

Beteckning _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Distriktssköterskans dokumentation av kroniska bensår i omvårdnadsjournalen

Helena Backlund
Januari 2009

Examensarbete, 15 hp, C-nivå
Omvårdnadsvetenskap

Omvårdnadsvetenskap - självständigt examensarbete C 15 hp
Examinator: Elisabeth Häggström
Handledare: Maria Lindberg

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka i vilken utsträckning och med vilken kvalitet som omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder dokumenterades i patientjournalen hos patienter med kroniska bensår. Syftet var också att undersöka till vilken grad bensårsdiagnos fanns angiven och i förekommande fall, vilken bensårsdiagnos samt i vilken utsträckning såret dokumenterades genom mätning, avritning och/eller fotografering.

Studien genomfördes på en mellanstor hälsocentral, där 60 stycken omvårdnadsjournaler granskades med hjälp av instrumentet Cat-ch-Ing, som för denna studie anpassades i enighet med arbetet i primärvården.

Resultatet visade att omvårdnadsdokumentationen var bristfällig i både kvalitativt och kvantitativt avseende. Vid första besöket användes endast ett fåtal sökord och vid uppföljande besök uppdaterades endast 25 % av de tidigare beskrivna problemen komplett. Vad gäller omvårdnadsåtgärder var de dokumenterade för alla beskrivna problemen i knappt hälften av journalerna. Ur kvalitativt hänseende var 23 av de 60 journalerna mindre bra. När status uppdaterades ökade också kvaliteten på anteckningarna. Åtgärderna var ur kvalitativt hänseende beskrivna mycket bra eller bra i nästan alla journaler. Denna studie visade vidare att 80 % av alla patienter helt saknade diagnos som förklarade sårets etiologi och att såren i endast 62 % av journalerna dokumenterades med hjälp av mätning, avritning och/eller fotografering.

Nyckelord: dokumentation, omvårdnad, kroniska bensår, patientjournaler

Abstract

The aim of the study was to investigate to which extent and with what quality nursing status and nursing interventions was documented in the records of patients with chronic leg ulcers. The aim was also to investigate to which degree diagnoses of leg ulcers was noted and if existing, which diagnoses and also to which extent the ulcer was documented by measurement, drawing and/or photographing.

The study was carried out on a medium sized health care centre, where 60 nursing records were audited by using the instrument Cat-ch-Ing, which was adjusted to the work in primary health care.

The result showed deficiencies in the documentation in aspects of both quality and quantity. Only a few keywords were used at the first visit and at follow up visits only 25 % of the earlier described problems were completely described. Nursing interventions were documented for all described problems in barely the half of the records. In qualitative aspects 23 of the 60 records were less good. When nursing status was updated, the quality in the notes improved. Qualitatively the interventions were very good or good in almost all records. This study further showed that diagnoses which explained the etiology of the ulcer was missed in 80 % of all patients and the ulcers in only 62 % of the records was documented by measurement, drawing and/or photographing.

Keywords: documentation, nursing, chronic leg ulcer, patient records

Innehållsförteckning	Sid nr
Introduktion	1
Omvårdnad av bensår	1
Dokumentation i omvårdnadsjournalen	3
Problemområde	5
Syfte	5
Frågeställning	5
Metod	7
Design	7
Urval och undersökningsgrupp	7
Datainsamlingsmetoder	7
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Diskussion	15
Huvudresultat	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	19
Allmän diskussion	21
Referenser	24
Bilagor	

Introduktion

Omvårdnad av bensår

Nelzén, Bergqvist, Lindhagen och Hallböök (1991) definierar kroniskt bensår som: ett öppet sår nedom knä, inklusive fotsår, som inte läker inom 6 veckor.

Ett flertal svenska studier visade att förekomsten av kroniska bensår var högre än man trott och att prevalensen ökade med stigande ålder. Mellan 0,12-0,30 % drabbades enligt dessa studier och av dessa var 85-92 % äldre än 64 år (Ebbeskog, Lindholm & Öhmans, 1996; Nelzén et al., 1991). Marklund, Sülau och Lindholm (2000) presenterade i sitt resultat att 12,6 % av de över 70 år hade eller hade haft bensår. Forskning visar att venösa bensår var den klart vanligast förekommande bensårsdiagnosen (Callam, Harper, Dale & Ruckley, 1987; Ebbeskog et al., 1996; Lindholm, 2003). En studie av Callam et al. (1987) visade också att bensåren tog tid att läka, medianläkningstiden var 9 månader. Hälften av såren hade varit öppna i 9 månader, 1/5 hade inte läkt på 2 år och så många som 67 % hade återfall i sitt bensår.

Primärvården och då främst distriktssköterskorna är de som till största delen behandlar dessa sår som ofta är svårläkta (Nelzén et al., 1991; Ebbeskog et al., 1996).

Enligt befolkningsprognosen från Statistiska centralbyrån [SCB] (2008) kommer andelen pensionärer öka med 22 % under de kommande tio åren. Däremot kommer ingen ökning att ske av de personer som är över 80 år, emellertid kommer en kraftig ökning i denna åldersgrupp att påbörjas omkring år 2020. I och med att andelen äldre stiger i Sverige, ökar sannolikt därmed också problemet med bensår, vilket kommer att leda till en växande arbetsbörda för primärvården. Ett flertal studier har visat på att en stor mängd olika lokalbehandlingpreparat används och att det i kombination med personalresurser för dessa svårläkande sår leder till höga kostnader för samhället (Ebbeskog et al., 1996; Lindholm, 2003).

Både Ebbeskog och Ekman (2001) och Persoon et al. (2003) visade genom sina studier att bensår på ett flertal sätt påverkade det dagliga livet för personerna med dessa åkommor. I båda studierna framhölls smärta som det mest centrala problemet. Enligt Ebbeskog et al. (1996) rapporterade 47 % av alla med venösa bensår smärta. I studierna av Ebbeskog och Ekman (2001) och Persoon et al. (2003) poängterades dessutom att den fysiska funktionen

överlag påverkades negativt, med immobilisering, obekväma bandage och förändringar i kroppsuppfattningen och i möjligheterna till aktiviteter i dagliga livet. Undersökningarna visade också på stor negativ inverkan på det mentala planet samt en lägre grad på den sociala funktionen. Persoon et al. (2003) misstänkte att många patienter led i onödan, då dessa besvär oftast är mycket långdragna. De föreslog därför att fokus skall vara på patientens problem, som exempelvis smärta, sömn, aktivitet och psykiska tillstånd och inte bara såret i sig. Ebbeskog och Ekman (2001) ser det som en utmaning för vården att hjälpa och stödja denna patientgrupp. Den som vårdar patienten måste bekräfta dennes känslor och upplevelser och se de unika behoven för varje människa i det dagliga livet.

Många faktorer påverkar sår läkningen, men framför allt det som kan hindra läkningen skall identifieras. Kroppens naturliga förändringar genom åldrandet påverkar läkningen negativt, genom bl.a. minskad förmåga till sårkontraktion, ökad hudskörhet och fördröjd hudnybildning. Många olika sjukdomar, vissa läkemedel som t.ex. kortikosteroider samt rökning inverkar negativt på hudens läkande förmåga. Brist på aktivitet och rörlighet gör att vävnaderna inte syresätts normalt.

Nutritionen utgör dessutom en central del i sår läkningen. Tillräckligt med energi och rätt näringsämnen behövs för att förbättra läkningsprocessen. Framför allt är protein viktigt som kroppens byggnadsstenar, men även vitaminer som A och C samt mineraler som järn och zink är av stor betydelse. Felnäring och undernäring är vanligt förekommande hos äldre personer, där ett flertal faktorer kan inverka såsom nedsatt aptit, sämre tillgång till bra mat, sväljningssvårigheter, försämrad absorption och psykosociala faktorer, vilket är mycket viktigt att uppmärksamma (Lindholm, 2003).

