i vården. Owen (2005) syftar till att dokumentationen är relevant då tiden mellan besöken kan variera. Enligt Kärkkäinen och Eriksson (2004) är det viktigaste inom dokumentation att visa på de förändringar som skett från utgångspunkten för patientens vård och inte bara dokumentera systematiskt. Nightingale (1989) menade att kärnan i sjukskötarens profession grundar sig i att iaktta patienten. Hon syftade till att målet med omvårdnad är att, som sjukskötare, hjälpa patientens inneboende återhämtningsprocess, varpå specifik data och observation är nödvändiga för individuell vård för patienten. God omvårdnad bygger på iakttagandet av saker som är gemensamma för alla sjuka samt sådana som är individuella (Nightingale, 1989).

Björvell (2001) menar att en tydlig ansvarsfördelning är av stor vikt för vårdpersonal inom den kliniska verksamheten. I resultatet framkommer att hemsjukvårdspersonal anser att hemvården saknar vissa rutiner gällande dokumentation, vilket de anser leder till bristfällig dokumentation. En orsak till detta kan vara att hemsjukvårdspersonal enligt lagen om patientens ställning och rättigheter är skyldig att anteckna sådana uppgifter i patientjournalen som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient (Lag om patientens ställning och rättigheter 17.08.1992/785; Ålands lagsamling 1993:61) medan det enligt socialvårdslagen om klientens ställning och rättigheter inte finns någon lagstadgad skyldighet för personalen inom socialvården att föra klientjournal. Dock säger samma lag att en service-, vård-, rehabiliteringsplan eller motsvarande plan ska uppföras om det inte är uppenbart onödigt att uppföra en plan. (Socialvårdslag, 22.09.2000/812). Vård- och serviceplanen är det grunddokument som ligger till grund för hur hemvården planerar för, förverkligar och följer upp vården för klienterna. Dokumentation kan bidra till kvalitet och säkerhet i vården, vilket framkommer i Lag om yrkesutbildade personer

inom hälso- och sjukvården (28.06.1994/559) där syftet med lagen är att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten. Denna lag förbinder yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att beakta det som stadgats om patientens rättigheter i Lag om patientens ställning och rättigheter (17.08.1992/785).

Vidare lyfter resultatet fram att dokumentation kan vara en resurs då alla i arbetsteamet runt patienten kan ta del av samma information (Jefferies et. al, 2009). Som verkligheten gällande dokumentationen i dagsläget ser ut, är inte detta möjligt då olika lagar styr parternas dokumentation. I en norsk studie framlades att dokumentationens huvudsakliga syfte är att säkerställa kvalitet och kontinuitet, och att garantera säkerhet för patienten (Gjevjon & Helleso, 2010). Ett lagförslag till landskapslag om hälso- och sjukvård lyder enligt 19 § *”Ålands hälso- och sjukvård ska samarbeta med socialvården i sin verksamhet på ett sådant sätt att uppgifterna kan skötas på ett behörigt sätt och så som patientens behov av social-, hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter”* (Ålands lagting, 2011). Detta öppnar upp för större möjligheter till samarbete mellan hemvård och hemsjukvård. Lagförslaget ligger just nu hos Finlands president för godkännande innan lagen kan träda i kraft.

Nightingale (1989) menar att det finns två orsaker till att fel och vårdslöshet inom vården uppstår. Dels handlar det om sjukskötarens brist på uppmärksamhet, och dels om brist på vana att iaktta (Nightingale, 1989). Huvudprincipen vid dokumentation är enligt Jahren-Kristoffersen et. al (2005) att den som utfört vårdhandlingen är den som bör dokumentera om detta för att undvika bortfall av viktig information. Incidentrapporterna som under projektets gång kommit till kännedom berör kategorin patientsäkerhet. En av dessa rapporter synliggör problem som kan uppstå då viktig information inte dokumenteras. Den aktuella incidenten berör insulingivning och det faktum att det inte blivit dokumenterat om det givits eller ej. Dokumentation syftar enligt Owen (2005) till att påvisa om vårdhandling är utförd eller inte. Vid analys av frågeformulären framkom att vårdpersonal inom projektet ser vårdplanering som en viktig del för att veta vad som skall göras för patienten, samt för uppföljning av detta. Vidare lyftes dokumentationens betydelse för patientsäkerheten fram av vårdpersonal inom pilotprojektet.

