

EXAMENSARBETE

Omvårdnadsdokumentation – Vad dokumenterar den svenska sjuksköterskan?

En litteraturöversikt

Nursing documentation – What does the Swedish nurse document?

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2009

Andersson, Maria
Eriksson, Jenny

Handledare: Friberg Andersson Christina
Examinator: Kylberg Elisabeth

SAMMANFATTNING

Titel:	Omvårdnadsdokumentation – Vad dokumenterar den svenska sjuksköterskan?
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete, i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Andersson, Maria; Eriksson, Jenny
Handledare:	Friberg Andersson, Christina
Sidor:	21
Månad och år:	April, 2009
Nyckelord:	Omvårdnadsdokumentation, patientjournal, sjuksköterska, VIPS

BAKGRUND: Omvårdnadsdokumentationen har varit lagstadgad sedan 1986. Tidigare studier visar på brister i omvårdnadsdokumentationens omfattning och att omvårdnadsprocessen inte följs. VIPS-modellen används i stor utsträckning i Sverige för att dokumentera omvårdnaden. VIPS står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. **SYFTE:** Syftet med denna litteraturöversikt var att få en överblick över vad och i vilken utsträckning svenska sjuksköterskor dokumenterar i omvårdnadsjournalen. **METOD:** En litteraturöversikt har gjorts med åtta vetenskapliga artiklar. **RESULTAT:** Resultatet visar att sjuksköterskor i Sverige främst dokumenterar status och åtgärder. Diagnoser, mål, resultat och epikriser förekommer betydligt mer sporadiskt. Omfattningen av dokumentationen är undermålig och fullständig dokumentation enligt omvårdnadsprocessen förekommer sällan. **DISKUSSION:** Sjuksköterskor behöver kontinuerlig utbildning för att förstå vikten av en väldokumenterad patientjournal som följer omvårdnadsprocessen. Nya system som NANDA och NIC skulle i framtiden kunna underlätta dokumentationen genom att ett standardiserat språk tillämpas.

ABSTRACT

Title:	Nursing documentation – What does the Swedish nurse document?
Department:	School of Life Sciences. University of Skövde
Course:	Thesis in nursing care 15 ECTS
Author:	Andersson, Maria; Eriksson, Jenny
Supervisor:	Friberg Andersson, Christina
Pages:	21
Month and year:	April, 2009
Keywords:	documentation, records, nurse, VIPS

BACKGROUND: Nursing documentation has been a legal obligation in Sweden since 1986. Many earlier studies show that the documentation lack comprehensiveness and that the nursing process is not followed. In Sweden many nurses uses the VIPS-model when documenting. VIPS is acronym for the Swedish spelling words Well-being, Integrity, Prevention and Security. **PURPOSE:** The purpose of this study was to examine what and to what extent nurses in Sweden document in the patient-journal. **METHOD:** A literature review was chosen for this study. **RESULT:** The result shows that nurses in Sweden document nursing status and interventions the most. There is less documentation about diagnosis, goals, outcome and discharge notes. The comprehensiveness of the patient records is poor and complete documentation occurs rarely. **DISCUSSION:** Nurses need education to understand the importance of having a clear structure in the patient record following the nursing process. In the future a standardized language can help the nurses to document according to the nursing process by using systems as NANDA and NIC.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Sjuksköterskans funktion och ansvar</i>	1
<i>Omvårdnadsteoretiskt perspektiv</i>	2
<i>Omvårdnadsprocessen</i>	3
<i>Utveckling av omvårdnadsdokumentationen</i>	3
<i>Modeller för omvårdnadsdokumentation</i>	4
VIPS-modellen	4
NANDA	5
NIC	5
<i>Tidigare forskning</i>	6
<i>Problemformulering</i>	6
SYFTE	7
METOD	7
<i>Val av metod</i>	7
<i>Datainsamling</i>	7
Sökord.....	7
<i>Urval</i>	7
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterier.....	8
Kvalitetsgranskning	8
<i>Dataanalys</i>	9
ETISKA ÖVERVÅGANDEN	9
RESULTAT	9
<i>Omvårdnadsanamnes</i>	10
<i>Omvårdnadsstatus</i>	10
<i>Omvårdnadsdiagnos</i>	12
<i>Omvårdnads mål</i>	12
<i>Omvårdnadsåtgärder</i>	12
<i>Omvårdnadsresultat</i>	14
<i>Epikris/Omvårdnadsmeddelade</i>	14
Sammanfattning	15
DISKUSSION	17
<i>Metoddiskussion</i>	17
<i>Resultatdiskussion</i>	18
<i>Konklusion</i>	21
REFERENSER	23
BILAGOR	A
<i>Bilaga 1</i>	A
<i>Bilaga 2</i>	B
<i>Bilaga 3</i>	C

INLEDNING

Sjuksköterskans roll förändras ständigt. Från Nightingales tid då det ansågs vara ett kall att vara sjuksköterska utbildas numera sjuksköterskan på akademisk nivå. Arbetsuppgifterna har också skiftat och idag styrs yrket av ett flertal lagar. Att sjuksköterskor har akademisk utbildning har stor betydelse för vårdvetenskapens utveckling. Det innebär att sjuksköterskorna i den kliniska verksamheten besitter stora kunskaper när det kommer till att kritiskt granska och dokumentera kvaliteten på det arbete de utför (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000).

Omvårdnadsdokumentation är en arbetsuppgift som blivit mer uppmärksammas under senare årtionden (Zielstorff, Hudgings & Grobe, 1993). Anledningen till detta är bland annat att dokumentationen är en lagstadgad uppgift samt ses som en kvalitetssäkring av vårdarbetet. Ehrenberg, Ehnfors och Thorell-Ekstrand (1996) utvecklade den vetenskapliga, så kallade VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet) 1991. Modellen utvecklades med syftet att stödja den systematiska dokumentationen av omvårdnad och främja den individualiserade omvårdnaden. Enligt Ehnfors et al. (2000) används VIPS - modellen vid flera olika vårdområden i Sverige som i primärvård, på sjukhem och på olika sjukhusavdelningar samt högskolor i sjuksköterskeutbildningen.

Sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation skall fungera som stöd, arbetsverktyg och arbetsunderlag i vårdarbetet. Ruland (2002) menar att utvecklingen av informationsteknologi i vården har inneburit nya arbetssätt, arbetsprocesser och organisationsformer. Progressen av informationssystem i vården har gjort att användningen av informations- och kommunikationsverktyg nu är en central del för sjuksköterskan i den dagliga patientbehandlingen (a.a.).

BAKGRUND

Sjuksköterskans funktion och ansvar

Hälso- och sjukvårdens lagstiftning är mycket omfattande och ingående och det görs åtskilliga ändringar i författningsmaterialet varje år. Det är därför av stor vikt att den enskilde hälso- och sjukvårdspersonalen känner till vad som gäller honom och att han följer denna utveckling (Raadu, 2009). Från och med den 1 juli 2008 ersattes patientjournalagen av Patientdatalag (2008:355) som syftar till att organisera informationshanteringen så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Enligt Patientdatalagen ska journalen också fungera som en informationskälla för patienten samt kunna användas till uppföljning och utveckling av verksamheten och bidra till forskning. Uppgifter som skall finnas i patientjournalen är patientens identitet, väsentliga uppgifter om orsak till vården, uppgift om ställd diagnos samt anledning till mer betydande åtgärder. Det skall även finnas uppgifter om den information som patienten erhållit samt de ställningstaganden som patienten gjort i

anslutning till behandlingsalternativ och om möjlighet till ny medicinsk bedömning (a.a.). Journalen ska enligt lag upprättas på svenska språket och vara lätt att förstå för patienten. Det ska också tydligt framgå vem som har gjort en viss anteckning i journalen. Patientdatalagen medför ett ökat krav på legitimerad personal att utföra en mer fullständig dokumentation, samtidigt som patienten får mer inflytande över sin patientjournal (SFS 2008:355)

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Varje sjuksköterska har en individuell syn på omvårdnad. Orem (2001) beskriver sjuksköterskans syn som en mer eller mindre klart formulerad idé eller bedömning. Denna syn påverkar vad hon fokuserar och är uppmärksam på i praktiken, i den vetenskapliga strävan, i omvårdnadsforskning och i teoriutvecklingen. Orem's Self – Care Deficit Nursing Theory ses som en generell teori om vad omvårdnad är och vad omvårdnad borde vara i den konkreta omvårdnadssituationen i praktiken. Teorin utgörs av tre delar som Orem kallar för egenvård, egenvårdsbrist samt omvårdnadssystem och var och en av dessa delteorier innehåller en kärntanke samt ett antal propositioner och premisser. Kärntanken är teorins fokus. Propositioner är uttalanden som beskriver olika begrepp eller relationer mellan begrepp och teorin. Premisser är specifika antaganden för varje delteori.

Orem (2001) beskriver delteorin egenvård som en handling som utförs av individen gentemot sig själv eller närstående. Egenvård utförs med syftet att bevara liv och för funktion och utveckling och utförs av samtliga individer efter förmåga. Detta lärs in i överensstämmelse med behoven hos människan till exempel i enlighet med stadier i utvecklingen, hälsotillstånd och omgivningsfaktorer. En av propositionerna beskriver att tillstånd som upprätthålls eller erhålls genom egenvård till sig själv eller närstående handlar bland annat om utsöndringsfunktioner, personlig hygien, upprätthållande av kroppstemperatur samt skydd från faror i omgivningen och hos sig själv. Vidare innehåller denna proposition det som behövs för obehindrad fysisk, kognitiv, emotionell, interpersonell och social utveckling av individer i deras livssituationer.

Delteorin om egenvårdsbrist är det väsentliga elementet av Orem's Self – Care Deficit Theory. Teorin förklarar och utvecklar orsaken till varför personer är i behov av omvårdnad. När en person inte själv kan utföra egenvård på grund av en brist uppstår ett behov av professionell omvårdnad. Egenvårdsbrist ses inte en som en brist i form av att något saknas utan beskriver relationen mellan individens egen kapacitet att utföra egenvård och individens behov av åtgärd. Engagemanget i egenvården kan enligt Orem påverkas av personens värdering av respekt för livet, utveckling, hälsa samt välmående. En av propositionerna beskriver att individers möjlighet att engagera sig i egenvård eller vård av närstående är beroende av förhållanden som ålder, utvecklingsstadier, livserfarenhet sociokulturell tillhörighet, hälsa och tillgängliga resurser.

Delteorin om omvårdnadssystem innefattar teorierna om egenvård och egenvårdsbrist samt grundar strukturen och innehållet i den praktiska omvårdnaden. Teorin beskriver att sjuksköterskan besitter kunskaper som hon ska använda för att bedöma om professionell omvårdnad är nödvändig. Då sjuksköterskan anser att ohälsa föreligger ska hon utforma en omvårdnadsplan där det ska framgå vad som ska göras och av vem. För att patienten ska kunna utföra egenvård samt kompensera egenvårdsbrist behövs omvårdnadssystem.

Orem (2001) beskriver funktionen av omvårdnad i praktiken genom sju stycken funktioner. Funktion 4, som beskriver grundläggande tillståndsfaktorer och funktion 5, som beskriver professionell-teknologiska funktioner bildar tillsammans det som beskrivs som omvårdnadsprocessen, förutsatt att dessa är korrekt utförda och integrerade. Då omvårdnadsbehov och resultat är identifierade produceras omvårdnad och resultat uppnås. Vidare beskriver (a.a.) att mening med att ta omvårdnadsanamnes är att söka information från patienten om de förändringar som patienten upplever i förhållande till egenvården. För att upprätta omvårdnadsdiagnoser är det nödvändigt att sjuksköterskan undersöker och samlar data angående patientens egenvårdsmedverkan samt det terapeutiska egenvårdskravet och det existerande eller planerade förhållandet mellan dem.