Enligt Lindholm (2003) och Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2002) har bedömningsprocessen för bensår en avgörande betydelse för planeringen av vården, varför initialbedömningen måste få ta tid. Framst skall den bakomliggande orsaken till såret identifieras och om möjligt behandlas. Dopplerundersökning med beräkning av arm/ankelindex bör utföras initialt vid nydebut av sår (Abrahamsson et al., 1997; Lindholm, 2003; World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2007). Att få vetskap om sårets diagnos är av grundläggande betydelse för att rätt behandling skall kunna ges, t.ex. är kompression en förutsättning för läkning av venösa bensår. Lindholm (2003) och WUWHS (2007) poängterade vidare att en inspektion av själva såret skall göras, där beskrivning av utseendet som t.ex. lokalisering, sårbotten, sekretion, lukt och omgivande hud skall ingå.

Sårytan skall mätas kontinuerligt över tid och såret fotograferas för utvärdering av sårsläkningsprocessen (Lindholm, 2003; SSF, 2002). En granskning av benet i sin helhet som ödem, varicer, smärta osv. skall dessutom utföras. Under bedömningen skall fokus vara på patientens totala livssituation, således med en helhetssyn. Den sociala/psykosociala situationen penetreras, liksom faktorer som nutrition, smärta, sömn, rörlighet osv. SSF (2002) och WUWHS (2007) betonade att patientens egna resurser skall tillvaratas och att utgångspunkten är dennes egna perspektiv. Rapporterna framhöll vidare att funktionella samarbetsformer mellan vårdgivare, patienter, anhöriga och andra intressenter skall utvecklas. Enligt en studie av Törnvall, Wahren och Wilhelmsson (2007) var det endast ett fåtal distriktssköterskor som i journaldokumentationen beskrev patientens perspektiv och kapacitet att klara sitt dagliga liv med sjukdom.

SSF (2002) framhöll att ytterligare pedagogiska hjälpmedel behövs såsom en sårjournal som belyser helheten för att kunna bedöma konsekvenser av dagligt liv, bedöma såret och för val av förband. Efter att bedömning har gjorts skall målsättning för sårbehandlingen formuleras och dokumenteras.

SSF:s (2002) konferensrapport ansåg att riktlinjer och vårdprogram för behandling av svårsläkande bensår är av värde. Både regionala och lokala sådana har utvecklats på många platser i Sverige. I Gävleborgs län finns ett vårdprogram för kroniska bensår med riktlinjer för diagnos, behandling och omvårdnad kring denna patientgrupp (Abrahamsson et al., 1997), vilken beskriver samma viktiga aspekter i bedömningen som Lindholm (2003) gör. Ehrenberg och Birgersson (2003) har gjort en studie i form av journalgranskning i en kommun i Sverige. Där studerades hur dokumentationen följde de lokalt uppsatta riktlinjerna för bensår. De upptäckte ett antal brister i dokumentationen när det gällde symtom som är relevanta för omvårdnaden av denna patientgrupp, vilket de menar hindrar förståelsen för komplexiteten i sårsläkningsprocessen. Studien visade vidare att omvårdnadspersonalen var dåliga på att följa de uppsatta riktlinjerna för bensår.

Dokumentation i omvårdnadsjournalen

Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) är sjuksköterskor skyldiga att föra patientjournal och är själva ansvariga för de uppgifter som de dokumenterat. Journalen skall skrivas på svenska, vara tydligt utformad och så lätt som möjlig att förstå för patienten. Journalanteckningar skall föras för varje enskild patient. Syftet med dokumentationen är att den skall bidra till god och

säker vård samt bl.a. vara en informationskälla för uppföljning av resultat och kvalitet, för utveckling av verksamheten samt för forskning.

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) är föreskrifter som kompletterar Patientdatalagen. Lagen och föreskrifterna uttrycker att allt som behövs för god och säker vård skall dokumenteras, bl.a. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, aktuellt hälsostatus, anledning till betydande åtgärder samt väsentliga uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder. De säger vidare att patienten skall göras delaktig i vården och att dennes egna önskemål vad som avser vård och behandling också skall dokumenteras.

Omvårdnadsprocessen är en dynamisk, systematisk problemlösningmodell vilken konkretiserar sjuksköterskans arbete (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). VIPS-modellen är ett stöd för omvårdnadsdokumentation i patientjournaler med hjälp av sökord. VIPS står för yälbefinnande, integritet, prevention och säkerhet. VIPS-modellen överensstämmer med omvårdnadsprocessens komponenter, exempelvis passar huvudsökordet omvårdnadsstatus enligt VIPS ihop med en del i omvårdnadsprocessens bedömningsfas, medan huvudsökordet omvårdnadsåtgärder ses som en del i planeringen och genomförandet av omvårdnaden. Distriktssköterskorna i Gästrikland dokumenterar i journalen med hjälp av sökorden i Prim-VIPS. Prim-VIPS är VIPS-modellen modifierad för primärvården, oavsett huvudman (Ehnfors et al., 2000).

Enligt Ehnfors et al. (2000) skall omvårdnadsdokumentationen ge en bild av vilken omvårdnad patienten fått. De refererade till flera ansvarsärenden där faktum är att det som dokumenterats i patientjournalen, juridiskt sett, kan likställas med den vård och omvårdnad som faktiskt är given. De menade följaktligen att brister i dokumentationen kan leda till brister i omhändertagandet. Även Owen (2005) framhöll att den enda sättet som sjuksköterskan legalt kan påvisa vilken omvårdnad hon har givit, är genom effektiv dokumentation.

Flera tidigare utförda studier pekade på stora brister i omvårdnadsdokumentationen (Ehnfors & Smedby, 1993; Ehrenberg & Birgersson, 2003; Nordström & Gardulf, 1996; Törnvall, Wilhelmsson & Wahren, 2004; Törnvall et al., 2007). Törnvall et al. (2004) menade att bristande omvårdnadsdokumentation gör att möjligheterna att använda dokumentationen för

att utvärdera den givna vården därmed minskar. Dock visade deras studie att sjuksköterskorna alltjämt var nöjda med sin dokumentation.

Problemområde

Att ha ett kroniskt bensår innebär ofta ett stort lidande för den drabbade, såväl fysiskt som psykiskt. I samhället är det till största delen primärvården och då främst distriktssköterskorna som möter och primärt behandlar de människor som har dessa ofta svårläkta sår. Såren innebär förutom en stor plåga för människorna som är drabbade, stora kostnader för vården i form av bland annat lokalbehandlingsmaterial samt personalkostnader. Kroniska bensår är vanligt förekommande och den ökande andelen äldre personer i vårt samhälle innebär också sannolikt en ökad förekomst av kroniska bensår.

Journalföring är lagstadgad och det åligger därmed distriktssköterskan att utföra väldokumenterade journaler. Journaldokumentation skall följa omvårdnadsprocessen där distriktssköterskans omvårdnadskunskaper lyfts fram med en helhetssyn på patienten i fokus. Ett viktigt led i säkerställandet av god omvårdnad till patienter, är att granska den dokumentation som distriktssköterskor journalför gällande den vård som patienter erhållit. Att genomföra journalgranskning ger professionen en uppfattning om hur omvårdnaden av kroniska bensår dokumenteras i journalen.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning och med vilken kvalitet som omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder dokumenterades i patientjournalen hos patienter med kroniska bensår. Syftet var också att undersöka till vilken grad bensårsdiagnos fanns angiven och i förekommande fall, vilken bensårsdiagnos samt i vilken utsträckning såret dokumenterades genom mätning, avritning och/eller fotografering.