I en studie av Kärkkäinen och Eriksson (2004) framläggs dokumentation utgående från vårdprocessen. Vårdprocessen är en dynamisk process som grundar sig i dimensioner av patientens hälsa och lidande, varpå omvårdnad är en rörelse mellan dessa komponenter. Vårdprocessens mål är så god hälsa som möjligt för patienten. Genom arbete utifrån

vårdprocessen säkerställs den holistiska synen på patienten och en systematisk dokumentation. I praktiken läggs grunderna för vårdarbetet genom strukturerade vårdplaner. Vid dokumentation bör patientens upplevelser och uttryckta önskningar synliggöras och respekteras då dessa tillsammans med omvårdnadens mål ligger till grund för vårdarbetet. Dokumentationen bör inte endast visa på utförd vårdhandling utan ska även innefatta professionell värdering av situationen där patientens åsikt tas i beaktande. Då patientens uppfattning om sitt tillstånd tas med i dokumentationen synliggörs evidens på vårdens kvalitet (Kärkkäinen & Eriksson, 2004). I dagsläget kan inte utförd vårdhandling påvisas mellan hemvård och hemsjukvård då de saknar en gemensam dokumentation. Enligt Maj-Len Österlund Törnroos har hemvården ingen rätt till insyn i hälso- och sjukvårdsjournalen. Däremot har hemsjukvården tillgång till de anteckningar hemvården för över utförda vårdhandlingar som de blivit delegerade inom ramarna för projektet. (M-L Österlund-Törnroos, personlig kommunikation, 19 maj 2011).

I dagsläget finns ingen gemensam dokumentation mellan hemvård och hemsjukvård, och den befintliga dokumentation som hemvård och hemsjukvård använder är inte tillgänglig för den andra parten. Orsaken till detta är att parterna står under olika huvudmän och därmed styrs av olika lagar gällande dokumentationen. Hemvård och hemsjukvård anser idag att detta system fungerar otillfredsstillande. Avsaknad av en gemensam dokumentation kan leda till följder som påverkar kvalitet, kontinuitet samt patientsäkerhet i vården.

4 SLUTSATS

Hälso- och sjukvården ställs idag och i framtiden inför nya utmaningar då befolkningen lever längre, varpå de patienter som vårdas kommer vara allt sjukare och mer vårdkrävande. I och med detta kommer alltmer vårdkrävande patienter skötas i det egna hemmet, vilket ställer ökade krav på användandet och fördelningen av personalresurser. Då sjukvården blir mer komplex ställs större krav på vårdens kvalitet och kontinuitet, samt på vårdpersonalen i form av ökat kunnande och ökad effektivitet.

Hemsjukvård och hemvård möter och vårdar i huvudsak patienten självständigt i dennes hem. Teamet runt patienten kan bestå av flertalet vårdare, och tidsperioden mellan besöken hos patienten kan variera. Slutsatserna av de erfarenheter som delgetts av deltagarna i pilotprojektet, samt av resultatet i litteraturanalysen, kan sammanfattas som att dokumentation kunde vara en tillgång och ett redskap för att säkerställa kvalitet, kontinuitet samt patientsäkerhet i vården. Genom dokumentation synliggörs planering, utförande och uppföljning för den enskilde patienten. Dokumentation är värdefull för att ge god vård till patienten, varför det är viktigt att den är tillgänglig för alla de som vårdar patienten. Att dokumentera innebär att försäkra något, samt att förklara hur något överensstämmer med verkliga förhållanden.