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsdokumentationen har under lång tid fokuserat på den medicinska delen och främst skrivits i fritext. Mycket av dokumentationen har skett i efterhand och inte kontinuerligt under vårdtillfället (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003; Ehnfors, et. al., 2000). Omvårdnadsprocessen presenterades för första gången i Sverige 1978, men redan 20 år tidigare började omvårdnadsprocessen beskrivas i andra delar av vården. Flera projekt har sedan mitten av 50-talet genomförts och resulterat i en ökad förståelse för omvårdnadsprocessen hos sjuksköterskor. Omvårdnadsprocessen beskrivs som en dynamisk, systematisk problemlösningsmodell och innefattar bedömning, diagnos, mål, planering, diagnos, genomförande och utvärdering (Ehnfors, et. al., 2000). Denna process bidrar till att sjuksköterskan reflekterar över den omvårdnad hon ger och det omvårdnadsdiagnostiska tankesättet lyfts fram (Atkins & Murphy, 1993). För att sjuksköterskan ska kunna använda sig av omvårdnadsprocessen på ett optimalt sätt kräver det att hon använder sig av kunskap, erfarenhet och värderingar (Ehnfors, et. al., 2000).

Redan tidigt förknippades omvårdnadsprocessen med utveckling inom vården och ligger idag till grund för omvårdnaden. Omvårdnadsprocessen utvecklades då många sjuksköterskor ansåg att vården behövde individanpassas. Tanken med processen är att patientens behov ska tydliggöras och styra vad vården ska fokusera på. Idag kallas detta individuellt planerad omvårdnad och ligger till grund för individuella omvårdnadsplaner (a.a.).

Utveckling av omvårdnadsdokumentationen

Journalföring började användas under 1920-talet och det var främst läkare som förde korta anteckningar över utförd behandling. När vårdarbetet blev mer specialiserat och läkaren fick ett ökat antal patienter utvecklades journalen till ett medicinskt beslutsunderlag (Gratte, 1996). Sjuksköterskans egna vetenskapliga disciplin utvecklades successivt med omvårdnad som huvudämne och dokumentationen skulle komma att bekräfta sjuksköterskans professionella roll (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1996). Sjuksköterskans dokumentation syftar inte längre enbart till att informera läkaren om patienters status utan har även syftet att öka patientsäkerhet, synliggöra omvårdnadsarbetet och förbättra kommunikation mellan vårdgivare (Ehnfors, et. al., 2000). Bland annat tog World Health Organisation (WHO) 1987 initiativ till ett utvecklingsprojekt med syfte att

förbättra dokumentationen i Europa. Omvårdnadsprocessen definierades som en problemlösande metod baserad på vetenskap (Kozier, Erb & Blais, 1992).

Till en början dokumenterades all omvårdnad i pappersjournaler men under de senaste 30 åren har elektroniska datajournaler mer och mer tagit över (Ruland, 2002). Fördelarna med elektroniska datajournaler är bland annat att de är lättillgängliga dygnet runt, de uppdateras snabbare än pappersjournaler och innehållet blir då pålitligare än vad det är i pappersjournaler. Avsikten med de elektroniska datajournalerna är också att de ska ge en fullständig överblick över patientens sjukdomshistoria och de ska kunna integreras med ett flertal omvårdnadsdokumentationssystem. Idag är många personer involverade i vården av en och samma patient och informationsbehovet mellan olika yrkeskategorier är därför stort. Ruland (2002) menar att genom att integrera, koordinera, bearbeta och presentera information om patienten för de engagerade yrkesgrupperna bidrar detta till en utgångspunkt för rätt kliniska beslut. Den elektroniska patientjournalen kan även ta emot information från andra källor, som t.ex. röntgen eller CT bilder. Patientjournalen är, enligt Ehrenberg et. al. (1996), ett av de viktigaste instrumenten för kvalitetssäkringen.

Ruland (2002) menar att då den tekniska utvecklingen går framåt snabbt finns risk för att datorn som lagringsmedium inte är lika bestående som pappersdokumentation, då den snart kan komma att bytas ut mot nyare och modernare system. Vidare anger Ruland (2002) som exempel att den snabba utvecklingen av teknologi har bidragit till att vi idag inte ens har tillgång till de elektroniska dokument som skrevs för 15 år sedan i program som var standard då.

Modeller för omvårdnadsdokumentation

Det finns flera olika modeller för att dokumentera omvårdnad (Ruland, 2002). Svenska VIPS (Välbefinnande – Integritet – Prevention – Säkerhet) (Ehrenberg, et. al., 1996) är en omvårdnadsmodell som utgår ifrån omvårdnadsprocessen. Modellen har haft stor framgång i Sverige men även i övriga norden (Lindehardt, 2003; Stokke & Kalfoss, 1999). Två stora klassifikationssystem som fokuserar på att ta fram ett standardiserat språk för omvårdnadsdokumentationen är NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (www.nanda.org) och NIC (Nursing Intervention Classification) som används främst i Nordamerika men även i Europa och Asien (Thoroddsen, 2005; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002).

VIPS-modellen

VIPS presenterades första gången i Sverige 1992. Det är en modell som är utvecklad av tre svenska forskare som alla är sjuksköterskor. Modellen bygger på ett kvantitativt urval av artiklar samt erfarenheter från den kliniska verksamheten. Modellen syftar till att ge sjuksköterskan ett arbetsunderlag och verktyg för att underlätta och strukturera omvårdnadsdokumentationen (Ehnfors, et. al., 2000).

Modellen bygger på ovanstående fyra nyckelord. Dessa nyckelord är grunden för VIPS och för en stor del av all omvårdnad. VIPS-modellen är uppdelad i huvudsökord och undersökord. Resultatet av modellen blir ett flödesschema med omvårdnadsprocessen som grundpelare (Bilaga 1) (Ehnfors, et. al., 2000).

Sökorden i VIPS är många och arrangeras under ett antal huvudsökord (Ehnfors, et. al., 2000). Under allmänna uppgifter dokumenteras bland annat vem som är uppgiftslämnare samt uppgift om närstående. I omvårdnadsanamnesen förs uppgift om aktuell kontaktorsak och patientens ordinära status. I omvårdnadsstatus beskrivs patientens ”funktion”, det vill säga hur patienten fungerar i relation till inre och yttre krav och resurser. Omvårdnadsdiagnosen fokuserar på omvårdnaden – vad är patientens viktigaste problem som kan åtgärdas med hjälp av omvårdnad. Till varje omvårdnadsdiagnos kopplas sedan omvårdnads mål. Dessa mål skall vara realistiska och mätbara samt kortsiktiga och långsiktiga. För att omvårdnads målen skall kunna uppnås krävs åtgärder och dessa skall dokumenteras under sökordet omvårdnadsåtgärd. Då omvårdnadsåtgärden är utförd dokumenteras resultatet under sökordet omvårdnadsresultat. Diagnosen tillsammans med planerade åtgärder och mål utgör en vårdplan. Vårdplaner kan vara individuella för respektive patient. De är då utformade för att ta hänsyn till patientens behov och problem. Standardvårdplaner är generella vårdplaner som utformats för särskilda patientgrupper eller patienter med vissa tillstånd. Då en vårdtid avslutas och patienten skall flyttas över till annan vårdgivare skrivs en omvårdnadsepikris eller ett omvårdnadsmeddelande vilken fungerar som en informationsförmedling till nästa vårdgivare och är en sammanfattning av vårdtiden och utvärdering av omvårdnaden för sjuksköterskan. Sjuksköterskan väljer själv vilka sökord som är relevanta att använda för den enskilde patienten då det sällan är nödvändigt att använda alla. Ehnfors et. al. (2000) menar att det är viktigare att sjuksköterskan fokuserar på inhämtad information om omvårdnaden än på att skriva onödigt mycket text.

NANDA

Ett av de största och mest använda klassifikationssystem är NANDA. Systemet är utvecklat av North American Nursing Diagnosis Association. Det är ett klassifikationssystem som innehåller ett antal omvårdnadsbegrepp vilka är ordnade i grupper. NANDA innehåller ett stort antal omvårdnadsdiagnoser som delas upp på 13 domäner och därefter i drygt 100 klasser (Henry, Warren, Lange & Button, 1998). Systemet finns över hela världen och är översatt till ett stort antal språk. Varje diagnos har en kod kopplad till sig för att information enkelt ska gå att utvinna från databasen. När en diagnos dokumenteras följer en definition, en diagnos med preciserade kännetecken och relaterade faktorer samt eventuella riskfaktorer (Ruland, 2002). Trots att NANDA är accepterat och används så har det många brister anser Thoroddsen och Thorsteinsson (2002). Det går inte att finna omvårdnadsbegrepp för alla omvårdnadsdiagnoser och det är inte helt enkelt att översätta klassifikationssystemet på ett korrekt sätt till alla språk. I Sverige finns några lokala översättningar av delar av NANDA som används på några håll (Ehrenberg, personlig kommunikation, 7 maj, 2009).

NIC

Ett annat klassifikationssystem är NIC som 1996 bestod av 433 omvårdnadsåtgärder indelade i 6 områden och 27 klasser. Systemet är speciellt gjort för att dokumentera omvårdnadsåtgärder (Henry & Mead, 1997; Thoroddsen, 2005). NIC har översatts till ett stort antal olika språk världen över (Henry et al , 1998) och används bland annat i Norge (Ehrenberg, personlig kommunikation, 7 maj, 2009). I NIC tydliggörs sjuksköterskans omvårdnad av patienten, både den hon själv utför men också den som utförs tillsammans

med andra yrkesgrupper. Nackdelarna med NIC är att det fortfarande saknas många omvårdnadsåtgärder och att sjuksköterskan inte dokumenterar tillräckligt med åtgärder (Thoroddsen, 2005).

Tidigare forskning

Tidigare forskning visar på stora brister inom omvårdnadsdokumentationen (Nordström & Gardulf, 1996). Ehrenberg, et. al. (1996) menar att omvårdnadsdokumentationen ofta är bristfällig då omvårdnadsdiagnoserna inte dokumenteras i tillfredsställande omfattning och omvårdnadsplanerna inte uppdateras i tillräcklig utsträckning. Omvårdnadsdokumentationen har under lång tid fokuserat på den medicinska delen och främst skrivits i fritext. Mycket av dokumentationen har skett i efterhand och inte kontinuerligt under vårdtillfället (Björvell, et. al., 2003; Ehnfors et al, 2000). En svensk studie gjord av Ehnfors och Smedby (1993) visar att inskrivningsanteckningar förekom i knappt hälften av de 106 journaler som de granskade. Omvårdnadsplaner förekom i en tredjedel och omvårdnadsresultat gick att finna i två tredjedelar av journalerna. Omvårdnadsdiagnoser och epikriser saknades i 90 % av journalerna. Ehnfors och Smedby (1993) fann att omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder var det som dokumenterades mest av sjuksköterskorna. Även Davies, Billings och Ryland (1994) menar att omvårdnadsdokumentationen endast belyser vissa av patientens problem. Det de fann i journalerna var relevant, men ofta kortfattat och inte tillräckligt utförligt. De menar att en del sjuksköterskor inte förstår vikten av att dokumentera enligt omvårdnadsprocessen.