Frågeställningar

1. I vilken utsträckning används sökorden enligt Prim-VIPS i omvårdnadsstatus, vad gäller anteckningar som berör bensår?
2. I vilken utsträckning enligt Cat-ch-Ing dokumenteras omvårdnadsstatus, omvårdnadsåtgärder samt mätning, avritning och/eller fotografering, vad gäller anteckningar som berör bensår, i patientjournalen?
3. Med vilken kvalitet enligt Cat-ch-Ing dokumenteras omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder, vad gäller anteckningar som berör bensår, i patientjournalen?
4. I vilken utsträckning finns bensårsdiagnos angiven och i förekommande fall, vilka är diagnoserna?

Metod

Design

Empirisk, kvantitativ studie av deskriptiv karaktär.

Urval och undersökningsgrupp

Studien genomfördes på en mellanstor hälsocentral i Gästrikland. Undersökningsgruppen omfattade patienter som hade eller hade haft kroniska bensår. Ur denna patientgrupp valdes 60 st journaler ut konsekutivt (Forsberg & Wengström, 2003) i omvänd kronologisk ordning, från oktober 2008 och bakåt, till dess att önskat antal journaler uppnåddes. Inget bortfall uppkom. Patienterna i undersökningsgruppen vårdades både på distriktssköterskemottagningen och/eller i hemsjukvården.

Datainsamlingsmetoder

För att genomföra denna journalgranskning användes instrumentet Cat-ch-Ing (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000) (bilaga 1), ett välberövat instrument för journalgranskning med hög reliabilitet och validitet (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2002; Larsson, Björvell, Billing & Wredling, 2004; Nilsson & Willman, 2000; Törnvall et al., 2004). Cat-ch-Ing består av 17 frågor utformade till att följa dokumentationen via omvårdnadsprocessen och VIPS-modellen (Ehnfors et al., 2000). Både kvalitativa och kvantitativa variabler mäts på skalor från 0 till 3 poäng, där sammanlagda maximala poäng är 80. För denna studie valdes vissa delar av Cat-ch-Ing:s granskningsmall ut och anpassades i enlighet med arbetet i primärvården (bilaga 2) enligt nedanstående:

Journalernas omvårdnadsstatus vid första besöket och uppdaterat under vårdtiden analyserades utifrån frågeställningarna med hjälp av Cat-ch-Ing utan modifiering. Enligt nyckeln till granskningsmallen får varje vårdenhet eller specialitet avgöra vad som skall gälla som minimistandard avseende användning av VIPS-sökord. Sökorden kommunikation, kunskap/utveckling, andning/cirkulation, nutrition, hud/vävnad, aktivitet, smärta/sinne, psykosocialt samt välbefinnande valdes ut. Detta för att dessa sökord väl svarar mot de krav som vårdprogrammet för kroniska bensår i Gävleborgs län anger (Abrahamsson et al., 1997), för att distriktssköterskorna dokumenterar enligt Prim-VIPS (Ehnfors et. al., 2000) samt

utifrån den kunskap kring bensår som framhålls (Ebbeskog & Ekman, 2001; Lindholm, 2003; Persoon et al., 2003). Dokumentationen gällande omvårdnadsåtgärder i patientjournalerna analyserades också utifrån frågeställningarna med hjälp av Cat-ch-Ing. Men istället för att enskilt mäta planerade respektive genomförda åtgärder enligt Cat-ch-Ing, granskades istället omvårdnadsåtgärderna som ett gemensamt begrepp där både planerade och genomförda åtgärder ingick. I den för studien anpassade granskningsmallen kunde en maximal poäng av 18 erhållas.

Den anpassade journalgranskningsmallen består också av studiespecifika frågor som bland annat mäter i vilken utsträckning medicinsk diagnos sätts på denna patientkategori och i vilken omfattning dokumentation genom mätning, avritning och fotografering utförs.

Tillvägagångssätt

Studien utfördes på uppdrag av hälsocentralens verksamhetschef. Denne undertecknade även skriftligen tillstånd för studiens genomförande. Forskningsetiska rådet på Högskolan i Gävle godkände studien.

På hälsocentralerna i Gästrikland sker dokumentationen i datajournaler med programmet ProfDoc. I ProfDocs omvårdnadsjournaldel sker dokumentationen med hjälp av sökorden i Prim-VIPS. En oberoende person på hälsocentralen tog fram de journaler som skulle granskas genom att manuellt gå igenom de två tidböcker i ProfDoc där patienter med bensår fanns inbokade. Patienterna som uppfyllde inklusionskriteriet identifierades under besöksorsak i tidböckerna.

Den person som tog fram journalerna skrev ut dem i pappersform samt aidentifierade och kodade journalerna. Därefter fick författaren journalerna och granskade dem en efter en med hjälp av den för ändamålet framtagna granskningsmallen, med granskningsnyckeln som hjälpmedel.

Dataanalys

Data har bearbetats deskriptivt manuellt och resultatet har presenterats med hjälp av figur, tabeller och löpande text. Figuren med dess löpande text ger en bakgrundsbeskrivning till resten av resultatet. Ur värdena i figuren har medianvärdet och typvärdet beräknats för att tydliggöra resultatet. Den löpande texten ger också en beskrivning av rangen, poängernas spridning. I alla tabeller har andel av det totala antalet presenterats och i ett flertal av

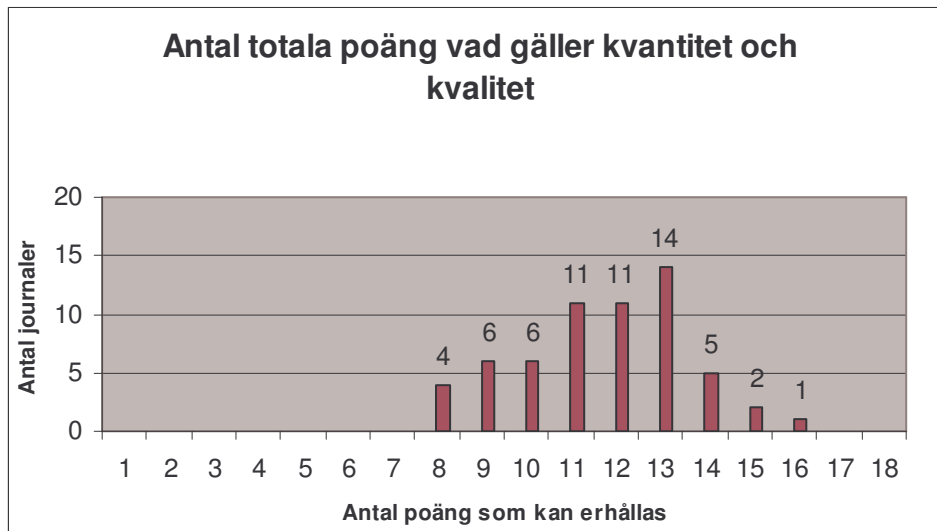
tabellerna även den procentuella fördelningen. Andelar och procentuell fördelning presenteras i heltal för att förenkla utläsningen av resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Det har inte förekommit någon direktkontakt med vare sig patienter eller dokumenterande personal. En oberoende person på hälsocentralen tog fram, avidentifierade och kodade journalerna som sedan granskades. Detta innebär att ingen beroendeställning mellan författare och patienter eller dokumenterande personal uppstår. Författaren har tagit personligt ansvar för datamaterialet och behandlat det konfidentiellt. Kodnycklar samt datamaterial förvarades åtskiljda på säkert sätt. Detta för att vare sig patienternas eller dokumenterande distriktssköterskor skulle kunna identifieras, för att säkerställa och respektera deras integritet samt för att inte orsaka dessa personer skada eller på något sätt påverka studiens resultat. Skriftligt tillstånd från verksamhetschefen liksom ett godkännande av ansökan från Forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle inhämtades.