Genom att säkerställa vårdens kvalitet, kontinuitet och säkerhet för den enskilde patienten tangeras det centrala i vården, vilket utgörs av strävan att ge god vård till patienten. Som systemet ser ut i dagsläget ges inte tillräckliga möjligheter för hemvård och hemsjukvård att uppnå detta. I och med att den nya hälso- och sjukvårdslagen träder i kraft öppnas det upp för utvecklingsmöjligheter inom detta område. En vision att sträva efter kunde vara en gemensam dokumentation mellan hemvård och hemsjukvård, och ökat samarbetet mellan parterna. Detta kunde öka möjligheterna för att ge god vård till den enskilda patienten.

”Det verkliga framsteget är det som möjliggör eller framtvingar att man kommer vidare”

Bertolt Brecht (1898-1956)

KÄLLFÖRTECKNING

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

Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal Of Advanced Nursing*, 43(4), 402-410. Hämtat från EBSCOhost.

Brecht, B. (2011). *Pricken över livet*. Hämtat 29.11.2011 från http://www.livet.se/ord/kategori/Framsteg_och_Utveckling/30

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

Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. (4. uppl). Liber: Stockholm.

Finlands skademi. (2003). *Finlands akademis forskningsetiska anvisningar*. Hämtat 19.9.2011 från <http://www.aka.fi/sv/A/>

Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gjevjon, E., & Helleso, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x

Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(6), 734-742. Hämtad från EBSCOhost.

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

Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(2), 112-124. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kontinuitet. (2011). *Nationalencyklopedin*. Hämtat 27.5.2011 från <http://www.ne.se/>

Kvalitet. (2011). *Nationalencyklopedin*. Hämtat 27.5.2011 från <http://www.ne.se/>

Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132.

doi:10.1191/0969733005ne769oa

Kärkkäinen, O., & Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18(2), 229-236. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00274.x

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.08.1992/785. Hämtat 31.10.2011 från <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.06.1994/559. Hämtat 1.12.2011 från <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940559>

Laitinen, H., Kaunonen, M., & Astedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(3-4), 489-497.

doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02983.x

Lundberg, T. (2008). *Utredning om sammanhållen hemvård*. Mariehamn. [opublicerat material]

Lundman & Hällgren Graneheim i: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nightingale, F. (1924). *Notes on Nursing*. London: Harrison & Sons Ltd.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård: -ur vårt tidsperspektiv*. (Ny uppl., med tillägg). Skellefteå: Artemis.

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Olsson, P., Petersson, H., Willman, A., & Gardulf, A. (2009). Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(4), 820-825. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00687.x

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

Reliabilitet. (2011). *Nationalencyklopedin*. Hämtat 28.11.2011 från <http://www.ne.se/>

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar. 30.3.2009/298. Hämtat 12.12.2011 från <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298>

Socialvårdslag. 17.09.1982/710. Hämtat 13.05.2011 från <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1982/19820710>

Socialvårdslag. 22.09.2000/812. *Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården*. Hämtat 12.05.2011 från <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>

Statens revisionsverk. (2010). Hämtat 27.05.2011 från <http://www.vtv.fi/sok?searchterms=%C3%A5ldringstj%C3%A4nster&x=0&y=0>

Säätelä, S. (2011). Reflektioner kring vårddokumentation. *Vård i fokus*. s. 4-8. 1/11.

Törnvall, E., & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2116-2124. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x

Ålands hälso- och sjukvård. (u.å.). *Primärvård: Hemsjukvård*. Hämtat 21.11.2011 från <http://www.ahs.ax/standard.con?iPage=154&m=201>

Ålands lagsamling. 1993:60. *Landskapslag om hälso- och sjukvården*. Hämtat 13.05.2011 från http://www.regeringen.ax/.composer/upload/modules/lagar/k_inlagan_08.pdf

Ålands lagsamling. 1993:61. *Landskapslag om tillämpning i landskapet Åland av lagen om patientens ställning och rättigheter*. Hämtat 31.10.2011 från <http://www.regeringen.ax/lagboken.pbs>

