

Beteckning \_\_\_\_\_



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Journalföring vid läkemedelsgivning-  
en journalstudie  
gällande dokumentation av given vid behovsmedicinering

*Louise Löf*

*Juni 2009*

Examensarbete, 15 hp, avancerad nivå

Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet – inriktning mot vård av äldre, 60hp**

**Examinator: Barbro Wadensten/Handledare: Britt-Marie Sjölund samt  
Elisabeth Häggström**

## Sammanfattning

Syftet med denna studie var att belysa om lagstiftningen efterföljs vid behovsmedicinering på SÄBO (Särskiltboende) samt beskriva vilka likheter och skillnader som finns i dokumentationen gällande när vid behovs medicinering ges. Designen var jämförande, deskriptiv, kvantitativ, retrospektiv journalstudie. Urvalet var 100 patientjournaler från tre SÄBO i mellan Sverige. Journalerna har granskats utifrån följande variabler: demens- eller somatisk-avdelning, läkemedelsnamn, styrka, dos, orsak till att medicinen givits, effekten av medicinen, yrkestillhörighet på dokumenteraren samt jämförande med gammalt/nytt journalsystem. Resultatet visade signifikanta skillnader i dokumentationen utifrån om det var ett demensboende eller ett somatikboende. Ingen skillnad i dokumentationen fanns att finna mellan gammalt och nytt datasystem. Läkemedelsnamnet var det som förekom mest i dokumentationen vid behovsmedicinering. Minst förekommande var anteckningar angående utvärderad effekt. Dokumentationen kring given vid behovsmedicinering var bristfällig och resultatet i denna studie visade bland annat att det inte var journalföringssystemet som var orsaken.

**Nyckelord:** Läkemedel, Äldre, Demens, Somatisk, Dokumentation, Geriatrik

## Abstract

This study reviews if the law is followed when temporary needed medication gives to patients who live at nursing homes in Sweden and the study describes the similarities and differences in the documentation when temporary needed medication is given. The design was a comparative, descriptive, quantitative, retrospective journal study. The sample was 100 patient journals from three nursing homes in the middle of Sweden (SÄBO). Journals were reviewed from the following variables: dementia or somatic nursing home, drug names, strength, dose, reason why medicine was given, the effect of medicine, professional affiliation of the documenting personal and compared with the old / new journal system. The results showed significant differences in the documentation on whether it was a home of dementia patients or somatic patients. No difference in the documentation was found between the old and new journal system. Drug name was most frequently documented when temporary needed medication was documented. Least frequent documented was the effects of the medication. Documentation around temporary needed medication was inadequate and results in this study showed that the journal system wasn't the cause.

**Keywords:** Medicine, Older people, Dementia, Somatic, Documentation, Geriatrics

# Innehållsförteckning

Introduktion	1
Problemformulering	5
Syfte	6
Frågeställning	6
Metod	6
Design	6
Kontext	6
Urval	7
Data insamlingsmetod	7
Tillvägagångssätt	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Gamla och nya dokumentationssystemet	8
Demensboende mot somatisktboende	10
God och säker vård	13
Diskussion	14
Resultatdiskussion	14
Det nya datasystemet	15
Demensboende mot somatisktboende	15
God och säker vård	16
Metoddiskussion	18
Allmändiskussion	18
Fortsatt forskning	19
Referenser	20
Bilaga 1	

## Introduktion

För att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och säkras så styrs den av Svensk lagstiftning. Vården i Sverige styrs bland annat av lagstiftning i Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763). Lagar och föreskrift som styr en del av läkemedelshanteringen är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården (SOSFS, 2001:17 (M)) samt lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS, 1998:531) samt Patientdatalagen (SFS, 2008:355). I dagens lagstiftning beskrivs kraven ibland som mål och ger uttryck för att olika kvalitetsområden ska beaktas (SFS, 1982:763).

I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS, 1998:531). Äldre människor kan ibland ha svårt att föra sin talan. Orsaken till detta kan vara många. Exempelvis kan det vara orsakat av bakomliggande sjukdomar och följdorsaker till dessa, så som språksvårigheter, förvirring, förlamning etc. Den som har en demenssjukdom har ibland svårt att berätta vad hon eller han vill samt svårigheter att förstå vad samtalspartnern vill framföra (Aremyr & Hallin, 2005). Riksronden (1997) skriver att på demensavdelningar kan patienter inte alla gånger kommunicera sina smärtupplevelser/oro till omgivningen, utan de är beroende av observant vårdpersonal. Få studier har gjorts för att belysa den äldre människans delaktighet i sin medicinbehandling. Däremot finns det många studier som belyser den äldre människans läkemedelsrelaterade problem och åtgärder som kan göras för att minska risken till sådana problem (Elm & Rolandsson, 2008).

För att kunna göra utvärderingar, om den vård som givits har varit tillfredställande, så krävs bland annat god dokumentation. Syftet med dokumentation, enligt lagen, är att bidra till en god och säker vård av patienten (SFS, 2008:355). Paterson och Zderad (1988) menar att en i praktiken väl utförd omvårdnad men ej dokumenterad, är en omvårdnad som inte existerar.

Bristfälliga anteckningar kan leda till brister i omhändertagandet av patienten, vilket flera ansvarsärenden visat (Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1992). Kravet på dokumentation utgår från patientsäkerheten i vidaste bemärkelse, det vill säga inte bara från terapeutisk synpunkt utan även från diagnostisk. En patientjournal är därför först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård. Den utgör arbetsverktyg eller

underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte tidigare träffat patienten. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit (Fröberg & Sundström, 2003). När läkare skall göra medicinjusteringar så behövs underlag till beslut. Underlaget skall ge en helhetsbild av patientens tillstånd för att kunna leda till ett väl förankrat beslut (Blom, 2003). I sjuksköterskans omvårdnadsansvar gentemot den äldre människans ingår att ta emot information bland annat via dokumentation och föra den vidare till ansvarig läkare för att kunna ge en så god läkemedelsbehandling som möjligt utifrån den äldres varierande livssituation (SOSFS, 2001:17).