En finsk studie från 2003 visar dock att dokumentationen inte innehåller några stora brister (Karkkainen & Eriksson, 2003). Studien omfattade en utvärdering av 70 patientjournaler från sju akutvårdsavdelningar i Finland. Denna visade att dokumentationen var väldigt god eller god, dock med sämre resultat vad gäller patientundervisning och dokumentation av patientens åsikter. Mest förekommande dokumentation var prevention av komplikationer.

En dansk studie som undersökte sjuksköterskors inställning till dokumentation enligt VIPS-modellen visar att sjuksköterskorna där var positiva till omvårdnadsdokumentation. De ansåg att det var ett bra hjälpmedel i arbetet och att de hade tillräckligt med tid för att dokumentera. Vissa ansåg att omvårdnadsdokumentationen gjordes bra kunde den till och med ersätta den muntliga rapporten som sjuksköterskan lämnar i slutet av sitt skift. Genom att dokumentera enligt VIPS-modellen ökade också sjuksköterskornas förståelse för omvårdnadsprocessen. Flera av sjuksköterskorna hade dock svårt att formulera vårdplaner och följa upp dessa (Rosendal, et. al., 2004). Middleton och Lumby (1998) menar i sin studie att det är svårt att avgöra om den omvårdnad som planeras av sjuksköterskan faktiskt genomförs.

Problemformulering

För att strukturera omvårdnadsdokumentationen på ett bra sätt kan sjuksköterskan utgå från omvårdnadsprocessen för att säkerställa att alla delar av omvårdnaden inkluderas. Ett flertal dokumentationssystem är utvecklade efter denna struktur, bland annat VIPS-modellen och NANDA. VIPS-modellen utgår ifrån en problembaserad omvårdnadsplan och epikris för att garantera följsamhet. Trots att sjuksköterskan har dessa ovanstående

modeller som hjälpmedel vid omvårdnadsdokumentation visar tidigare forskning på brister och uppföljning av omvårdnad i den kliniska verksamheten förekommer sällan. Tidigare forskning visar även att sjuksköterskan upplever svårigheter att formulera vårdplaner och att avgöra vad som bör dokumenteras. Detta leder till att endast vissa av patientens problem dokumenteras, vilket kan medföra minskad patientsäkerhet. Då tidigare svensk forskning visar på bristande omvårdnadsdokumentation är det viktigt att följa upp detta för att få en överblick över kunskapsläget idag.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att få en överblick över vad och i vilken utsträckning svenska sjuksköterskor dokumenterar i omvårdnadsjournalen.

METOD

Val av metod

Utifrån studiens syfte valdes en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) kan en litteraturöversikt syfta till att skapa en översikt över vilken kunskap som finns inom sjuksköterskans verksamhetsområde eller inom ett visst vårdvetenskapligt område. Studien baseras på vetenskapligt datamaterial. Arbetsprocessen i studien utformades efter en modell gjord av Friberg (2006) (Bilaga 2).

Datainsamling

Sökord

Datamaterialet var vetenskapliga artiklar som söktes via databaserna CINAHL, MEDLINE och PsycINFO genom att använda ett antal sökord. Sökning efter material gjordes genom att först söka mycket brett för att få en uppfattning om vad som finns inom området vilket Friberg (2006) rekommenderar. Några provsökningar genomfördes med ett stort antal sökord för att se vilka som gav resultat samt för att se hur mycket material som gick att hitta. Sökorden som slutligen användes var swed*, documentation, nurs* och records. Trunkering användes för att få med så många träffar som möjligt. Sökningar gjordes genom att kombinera sökorden och antalet träffar dokumenterades. Sökningarna gjordes mellan 2009-02-25 och 2009-03-11 och med en kompletterade sökning 2009-04-02.

Urval

Samtliga artiklar som användes var peer-reviewed för att säkerställa den vetenskapliga kvalitén, vilket Friberg (2006) beskriver. Ett första urval gjordes då alla artiklars titlar granskades och om de bedömdes relevanta lästes artikelns abstrakt igenom. De artiklar som saknade abstrakt valdes bort. Därefter togs de artiklar som verkade vara väsentliga, utifrån abstractet, fram i fulltext och lästes igenom och granskades utifrån (a.a.) modell. Av

de artiklar som lästes igenom i sin helhet valdes sex ut som svarade mot syftet. Därefter granskades artiklarnas referenslistor och genom denna granskning valdes ytterligare två artiklar ut.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för denna litteraturöversikt var att alla artiklar skulle vara från 1999-2009 och beskriva vad sjuksköterskor i Sverige dokumenterar genom granskade journaler. Det skulle framgå i artiklarna att dokumentationen var gjord utifrån VIPS-modellen.

Exklusionskriterier

De artiklar som inte innehöll ett abstract exkluderades samt de artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext. De artiklar som endast behandlade vissa sökord och där omvårdnadsprocessen inte gick att följa uteslöts liksom de artiklar som belyste vad sjuksköterskorna dokumenterar genom enkätstudier.

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Antal utvalda artiklar
Chinal	swed* documentation nurs* records	61	23	2
MEDLINE	swed* documentation nurs* records	316	57	4
PsycINFO	swed* documentation nurs* records	12	5	0
Ariklar via tidigare referenslistor			10	2

Figur 1. Sökförfarande. Översikt över databaser, sökord, träffar, lästa abstract och utvalda artiklar.

Kvalitetsgranskning

Resultatet blev ett antal artiklar som granskades närmare och slutligen åtta stycken som ingick i resultatet. Alla studier kvalitetsgranskades efter Fribergs (2006) modell (Bilaga 2), vilket innebar att studierna skulle ha ett tydligt syfte samt problemformulering, ha en välbeskriven metoddel där det tydligt framgick hur urval gjorts samt hur data har analyserats. Etiska resonemang skulle ha förts i artikeln. Resultatet skulle vara väl beskrivet och en metoddiskussion skulle finnas med.

Dataanalys

Artiklarna analyserades utefter Fribergs (2006) tre steg. I steg ett lästes de valda studierna igenom ett flertal gånger så att helheten uppfattades. Alla artiklar lästes noggrant igenom enskilt och markeringar gjordes i texten över de delar som svarade mot syftet eller var relevant på annat sätt. Därefter numrerades artiklarna. Steg två innebar att likheter respektive skillnader i det insamlade datamaterialet belystes utifrån studiernas resultat. I steg tre sammanställdes skillnader och likheter som framkommit i steg två och utifrån detta växte ett resultat fram.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Polit och Beck (2008) beskriver att då forskning bedrivs med människor som deltagare ska forskaren ta hänsyn till de etiska principer som gäller för att skydda deltagaren. För att kunna göra detta bör en riskvärdering genomföras för att avgöra om studiens nytta kan motivera att studien genomförs. Vidare menar (a.a.) att forskaren ska göra en noggrann undersökning om det är kliniskt signifikant att genomföra studien då det anses som oetiskt att bedriva en dåligt planerad eller svagt designad forskning eftersom det anses vara slöseri med människors tid. För att den etiska trovärdigheten ska beaktas är det viktigt att inte plagiera eller fabricera material. Studien följer Medicinska forskningsrådets (2003) etiska regler angående att ingen avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen har skett. Samtliga studier som utgör föreliggande studies resultat redovisar att ett etiskt resonemang förts.

RESULTAT

I samtliga artiklar som användes till föregående studies resultat framgick att VIPS-modellen användes för att dokumentera omvårdnad. De artiklar som utgör föreliggande studies resultat handlar om värdering och omvårdnad av patienter med höftfrakturer (Bååth, Hall – Lord, Johansson & Wilde Larsson, 2007), omvårdnadsdokumentation av bensår i primärvård (Ehrenberg & Birgersson, 2003), patientjournaler på boenden (Ehrenberg & Ehnfors, 1999a, 1999b), bristfällig omvårdnadsdokumentation angående utveckling av trycksår hos höftfrakturpatienter (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjöden, 2000), omvårdnadspersonalens kunskap och dokumentation om risk, förebyggande och behandling av trycksår (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjöden, 2001), ledningens inverkan på omvårdnadsdokumentation i primärvård (Törnvall, Wahren & Wilhelmsson, 2007) och elektronisk omvårdnadsdokumentation i primärvården (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren, 2004). Under bearbetningen av resultatet blev det tydligt att huvudsökorden i VIPS-modellen hade en central roll. Vad sjuksköterskan dokumenterade blev tydligt via vilka sökord som användes samt vilka undersökord som var mest dokumenterade. Figur 2 ger en översikt över vilka huvudsökord som finns omnämnda i respektive artikel. Artikelnummer syftar till den siffran alla artiklar tilldelades i Bilaga 3.

Arikelnr.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Anamnes	x	x	x				x	x
Status	x	x	x	x	x	x	x	x
Diagnos		x	x	x			x	x
Mål		x	x	x			x	x
Åtgärder	x	x	x	x	x	x	x	x
Resultat	x	x	x	x	x		x	x
Epikris/Omv.meddelande	x		x		x		x	

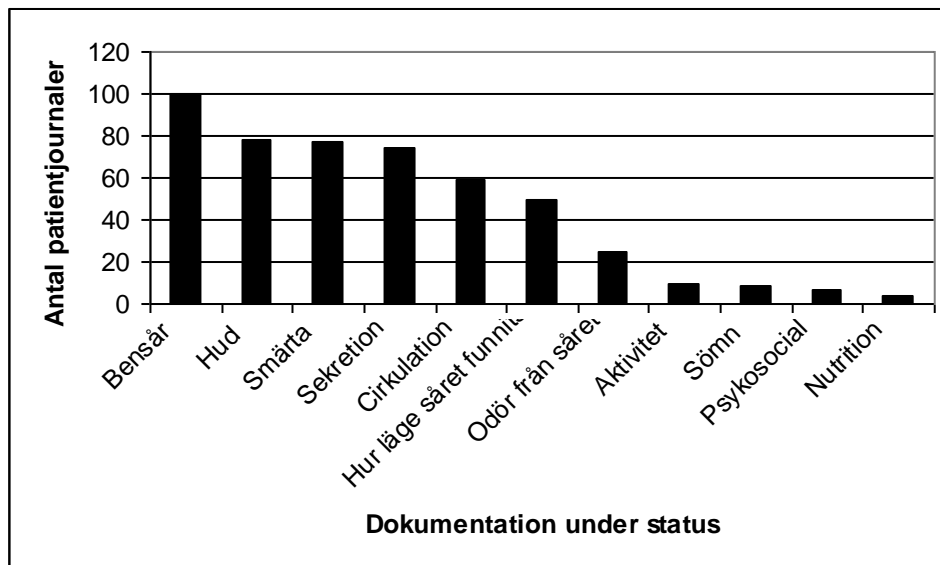
Figur 2. Översikt över de huvudsökord som förekom i respektive artikel.

Omvårdnadsanamnes

Anamnesen syftar till att tydliggöra patientens kontaktorsak, förväntningar på vård och behandling samt patientens häsohistoria och vårderfarenhet. Av resultatet framgår att endast fem av de åtta artiklarna innehöll information om huruvida det fanns anteckningar under omvårdnadsanamnesen. Bååth, et. al. (2007) studie visar att av 170 patientjournaler fanns dokumentation under omvårdnadsanamnes som visar att 25 patienter hade trycksår vid inskrivning. För 77 patienter fanns anteckningar om intakt hud och för 68 patienter saknades dokumentation kring hudens status. Ehrenberg och Birgersson (2003) hittade anteckningar om vårderfarenhet för patienter med bensår i var tredje patientjournal. Ehrenberg och Ehnfors (1999a) granskade 30 patientjournaler och hittade i dessa 27 anteckningar om kontaktorsak, 25 stycken om häsohistoria, 22 stycken om överkänslighet, 17 stycken innehöll tidigare vårderfarenhet, 27 stycken social bakgrund och 16 innehöll anteckningar om livsstil. De resterande tre artiklarna innehöll inte några anteckningar om anamnes.