Ålands lagting. (2011). *Ålands lagtings beslut om antagande av Landskapslag om hälso- och sjukvård*. Hämtat 28.11.2011 från <http://dokument.lagtinget.ax/sok/index.php?iVal=1>

Ålands landskapsregering. (2006). *Slutrapport från arbetsgruppen med uppdrag att utreda äldreomsorgen*. Hämtat 12.05.2011 från <http://www.regeringen.ax/socialomiljo/aldreomsorg.pbs>

Mariehamn 19.9.2011

Till vårdchef Bengt Michelsson, Ålands hälso- och sjukvård

Ärende:

Anhållan om datainsamling till examensarbete

Vi, Susanna Koskinen och Malin Roberts, studerar vid utbildningsprogrammet för vård, Högskolan på Åland. Till utbildningen hör att termin sex skriva ett examensarbete.

Examensarbetet är en beställning från Ålands hälso- och sjukvård, klinikchef över primärvården, Birgitta Hermans och från äldreomsorgsutredare på Ålands Landskapsregering, Maj-Len Österlund-Törnroos, som önskar en utvärdering av projektet sammanhållen hemvård. Examensarbetets del av utvärderingen fokuserar på vårddokumentationen inom projektet.

För att samla in data till examensarbetet planeras att sända ett informationsbrev samt ett frågeformulär till några utvalda av vårdpersonalen inom projektet sammanhållen hemvård (se bilaga 1). Deltagandet är frivilligt, men svaren är viktiga för att utvärderingen av projektet blir realistisk och trovärdig. Alla erhållna svar kommer att behandlas konfidentiellt. Endast studerande och handledare kommer att veta var svaren kommer ifrån.

Hela forskningsprocessen, här med särskild tonvikt på datainsamlingen, följer de verksamhetssätt som forskningssamfundet erkänt. Dessa är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, i dokumenteringen och i presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. (Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar, 2003).

Med vänliga hälsningar:

Susanna Koskinen och Malin Roberts

19.9.2011

Informationsbrev till personalen inom sammanhållen hemvård

Hej!

Vi, Susanna Koskinen och Malin Roberts, studerar vid utbildningsprogrammet för vård, Högskolan på Åland. Till utbildningen hör att termin sex skriva ett examensarbete. Examensarbetet är en beställning från Ålands hälso- och sjukvård, klinikchef över primärvården, Birgitta Hermans och från äldreomsorgsutredare på Ålands Landskapsregering, Maj-Len Österlund-Törnroos, som önskar en utvärdering av projektet sammanhållen hemvård. Examensarbetets del av utvärderingen fokuserar på vårddokumentationen inom projektet.

För att samla in data till examensarbetet är det önskvärt att några utvalda av vårdpersonalen inom projektet svarar på det bifogade frågeformuläret. Deltagandet är frivilligt, men Ditt svar är viktigt för att utvärderingen av projektet blir realistisk och trovärdig. Alla erhållna svar kommer att behandlas konfidentiellt. Endast studerande och handledare kommer att veta var svaren kommer ifrån.

Hela forskningsprocessen, här med särskild tonvikt på datainsamlingen, följer de verksamhetssätt som forskningssamfundet erkänt. Dessa är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, i dokumenteringen och i presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. (Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar, 2003).

Detta examensarbete handleds av
lektor Katarina Ulenius vid utbildningsprogrammet för vård, Högskolan på Åland
katarina.ulenius@ha.ax

Vi önskar att Du sänder ditt svar per e-post alternativt per post, senast den 7 oktober.

BILAGA 1/3(4)

Vid frågor, kontakta:

Susanna Koskinen

[REDACTED]

[REDACTED]@ha.ax

Malin Roberts

[REDACTED]

[REDACTED]@ha.ax

Adress:

Högskolan på Åland

Utbildningsprogrammet för vård

Katarina Ulenius

Att. Sjukskötare studerande Malin Roberts & Susanna Koskinen

Neptunigatan 17

22100 Mariehamn

BILAGA 1/4(4)

Frågeformulär för utvärdering av projektet sammanhållen hemvård

På vilket sätt anser Du att dokumentationen har betydelse i vården?