Enligt Statistiska centralbyrån (2006) så blir Sveriges befolkning allt äldre. Ungefär 98 600 äldre bodde i särskilda boendeformer den 1 oktober 2006. Cirka 16 procent av befolkningen som är över 80 år bor på särskilt boende (SÄBO). Statistiska centralbyrån redovisar att polyfarmaci, att bli behandlad med flera medicinska åtgärder samtidigt, är vanligt bland äldre. En problematik kring läkemedel och äldre är läkemedelsbiverkningar, enligt Wahlund (2006). En studie har visat att polyfarmaci kan leda till onödigt lidande, ökat bruk av sjukhusresurser eller långvarig institutionsvård. I resultatet visades att felaktig medicinering var orsaken till sjukhusvistelsen i cirka 6 procent av fallen (Bates et al., 1995). För att få så säker medicinering som möjligt till äldre, som bor på SÄBO, så borde boendet använda sig av datoriserade läkemedelssystem. I en studie visade det sig att 70 procent av boendena hade felaktiga läkemedelsordinationer. Främst berodde felaktigheterna på att läkemedlets effekt inte svarade mot indikationen (Bergman, Olsson, Carlsten, Waern & Fastbom, 2007). I flera studier har det visat sig svårt att minska polyfarmacin. Vid försök att ta bort mediciner så har det visat sig att efter 3 månader så hade antalet läkemedel återgått till det ursprungliga (Pitkala, Strandberg & Tilvis, 2001; Nazareth et al., 2001).

Läkemedelsbiverkan leder ibland till inläggning på sjukhus (Paul, End-Rodrigues, Thylén & Bergman, 2008). Det har framkommit att den vanligaste symtomen på biverkan bland annat kan vara yrsel, fall, svimning till följd av lågt blodtryck, kräkningar, diarré eller obstipation. De vanligaste läkemedlen som bidrog till biverkningarna var bland annat: urindrivande (diuretika), hjärtmediciner (ACE-hämmare, betareceptorblockerare och digoxin), antikoagulerare (warfarin och acetylsalicylsyra), smärtstillande (analgetika) och NSAID

(icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel) (Bergendal et al., 2005). Negativa sidor av medicinering kan även vara att läkemedlet är ineffektivt och lätt att överdosera (Baena et al., 2006). För att undvika att äldre hamnar i sjukhusvård på grund av medicinsk anledning så måste alla som arbetar med medicinutdelning vara medvetna om medicinens verkan på den äldre människan. Många äldre står på olika sorters mediciner som i vissa fall kan ge biverkningar som medicineras bort med ytterligare mediciner. Det är därför viktigt att utvärdera effekten av givna mediciner. Vissa mediciner står bara vid behov och skall således ges när behov finns. Det är viktigt att reflektera över läkemedlets effekt samt om den svarar emot det önskade syftet. När nya mediciner sätts in så skall det tas i beaktande om medicinerna interagerar med varandra. När kroppen åldras påverkas medicinupptaget och nedbrytningen av läkemedlen. Detta leder till ett ökat behov av medicinjustering (Wahlund, 2006). De äldres mediciner kan vara felinsatta samt underdoserade eller feldoserade. Det visade sig i en studie att 42 % hade felinsatt, underdoserade eller feldoserade läkemedel (Steinman et al., 2006). Äldres egen uppfattning om sina läkemedelsintag var gott. De ansåg att själva handhavandet av läkemedlen inte var något problem men att det var svårt att få någon att ta hem varorna från apoteket (Westerbotn, Fahlström, Fastbom, Aguëro-Torres & Hillerås, 2008). Apoteken i Sverige har uppmärksammat problemet och har startat med hemleveranser. Denna service kan begäras av alla invånare och underlätta för de som har svårt att ta sig till apoteken (Apoteket, 2009).

Vid en studie angående äldre patienter och deras läkemedel framkom att 23 % av patienterna hade recept som var skrivna så att det fanns risk för överdosering utifrån läkemedelstillverkarens rekommenderade intag (Batty et al., 2003). Biverkan av medicin kan vara att människor faller, dagen efter att de tagit sömnmedel, visade en studie som inriktade sig på händelser i vardagen som kan leda till skador (Laflamme et al., 2006). Ibland kan det vara svårt att skilja på vad som är symtom på biverkan och vad som är symtom på undermedicinering. Trötthet kan vara ett sådant symtom. Både för hög och för låg dos av sömnmedel kan leda till trötthet. Men oavsett vilket så är inte medicineringen optimal (Cornelius, 2004). Biverkningar och önskad verkan kan göra att människor aktivt väljer att feldosera (Griffiths, Johnson, Piper & Langdon, 2004).

Flera studier har kommit fram till att geriatrikutbildade sjuksköterskor inom vården leder till att de äldre får en mera effektiv vård (Kelly, Tolson, Schofield & Booth, 2005; Harwood, Kempson, Burke & Marrant, 2002). För att kunna ge en bättre vård till äldre som kom in till

en medicinavdelning valde ett forskarteam att specialistsjuksköterskor skulle ta emot de äldre när de anlände till avdelningen. Studien visade att de sjuksköterskor som hade fördjupat sina kunskaper inom geriatrik (läran om åldrandets sjukdomar) gjorde bedömningar av vårdbehov snabbt, säkert samt hänvisade patienterna vidare till rätt instans vilket ledde till kortare vårdtider och effektivare vård (Harwood et al., 2002).

Socialstyrelsen och Apoteken har gjort läkemedelsgenomgångar och kommit fram till att indikationen bakom 40 % av all läkemedelsbehandling i särskilt boende för äldre är oklar (Socialstyrelsen, 2004). Enligt Fastbom (2006) erbjuder Apoteket AB sedan flera år tillbaka en modell för läkemedelsgenomgång. Där går en apotekare, ansvarig läkare, sjuksköterska samt kontaktperson i personalen systematiskt igenom varje patients medicinering. Varje patients/boendes medicinering bedöms utifrån ett antal kvalitetsindikationer, dvs. mått på läkemedelsanvändningens kvalitet, exempelvis antalet olämpliga kombinationer och användning av läkemedel som kan orsaka kognitiva störningar. Varje läkemedel bedöms utifrån om de har den effekt som eftersträvs. Eventuella biverkningar belyses och diskuteras utifrån patientens läkemedelsbehov. Vidare, enligt Fastbom (2006), formuleras utifrån denna information ett antal läkemedelsrelaterade problem samt beslutar om hur de ska åtgärdas, t.ex. genom dosändring eller utsättning. Dessa läkemedelsgenomgångar har rapporterats leda till en bättre läkemedelsanvändning och ofta till att patienterna mår bättre. Det har också visat sig ge besparingar eftersom en del dyra läkemedel kan sättas ut. Fastbom (1999) beskriver även att äldre människor är mera känsliga för läkemedel än yngre. Vid en läkemedelsöversyn på tre kommunala äldreboenden i Norrbotten skedde förbättringar i kvalitetsindikationerna på samtliga boenden efter översynen (Bergström, Båtsman, Henricson & Andreasen, 2001). I en annan studie framkom att om en apotekare gör en översyn av läkemedlen som de äldre använder så kan apotekaren förbättra patientvården och göra läkemedelsanvändningen mera kostnads effektiv (Furniss, Lloyd Craig & Burns, 1998).