Omvårdnadsstatus

I samtliga studier förekom dokumentation under status, där patientens hälsosituation beskrivs med hjälp av ett flertal undersökord. Ehrenberg och Birgersson (2003) fann i sin studie av 100 patientjournaler 493 stycken dokumenterade tecken och symtom på trycksår under status, med relevans för omvårdnad av patienten. Mellan ett och nio tecken och symtom fanns antecknat i varje journal och som mest kunde 11 tecken/symtom dokumenteras enligt riktlinjerna. Bensårets existens fanns dokumenterat i samtliga journaler (Figur 3). Anteckning om hudens kondition fanns noterat i 78 %, sekretion från såret i 74 % och smärta i 77 % samt anteckning om cirkulation i 59 %. Hur länge patienten haft sitt bensår fanns dokumenterat i ungefär varannan journal. I en fjärdedel av journalerna var odör från såret dokumenterat som ett angeläget problem. I 10 % av journalerna fanns patientens fysiska aktivitet dokumenterat, sömn i 9 % samt patientens sociala situation i 7 %. Sjuksköterskans anteckningar om nutritionsstatus återfanns i fyra av de 100 patientjournalerna.



Figur 3. Anteckningar under status i 100 patientjournaler för patienter med bensår (Ehrenberg & Birgersson, 2003).

I Gunningberg, et. al. (2000) studie med 55 trycksårspatienter förekom mest anteckningar under status. Vid inskrivning på avdelningen fanns anteckningar om förebyggande och behandling av trycksår i fem av de tio journaler som tillhörde patienter utan trycksår. Löpande dokumentation under vårdtiden fanns i en av tio journaler. 20 av patienterna hade begynnande trycksår vid ankomst till avdelningen och i fem av dessa fanns anteckningar om förebyggande och behandling. Löpande dokumentation under vårdtiden fanns i 17 journaler. Av de 25 patienter som hade utvecklade trycksår vid inskrivning på avdelningen fanns dokumentation i två av journalerna angående förebyggande och behandling av trycksår. Löpande dokumentation under vårdtiden fanns i fyra av journalerna.

Gunningberg, et. al. (2001) kom i sin studie fram till att undersökordet aktivitet dokumenterades mest under status. Törnvall, et. al. (2004) studie visade att omvårdnadsstatus var relativt väldokumenterat. Information om patientens status fanns i 30 % av anteckningarna under sökordet åtgärd. Samtliga av dessa anteckningar var medicinska detaljer samt medicinbaserade behandlingar inklusive utskrivna mediciner.

Bååth, et. al. (2007) fann att intakt hud var dokumenterat i 77 av de 170 patientjournalerna. Undersökordet psykosocialt mest frekvent i journalerna.

I Ehrenberg och Ehnfors (1999a) studie fanns 1998 anteckningar under omvårdnadsstatus i de 30 granskade patientjournalerna. Ehrenberg och Ehnfors (1999b) fann anteckningar om liggsår eller risk för att utveckla liggsår i 23 av de 120 patientjournalerna som de granskat. Ingen av journalerna innehöll dock någon omfattande värdering av de kända riskfaktorerna för liggsår. Mest förekommande i journalerna var anteckningar om patientens mentala kondition, fysisk aktivitet och inkontinens. Minst förekommande var anteckningar om patientens mobilitet i sängen och nutrition. Anteckningar om fall, skador orsakade vid fall samt risk för fall fanns noterat i 25 journaler. Det fanns ingen omfattande riskvärdering för dessa patienter, endast notering om konfusion och tidigare fall. I 34 av patientjournalerna

var förstoppning ett identifierat problem. Smärta identifierades som ett stort problem och förekom i 79 journaler. Endast ett fysiskt tecken på smärta fanns dokumenterat.

Omvårdnadsdiagnos

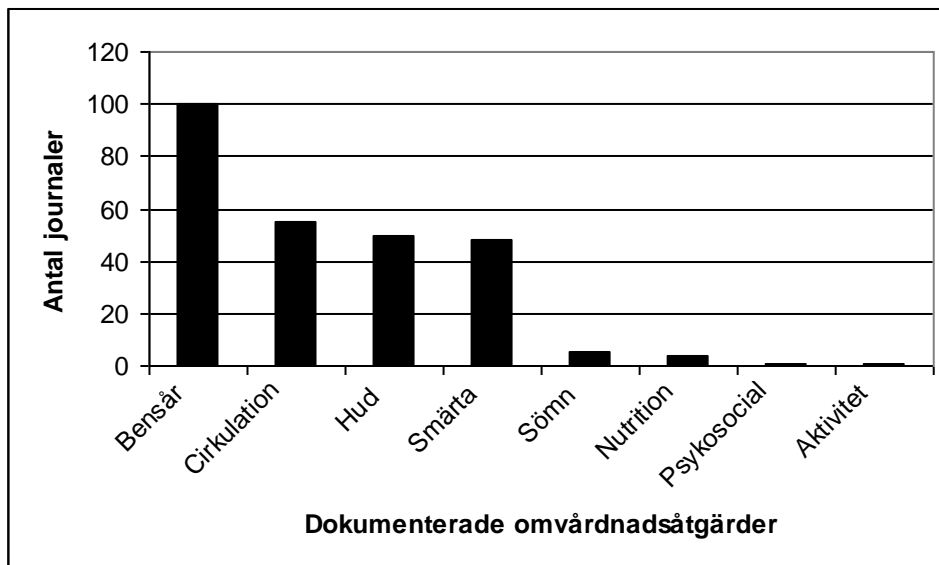
Diagnoser formuleras för att identifiera problem, behov och risker som kan ha betydelse för patientens dagliga liv. Det framgår att dessa dokumenteras i liten utsträckning då endast fem av åtta granskade artiklar har funnit diagnoser i sina studier. Ehrenberg och Birgersson (2003) upptäckte att omvårdnadsdiagnoser var sällsynta och fanns för sammanlagt fyra problem i de 100 patientjournalerna. Gunningberg, et. al. (2000) kom fram till ett liknande resultat då de granskade journaler för patienter med trycksår. Tio av patienterna hade inga trycksår, 20 patienter hade annalkande trycksår och 25 patienter hade etablerade trycksår. Ingen av patientjournalerna innehöll dock omvårdnadsdiagnoser som berörde förebyggande och behandling av trycksår. Även Törnvall, et. al. (2004) visar i sin studie på att omvårdnadsdiagnoser är mycket dåligt dokumenterade och förekommer i väldigt få patientjournaler. Ehrenberg och Ehnfors (1999b) visar i sin studie att det totalt fanns 52 beskrivningar av problem i fritext i form av omvårdnadsdiagnoser. En tredjedel av diagnoserna fokuserade på patientens aktivitet och en femtedel på smärta. Några få diagnoser berörde elimination, psykosociala problem, nutrition, kommunikation, andning/cirkulation, hud och sömnproblem. Efter utbildning ökade dokumentationen av omvårdnadsdiagnoser markant (Ehrenberg och Ehnfors, 1999a).

Omvårdnads mål

Omvårdnads mål syftar till att formulera mål i mätbara termer för patienten. Fem av de granskade artiklarna innehöll mål. Ehrenberg och Birgersson (2003) fann att av 100 journaler fanns omvårdnads mål dokumenterade för åtta patientproblem. Törnvall, et. al. (2004) kom fram till att omvårdnads mål knappt förekom över huvudtaget i patientjournalerna. Gunningberg, et. al. (2000) rapporterade att ingen av de 55 patientjournalerna innehöll omvårdnads mål, trots att 20 patienter hade annalkande trycksår och 25 hade etablerade trycksår. Ehrenberg & Ehnfors (1999a) fann att dokumentationen av omvårdnads mål ökade efter att sjuksköterskorna hade gått en utbildning om dokumentation.

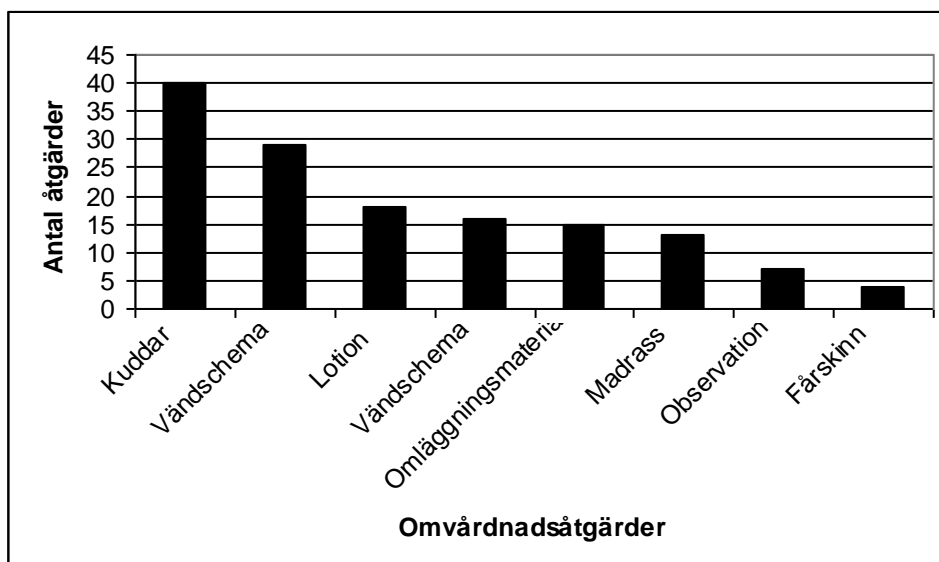
Omvårdnadsåtgärder

Under omvårdnadsåtgärder dokumenteras allt sjuksköterskan hjälper patienten med och skall föregås av en omvårdnadsdiagnos. Samtliga artiklar innehöll omvårdnadsåtgärder. Ehrenberg och Birgerssons (2003) studie visade att av 493 dokumenterade omvårdnadsproblem i 100 patientjournaler ledde 264 till omvårdnadsåtgärder. Alla journaler innehöll anteckningar som direkt relaterade till bensårsproblematik, 55 till cirkulation, 50 till huden på benet där bensåret fanns, 48 var relaterade till smärta, fem till sömn och fyra till nutrition. Aktivitet och psykosociala symptom hade en vardera (Figur 4). Av dessa 264 omvårdnadsåtgärder utfördes 221.



Figur 4. Översikt över dokumenterade åtgärder hos patienter med bensår (Ehrenberg & Birgersson, 2003).

Gunningberg, et. al. (2000) fann att av de 20 patienter som utvecklade trycksår under vårdperioden fanns det dokumenterade åtgärder i 17 av journalerna. 25 journaler innehöll anteckningar där det framgick att patienten redan hade trycksår när denne anlände till avdelningen. Av dessa 25 fann man fyra journaler med dokumenterade omvårdnadsåtgärder. Endast ett fåtal innehöll anteckningar om planerade åtgärder. Av totalt 45 patientjournaler innehöll endast 21 av dem anteckningar om omvårdnadsåtgärder. De omvårdnadsåtgärder som var mest dokumenterade var användandet av kuddar (40 %), lägesförändring (29 %), användning av lotion (18 %), vändschema (16 %) och omläggingsmaterial (15 %) (Figur 5) (Gunningberg, et. al., 2001).