Delge dina positiva åsikter om dokumentationen inom projektet sammanhållen hemvård

Delge dina negativa åsikter om dokumentationen inom projektet sammanhållen hemvård

Delge Dina förslag på hur dokumentationen inom projektet eventuellt kunde förbättras?

Tack för Din medverkan!

23.9.2011

Hej!

Jag förstår att vi gjort en beställning på ett examensarbete som skulle utvärdera dokumentationen i sammahållen hemvård. Beställningen kan i sig själv ha varit ganska öppen, men som "forskare" behöver Ni reda ut: "Vilka är de centrala frågorna för att kunna genomföra projektet?"

Som jag ser det borde Ert bifogade material bearbetas och vidareutvecklas ganska mycket för att det skall få mitt godkännande. Jag saknar syfte och frågeställning, bakgrund men framför allt ur vilket perspektiv och med vilken referensram man avser utvärdera dokumentationen. Jag saknar också den metod man avser använda för analys av svaren samt antalet forskningspersoner man avser rikta enkäten till. Enkätfrågorna är inte särskilt öppna utan innebär redan en kategorisering som döljer vad som dokumenteras och hur. Som det nu är formulerat kommer de som svarar på frågorna att prevärdera dokumentationen - eller rätt långt tolka in de egna värderingarna om dokumentationen. Risken är då uppenbar att det blir enbart en åsikts-insamling med, skulle jag säga, ett mycket begränsat värde.

Vänligen vidareutveckla materialet och diskutera saken med Er handledare och återkom sedan.

mvh,Bengt M

Bengt Michelsson
Vårdchef
Ålands hälso- och sjukvård
Pb 1091
Ax-22111 Mariehamn

tel. +358-(0)18-535 168

bengt.michelsson[at]ahs.ax

www.ahs.ax

Mariehamn 07.10.2011

Till vårdchef Bengt Michelsson, Ålands Hälso- och sjukvård

Ärende:

Anhållan om datainsamling till examensarbete

Vi, Susanna Koskinen och Malin Roberts, studerar vid utbildningsprogrammet för vård, vid Högskolan på Åland. Till utbildningen hör att termin sex skriva ett examensarbete.

Vårt examensarbete kommer att behandla dokumentation i vården i relation till projektet Sammanhållen hemvård. Fokus avses ligga på dokumentationen som redskap för att säkra vårdens kontinuitet och kvalitet.

Examensarbetet är en beställning från Ålands Hälso- och sjukvård, klinikchef över primärvården, Birgitta Hermans och från äldreomsorgsutredare på Ålands Landskapsregering, Maj-Len Österlund-Törnroos, som önskar en utvärdering av projektet Sammanhållen hemvård.

Problemformuleringen inom examensarbetet lyder: Hemvården och hemsjukvården har flera gemensamma klienter/patienter de vårdar. För att säkra kontinuitet i vården är det av stor vikt att de olika yrkeskategorierna har ett nära samarbete. Avsaknaden av en gemensam journalhantering och därmed dokumentation mellan hemvård och hemsjukvård kan antas ge följder som minskar vårdens kvalitet, kontinuitet och uppföljning för den enskilde patienten. Syftet med examensarbetet är därför att kartlägga vårdpersonalens upplevelser av hur vårddokumentationen påverkar kontinuitet och kvalitet i vården inom projektet Sammanhållen hemvård.

Insamlad data, från berörd vårdpersonal inom projektet, kommer att analyseras genom kvalitativ innehållsanalys. Insamlad data analyseras först som en helhet för att sedan spjälkas upp i mindre delar, och slutligen återigen sätts samman till meningsbärande enheter. (Olsson & Sörensen., 2007).