Om flera läkare är engagerade runt patienten så ökar det läkemedelsanvändningen. Detta ses främst vid vårdinrättningar med täta läkarbyten (Fastbom, 2001). Det skulle enligt Fastboms studie betyda att vissa äldre som bor på SÄBO löper en ökad risk för att få en ökning i läkemedelsanvändning.

Sjuksköterskor är skyldiga att dokumentera enligt patientdatalagen (SFS, 2008:355). Anledningarna till att dokumentation i journal inte görs är bland annat tidsbrist,



arbetsorganisationen, egna kunskaper i dokumentation, utrymmen/rum för dokumentation, egen inställning till nyttan, inflytande på min enhet, stöd från arbetsledningen (Blom, 2003). När enhetschefer fått svara på en enkät gällande dokumentation så blev svaret att omvårdnadspersonalen var bättre på att analysera åtgärder i stället för att utvärdera dem (Friberg, 2006). På tre olika boenden i Sverige undersöktes om dokumentationen förbättrades vid byte av journalsystem, införande av handledning i dokumentation samt ändring i sättet att arbeta till ett mera patientfokuserat synsätt från att ha haft ett mera sjukvårdande synsätt. Dokumentationen förbättrades i samtliga 12 kategorier (Hansebo, Kilgren & Ljunggren, 1999). Om läkare och sjuksköterskor hade dokumenterat bättre så hade patienterna fått en bättre vård enligt en studie som belyste dokumentation vid förvirring hos äldre med höftfraktur (Milisen et al., 2002). Det är inte bara i medicinska syften som dokumentation inte fungerar. Detta gäller även när patienter drabbas av trycksår. Flera forskningsrapporter har visat att vårdpersonalens kunskaper och dokumentationer rörande trycksår är undermåliga och borde förbättras (Gunningberg, Lindholm, Carlsson & Sjöden, 2001; Gunningberg, Dahm & Ehrenberg, 2008). I en pilotstudie, som belyste medicineringsprocessen på ett sjukhem, studerades hur medicineringsprocessen dokumenterades i patientjournal. Resultatet som framkom visade bland annat att det saknades uppgifter i dokumentationen rörande varför medicinen skulle intas (Malmström & Söderholm, 2002).

## **Problemformulering**

Flera studier belyser att äldre människor har många mediciner samt medicinerar med felinsatta, feldoserade samt feladministrerade läkemedel. För att kunna bedöma om personen har rätt medicin vid rätt tidpunkt samt att medicinen har den effekt som eftersträvas krävs bland annat god dokumentation.

I datajournaler skall dokumentation föras så att det går att utvärdera läkemedelseffekten hos patienten. När dokumentationen inte är korrekt utförd så ökar risken för felmedicinering vilket kan leda sjukhusvård. När en kommun i Sverige bytte journalsystem på sina SÄBO så var förväntningarna att dokumentationen skulle förbättras så att utvärdering av effekten av given vid behovs medicin kunde leda till effektivare läkemedelsanvändning. Denna studie vill undersöka om dokumentationen utförs korrekt så att utvärdering av läkemedelseffekten kan ske.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva och jämföra likheter och skillnader i dokumentationen av behovsmedicinering, för äldre som bor på SÄBO, före och efter införandet av ett nytt dokumentationssystem samt belysa skillnader i dokumentationen vid behovsmedicinering på ett demensboende respektive på ett somatisktboende.

Ytterligare ett syfte med studien var att belysa hur dokumentationen i samband med vid behovsmedicinering utförs utifrån gällande lagstiftningen så att god och säker vård kan ges.

## **Frågeställning**

Vilka likheter och skillnader kan utläsa i dokumentationen gällande vid behovsmedicinering, för äldre som bor på SÄBO, före och efter införande av ett nytt dokumentationssystem?

Vilka skillnader går att belysa i dokumentationen gällande vid behovsmedicinering beroende på om det är ett demensboende eller somatisktboende?

Hur dokumenteras vid behovsmedicineringen på SÄBO utifrån lagstiftningen så att god och säker vård kan ges?

## **Metod**

### ***Design***

Undersökningen utfördes genom en jämförande, deskriptiv, kvantitativ, retrospektiv journalstudie (Olsson & Sörensen, 2001).

### ***Kontext***

Tre boenden ingick i denna studie. Två av boendena hade både somatiskt och demensinriktad vård. Ett av boendena hade endast demensinriktad vård.

Boende ett hade 94 inneboende varav 22 med demenssymtom. Tre sjuksköterskor var anställda på boendet samt cirka 100 omvårdnadspersonal.

Boende två hade 82 inneboende varav 38 med demenssymtom. Tre sjuksköterskor var anställda på boendet samt cirka 70 omvårdnadspersonal.

Boende tre hade 46 inneboende med demenssymtom. Tre sjuksköterskor var anställda på boendet samt cirka 70 omvårdnadspersonal.

Vid byte till nytt datasystem så utbildades en person i personalgruppen. Denne fick sedan ansvaret att sprida sin kunskap till sina kollegor.

### ***Urval***

100 patientjournaler, på tre SÄBO i mellan Sverige, granskades utifrån kriteriet att patienten bott där en månad innan byte till nytt journalföringsprogram samt en månad efter byte av journalsystem.