Figur 5. Antal dokumenterade omvårdnadsåtgärder för patienter som utvecklade eller hade trycksår under vårdtiden på en avdelning (Gunningberg, et. al., 2001).

Törnvall, et. al. (2004) visar att omvårdnadsåtgärder var väl dokumenterade i patientjournalerna och innehöll relevant information. Omvårdnadsstatus fanns i 30 % av fallen dokumenterat under omvårdnadsåtgärder. Ehrenberg och Ehnfors (1999a) kom fram till att mest förekommande undersökordet var ”speciell vård” vilket var dokumenterat drygt 4000 gånger i 120 patientjournaler. Under detta var främst administrering av läkemedel dokumenterat. Undersökordet ”samordning” var efter ”speciell vård” det som var mest använt och förekom nästan 800 gånger. Många av anteckningarna behandlade administrering av mediciner.

Bååth, et. al. (2007) visade i sin studie att 90 % av patientjournalerna innehöll planerade och/eller genomförda omvårdnadsåtgärder. Mest dokumenterat under omvårdnadsåtgärder var vändschema och nutrition. Även Törnvall, et. al. (2007) visar i sin studie att omvårdnadsåtgärder är väl dokumenterade.

Omvårdnadsresultat

Omvårdnadsresultat är en utvärdering av omvårdnadsåtgärder och fanns dokumenterat i sju av de åtta artiklarna. Gunningberg, et. al. (2000) kom fram till att av de 20 journaler där patienterna utvecklade trycksår under tiden de vårdades på avdelningen fanns det dokumenterade omvårdnadsåtgärder i hälften av dem. Av de 25 patienter som redan hade trycksår när de anlände till avdelningen fanns omvårdnadsresultat i tre av journalerna. Av studiens totalt 45 journaler innehöll 13 av dem omvårdnadsresultat.

Ehrenberg och Ehnfors (1999a) fann 145 anteckningar under huvudsökordet omvårdnadsresultat i 30 patientjournaler. Innehållet i dessa anteckningar var i ett av 30 fall acceptabelt utifrån gällande kvalitetsgränser. Ehrenberg och Birgersson (2003) fann ett dokumenterat omvårdnadsresultat i vartannat dokumenterat omvårdnadsproblem medan Törnvall, et. al. (2004) och Törnvall, et. al. (2007) knappt hittade några omvårdnadsresultat över huvud taget i de journaler de granskade. De fann dock att kvaliteten på de dokumenterade omvårdnadsresultaten var mycket dålig. Även Bååth, et. al. (2007) visar i sin studie att omvårdnadsresultat endast finns dokumenterat i vissa fall.

Epikris/Omvårdnadsmeddelade

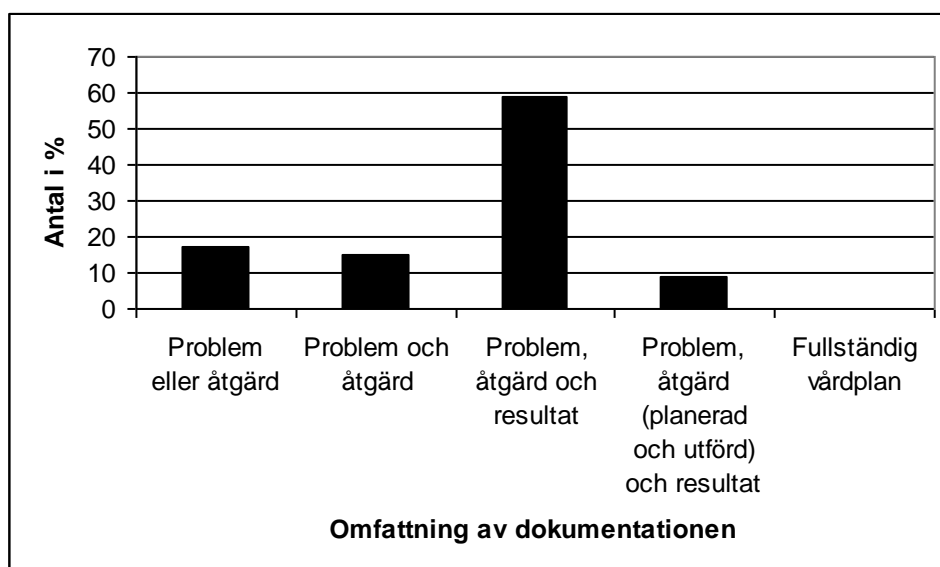
Efter avslutad vårdtid skrivs en epikris eller ett omvårdnadsmeddelande som sammanfattar vårdtiden och detta förekom endast i hälften av de granskade artiklarna. Gunningberg, et. al. (2000) fann i sin studie att i två av de tio patientjournalerna där patienten inte hade några trycksår fanns ett omvårdnadsmeddelande. Av de journaler där patienten hade utvecklat trycksår under vårdtiden innehöll elva av dem ett omvårdnadsmeddelande och av de 25 journaler där patienten hade trycksår vid ankomst till avdelningen fanns det omvårdnadsmeddelanden i två av dem. Totalt fanns det 15 omvårdnadsmeddelanden i de 55 journaler som observerats. Fyra av de 55 journalerna hade standardiserade vårdplaner för patienter med höftfrakturer. Dessa var dock ofullständiga och saknade signaturer. Ehrenberg och Ehnfors (1999a) resultat visar 23 stycken anteckningar under huvudsökordet omvårdnadsmeddelade i de 30 patientjournaler de granskade. Innehållet under omvårdnadsresultat var i elva fall av 30 acceptabelt utifrån gällande kvalitetsgränser (2008:355). Bååth, et. al. (2007) visar i sin studie att omvårdnadsmeddelanden förekom till

viss del medan Törnvall, et. al. (2004) menar att omvårdnadsmeddelanden förekommer i obetydlig grad.

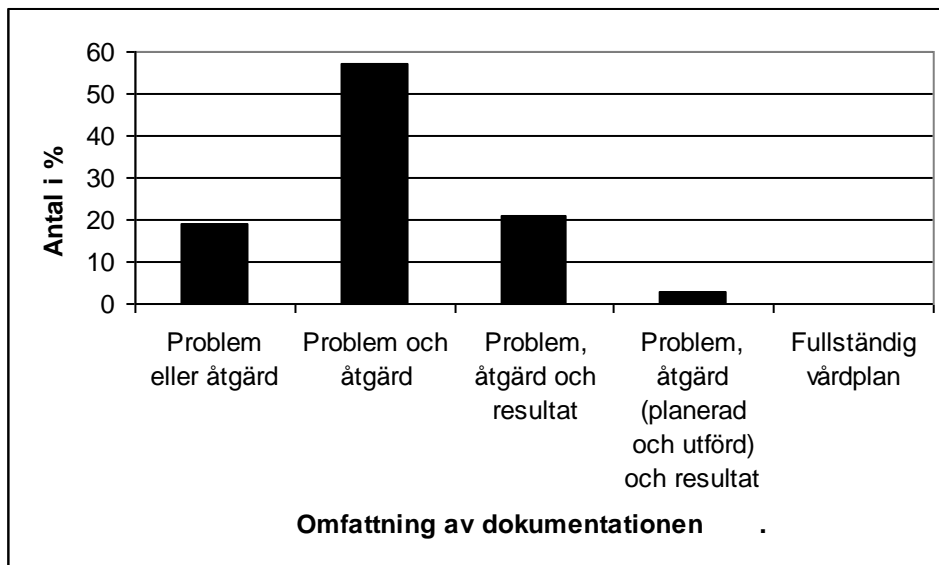
Sammanfattning

Status och åtgärder dokumenteras i störst utsträckning. Dessa huvudsökord förekommer i samtliga artiklar och är de mest omfattande sökorden i dokumentationen. Av åtgärderna är det främst utförda åtgärder som dokumenteras. Planerade åtgärder förekommer, men i betydligt mindre utsträckning. Minst dokumenterat är anamnes, diagnos, mål och epikris/omvårdnadsmeddelande. Detta är genomgående i alla artiklar. I de artiklar där det förekommer anamnes, diagnos, status och epikris är de ofta bara delvis dokumenterade och det är svårt att få en helhet av dokumentationen. Detta gör det svårt att följa patienten genom hela omvårdningsprocessen.

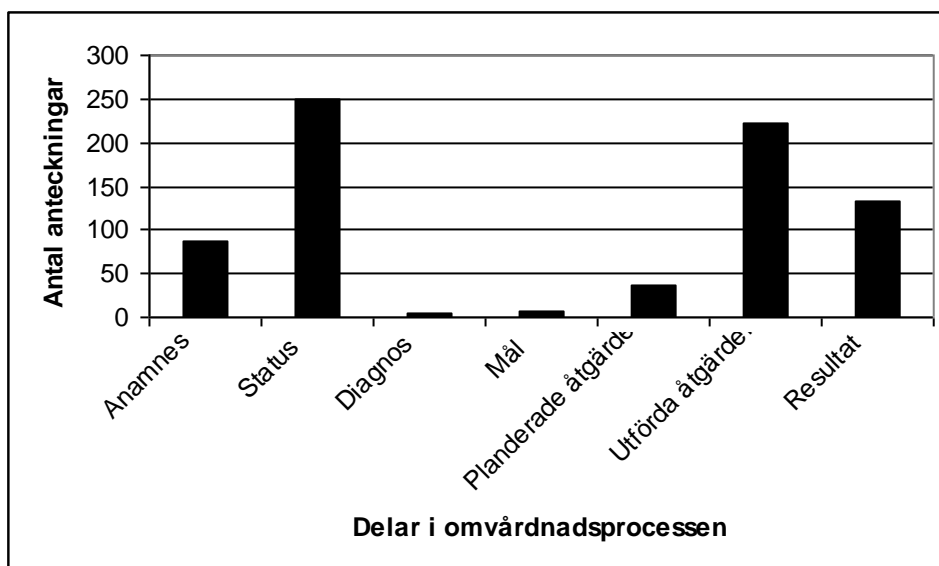
Fullständiga vårdplaner, det vill säga där alla steg i omvårdningsprocessen finns med, förekommer i väldigt liten utsträckning. Bååth, et. al. (2007) menar att ingen av de 121 journalerna som de granskade innehöll en fullständig vårdplan. Elva av journalerna var tillräckligt väldokumenterade för att uppfylla minimikraven för en vårdplan då de innehöll problembeskrivning, planerade och utförda omvårdningsåtgärder och ett omvårdningsresultat, men ingen av dem var fullständig (Figur 6). Ett liknande resultat beskrivs av Ehrenberg och Ehnfors (1999b) (Figur 7). Ehrenberg och Birgersson (2003) beskriver att status och planerade åtgärder var mest dokumenterat (Figur 8) vilket även Ehrenberg och Ehnfors (1999a) fann (Figur 9).