BILAGA 3/2(6)

Den teoretiska referensram som examensarbetet utgår från är Florence Nightingales omvårdnadsteori. Nightingale menar att insamling av specifik data, observation samt uppföljning är viktiga principer för att hälsa ska upprätthållas. (Nightingale , 1989). För att samla in data till examensarbetet planeras att sända ett informationsbrev samt ett frågeformulär till utvalda av vårdpersonalen inom projektet Sammanhållen hemvård (se bilaga 1). Deltagandet är frivilligt, men svaren är viktiga för att utvärderingen av projektet blir realistisk och trovärdig.

De erhållna svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Endast vi studerande och vår handledare för examensarbete kommer att veta var svaren kommer ifrån.

Deltagarnas samtycke till att delta i studien anses givet i och med att svaren delges. Hela forskningsprocessen, här med särskild tonvikt på datainsamlingen, följer de verksamhetssätt som forskningssamfundet erkänt. Dessa är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, i dokumenteringen och i presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat. (Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar., 2003).

Med vänliga hälsningar

Susanna Koskinen och Malin Roberts

sjukskötarstuderande vid utbildningsprogrammet för vård, Högskolan på Åland

Referenser:

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber.

Nightingale, F. (1859). Anteckningar om sjukvård. (Orig. titel: Notes on Nursing. What it is and what it is not.). Stockholm: Svenska sjuksköterskeföreningens förlag, 1989.

Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar. (2003). [www]. Hämtat den 19.9.2011 från <http://www.aka.fi/sv/A>

17.10.2011

Informationsbrev till personal inom projektet Sammanhållen hemvård

Hej!

Vi, Susanna Koskinen och Malin Roberts, studerar vid utbildningsprogrammet för vård, vid Högskolan på Åland. Till utbildningen hör att termin sex skriva ett examensarbete.

Examensarbetet är en beställning från Ålands Hälso- och sjukvård, klinikchef över primärvården, Birgitta Hermans och från äldreomsorgsutredare på Ålands Landskapsregering, Maj-Len Österlund-Törnroos, som önskar en utvärdering av projektet Sammanhållen hemvård. Vårt examensarbete kommer att behandla dokumentation i vården i relation till projektet Sammanhållen hemvård. Fokus avses ligga på dokumentationen som redskap för att säkra vårdens kontinuitet och kvalitet.

Data till examensarbetet insamlas genom de svar som erhålls på det bifogade frågeformuläret. Frågeformuläret sänds till ett antal medverkande inom projektet. Deltagandet är frivilligt, dock är Ditt svar av stor vikt för att utvärderingen av projektet blir realistisk och trovärdig.

Hela forskningsprocessen, här med särskild tonvikt på datainsamlingen, följer de verksamhetssätt som forskningssamfundet erkänt. Dessa är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen, i dokumenteringen och i presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningresultat. (Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar., 2003). Ditt samtycke till att delta i denna studie anses givet i och med att Du delger dina svar.

BILAGA 3/4(6)

Alla erhållna svar kommer att behandlas konfidentiellt. Endast vi studerande och vår handledare för examensarbetet kommer att veta var ditt svar kommer ifrån.

Detta examensarbete handleds av

lektor Katarina Ulenius vid utbildningsprogrammet för vård, Högskolan på Åland.

katarina.ulenius@ha.ax

Vi önskar att Du sänder ditt svar per e-post alternativt per post, senast den 28 oktober 2011.

Vid frågor, kontakta:

Susanna Koskinen

[REDACTED]

[REDACTED]@ha.ax

Malin Roberts

[REDACTED]

[REDACTED]@ha.ax

Adress:

Högskolan på Åland

Utbildningsprogrammet för vård

Katarina Ulenius

Att. sjukskötarestuderande Susanna Koskinen & Malin Roberts

Neptunigatan 17

22100Mariehamn

Referens:

Finlands Akademis forskningsetiska anvisningar. (2003). [www]. Hämtat den 19.9.2011 från <http://www.aka.fi/sv/A/>

BILAGA 3/5(6)

FRÅGEFORMULÄR FÖR DATAINSAMLING TILL UTVÄRDERING AV PROJEKTET
SAMMANHÅLLEN HEMVÅRD

Beskriv Din roll i projektet, d.v.s. delge Din yrkesbeteckning samt Dina arbetsuppgifter inom projektet

Hur vill Du beskriva det resultat som uppnåtts i och med projektet Sammanhållen hemvård?
(Har det skett förändringar?, Hur har samarbetet påverkats/utvecklats mellan hemvård och
hemsjukvård? o.s.v.)