### ***Datainsamlingsmetod***

Journalgranskning av 100 avidentifierade patientjournaler på tre SÄBO i mellan Sverige. Granskningen skedde utifrån en granskningsmall (bilaga 1) där följande studerades: demens- eller somatisk-avdelning, läkemedelsnamn, styrka, dos, orsak till att medicinen givits, effekten av medicinen, yrkestillhörighet på dokumenteraren samt gammalt/nytt journalsystem. De 100 journalerna granskades två gånger. De granskades innan byte till nytt journalföringsprogram samt en månad efter byte av journalsystem.

### ***Tillvägagångssätt***

Tillstånd för studien inhämtades från verksamhetschefer på de tre SÄBO:na.

Sjuksköterska på SÄBO skrev ut och avidentifierade journalerna. Därefter granskades journalerna enligt granskningsmall (bilaga 1). Varje journal granskades under två perioder, en månad i det gamla journalsystemet och en månad i det nya journalsystemet, detta för att kunna jämföra och beskriva likheter och skillnader i olika journalsystem. Vid varje granskning fylldes granskningsmallen i. Datum som granskades var första mars till sista mars 2007 samt första juni till sista juni 2007.

## *Dataanalys*

Data bearbetades och analyserades med hjälp av statistikprogrammet SPSS 17.0. Beskrivande statistik i form av antal och procent samt jämförande statistik (chi-square).

## *Forskningsetiska överväganden*

Ingen identifiering av enskilda personer var möjlig då journalerna var helt avidentifierade under hela studien. Journalerna skrevs ut av sjuksköterska på de aktuella boendena och avidentifierades innan de nådde forskaren. Etiska övervägande har gjorts utifrån Helsingforsdeklarationen (2004).

## **Resultat**

Resultatet kommer att redovisas utifrån frågeställningarna. För att kunna svara på frågeställningen: ” Hur dokumenteras vid behovsmedicinering på SÄBO utifrån lagstiftningen så att god och säker vård kan ges?” krävs ett sammanställande av flera variabler. Variablerna läkemedelsnamn, styrka, dos, orsak, utvärdering nämns i löpande text i procentform för att ge en helhetssyn på dokumentationens brister.

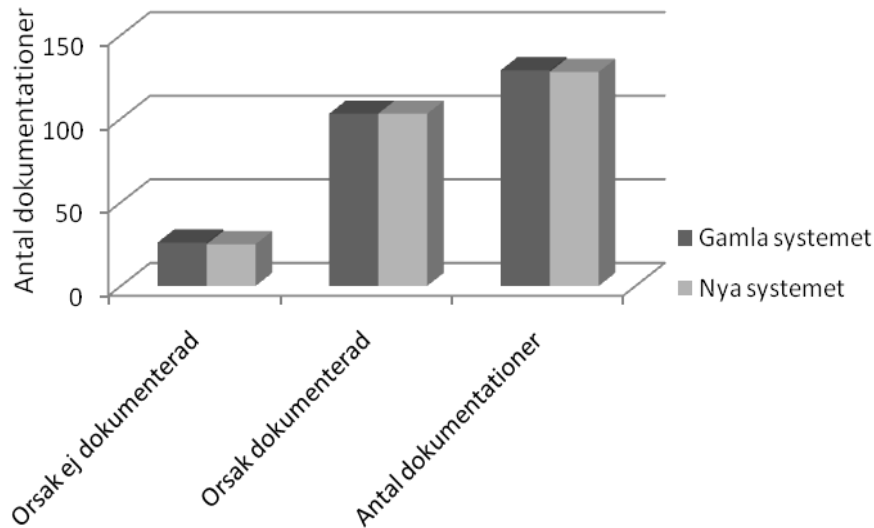
100 journaler granskades under två tillfällen vilket ledde till 200 journalgranskningar. 123 av dessa hade ingen dokumentation rörande behovsmedicinering. I de övriga 77 journalgranskningarna hade 257 anteckningar gjorts rörande vid behovsmedicinering. Som mest fanns det 24 anteckningar i en journal. Det vanligaste var att det fanns en anteckning per journal.

## *Gamla och nya dokumentationssystemet*

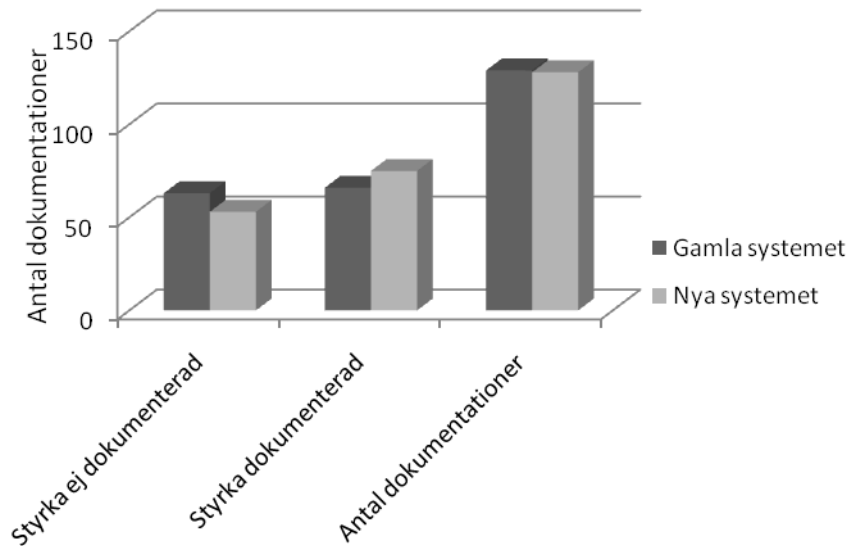
Inga signifikanta skillnader i dokumentationen kunde påvisas före och efter byte till nytt dokumentationssystem. Likheter visade sig i att dokumentationen så gott som var oförändrad efter systembytet. Orsak (Diagram 1) var angivet i 80 % av fallen i det gamla systemet samt i det nya. Styrka (Diagram 2) förekom i 51 % i det gamla samt 59 % i det nya.

Dos (Diagram 3) angavs i 54 % i det gamla systemet och 56 % i det nya. Utvärderad effekt (Diagram 4) dokumenterades i 36 % i gamla systemet och 46 % i det nya.