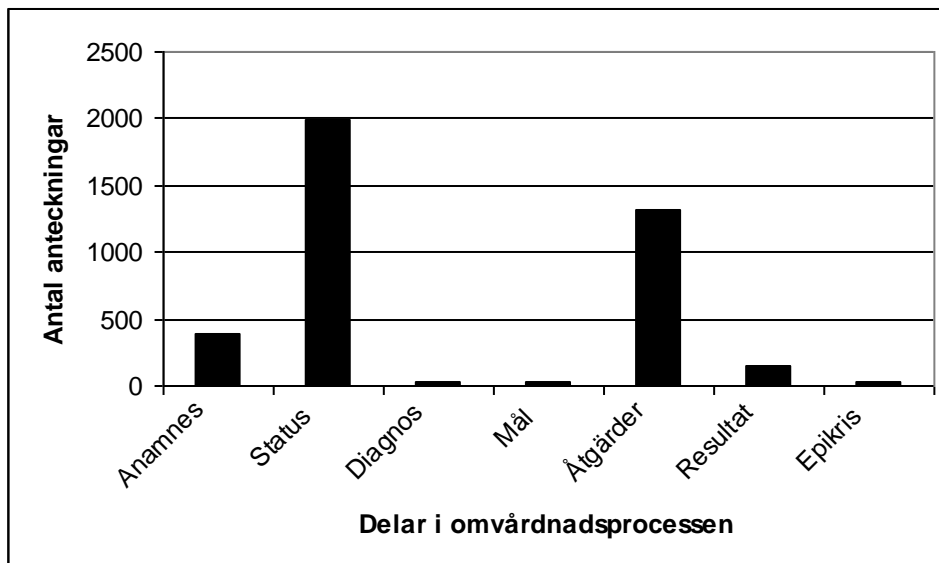
Figur 6. Omfattning i procent av dokumentation av hud i journaler för patienter med höftfraktur (Bååth, et. al., 2007).



Figur 7. Fullständighet i 120 journaler på äldreboenden enligt omvårdnadsprocessen (Ehrenberg och Ehnfors, 1999b).



Figur 8. Dokumentation i enighet med omvårdnadsprocessen för patienter med bensår (n = 264) (Ehrenberg och Birgersson, 2003).



Figur 9. Antal anteckningar inom omvårdnadsprocessens delar i 30 patientjournaler från äldreboenden (Ehrenberg och Ehnfors, 1999a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien var en litteraturoversikt och materialet bestod av åtta vetenskapliga artiklar, alla med kvantitativ ansats. Materialet bestod enbart av kvantitativa studier då inga kvalitativa studier föll inom författarnas inklusionskriterier. De studier där sjuksköterskor själva hade rapporterat vad de dokumenterade uteläts då självrapportering inte alltid stämmer överens med vad som faktiskt dokumenteras. För att begränsa materialet och koncentrera sig på aktuell forskning valde författarna att enbart inkludera studier gjorda i Sverige från år 1999 och framåt där dokumentation gjordes enligt VIPS-modellen. Detta var ett medvetet val då forskningen snabbt går framåt inom detta område. Det visade sig emellertid att det fanns ett mycket begränsat antal studier gjorda inom detta område under de senaste tio åren.

Friberg (2006) beskriver att ett av motiven till att göra en litteraturoversikt är att skapa en överblick inom ett begränsat område och utifrån detta valdes metoden. Fördelen med en litteraturoversikt är att den kan bidra till en utgångspunkt för fortsatt forskning. När en litteraturoversikt används som metod för att bidra till ny kunskap är det dock viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till valda studier samt det egna arbetet.

Databaserna som användes var Chinal, MEDLINE och PsycINFO. Enligt Polit och Beck (2008) är Chinal och MEDLINE relevanta då de publicerar artiklar inom ämnet omvårdnad. PsycINFO användes för att utöka antalet databaser som användes, för att få ett så bra resultat som möjligt. Denna gav dock inga nya artiklar. Sökorden som användes var swed*, documentation, nurs* och records då de efter ett flertal provsökningar ansågs vara mest relevanta. Efter provsökningarna och trunkering av sökorden på flera olika sätt visade det sig att alla sökorden behövde vara med vid en och samma sökning för att få fram

relevanta artiklar. Att använda sig av sökorden var för sig gav ett för stort och orelevant antal träffar.

Samtliga artiklar granskades av båda författarna på egen hand för att minska risken för feltolkningar. Granskningen gjordes utefter Fribergs (2006) modell och författarna diskuterade därefter artiklarna för att försäkra sig om att båda hade uppfattat dem på liknande sätt. Författarna valde att enbart fokusera på likheter och skillnader i resultatet vilket är en av Fribergs (2006) punkter i kvalitetsgranskningen. Artiklarna översattes delvis till svenska och genom detta finns en viss risk för att informationsförlust, oavsiktliga tolkningsfel samt förvrängning har skett .

I de artiklar där det fanns en studiegrupp och en jämförelsegrupp valde författarna att enbart fokusera på studiegruppen. Där det fanns ett före och ett efterscenario valdes det senare då studien inte handlar om att jämföra utan att titta på vad sjuksköterskan faktiskt dokumenterar. I och med att utbildning sker kontinuerligt blir resultatet säkrare/bättre om man ser till hur sjuksköterskan dokumenterar efter en utbildning.

Då syftet med studien var snävt blev antalet artiklar relativt litet. Eventuellt kunde datamaterialet ha varit större om de artiklar som inte fanns i fulltext hade beställts och granskats. Detta var inte möjligt att göra på grund av tidsbrist. Resultatet hade möjligen sett annorlunda ut om detta hade gjorts.

Citat från de granskade artiklarna har inte använts med anledning av att parafrasering bör användas i stället då fokus ligger på vad källan har kommit fram till i sitt resultat och inte hur de har formulerat detta (Booth, Colomb och Williams, 2004).

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att belysa vad och i vilken utsträckning sjuksköterskan dokumenterar i patientjournalen. Resultatet visar att sjuksköterskorna dokumenterar omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder i störst utsträckning. Följsamheten för omvårdnadsdokumentationen saknas och då endast enstaka delar av patientens problem finns dokumenterat leder detta till att sjuksköterskan får en ofullständig bild av patienten och dennes problem (Figur 10) (Davies, Billings & Ryland, 1994).

Föreliggande resultat bekräftar tidigare nationella studier som påvisar brister av dokumentationen för omvårdnaden (Björvell, et. al., 2003). Fram till början av 2000-talet gjordes ett flertal studier över svenska sjuksköterskors dokumentationskunskaper. Forskningsstudier gjordes också där man tittade på hur väl dokumentationen som sjuksköterskan gjorde stämde överens med patienternas upplevelser (Ekman och Ehrenberg, 2002; Ehrenberg och Ehnfors, 2001). Studierna visade att patienternas beskrivningar av deras upplevelser inte stämde överens med vad sjuksköterskan hade dokumenterat i journalerna. Överensstämmelsen mellan vad sjuksköterskorna rapporterade muntligt och vad som fanns dokumenterat var också låg. Under 2000-talet har det inte skett mycket ny forskning över den generella dokumentationen. Det finns mer forskat inom mer specifika områden såsom patientmedverkan vid livets slut (Lindström, Gaston-Johansson och Danielsson, 2006), hur sjuksköterskor dokumenterar pedagogiska aktiviteter (Bergh,

Bergh och Friberg, 2007) och i vilken utsträckning sjuksköterskan gör anteckningar om patientens kulturella bakgrund i journalen (Gebru, Åhsberg och Willman, 2007).

Orem (2001) beskriver i sin teori sju stycken funktioner som beskriver patientens hälsa och egenvårdssituationer samt hur sjuksköterskan ska förhålla sig för att skapa god omvårdnad. Dessa funktioner indikerar omvårdnadens komplexitet och det sorts ansvar som sjuksköterskan bär. Det är av stor vikt att sjuksköterskestudenter kan bemästra dessa funktioner samt förstå deras inbördes förhållande. När sjuksköterskestudenter under sin utbildning introduceras i omvårdnadsteorier och får tillfälle att ta till sig minst en av dessa är ett troligt följdscenario att omvårdnadsdokumentationen blir mer komplett och att förståelsen för omvårdnadsprocessen ökar. Vidare kan det leda till en annan mycket viktig aspekt i form av att sjuksköterskestudenten kan uppleva att de får ett verktyg att ta med sig i sin kommande yrkesutövning när det gäller att hantera diverse situationer. Det kan vara en trygghet i att ha en grund att stå på i form av en omvårdnadsteori. Det vore härmed önskvärt med mer fokus på detta under utbildningen.

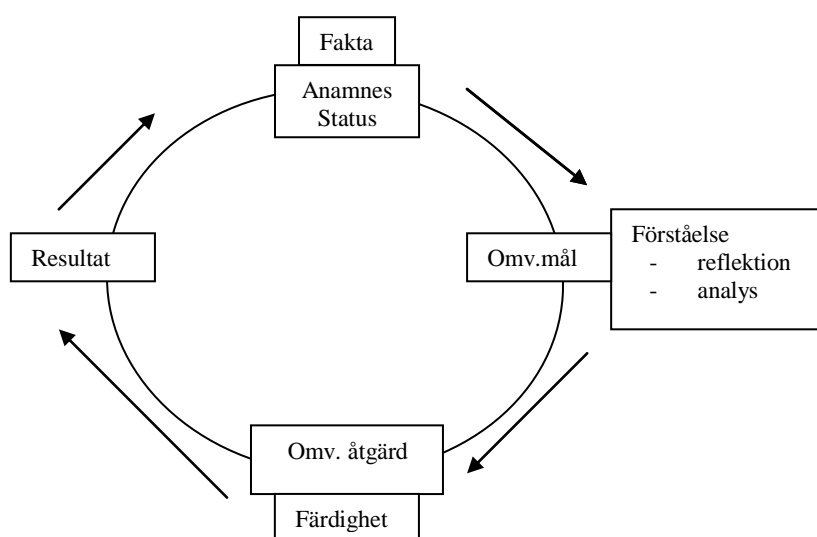
På tre av de sju avdelningar som ingick i Karkkainens och Erikssons (2003) studie om journalföring, på akutvårdsavdelningar i Finland, hade en utveckling av journalföringen på basis av bland annat Roys teori nyligen skett. På dessa avdelningar där arbetet bedrevs efter Roys teori var kvaliteten på journalföringen högst. Detta bekräftar att när omvårdnaden baseras på en omvårdnadsteori ökar förståelsen för vad omvårdnad handlar om. Roy (1999) definierar människor, både individuellt och i grupp, som mänskliga adapterande system. När människan ställs inför nya roller i livet, som t.ex. vid sjukdom, ska sjuksköterskan bedöma personens grad av adaptation till den nya situationen och främja denna utveckling hos patienten.

Orem (2001) menar att yngre sjuksköterskor i sin utbildning erhållit kunskaper i modern vetenskap och teknik och värderar och ifrågasätter tidigare använda metoder. Detta är den yngre generationens roll och är nödvändig eftersom omvårdnaden genom detta blir utvecklad och berikad. Sjuksköterskan ansvarar för kvaliteten på den omvårdnad som ges och därför är det av stor vikt att sjuksköterskor uppdaterar sina kunskaper i omvårdnadsdokumentation för att få en förståelse för omvårdnadsprocessen då det bidrar till en god omvårdnad av patienten. Ett tänkbart scenario för att uppmuntra sjuksköterskor i verksamheten att vidareutbilda sig och uppdatera sina kunskaper inom omvårdnadsdokumentation skulle vara att chefen på arbetsplatsen uppmuntrar till utbildning. Då det även ligger i hans eller hennes intresse att dokumentationen sker enligt gällande lagar och föreskrifter samt att omvårdnadsarbetet utvecklas och omvårdnadsdokumentationen förbättras ytterligare. För att motivera sjuksköterskan till detta vore en möjlighet att utbildning sker under arbetstid. Det finns dock ett flertal problem med detta. Om sjuksköterskan går en utbildning på arbetstid leder det till att en ersättare behövs och detta leder vidare till en kostnadsökning för arbetsgivaren samt krav på att extra personal finns att tillgå. När organisationen prioriterar omvårdnadsdokumentation och ger sjuksköterskan tid att lära sig är det dock högst troligt att omvårdnadsdokumentation enligt omvårdnadsprocessen blir mer fullständig.