Resultat

Resultatet av de 60 granskade journalerna bygger på syftet och frågeställningarna och presenteras med deskriptiv statistik i form av figur, tabeller samt i löpande text. Figur 1 nedan ger en beskrivning av utsträckningen och kvaliteten av dokumentationen i omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder.



Figur 1 Antal poäng vad gäller kvantitet och kvalitet.

Den totala poäng som kunde uppnås vad gäller kvantitet och kvalitet dokumenterad i omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder var 18, se figur 1. De fyra journaler som hade lägst poäng hade 8 och den journal som var dokumenterad med högst poäng hade 16. Medianvärdet var 12 och typvärdet 13.

1. Utsträckningen med vilka sökord enligt Prim-VIPS som används i omvårdnadsstatus

Tabell 1. Använda sökord i omvårdnadsstatus

Sökord	n	%
Hud/vävnad *	60	100
Smärta/sinne *	41	68
Andning/cirkulation *	34	57
Aktivitet *	14	23
Sammansatt status	13	22
Elimination	11	18
Välbefinnande *	10	17
Nutrition *	8	13
Psykosocialt*	6	10
Kommunikation *	5	8
Kunskap/utveckling *	2	3
Medicinsk bedömning/diagnos	1	2

* är de sökord som ingår i granskningsmallens minimistandard.

Sökordet hud/vävnad användes i alla journaler. I drygt 2/3 av journalerna brukades sökordet smärta/sinne och i drygt hälften av journalerna användes andning/cirkulation. Sökordet aktivitet användes i 23 % av journalerna.

2. Utsträckningen i vilken omvårdnadsstatus, omvårdnadsåtgärder samt mätning, avritning och/eller fotografering dokumenteras

Tabell 2. Antal dokumenterade omvårdnadsstatus utifrån kvantitetsgradering, vid första besöket samt uppdaterade under vårdtiden (n = 60)

Gradering	Första besöket		Uppdaterade under vårdtiden	
	n	%	n	%
Komplett	0	0	15	25
Delvis	5	8	38	63
Enstaka	54	90	7	12
Inte alls	1	2	0	0

Ingen journal var vid första besöket komplett dokumenterad med alla sökord enligt uppsatt minimistandard. En journal innehöll inget dokumenterat omvårdnadsstatus och 90% av anteckningarna innehöll mindre än hälften av sökorden. Under vårdtiden uppdaterades 25 % av de granskade journalernas omvårdnadsstatus fullständigt för alla de problem som tidigare hade beskrivits. I 38 journaler av 60 uppdaterades minst hälften, men dock inte fullständigt, av de beskrivna problemen.

Tabell 3. Antal dokumenterade omvårdnadsåtgärder enligt kvantitetsgradering (n = 60)

Gradering	n	%
Komplett	28	47
Delvis	29	48
Enstaka	3	5
Inte alls	0	0

Omvårdnadsåtgärder fanns beskrivna för alla angivna problem i 28 av de 60 journalerna. I nästan lika stor andel av journalerna fanns åtgärder framställda för minst 50 %, men inte fullständigt, av de beskrivna problemen.

Tabell 4. Använda dokumentationsmetoder i vid mätning, avritning och/eller fotografering (n = 37)

Dokumentationsmetod	n
Mätning	35
Avritning	0
Fotografering	5

Fotnot: i tre journaler användes både mätning och fotografering som dokumentationsmetod.

De kroniska bensåren dokumenterades med hjälp av mätning, avritning och/eller fotografering i 37 (62 %) av de 60 journalerna. Dessa dokumentationer gjordes under hela vårdtiden. Den vanligaste dokumentationsmetoden var mätning. Detta utfördes av såren i 35 av de 60 granskade journalerna. Inget sår avritades och endast 5 av 60 sår fotograferades.

3. Kvaliteten med vilken omvårdnadsstatus och omvårdnadsåtgärder dokumenteras

Tabell 5. Antal dokumenterade omvårdnadsstatus utifrån kvalitetsgradering, vid första besöket och uppdaterade under vårdtiden (n = 60)

Gradering	Första besöket		Uppdaterade under vårdtiden	
	n	%	n	%
Mycket bra	8	14	9	15
Bra	27	45	40	67
Mindre bra	23	38	11	18
Torftig	2	3	0	0

I åtta av 60 journaler var dokumentationen vid första besöket mycket bra ur kvalitetssynpunkt. I 23 av journalerna var mindre än hälften av anteckningarna korrekta. I ungefär lika många fall innehöll mer än 50 % av anteckningarna behövlig information för att kunna göra en bra bedömning. I två journaler var anteckningarna torftiga. Omvårdnadsstatus uppdaterades i 2/3 av journalerna på ett bra sätt. I 15 % av journalerna var anteckningarna mycket bra uppdaterade.

Tabell 6. Antal dokumenterade omvårdnadsåtgärder enligt kvalitetsgradering (n = 60)

Gradering	n	%
Mycket bra	21	35
Bra	38	63
Mindre bra	1	2
Torftig	0	0

I alla utom en journal dokumenterades omvårdnadsåtgärderna bra eller mycket bra ur kvalitetsperspektiv

4. Utsträckning i vilken medicinsk bensårsmådiagnos finns angiven och dessa diagnoser i förekommande fall.

Tabell 7. Antal dokumenterade medicinska bensårsmådiagnoser (n = 60) samt etiologin i förekommande fall

	n	%	Arteriell	Venös
Ja	12	20	10	2
Nej	48	80		

I 20 % av journalerna hade en medicinsk bensårsmådiagnos angivits. Alltså saknades i 4/5 av journalerna en diagnos. Tio av de 12 angivna medicinska bensårsmådiagnoserna hade arteriell etiologi.

Diskussion

Huvudresultat

Resultatet i denna studie visar att omvårdnadsdokumentationen var bristfällig i både kvalitativt och kvantitativt avseende. I den anpassade mallen var medianvärdet 12 av 18 möjliga poäng och spridningen mellan 8 och 16 poäng.

Vid första besöket användes endast ett fåtal sökord och vid uppföljande besök uppdaterades endast 25 % av de tidigare beskrivna problemen komplett. Vad gäller omvårdnadsåtgärder var de dokumenterade för alla beskrivna problemen i knappt hälften av journalerna.

Ur kvalitativt hänseende var 23 av de 60 journalerna mindre bra. När status uppdaterades ökade också kvaliteten på anteckningarna. Åtgärderna var ur kvalitativt hänseende beskrivna mycket bra eller bra i nästan alla journaler.

De studiespecifika frågorna visade att 80 % av alla patienterna i denna studie helt saknade diagnos som förklarade sårets etiologi och att sårerna i endast 62 % av journalerna dokumenterades med hjälp av mätning, avritning och/eller fotografering, där mätning var det klart vanligast förekommande verktyget.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att dokumentationen var bristfällig både ur både kvalitativt och kvantitativt hänseende. Den maximala poängen som kunde uppnås och som definierade en journal som var komplett kvantitativt, med ett mycket bra kvalitativt innehåll var 18 poäng. I föreliggande studie baserad på granskning av 60 journaler var medianvärdet 12 och spridningen mellan 8 och 16 poäng. Detta resultat överensstämmer med tidigare utförda studier som pekar på stora brister i omvårdnadsdokumentation (Ehnfors & Smedby, 1993; Ehrenberg & Birgersson, 2003; Nordström & Gardulf, 1996; Törnvall et al., 2004; Törnvall et al., 2007).