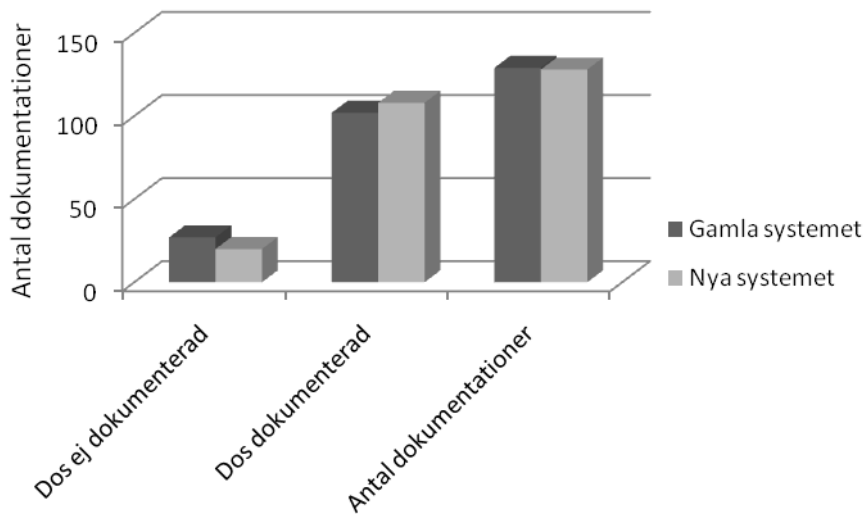
**Diagram 1: Dokumentation av orsak i gamla och nya systemet.**



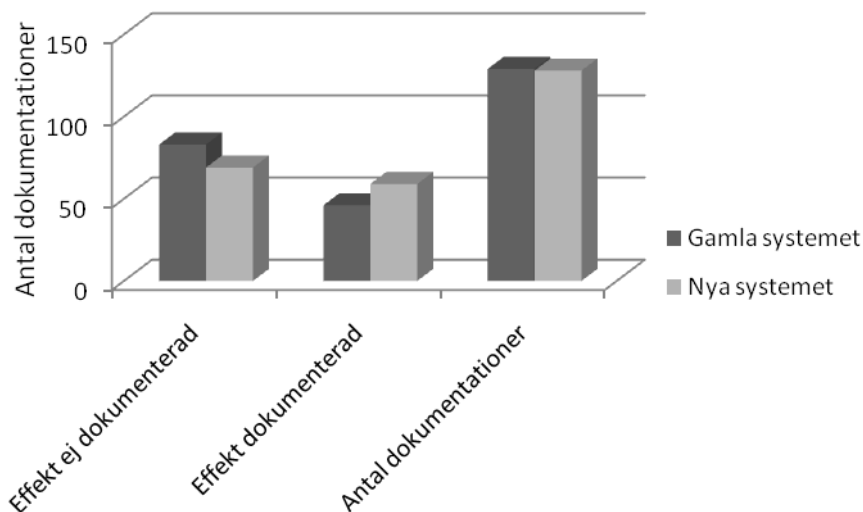
**Diagram 2: Dokumentation av styrka i gamla och nya systemet.**



**Diagram 3: Dokumentation av dos i gamla och nya systemet.**



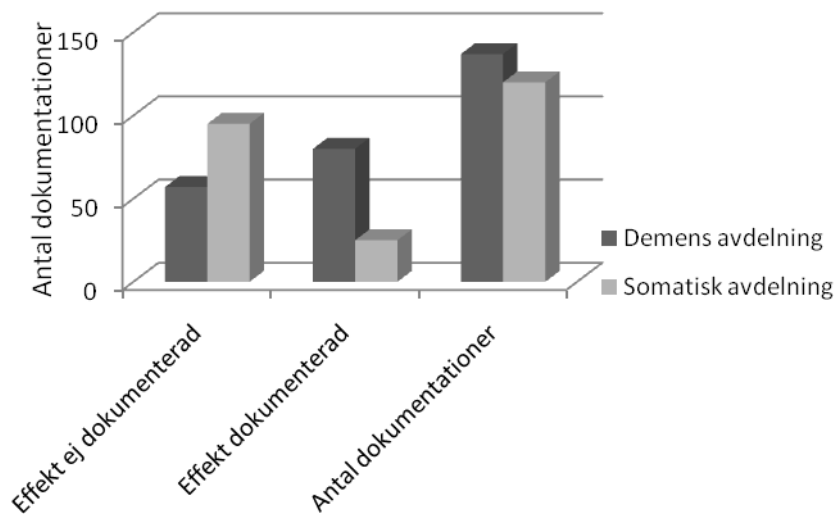
**Diagram 4: Dokumentation av effekt i gamla och nya systemet.**



### ***Demensboende mot somatiskboende***

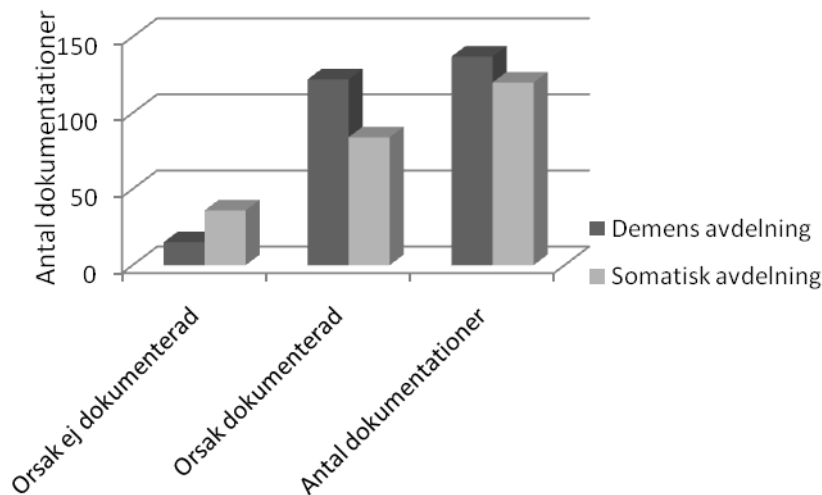
Den totala dokumentationen (både före och efter nytt datasystem) var signifikant bättre på demensboendena gällande utvärdering av effekt av given vid behovsmedicinering ( $p < 0,05$ ). 58 % av anteckningarna var utvärderade på demensboendena och 21 % på somatikboendena (Diagram 5).