Anamnesen betraktas som grunden för planeringen av omvårdnaden (Ehnfors, et. al., 2000). Då dessa anteckningar är bristfälliga och inte tillräckligt väldokumenterade leder det till att sjuksköterskan inte får en tillfredsställande inblick i patientens problematik.

Efter ankomstsamtalet bör mål sättas upp för patienten i förhållande till patientens problematik. Detta innebär att sjuksköterskan måste ha skapat sig en bild av patienten och identifierat diagnoser. Först när detta är gjort kan hon utforma rimliga mål för patienten. Föreliggande studies resultat visar på att fullständiga vårdplaner förekommer i mycket liten utsträckning. Vad en fullständig vårdplan ska innehålla skiljer sig mellan olika brukare och teoretiker. En vårdplan ska dock innehålla en omvårdnadsdiagnos, planerade åtgärder baserade på diagnosen samt mål för omvårdnaden, det vill säga en beskrivning av önskat resultat, enligt Ehnfors, et. al. (2000). En välskriven vårdplan ökar patientsäkerheten genom att säkerställa att alla delar av dokumentationen finns med samt att sjuksköterskan genom detta analyserar patientens problem och vilka åtgärder som krävs för att uppnå önskvärda mål (Ehrenberg, 2001).

För att sjuksköterskan ska kunna dokumentera i patientjournaler behöver hon fakta, det vill säga anamnes och status för att förstå vilka behov patienten har. Därefter behöver hon förståelse för att kunna skapa omvårdningsmål för patienten. Detta får hon genom att reflektera och analysera fakta i anamnesen. När hon har skaffat sig färdigheten kan hon utföra omvårdningsåtgärder. Därefter måste hon utvärdera resultatet av åtgärden för att säkerställa att hon utförde rätt åtgärd eller utvärdera allt på nytt om patientens situation har ändrats (Ehnfors, et. al., 2000). (Figur 10).



Figur 10. Tanke- och arbetsprocess hos sjuksköterskan för att dokumentera enligt omvårdningsprocessen. Maria Andersson och Jenny Eriksson, 2009.

Genom att belysa vikten av god dokumentation, regelbunden utbildning och uppföljning för att öka sjuksköterskans förståelse för omvårdningsprocessen är det rimligt att tro att intresset för omvårdningsdokumentation ökar. Resultatet av föreliggande studie visar att det dokumenteras mest under sökorden status och åtgärd i patientjournalerna och att anamnes, diagnoser och omvårdningsmål förekommer i betydligt mindre utsträckning. Orsaker till att dokumentationen är ofullständig är bland annat otillräcklig kunskap vad gäller hur dokumentationen ska ske samt bristande kunskap över hur omvårdningsprocessen används. Vidare anges orsaker som bristande dokumentationssystem, arbetsorganisationen samt

inställningen hos sjuksköterskan som bidragande skäl till att dokumentationen är bristande (Ehrenberg, 2001; Idvall & Ehrenberg, 2002). Beaktas detta är det möjligt att anta att om sjuksköterskorna fick en ökad förståelse för omvårdnadsprocessen skulle det vara lättare att dokumentera enligt de riktlinjer som finns. Det är också troligt att resultatet ser ut som det gör då olika avdelningar dokumenterar i varierande utsträckning under de olika sökorden bland annat på grund av antal och grad av omvårdnadsproblem samt hur länge patienten befinner sig på avdelningen.

Under senare år har fokus flyttats från att studera den nuvarande dokumentationen till utvecklingen av nya dokumentationssystem och översättning av terminologier såsom NANDA och NIC. För att kunna införa dessa system i Sverige krävs en korrekt översättning då systemen är utvecklade i USA. En annan del som också måste beaktas är om dessa system kan flyttas mellan olika kulturer. I en studie gjord på Island visar dock att det vore fullt möjligt att använda NANDA där, både när det kommer till NANDA-taxonomi och den kulturella skillnaden (Thoroddsen, Thorsteinsson, 2002). Även NIC är möjligt att översätta och använda på Island. Detta är ett viktigt steg framåt för att implementera ett standardiserat språk i patientjournalerna menar Thoroddsen (2005). Dessa studier ger en positiv bild av hur utvecklingen går framåt. NIC används redan i Norge och det finns goda förutsättningar för att systemet kan komma att börja användas även i Sverige. Enligt Florin (personlig kommunikation, 7 maj, 2009) är dock NIC ännu inte översatt till svenska, och enligt Ehrenberg (personlig kommunikation, 7 maj, 2009) har t.ex. Norge och Island har kommit längre. En översättning av NANDA till svenska är på gång och detta kan i längden leda till en utveckling inom dokumentationen då standardiserade uttryck förenklar informationsöverföringen mellan sjuksköterskor. VIPS-modellens struktur överensstämmer väl med NANDA och i framtiden kan det standardiserade språket spela en central roll i omvårdnaden (Ehnfors, et. al., 2000). Florin (personlig kommunikation, 7 maj, 2009) menar att NANDA troligen inte används fullt ut någonstans, men har däremot börjat användas på olika sätt. Röda Korsets högskola använder NANDA på ett relativt framträdande sätt i utbildningen genom att studenterna i sina examensarbeten kan göra kartläggningar angående vilka omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA som finns på en viss vårdenhet (a.a.).

Vidare studier inom vad som dokumenteras vore intressant att ta del av. Det har hänt mycket de senaste åren och för att se hur kunskapsläget ser ut idag skulle nya studier krävas. Det vore också intressant att se hur väl NANDA och NIC fungerar i Sverige och hur väl omvårdnadsprocessen följs med dessa system som utgångspunkt.

Konklusion

Resultatet av föreliggande studie visar att sjuksköterskan främst dokumenterar status och åtgärder i patientjournalen. Detta innebär att omvårdnadsdokumentationen fortfarande är bristfällig, då avgörande delar av dokumentationen brister. Detta leder till att sjuksköterskan inte får en fullständig bild av patienten, som t.ex. patientens problem, egna resurser och önskemål. För att klargöra hur dokumentationen ser ut i dagsläget vore det önskvärt med några nya studier över detta. Utvecklingen går snabbt framåt inom detta område och studier från början av 2000-talet är redan gamla. Blivande sjuksköterskor måste få adekvat utbildning i omvårdnadsprocessen för att kunna dokumentera och se helheten av patienten och de måste också få tid till att dokumentera. Ledningen har också

del i det hela då det är svårt för enstaka sjuksköterskor att motivera till varför det är viktigt att dokumentera. Om ledningen är drivande och skapar motivation och möjlighet för en god omvårdnadsdokumentation är det rimligt att anta att omvårdnadsdokumentation skulle bli bättre och mer komplett. För att fortsätta utveckla omvårdnaden och höja kvalitén krävs att sjuksköterskan tidigt blir tränad i att se hela patienten och att hon lär sig analysera och utvärdera omvårdnaden hon utför. Detta är grunden för en god dokumentation och är en viktig del i omvårdnadsarbetet och patientsäkerheten.

REFERENSER

- Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 1188-1192
- Bergh, A-L., Bergh, C-H., & Friberg, F. (2007). How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing, 16*(10), 1898-1907.
- Booth, W., Colomb, G., & Williams, J. (2004). *Forskning och skrivande. Konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur.
- Bååth, C., Hall-Lord, M-L., Johansson, I., & Wilde Larsson, B. (2007). Nursing assessment documentation and care of hip fracture patient's skin. *Journal of Orthopaedic Nursing, 11*, 4-14
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Clinical Nursing, 43*, 402-410.
- Davies, B.D., Billings, J.R., & Ryland, R.K. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 960-968.
- Ehnfors, M., & Smedby, B. (1993). Nursing care as documented in patients records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 7*, 209-220.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell – Ekstrand, I. (2000). *VIPS – boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ehrenberg, A. (2001). Nurses perception and practice concerning patient records. *Vård I Norden, 59*, (21) 9-14.
- Ehrenberg, A. Personlig kommunikation 2009-05-07.
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 278-284.
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (1999a). Patient records in nursing homes. Effects of training of content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 13*, 72-82.
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (1999b). Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis, 10* (2), 65-76.

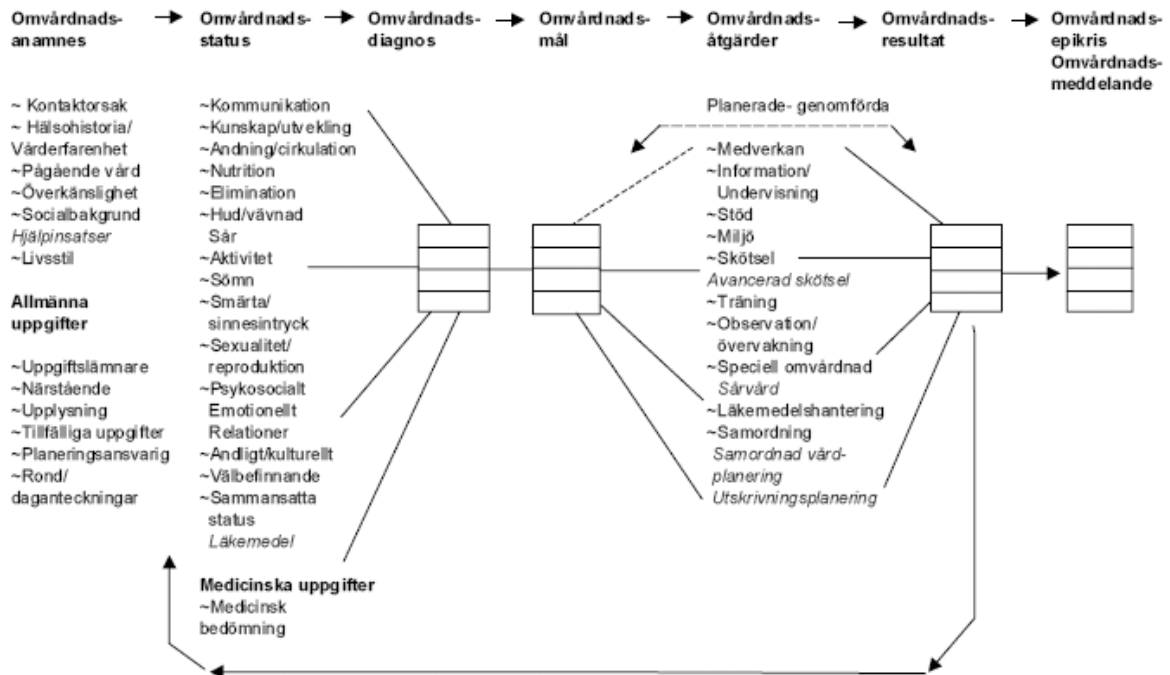
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 303-110.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand I. (1996) Nursing documentation in patient records: experience of use of the VIPS-model. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 853-867.
- Ekman, I., & Ehrenberg, A. (2002). Fatigued elderly patients with chronic heart failure: Do patient reports and nurses recordings correspond? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 13(4), 127-136.
- Florin, J. Personlig kommunikation 2009-05-07.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gebru, K., Åhsberg, E., & Willman, A. (2007). Nursing and medical documentation on patients' cultural background. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2056-2065.
- Gratte, I. (1996). *Datorn i vården*. Stockholm: Liber utbildning.
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjöden, P-O. (2000). The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1155-1164.
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjöden, P-O. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing documentation staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 257-263.
- Henry, S.B., & Mead, C. (1997). Nursing Classification Systems. Necessary but not sufficient for representing “what nurses do” for inclusion in computer-based patient record systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 4(3), 222-232.
- Henry, S.B., Warren, J.J., Lange, L., & Button, P. (1998) A review of major nursing vocabularies and the extent to which they have the characteristics required for implementation in computer-based systems: Focus on implementation of nursing vocabularies in systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5(4), 321-328.
- Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-742.
- Karkkainen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 198-205.
- Kozier, B., Erb, G., & Blais, K. (1992). *Concepts and Issues in Nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Pub Co.