Beskriv på vilket sätt Du anser att dokumentation har betydelse i vården.

BILAGA 3/6(6)

Beskriv Dina åsikter om dokumentationen inom projektet Sammanhållen hemvård.

Anser Du att dokumentationen inom projektet kunde förändras så att det på sikt påverkar vården Ni ger till era klienter/patienter?

Delge gärna övriga synpunkter kring projektet Sammanhållen hemvård.

Tack för Din medverkan!



Beslut: VCH 245/10.

Sakägare: Sjukskötarstudieranden Malin Roberts och Susanna Koskinen.

Ärende: Kompfetterad anhållan inkommen den 7 oktober 2011 om tillstånd att till vårdpersonal dela ut enkät med frågor kring dokumentation. Studien riktar sig till personal inom sammanhållen hemvård.

Studien genomförs som del av examensarbete i studier till sjukskötare vid Högskolan på Åland. Som handledare fungerar lektor Karolina Ulenius.

Inga personliga frågor ställs. Studien planeras genomföras hösten/vintern 2011.

Beslut: Beslutas godkänna anhållan om tillstånd att genomföra studien.

Inga direkta kostnader för undersökningens genomförande får belasta ÅHS.

Roberts & Koskinen förutsätts informera forskningspersonerna om studiens syfte, metod och etiska grund. Då detta sker bör hänvisning till detta beslut ske. Frivillighet och anonymitet skall garanteras.

Tillståndet förutsätter att Roberts & Koskinen på lämpligt funnet sätt delger Ålands hälso- och sjukvård resultatet av studien.

Mariehamn den 14 oktober 2011

Bengt Michelsson
Bengt Michelsson



Rättelseyrkande: Enligt med §58, Jämsstämmanlagen för landskapet Åland (6/1987) och § 14 i Landskapslagen om hälso- och sjukvården annat punkt 11 i Reglemente för Ålands hälso- och sjukvård får ändring i beslutet sökas genom rättelseyrkan. Rättelseyrkandet skall var inlämnat inom 21 dagar efter det att beslutet delgivits och det skall anges vilket beslut som önskas rätts och vilka omständigheter som rättelseyrkandet grundar sig på. Rättelseyrkandet skall behandlas utan dröjsmål.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	E-post	Webb
Pb 1091 Ås- 22 117 Mariehamn	Doktorsvägen 1 Mariehamn	018-535 168 0457-5483268	018-538 533	bengt.michelsson@ahs.ax	www.ahs.ax

BILAGA 5

Tabell 2. Artikelsök.

DATABAS	SÖKORD	BEGRÄNSNINGAR	ANTAL TRÄFFAR	ANTAL VALDA ARTIKLAR (antal lästa abstract)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	documentation AND nursing	Full text Peer reviewed	7794	
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	documentation AND nursing AND home care AND quality AND practice	Full text Peer reviewed	29	1 (5)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	nursing AND documentation AND Sweden	Full text Peer reviewed	81	1 (9)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	nursing AND practice AND documentation AND evaluating AND communication	Full text Peer reviewed	2	1 (1)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	nursing AND documentation AND improving AND Sweden	Full text Peer reviewed	5	1 (2)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	documentation AND nursing AND essential AND quality	Full text Peer reviewed	30	1 (5)
Ebsco, Cinahl (EBSCO HOST)	nursing AND documentation AND patient- focused AND Finland	Full text Peer reviewed	1	1

Tabell 3. Artikelöversikt.