**Diagram 5: Dokumentation av effekt.**



Signifikanta skillnader gick också att påvisa gällande dokumentation av orsaken till att vid behovsmedicin givits. Demensboendena var signifikant bättre på att dokumentera orsak ( $p < 0,05$ ) mot somatikboendena (Tabell 6). I 90 % av anteckningarna var orsak angivet på demensboendena och 70 % på somatikboendena.

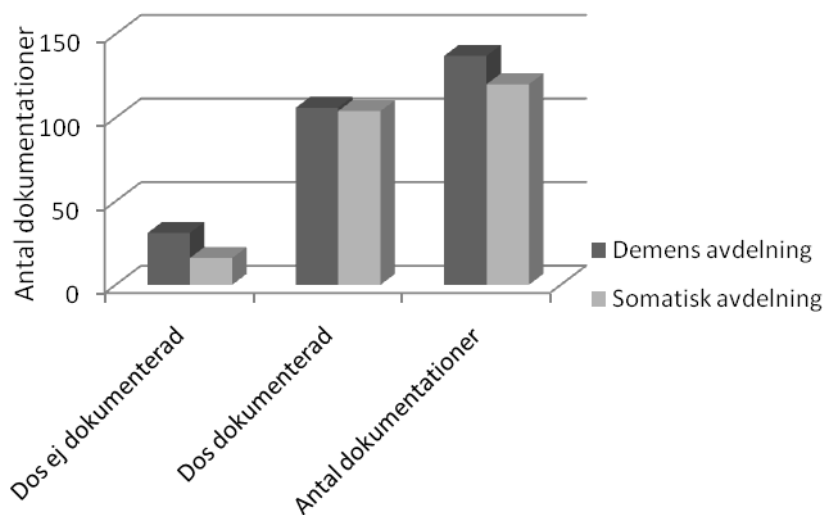
**Diagram 6: Dokumentation av orsak.**



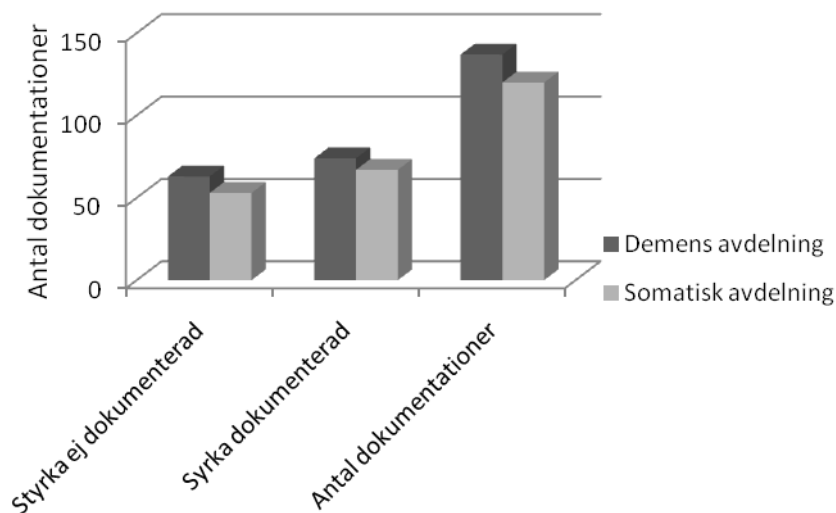
Ingen signifikant skillnad kunde påvisas utifrån dokumentation av dos samt styrka på demensboende respektive somatikboende. I 77 % av anteckningarna på demensboende angavs

dos motsvarande siffra var 88 % på somatikboende (Diagram 7). Styrka förekom i 54 % på demensboendena och i 56 % på somatikboendena (Diagram 8).