I den för studien anpassade granskningsmallen har ett antal sökord enligt Prim-VIPS valts ut som minimistandard. Enligt nyckeln till Cat-ch-Ing får varje vårdenhet själva avgöra denna minimistandard. I Gästrikland dokumenterar alla distriktssköterskor enligt Prim-VIPS (Ehnfors et al., 2000). Vårdprogrammet för kroniska bensår i Gävleborgs län (Abrahamsson et al., 1997) poängterar också att är det viktigt att journaldokumentationen sker enligt VIPS. Detta ligger till grund för de sökord som valts ut som minimistandard i denna studie,

tillsammans med de fakta att vårdprogrammet ställer krav på vården, utifrån den stora kunskap som finns kring bensår och de viktiga delar som framhålls i litteraturen (Ebbeskog & Ekman, 2001; Lindholm, 2003; Persoon et al., 2003; WUWHS, 2007).

Hud/vävnad, smärta/sinne och andning/cirkulation är de 3 sökord som användes mest frekvent i de granskade journalanteckningarna. Dessa sökord kan anses som de viktigaste och är oftast direkt sammanhängande till sårets status och sårhäkningen. Hud/vävnad användes i alla journaler och i så gott som alla anteckningar i alla journaler. Under detta sökord dokumenterades också mycket, t.ex. bensvullnad och smärta, som enligt VIPS-modellen bör ha dokumenterats under annat sökord, vilket kan förklara att övriga sökord användes mer sparsamt. Frekvensen i användandet av olika sökord stämmer bra överens med resultatet från Ehrenberg och Birgerssons (2003) studie. Brist på kunskap om vad som skall dokumenteras under vilket sökord kan vara en förklaring att många uppgifter kring såret dokumenterades under hud/vävnad i många fall. Sannolikt kan också den frekventa användningen av detta sökord bero på att distriktssköterskorna har valt att förenkla sin dokumentation och därmed spara tid.

Några sökord som borde användas i större omfattning är bl.a. nutrition och aktivitet. Patientens kroppsbyggnad, matvanor och aptit är av stor relevans för sårhäkningen, liksom patientens rörelseförmåga har stor inverkan på kroppens förmåga att minska bensvullnad och läka sår (Lindholm, 2003). Dessutom används sökorden välbefinnande, psykosocialt, kommunikation och kunskap/utveckling alltför sällan. Några sökord vilka kan spegla det Lindholm menar med att livskvalitetsaspekter bör ingå i den totala bedömningen av patienten, liksom det är viktigt att bedöma den kognitiva förmågan för att kunna skapa patientförståelse och aktivt engagemang. Även i rapporterna SSF (2002) och WUWHS (2007) betonas vikten av medverkan och samarbete med patienten.

Ett sannolikt skäl till att anteckningarna i journalerna vid första besöket endast innehöll ett fåtal sökord, är att distriktssköterskan ofta har kännedom om patienten redan innan sårdebuten och därför avstår från att använda flera sökord än vad som görs. Tidsbrist, vilket inte möjliggör några grundligare bedömningar, kan också vara en rimlig förklaring till resultatet. De tidigare beskrivna problemen uppdaterades inte fullständigt i 75 % av journalerna, vilket många gånger gav upphov till svårigheter att tydligt kunna följa progressen av sårhäkningen och övriga beskrivna relaterade problem. Ehnfors och Smedby (1993) påvisade i sin studie

liknade resultat, att bara 1/3 av omvårdnadsproblemen som identifierades hade någon information om utvecklingen av problemet.

För att förbättra uppföljningen av omvårdnadsproblem, torde det vara av stor vikt att ett fåtal sjuksköterskor sköter omvårdnaden av patienterna. Bra dokumentationsmetoder som avritning, mätning och fotografering av såret är också bra hjälpmedel för att kunna följa sårets progress (Lindholm, 2003; Abrahamsson et al., 1997), något som dock endast utfördes i drygt 62 % av fallen i denna studie.

Omvårdnadsåtgärder beskrevs i föreliggande studie enligt kvantitetsgradering med relativt gott resultat, då de komplett eller delvis fanns beskrivna för de angivna problemen. Dock har noterats att det endast förekom ett fåtal anteckningar om de omvårdnadsåtgärder vilka kan anses som viktiga för sårhäknings, med tanke på vilka läkningshämmande och läkningsfrämjande faktorer som framhålls (Lindholm, 2003). Exempelvis finns knappt något dokumenterat kring information och undervisning av patienter, t.ex. gällande kostråd, tips och åtgärder om bra fotbeklädning vid stora klumpiga förband och ortopedtekniska skor.

Psykosocialt stöd i form av samtalskontakter är också exempel på åtgärder vilka kan vara viktiga i patienternas dagliga liv, men som i journalerna endast dokumenterades i ett fåtal fall.

Ett omvårdnadsproblem i föreliggande studie, som sällan följdes upp i vare sig journalanteckningar eller i form av omvårdnadsåtgärder, var tidigare dokumenterad smärta. Endast undantagsvis beskrevs vad som gjordes för att hantera patientens smärta t.ex. om såret lokalbedövades inför omläggning, om patienterna hade smärtstillande medicin eller om läkare konsulterats på grund av denna problematik. Enligt en studie av Ebbeskog et al. (1996) hade 47 % av alla med venösa bensår smärta och i 29 % av dessa fall gavs ingen smärtlindring. Även Persoon et al. (2003) beskriver smärta som ett stort problem och även de misstänker en underbehandling av den. Ebbeskog och Ekman (2001) fann också i sin studie att smärta beskrevs som något centralt i tillvaron hos personer med kroniska bensår. Enligt Lindholm (2003) läker smärtsamma sår sämre och kan skapa en ond smärtcirkel, varför smärtlindring är av yttersta vikt för god sårhäkning. SSF (2002) föreslår smärta och smärtbehandling som ett angeläget område att forska inom för att öka kvaliteten på omvårdnaden. Enligt WUWHS (2007) koncensusrapport gällande sårrelaterad smärta skall bedömning, omvårdnad och dokumentation vara en del i rutinerna vid omvårdnad av bensår, vid varje omläggningstillfälle. Rapporten ger förslag på praktiskt tillämpbara flödesscheman, verktyg och behandlingsstrategier när det gäller sårrelaterad smärta, exempelvis smärtskalor som

VAS, bedövning med EMLA inför debridering och omläggning, förbandsförslag samt både farmakologiska och icke-farmakologiska strategier. Att göra patienten delaktig och fokusera på dennes upplevelser är den centrala punkten i hanteringen av smärtsamma sår (WUWHS, 2007).

Tydligheten i de dokumenterade anteckningarna avgör kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Vad gäller det sätt som omvårdnadsstatus dokumenterades på, saknades i många anteckningar generell information om såret, t.ex. lokalisering, storlek, sekretion, beskrivning av sårbottnen och omgivande hud. Drygt 1/3 av anteckningarna var mindre bra och mer än hälften av de anteckningar som fanns saknade viktig information för att kunna göra en bra bedömning. Detta överensstämmer med vad Ehrenberg och Birgersson (2003) visade i sin studie, de upptäckte också brister i dokumentationen beträffande tecken eller symtom som är relevanta för omvårdnaden av bensårspatienter, där många viktiga faktorer inte dokumenterades i tillräcklig omfattning.

Annat som sänkte kvaliteten på dokumentationen var icke vedertagna förkortningar, ofullständiga meningar, inkorrekt språk och kortfattade anteckningar, vilket kan leda till risk för misstolkningar, ett resultat som också framkom i Törnvals et al. (2007) studie. Eventuellt kan okunskap eller även här, tidsbrist, vara orsak till den otillfredsställande kvaliteten i journalernas omvårdnadsstatus. När status uppdaterades ökade dock kvaliteten på anteckningarna.