Författare, titel samt tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 43 (4), 402- 410.	Att beskriva sjukskötarens uppfattningar och attityder gentemot dokumentation efter deltagande i utbildning om nyckelordsbaserad dokumentation.	Kvalitativ innehållsanalys av fokusgrupps- diskussioner. Fokusgruppen bestod av 20 sjukskötare på ett universitetssjukhus i Sverige.	Strukturerad dokumentation ledde till att sjukskötarna ändrade tankesätt gällande deras arbete och patienter efter utbildningen. Två ”roller” framkom hos sjukskötarna efter utbildningen. Sjukskötarens expertis synliggjordes, samt att de blev mer administrativa.
Gjebjon, E R. & Helleso, R. (2010). The quality of home care nurses’ documentation in new electronic patient records. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19, 100- 108.	Att undersöka hur sjukskötare dokumenterar kring patientens vård samt dokumentationens omfattning.	Analys av 91 patientjournaler. Data analyserades i tre steg, systematisering av data, strukturering av data enligt omvårdnadsprocessen samt bedömning av omfattningen av dokumentation.	Sjukskötare dokumenterar om patienternas vård i kronologisk ordning istället för att använda en strukturerad och logisk dokumentation enligt omvårdnads- processen. Dokumentationens omfattning var bristfällig.
Idvall, E. & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2002; 11: 734-742.	Att beskriva dokumentation av postoperativ smärtbehandling samt sjukskötares uppfattning av dokumentation i relation till nuvarande föreskrifter och riktlinjer.	63 sjukskötares journalanteckningar av 172 patienter på postop. dag 2 på sjukhus i Sverige. Beskrivande och retrospektiv studie.	Smärtbehandling baseras på huvudsakligen på patientens uttryckta rapport, de flesta saknar grund i smärtskattningsskala. 73 % av sjukskötarna ansåg att deras dokumentation stämde överens med tillhörande föreskrifter och riktlinjer.

BILAGA 6/2(2)

<p>Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 2010; 16: 112-124.</p>	<p>Att framställa all relevant information kring dokumentation och presentera de viktigaste aspekterna gällande sjukskötarens dokumentation.</p>	<p>Metastudie av 28 artiklar gällande vikten av en kvalitativt god dokumentation.</p>	<p>Åtta teman lyftes fram, som alla berör kärnan i sjukskötarens dokumentation. Patient-centrerad, utfört arbete inkluderande patientundervisning och psykiskt stöd, reflektera det objektiva bedömandet, logiskt och följdriktig, dokumentera då det händer, olika nyanser av vård, följa lagbundenheter.</p>
<p>Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19, 489-497.</p>	<p>Att undersöka vilka uttryck sjukskötare använder när de dokumenterar patientfokuserad vård.</p>	<p>Induktiv kvalitativ metod. 40 patientjournaler analyserades. Studien gjord på finskt sjukhus.</p>	<p>Tre kategorier framsteg: patientens röst (patientens engagemang i hans/hennes vård), sjukskötarens syn (det som antecknas utifrån sjukskötarens perspektiv) samt ömsesidig syn på patient-sjukskötarrelationen (synliggöra dialog och relation mellan patient och sjukskötare).</p>
<p>Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17, 2116-2124.</p>	<p>Att utreda sjukskötarens dokumentation genom att undersöka i vilken utsträckning och för vilket ändamål läkare och chefer använder sig av sjukskötarens anteckningar vid utveckling av dokumentation.</p>	<p>Kvalitativ studie, kvalitativ innehållsanalys. Frågeformulär skickades ut till 111 primärvårds-/vårdcentraler inom tre landsting i södra Sverige. Frågeformuläret skickades ut till 544 läkare och 82 överskötare.</p>	<p>Sjukskötarens dokumentation används av läkarna vid uppföljning av behandling. De flesta överskötare använder dokumentationen för statistik, och hälften använder den vid utvärdering av vård.</p>