**Diagram 7: Dokumentation av dos.**



**Diagram 8: Dokumentation av styrka.**

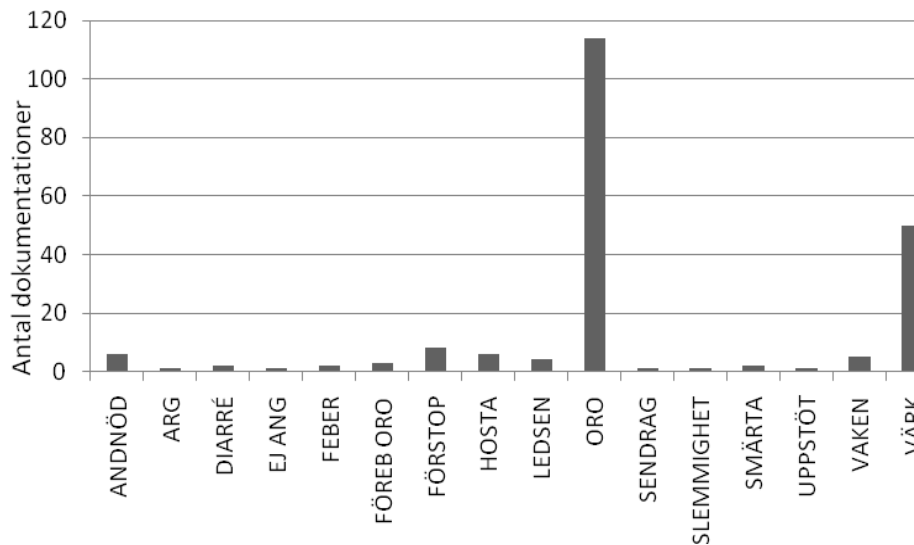




## God och säker vård

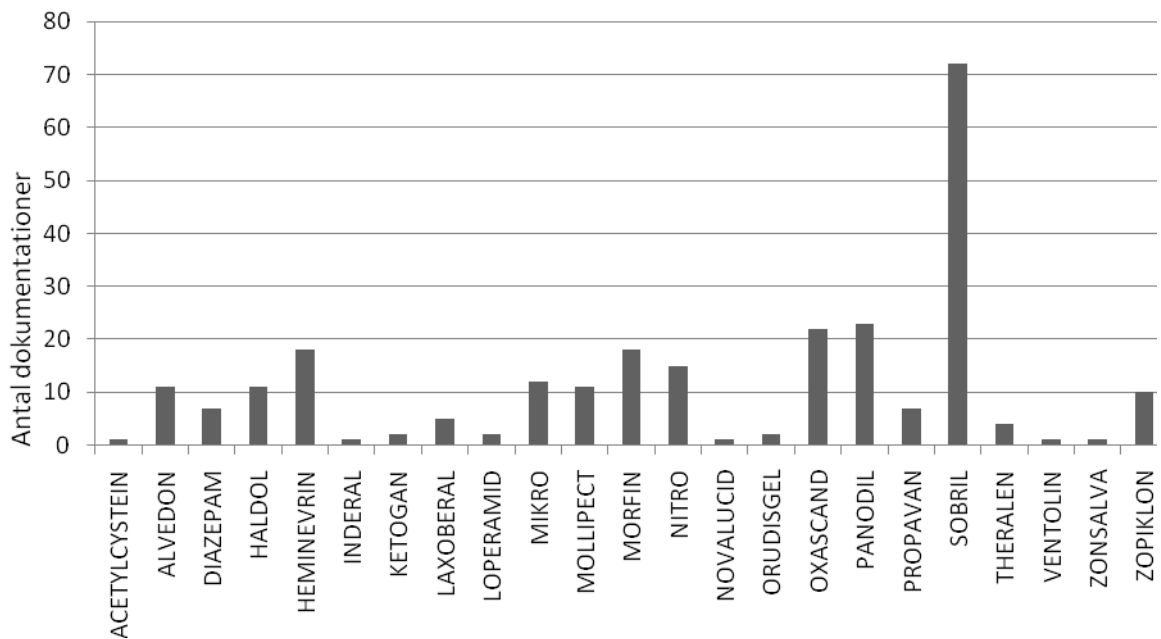
Vanligast förekommande anteckningen var läkemedelsnamn som förekom i 100 % av fallen följt av dos som angavs i 82 % av anteckningarna. Därefter kom orsak 80 %, styrka 55 % och utvärderad effekt 41 %. De vanligaste orsakerna till att vid behovs mediciner gavs var oro och värk (Diagram 9).

**Diagram 9: Orsaker till att vid behovsmedicinering givits.**



Den vanligaste medicinen som gavs vid behov var T Sobril. T Sobril angavs i 28 % av anteckningarna (Diagram 10). Det var två personalgrupper som hade dokumenterat att de givit vid behovsmediciner: undersköterskor samt sjuksköterskor. Undersköterskorna stod för 96 % av anteckningarna.

**Diagram 10: Förekommande läkemedel vid behovsmedicinering.**



## Diskussion

I resultatet av denna studie framkom att det fanns signifikanta skillnader i dokumentationen utifrån om det är ett demensboende eller ett somatikboende. Däremot framkom inga signifikanta skillnader i dokumentationen när det gamla och det nya datasystemet jämfördes. Läkemedelsnamnet var det som förekom mest i dokumentationen vid behovsmedicinering. Minst förekommande var anteckningar angående utvärderad effekt. Dokumentationen kring given vid behovsmedicinering är bristfällig på SÄBO.

## Resultatdiskussion

### *Det nya datasystemet*

Inga skillnader kunde utläsas efter att ett nytt datasystem introducerats. Varken försämringar eller förbättringar. När det nya systemet introducerades så var önskan att det skulle bli lättare att använda systemet och det skulle stimulera till ökad dokumentation vilket skulle leda till säkrare vård.

Likheterna visar sig i att trots byte av datasystem så dokumenterades det lika som förut. Varken mer eller mindre. Detta resultat är förbluffande då det under en annan studie som gjordes på tre olika boenden i Sverige framkom att dokumentationen förbättrades på flera punkter när datasystemet byttes. Skillnaden var förmodligen att personal som ingick i studien hade fått extra handledning i dokumentation samt att synen på vården ändrats till ett mera patientfokuserat synsätt från att ha haft ett mera sjukvårdande synsätt (Hansebo et al., 1999). Handledning och undervisning är viktigt när det gäller att dokumentation. I Bloms (2003) studie angav personal att anledningen till att de inte dokumenterade var att de inte hade tillräckligt med kunskaper i dokumentation. Personal vid boendena i denna studie har fått handledning i dokumentation men inte i samma utsträckning som i studien av Hansebo et al., (1999). Där det framkom att dokumentationen förbättrades på alla 12 punkterna efter att personalen bland annat fått undervisning i dokumentationsteknik. I denna studie saknades orsak till varför vid behovsmedicinering givits i 30 % av anteckningarna på somatikboende. Detta är en brist i dokumentationen då det inte går att utläsa varför medicinen är given och således går det ej heller att utvärdera om medicineringen har haft effekt. Bristfälliga anteckningar kan leda till brister i omhändertagandet av patienten (Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1992). En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård. Den skall vara ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av åtgärder som kan behöva vidtas. Journalen skall vara en informationskälla (Fröberg & Sundström, 2003).

### ***Demensboende mot somatisktboende***

Den totala dokumentationen (både före och efter nytt datasystem) var bättre på demensboendena gällande effekt och orsak jämfört med de somatikboendena. Dos och styrka var likvärdigt dokumenterat. Det förekommer att patienter aktivt feldosera mediciner för att få en önskad verkan (Griffiths et al., 2004). Detta är inte aktuellt inom SÄBO då det alltid måste ske en kontakt med sjuksköterska för att få ge vid behovsmediciner. Däremot så verkar det som att vissa patienter får samma medicin mot samma symtom vid många tillfällen utan att det ser ut som om medicinerna har effekt. Ingen dosjustering eller medicinbyte verkar ha gjorts där det förekommit många lika dokumentationer gällande samma patient med samma symtom dock är det osäker fakta då diskussion gällande medicinändringar i huvudsak skrivs in i läkarjournalerna vilka inte ingår i denna journalstudie.

Läkare och sjuksköterskor kan införskaffa specialitet inom geriatrik och undersköterskor har möjlighet att läsa fördjupningskurser i ämnet. Flera studier har kommit fram till att specialistutbildade sjuksköterskor inom geriatrik leder till att de äldre får en mera effektiv vård (Kelly et al., 2005; Harwood et al., 2002). Vården skulle bli mera effektiv och vårdtiderna skulle kortas om specialistsjuksköterskor skulle sköta om de äldre. En studie påvisade detta då sjuksköterskor som hade fördjupat sina kunskaper inom geriatrik gjorde bedömningar av vårdbehov snabbt, säkert samt hänvisade patienterna vidare till rätt instans vilket ledde till kortare vårdtider och effektivare vård (Harwood et al., 2002).