- Lindehardt, T. (2003). Klare krav til kompetencen. *Sygeplejersken*, 103, 18-22.
- Lindström, I., Gaston-Johansson, F., & Danielsson, E. (2006). Documentation of patients' participation in care at the end of life. *Nursing Ethics*, 13(4), 394-403.
- Medicinska forskningsrådet (2003). MFR-rapport 2. *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*.
- Middleton, S., & Lumby, J. (1998). Exploring the precursors of outcome evaluation in Australia: Linking structure, process and outcome by peer review. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 151-155.
- NANDA. (2009). Hämtad från WWW 2009-01-09: <http://nanda.org/>
- Nordström, G., Gardulf, A. (1996). Nursing documentation in patients records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(10) 27-33.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. Mosby, Inc. St. Louis.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Essentials Of Nursing Research: methods, appraisal, and utilization*. (6: e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raadu, G. (2009). *Författningshandboken*. Stockholm: Liber AB.
- Rosendal Darmer, M., Ankerson, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 325-332.
- Ruland, M. (2002) *Vårdinformatik. Hur användning av informations- och kommunikationsteknologi kan utveckla vård och omvårdnad*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Roy, S C. (1999) *The Roy Adaption model*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stokke, T., & Kalfoss. (1999). Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 18-25.
- Thoroddsen, A. (2005). Applicability of the Nursing Interventions Classification to describe nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 128-139.
- Thoroddsen, A., & Thorsteinsson, H.S. (2002) Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4) 372-381.
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S., & Wahren, L. K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 310-317.

- Törnvall, E., Wilhelmsson, S., & Wahren, L. K. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management, 15*, 634-642.
- Zielstorff, RD., Hudgings, CJ., & Grobe, SJ. (1993). Next generation nursing information systems essential characteristics for professional practice. *Journal of Nursing Administration, 24*(12) 3-4.

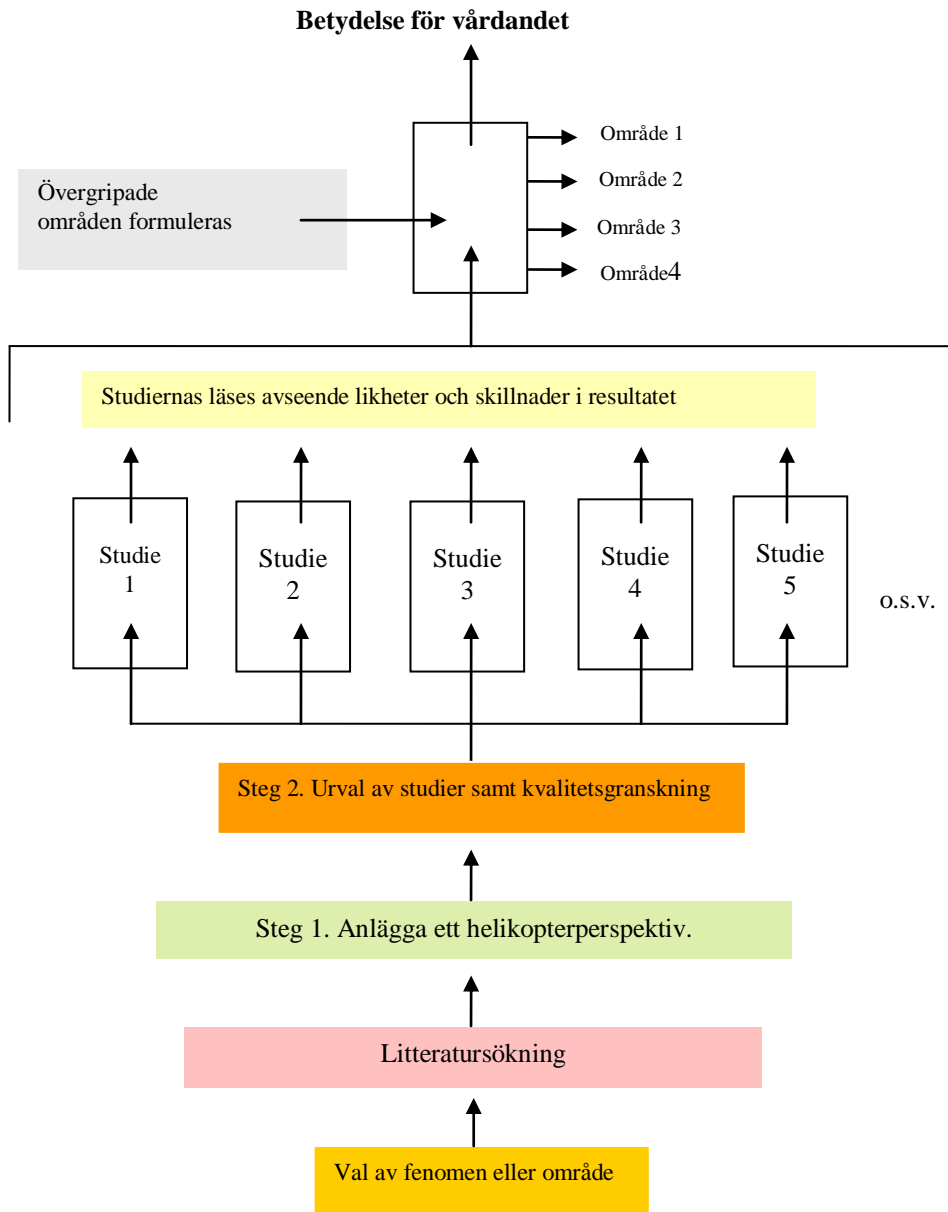
BILAGOR

Bilaga 1.



VIPS-modellen enligt Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000).

Bilaga 2.



Faser i arbetsgången vid en litteraturoversikt, inspirerad av Friberg (2006).

Bilaga 3.

Översikt av analyserade artiklar.

Artikel	Författare, titel, tidsskrift, år	Syfte	Metod	Resultat
1.	Bååth, C., Hall-Lord, M-L., Johansson, I., & Wilde Larsson, B. (2007). Nursing assessment documentation and care of hip fracture patient's skin. <i>Journal of Orthopaedic Nursing</i> , 11, 4-14.	Att beskriva och jämföra dokumenterade omvårdnadsbedömningar och dokumentation av huden hos patienter med höftfrakturer.	En retrospektiv studie där 170 patientjournaler granskades från tre olika sjukhus.	Omvårdnadsdokumentationens omfattning var endast acceptabel i 9 % av journalerna. De mest förekommande omvårdnadsåtgärden var vändschema och nutrition.
2.	Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursning documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 17, 278-284.	Att undersöka hur väl omvårdnadsdokumentationen stämmer överens med kliniska riktlinjer för patienter med bensår inom primärvården samt gällande riktlinjer för dokumentation.	Granskning av innehållet i 100 patientjournaler utifrån lokala riktlinjer för dokumentation av bensår samt omvårdnadsprocessens omfattning.	Dokumentationen var bristfällig och omvårdnadsprocessen ofullständig. Anteckningar om hudens kondition, sekretion från såret, smärta, cirkulation, duration av såret, odör, problem som sömn, fysisk aktivitet, nutritionsstatus, psykosocial situation fanns dokumenterad. Bensårets förekomst fanns noterat i samtliga journaler.

Artikel	Författare, titel, tidsskrift, år	Syfte	Metod	Resultat
3.	Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999a). Patient records in nursing homes. Effects of training on content and comprehensiveness. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . 13, 72-82.	Att beskriva effekterna på innehållet och omfattningen av omvårdnadsdokumentationen i patientjournalerna på äldreboenden efter en utbildning baserad på VIPPS-modellen.	En granskning av 120 patientjournaler från sex kommuner.	Efter utbildningen ökade antalet acceptabla anteckningar om anamnes, status, diagnoser, åtgärder och epikriser markant. Omfattningen av dokumentationen kring enskilda omvårdnadsproblem ökade till viss del.
4.	Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999b). Patient problems, Needs, and Nursing Diagnoses in Swedish Nursing Home records. <i>Nursing diagnosis</i> , 10(2), 65-75.	Att beskriva huvudsakliga problem, behov, risker och omvårdnadsdiagnoser samt att undersöka beskrivningar av några allvarliga patientproblem i journaler hos patienter som bor på äldreboende.	En retrospektiv granskning av 120 patientjournaler från åtta äldreboenden i sex kommuner.	Resultatet visade på stora brister inom omvårdnadsdokumentationen. Endast en journal innehöll en tillräckligt omfattande beskrivning av ett patientproblem som överensstämmer med svenska lagar och riktlinjer.

Artikel	Författare, titel, tidsskrift, år	Syfte	Metod	Resultat
5.	Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjöden, P-O. (2000). The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. Journal of Advanced Nursing, 31 (5), 1155-1164.	Att undersöka de åtgärder som sjuksköterskan dokumenterar i patientjournalen för patienter med höftfraktur för att förebygga och behandla trycksår.	Studien var presumtiv, jämförande och beskrivande och inkluderade 55 patienter med höftfraktur. Journalerna granskades retrospektivt.	De mest dokumenterade omvårdnadsåtgärderna var avlastning, vändschema, kuddar, observationer, användning av lotion och omläggingsmaterial.
6.	Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M. & Sjöden, P-O. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers - nursing staff knowledge and documentation. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15 (3), 257-63.	Att undersöka vilka åtgärder som sjuksköterskan dokumenterar och till vilken grad dokumentationen överensstämmer med Svenska riktlinjer för kvalitet på dokumentationen.	Beskrivande studie där 55 patientjournaler granskades retrospektivt samt ett frågoformulär som 41 sjuksköterskor och 44 undersköterskor besvarade.	Åtgärder som dokumenterades var: avlastning, vändschema, kuddar, användning av lotion och omläggning av trycksår. Ingen dokumentation av extra näringstillförsel, minskning av friktion eller patientundervisning.

Artikel	Författare, titel, tidsskrift, år	Syfte	Metod	Resultat
7.	Törnvall, E., Wahren, L. K., & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. <i>Journal of Nursing Management</i> , 15, 634-642.	Att undersöka om uppfattningen av elektronisk omvårdnadsdokumentation och dess prestanda skiljde sig åt på grund av primärvårdens ledning.	En enkät som besvarades av 268 distrikt-sjuksköterskor samt en granskning av 68 patientjournaler.	Omvårdnadsåtgärder och omvårdnadsstatus var det som dokumenterades mest.
8.	Törnvall, E., Wilhelmsson, S., & Wahren, L. K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 18, 310-317.	Att beskriva och analysera omvårdnadsdokumentation i ett elektroniskt system inom primärsjukvården med tonvikt på sjuksköterskornas uppfattning om vad de dokumenterar med omvårdnadsprocessen och användandet av sökord som utgångspunkt.	Tre delar; en enkät som besvarades av 154 distrikt-sjuksköterskor, en granskning av 41 patientjournaler och en del där man räknade frekvensen av sökord som användes under år 2002 på 31 vårdcentraler.	Sökorden som användes mest var omvårdnadsåtgärder och status.