Studien visar på stora brister i fråga om att ange medicinska diagnosen på bensåren. Dock är det inte distriktssköterskans uppgift att sätta diagnosen, men hon skall konsultera ansvarig läkare för att få till stånd detta. I denna studie saknade 80 % av alla patienter helt diagnos som förklarade sårets etiologi. Att fastställa en sår diagnos snabbt efter sårets debut är av yttersta vikt för att fortsättningsvis kunna ge rätt vård och omvårdnad till patienterna, t.ex. är remiss till kärlkirurg indicerat vid ett arteriellt sår och kompressionsbehandling given vid venösa bensår (Abrahamsson et al., 1997; Lindholm, 2003; WUWHS, 2007). I de flesta fall i föreliggande studie konsulterades läkare vid minst ett tillfälle under läkningsprocessen. Detta gjordes i flertalet fall p.g.a. att infektionstecken hade uppstått. En förklaring till varför såren ändå i så bristande omfattning får en sår diagnos kan vara att vare sig läkaren eller distriktssköterskan har tillräcklig kunskap om vikten av en diagnos. Det kan också misstänkas att man av någon anledning i dokumentationen har utelämnat att tydligt dokumentera diagnosen, trots kunskap om denna. Sistnämnda kan också vara en förklaring till det

anmärkningsvärda resultatet att tio av de 12 angivna medicinska diagnoserna var arteriell etiologi, då tidigare forskning visar på andra resultat (Callam et al., 1987; Ebbeskog et al., 1996; Lindholm, 2003). Sannolikt görs i större utsträckning en dopplerundersökning med beräkning av arm/ankelindex vid tecken till ischemi, vilken ibland kräver omedelbara kirurgiska åtgärder och därför dokumenteras detta.

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14), Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) samt Patientdatalagen (SFS 2008:355) föreskriver att patienten skall göras delaktig i vården och att dennes egna önskemål vad som avser vård och behandling också skall dokumenteras. Att involvera patienten, att ta del av dennes individuella behov är något som också betonas i studier och dokument (Ebbeskog & Ekman, 2001; SFS, 2002; WUWHS, 2007). Trots detta finns det i det närmaste ingenting dokumenterat kring detta i någon av journalerna som granskades i föreliggande studie.

Metoddiskussion

Enligt Björvell et al. (2000); Björvell et al. (2002) samt Larsson et al. (2004) är journalgranskningsinstrumentet Cat-ch-Ing väl beprövat och testat för reliabilitet och validitet. Även Nilsson och Willman (2000) samt Törnvall et al. (2004) rekommenderar i sina studier detta instrument för journalgranskningar. Att Cat-ch-Ing's granskningsmall i denna studie har anpassats i samstämmighet med arbetet i primärvården bör inte på något sätt ha påverkat studiens resultat negativt. De studiespecifika frågorna som författaren själv utformat till granskningsmallen är tydliga och enkla att besvara och skulle innebära minimal risk för missförstånd om andra än författaren använde sig av det.

Cat-ch-Ing är i första hand utformad för inneliggande patienter på sjukhus eller särskilt boende samt för dokumentation i pappersjournal, varför författaren upplevde att granskningsinstrumentet inte till fullo var praktiskt användbart i primärvården. Dock upplevde författaren att granskningsinstrumentet var lämpligt för denna studie.

Till för denna studie anpassade granskningsmall valdes en hel del frågor bort från det ursprungliga Cat-ch-Ing-instrumentet för att bättre passa arbetet i primärvården (bilaga 2).

Bland annat finns i Prim-VIPS på granskad arbetsplats inte huvudsökordet resultat, dessutom

är omvårdnadsepikris/slutanteckning ingenting som brukas. Att granska om anteckningarna är daterade och signerade är en onödighet då detta sker per automatik i de datajournaler som används. Om text skriven för hand med penna är läslig, är också en frågeställning som borttagits från original granskningsmallen, eftersom alla anteckningar är skrivna i datajournaler.

Ett flertal studier visar att omvårdnadsdiagnoser och mål är särskilt dåligt dokumenterade i journalerna (Ehnfors & Smedby, 1993; Nordström & Gardulf, 1996; Törnvall et al., 2004; Törnvall et al., 2007). Detta trots att en studie av Axelsson, Björvell, Mattiasson och Randers (2006) visade att de sjuksköterskor som använder omvårdnadsdiagnoser i sitt arbete endast upplevde och framhöll en rad positiva fördelar med detta. Författaren har dock valt att inte mäta dessa parametrar i den anpassade granskningsmallen, dels för att bättre passa studiens syfte och frågeställningar och dels för att omvårdnadsdiagnos och mål tyvärr heller inte tillämpas på den granskade enheten. Att dessa frågor valts bort gjorde att den maximala poängen i den original Cat-ch-Ing granskningsmallen som är 80, reducerades till att vara 18 i den anpassade mallen.

Cat-ch-Ing var svårare att använda än vad författaren först hade trott. En stort mått av subjektivitet krävdes, framför allt när kvaliteten skulle bedömas med hjälp av granskningsmallen. Författaren bestämde egenmäktigt vilken och hur mycket information som var nödvändig för att kunna göra en bra bedömning av ett sår. Ur kvantitetssynpunkt var det också författaren som bestämde minimistandarden för användandet av sökord i denna studie. En annan svårighet i tolkningen som kan ha påverkat resultatet, är att det i en del av journalerna sannolikt har varit en mängd olika distriktssköterskor involverade. De har använt olika uttryck för att beskriva samma sak, och ibland nyttjat ett inkorrekt språk, vilket i vissa fall sannolikt i granskningen kan ha lett till en missbedömning. Detta sammantaget gör att mätmetodens reliabilitet känns tveksam. Upphovsmakarna till instrumentet (Björvell et al, 2000) påpekar dock detta om subjektivitet och menar att det därför endast är meningsfullt att jämföra poäng mellan olika kliniker, avdelningar osv. om samma person utfört granskningarna.

Urvalsförfarandet har gjorts systematiskt, utan bortfall, vilket är en styrka i föreliggande studie. En oberoende person på hälsocentralen identifierade, skrev ut, aidentifierade och kodade journalerna, vilket gör att de inte bör ha påverkat författarens tolkning vid granskningen. Anledningen till den manuella urplockningen av journalerna genom

tidböckerna, beror på att det inte var möjligt att identifiera dem på annat sätt. Dels är det inte vedertaget hos distriktssköterskor i primärvården i Gästrikland att ange omvårdnadsdiagnos i omvårdnadsjournalen och därmed ha möjlighet att identifiera journalerna med denna metod. Det var dessutom inte möjligt att identifiera journalerna utifrån läkarnas medicinska diagnoser p.g.a. att de inte alltid åstadkoms och att då frågeställning nummer fyra i så fall skulle ha förlorat betydelse.

Nivån hos de granskade journalerna i föreliggande studie var relativt jämn, datan vad gäller kvalitet och kvantitet var normalfördelad, se figur 1, vilket ger resultatet intern validitet. 60 journaler i omvänd kronologisk ordning där patienterna uppfyllde inklusionskriteriet granskades, utan att bortfall uppkom. Allt detta sammantaget bör göra att resultatet går att generalisera på den studerande hälsocentralen, men inte för andra vårdinrättningar, vilka sannolikt har andra rutiner kring bensårsvården.

Allmän diskussion

Kan några paralleller dras mellan bristfällig dokumentation och otillfredsställande omvårdnad? I en dansk studie av Adamsen och Tewes (2000) var bara 31% av patienternas upplevda problem dokumenterade i journalen. Men generellt hade sjuksköterskorna mer kunskap om patienternas problem än vad de dokumenterade. Ju flera problem patienterna beskrev i studien, desto färre av dessa problem hade sjuksköterskan uppfattat.

Enligt Björvell et al. (2000) är bristande dokumentation en viktig indikator på att undersöka om även den givna vården är sämre än optimal. De menar vidare att det är av stor vikt att förbättra dokumentation, välskrivna journaler är ett steg framåt i kvalitetssäkringsprocessen. Rent juridiskt speglar också dokumentationen vilken vård som givits (Owen, 2005; Ehnfors et al., 2000). Att mäta patientnöjdhet och sårsläkningstid kan var två sätt att se om den givna omvårdnaden står i relation till dokumentationen.

Omvårdnadsdokumentation är en av förutsättningarna för en bra vårdkvalitet. Det är en del i sjuksköterskans yrkesprofession och hon bör alltid sträva efter att en göra en komplett sådan. Med bristande dokumentation är risken stor att patienternas behov inte tillgodoses.

Fördelarna med att dokumentera i datajournal är många. Det ökar säkerheten, gör att en del lagar automatiskt uppfylls avseende bl.a. datering av anteckningarna och signatur. Det finns givna sökord, texten blir tydlig och det är lätt att göra utskrift vid behov. Sårjournal i

pappersform förekommer på en del hälsocentraler, vilket dock inte ses som någon direkt fördel. Frågan är om dessa svarar mot de krav som lagar och författningar kräver. Författaren kan däremot se en klar fördel med checklista/dokumentationsmall exempelvis vid första bedömningstillfället som ett gott stöd, för att därefter dokumentera i datajournalen. Enligt en studie av Törnvall et al. (2004) är distriktssköterskor generellt positiva till dokumentation, men efterfrågade mer utbildning i det. En trolig orsak till bristande dokumentation kan vara att kunskapen inom området är för liten. Flera studier visar på positiva resultat med utbildning inom dokumentation. Björvell et al., (2002) visade i sin studie att en intervention med utbildning i VIPS-modellen och med organisatoriska förändringar förbättrade kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen signifikant direkt efter interventionen. De menade att sådan, om man sedan följer upp med träning och tillsyn/kontroll under en lång period, kan ge god effekt. Även Nilsson och Willmans (2000) studie visade att en utbildningsinsats signifikant förbättrade dokumentationen. En annan studie av Björvell, Wredling och Thorell-Ekstrand (2003) visade att utbildning i dokumentation påverkade sjuksköterskorna positivt även i sitt kliniska arbete, från ett medicinsk-tekniskt tänkande till en mer omvårdnadsorienterad syn.

Mer kunskap behövs inom området bensårsomvårdnad. Ny forskning kommer kontinuerligt, medan utrymmet för att uppdatera sina kunskaper är litet. Många distriktssköterskor utbildade sig för många år sedan, men endast ett fåtal personer går på utbildningar och ofta finns inga rutiner för att föra dessa nya kunskaper vidare till kollegor. Det är trots detta positivt att författaren i föreliggande studie inte har upptäckt några uppenbara kunskapsluckor vad gäller kunskapsläget hos de dokumenterande distriktssköterskorna. Inga journalanteckningar visar på att några gammalmodiga behandlingsmetoder används, exempelvis så rengörs såren alltid med vanligt kranvatten, ett fåtal moderna och väldokumenterade förbandsmaterial används och förbanden tycks bytas med lämpliga intervall (Lindholm, 2003; WUWHS, 2007). Detta avviker från andra studier som visat att ett stort antal sårbehandlingspreparat används i omvårdnaden (Ebbeskog et al., 1996; Lindholm, 2003).

Efter att ha genomfört denna studie så har intresset väckts hos författaren att genomföra ytterligare studier på samma hälsocentral. Studier i form av intervjuer och/eller enkäter med distriktssköterskorna för att ta del av deras attityder och kunskaper till både omvårdnaden av bensår och dokumentation vore intressanta. Det skulle kunna ge en ny dimension och kanske förklaring till resultatet i denna studie. Det skulle också vara intressant att veta om

distriktssköterskorna känner till vårdprogrammet för bensår i Gästrikland (Abrahamsson et al., 1997) och följer detta. Ytterligare vidare arbeten efter detta skulle kunna vara att utveckla lokala riktlinjer/vårdprogram som utgår från befintlig forskning och implementera i verksamheten. Därefter skulle en ny journalgranskning och eventuell intervju/enkät kunna genomföras för att se om interventionen har gett resultat.

Referenser

Abrahamsson, E., Bergfeldt Chapman, E., Domert, E., Jansson, M.-B., Johansson, S. & Olsson, A. (1997). *Vårdprogram för diagnos och behandling av kroniska bensår i Gävleborgs län*. Plexus – Landstinget Gävleborgs intranät.

Adamsen, L. & Tewes, M. (2000). Discrepancy between patients perspectives, staff's documentation and reflection on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 14*, 120-129.

Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.-C. & Randers, I. (2006). Swedish Registered Nurse' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 936-945.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care, 9*, 6-13.

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

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

Callam, M. J., Harper, D. R., Dale, J. J. & Ruckley, C. V. (1987). Chronic ulcer of the leg: clinical history. *British Medical Journal, 294*, 1389-1391.

Ebbeskog, B. & Ekman, S.-L. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15*, 235-243.

Ebbeskog, B., Lindholm, C. & Öhman, S. (1996). Leg and foot ulcer patients: Epidemiology and nursing care in an urban population in South Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 14, 238-243.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.

Ehnfors, M. & Smedby, B. (1993). Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7, 209-220.

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.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Larsson, J., Björvell, C., Billing, E. & Wredling, R. (2004). Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 318-324.

Lindholm, C. (2003). *Sår*. Stockholm: Studentlitteratur.

Marklund, B., Sülau, T. & Lindholm, C. (2000). Prevalence of non-healed and healed chronic leg ulcers in an elderly rural population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 58-60.

Nelzén, O, Bergqvist, A., Lindhagen, A. & Hallböök, T. (1991). Chronic leg ulcers: an underestimated problem in primary health care among elderly patients. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 184-187.

Nilsson, U.-B. & Willman, A. (2000). Evaluation of Nursing Documentation. A comparative study using the instruments NoGA and Cat-ch-Ing after an educational intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 199-206

Nordström, G. & Gardulf, A. (1996). Nursing documentation in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 27-33.

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

Persoon, A., Heinen, M., van der Vleuten, C., de Rooij, M., van de Kerkhof, P. & van Achterberg, T. (2003). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 341-354.

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån (2008:BE 18 SM 0801). *Sveriges framtida befolkning 2008-2050. Reviderad befolkningsprognos från SCB*. Statistiska centralbyrån.

Törnvall, E. , Wilhelmsson, S. & Wahren, L. K. (2004). Electric nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 310-317.

Törnvall, E., Wahren, L. K. & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*, 15, 634-342.

World Union of Wound Healing Societies. [WUWHS]. (2007). *Principles of best practice: Minimising pain at dressing-related procedures. A consensus document*. Toronto: WoundPedia Inc.

Östlinder, G. (Red.). (2002). *Omvårdnad som akademiskt ämne i forskning, utbildning och patientnära verksamhet*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening [SSF].

GRANSKNINGSMALL "CAT-CH-ING" ©
FÖR OMVÅRDNADSJOURNALER

Journal kod: _____ **Avd:** _____ **Sjukhus:** _____

Datum: _____ **Granskare:** _____

¹ = se nyckel till mallen

siffror inom parentes anger poäng

OBS! Läs nyckeln noga.

Kvantitet¹

komplett - (3)

delvis - (2)

enstaka - (1)

inte alls - (0)

Kvalitet²

mycket bra - (3)

bra - (2)

mindre bra - (1)

torftig - (0)

Finns en ansvarig sjuksköterska
angiven? nej (0) _____
endast med förnamn (2) _____
med för- och efternamn (4) _____

Finns omv anamnes? kvantitet: _____ kvalitet: _____

Finns omv status: - vid ankomst kvantitet: _____ kvalitet: _____

- uppdaterat under vårdtiden³ kvantitet: _____ kvalitet: _____

- uppdaterat vid utskrivning
(ev. i epikrisen) kvantitet: _____ kvalitet: _____

Finns vårdplan: - omvårdnadsdiagnos⁴ kvantitet: _____ kvalitet: _____

- mål⁵ kvantitet: _____ kvalitet: _____

- åtgärder: - planerade kvantitet: _____ kvalitet: _____

- genomförda kvantitet: _____

Är alla problem först beskrivna i
anamnes/status?⁶ kvantitet: _____

Finns resultat beskrivet?⁷ kvantitet: _____ kvalitet: _____

Används VIPS sökord?⁸
(avser anamnes, status, åtgärder, rapportblad) kvantitet: _____ kvalitet: _____

Finns en omvårdnadsepikris/slutanteckning?
(epikrisen granskas med Cat-ch-Ing Epi) ja (4) _____ nej (0) _____

Är anteckningarna daterade (år, månad, dag)? kvantitet: _____

Är anteckningarna signerade? kvantitet: _____

Finns namnförtydligande till alla signaturer? kvantitet: _____

Är texten läslig?⁹ kvalitet: _____

Summa poäng: _____ (max 80)

NYCKEL TILL GRANSKNINGSMALL "CAT-CH-ING®"

Att granska omvårdnadsjournaler innebär alltid ett mått av subjektivitet. Det är därför inte meningsfullt att jämföra detalj-poäng mellan t ex olika sjukhus, kliniker eller avdelningar om det är olika personer som har gjort granskningen.

Referens vid användande av Cat-ch-Ing:

Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9: 6-13.

1) GRADERING KVANTITET

komplett 3 poäng	en fullständig anteckning med VIPS-sökorden <i>anamnes:</i> ¹ "livsstil" används när det är relevant, i övrigt skall alla anamnes-sökorden vara med. <i>status:</i> ¹ följande sju sökord skall vara med - kommunikation, kunskap, nutrition, elimination, aktivitet, sömn, psykosocialt - resten används när det är relevant avseende den enskilda patienten. <i>omvårdnadsdiagnos:</i> någon form av problemformulering skall finnas för allt som föranlett en planerad åtgärd. <i>mål:</i> skall finnas för varje angivet problem, antingen ett separat mål per problem eller ett mer övergripande mål som täcker alla problem. <i>planerade åtgärder:</i> skall vara formulerade - med sökord - <u>för varje angivet problem och/eller statusanteckning som anger problem.</u> <i>genomförda åtgärder:</i> det skall tydligt framgå att de planerade åtgärderna är genomförda, akut insatta åtgärder som därmed inte är planerade i förväg, bedöms ej. <i>resultat</i> skall finnas beskrivet antingen som resultat eller som uppdaterat status, för varje problemområde som åtgärdats.
delvis 2 poäng	minst 50% av ovan, dock inte komplett. Med eller utan sökord.
enstaka 1 poäng	mindre än 50% av ovan, dock finns anteckning. Med eller utan sökord.
inte alls 0 poäng	anteckning saknas.

¹ Här anges en minimistandard för kirurg- och medicinavdelning. Varje vårdenhet eller specialitet kan själva avgöra vad som skall gälla som minimistandard avseende användning av VIPS-sökord. Med minimistandard avses de funktionsområden (rubricerade med sökorden) som alltid skall vara beskrivna, resterande sökord skall självklart också användas, men endast då det anses relevanta för situationen.

2) GRADERING KVALITET (bedömning görs av de anteckningar som finns)

mycket bra 3 poäng	alla anteckningar är tydliga, språkligt korrekta, koncisa utan överflödigt text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen.
bra 2 poäng	> 50% av anteckningarna är som ovan, dock inte alla. En del innehåller eventuellt för mycket text, eventuellt saknas information, språket är inkorrekt t ex fragmentariska meddelanden, ofullständiga meningar, egna förkortningar, möjlighet att misstolka finns.
mindre bra 1 poäng	< 50% av anteckningarna är korrekta, dock finns korrekta anteckningar.
torftig 0 poäng	över lag otydligt, språkligt inkorrekt, väsentlig information saknas.

3) UPPDATERAT STATUS

Innebär beskrivning av förändringar i patientens tillstånd över tid. När en förändring skett finns detta beskrivet under nytt datum och aktuellt sökord.

KVANTITET: Alla statusanteckningar som indikerat någon form av problem skall vara uppdaterade. Man skall tydligt kunna följa "hur det har gått".

4) OMVÅRDNADSDIAGNOS

KVALITET: 1 poäng ges om någon form av problem- eller riskidentifiering utan analys finns beskriven, 2 poäng ges om försök till analys finns med, om än ej optimal,

3 poäng erhålles endast då en analys av problemet finns beskriven, t ex med relaterat till och leder till i korrekt sammanhang.

5) MÅLFORMULERING

KVALITET: 3 poäng erhålles då målet är formulerat som ett tillstånd hos patienten (ej en åtgärd för sjuksköterskan), är realistiskt, mätbart och tidsangivet.

6) PROBLEM BESKRIVNA I ANAMNES/STATUS

Här avses att bedöma huruvida de problem som finns angivna i vårdplanen, först finns beskrivna i anamnes/status. Om problemformuleringar saknas, finns det heller ingenting här att bedöma.

7) RESULTAT

Det är många gånger svårt att med säkerhet avgöra exakt vad resultatet är en effekt av, omvårdnadsåtgärder, medicinska åtgärder eller organismens egen "läkningsförmåga".

Därför är det inte nödvändigt att resultaten är beskrivna i samband med åtgärderna, huvudsaken är att det i journalen går att hitta effekten hos patienten, t ex förändringar i dennes funktion. Det kan t ex vara beskrivet som ett uppdaterat omvårdnadsstatus.

8) ANVÄNDS VIPS-SÖKORD

KVALITET: bedöm om sökorden är korrekt använda, dvs rätt text under rätt sökord. Se VIPS-folder av Ehnfors, Thorell-Ekstrand, Ehrenberg.

9) LÄSLIG TEXT

3 p erhålles endast om all text är maskin/datorskriven.

GRANSKNINGSMALL, DELVIS UTIFRÅN ”CAT-CH-ING®” FÖR OMVÅRDNADSJOURNALER

Journalkod:

Datum:

¹ = se nyckeln till mallen
siffror inom parentes anger poäng

<u>Kvantitet</u> ¹		<u>Kvalitet</u> ²	
komplett	(3)	mycket bra	(3)
delvis	(2)	bra	(2)
enstaka	(1)	mindre bra	(1)
inte alls	(0)	torftig	(0)

- **Finns omv status:** - vid första besöket kvantitet: _____ kvalitet: _____
- uppdaterat under vårdtiden³ kvantitet: _____ kvalitet: _____

- **Finns omv åtgärder:** kvantitet: _____ kvalitet: _____

Summa poäng: _____ (max 18)

- **Finns bensårsdiagnos angiven? _____ Om ja, i så fall, vilken: _____**

- **Har såret dokumenterats genom mätning, avritning och/eller fotografering? _____**

Vilka sökord enligt Prim-VIPS används i omvårdnadsstatus?