Många gånger så dokumenteras inte antalet tabletter (dos) som givits. När journalerna granskas så får granskaren känslan av att det är underförstått att när inte antalet nämns så är det en tablett som givits. Ej heller anges alltid styrkan. En av anledningarna är att inte alla preparat har styrkan med i sitt varunamn så som Mikro (mikrolax) samt Novalucid. På somatikboende är några av de boende så friska att de sköter nästan hela sitt vardagliga liv själva och forskaren kunde utläsa att vissa av anteckningarna var gjorda utifrån att den boende ville ha ett specifikt läkemedel men ville inte berätta varför. Således uteblev dokumentationen gällande orsak och effekt. Detta sågs endast i enstaka fall och torde inte ha påverkat resultatet.

### ***God och säker vård***

För att kunna göra utvärderingar, om den vård som givits har varit tillfredställande, så krävs bland annat god dokumentation. Syftet med dokumentation, enligt lagen, är att bidra till en god och säker vård av patienten (SFS, 2008:355). I denna journalstudie granskades 257 journalregistreringar varav endast 41 % innehöll utvärdering av effekten av given medicin. Studien påvisade att det är svårt att bidra till en god och säker vård genom att läsa journalanteckningarna då de inte är kompletta. I de anteckningar som granskades i denna studie så var det en mycket liten del av anteckningarna som innehöll information så att det ger möjlighet för en läkare att utvärdera om patienten har fått rätt dos, rätt styrka utifrån rätt orsak samt om medicinen har haft den effekt som eftersträvats. Paterson och Zderad (1988) menar att en i praktiken väl utförd omvårdnad men ej dokumenterad, är en omvårdnad som inte existerar. Vissa anteckningar, så som Micro (Microlax som är laxerande), var knapphändigt dokumenterade gällande orsaken till att den givits. Anledningen torde vara att

dokumenteraren ansett att annan vårdpersonal har kunskap om varför Micro ges och underlåtit att dokumentera orsaken då den förefaller självklar. I Malmström och Söderholms (2002) pilotstudie framkom att det saknades uppgifter i dokumentationen rörande varför medicinen skulle intas.

Enligt lag så skall vården, så långt det är möjligt, utformas i samråd med patienten (SFS, 1998:531). Resultatet i denna studie visar att personal på demensavdelningar var signifikant bättre på att dokumentera effekt samt orsak mot det som dokumenterades på somatikavdelningarna. Anledningen till detta kan vara att personalen på demensavdelningarna utvärderar effekten genom att med egna uppfattningar uppskattar effekten av given medicin. Somatiskt sjuka patienter kan själva berätta hur de känner och därför finns inte samma behov av dokumentation då vem som helst som frågar patienten hur den mår troligen kommer att få ett korrekt svar. Detta gör att en läkare kan intervjua en somatiskt sjuk patient vilket inte är lika lätt med en patient som har en långt gången demens. Aremyr (2005) beskriver att den som har en demenssjukdom ibland har svårt att berätta vad hon eller han vill och dessutom svårt att förstå vad samtalspartnern vill framföra. På demensavdelningar kan patienter inte alla gånger kommunicera sina smärtupplevelser/oro till omgivningen, utan de är beroende av observant vårdpersonal (Riksronde, 1997).

Blom (2003), Ehnfors & Thorell-Ekstrand (1992) samt Fröberg & Sundström (2003) är eniga om att dokumentation som inte är korrekt leder till att patienten inte får lika säker vård som denne skulle få om dokumentationen sköttes på rätt sätt. Sjuksköterskor skall ta emot information bland annat via dokumentation och föra den vidare till ansvarig läkare för att kunna ge en så god läkemedelsbehandling som möjligt utifrån den äldres varierande livssituation (SOSFS, 2001:17). Denna studie berör inte om patienten får en försämrad vård men utifrån resultatet går det att utläsa att det är mycket svårt att utvärdera medicinernas nytta mot patientens symtom på grund av brister i dokumentationen.

Vid behovsmedicinering var vanligast vid oro och T Sobril var det vanligaste förekommande läkemedlet vid dokumentationen. Detta kan ha relation till den undervisning som vårdpersonal erhållit. Undervisningen har belyst att orosmedicinering till äldre bör ges vid behov i stället för kontinuerligt då det kan leda till biverkningar i form av bland annat ökad fallrisk, förvirring och tillvänjning.

## Metoddiskussion

Hus 2 hade flest antal anteckningar (111st). Nästan dubbelt så många som hus 3 (68st). Hus 1 hade gjort 78st anteckningar under mätperioden. Detta kan ha påverkat resultatet. Om fortsatt forskning skall ske inom detta område så borde lika många anteckningar från varje hus tillföras studien för att få ett säkrare resultat om dokumentationens skillnad mellan olika boendeenheter. 137st anteckningar studerades utifrån demensavdelning och 120st anteckningar studerades utifrån somatikavdelningar. Det antalet är ganska jämnt fördelat och torde ej ha påverkat resultatet.

I granskningen ingick att studera ”Hur lång tid efter att medicinen givits utvärderades effekten”? Denna information gick inte att redovisa då mycket få tidshänvisningar var dokumenterade samt svårtolkade.

När journaler granskas utifrån bestämda datum samt endast utifrån omvårdnadsdokumentationen finns risk för att viktig information går förlorad i studien. För att undvikas detta i fortsatta studier så bör forskarna överväga att även studera läkarjournalerna under samma tidsperiod då mycket av läkemedelsutvärderingarna troligen dokumenteras av läkarna i läkarjournalerna och inte av sjuksköterskorna i omvårdnadsjournalen. De bestämda datumen skulle också ha kunna omspänna över en större tid för att ge ett säkrare resultat då materialet blir mera omfattande.

Vissa av de valda referenserna var av äldre årgång. Forskaren ville med det visa att problemet med brister i dokumentation har förekommit under en mycket lång tid. Det fanns dessutom mycket få studier som belyste brister i dokumentationen i samband med vid behovsmedicinering på SÄBO. Mycket finns forskat i ämnet läkemedel, biverkningar och äldre men mycket få studier går att finna som belyser det förebyggande arbete för att undvika biverkningar och sjukhusvård.

## Allmädiskussion

Resultatet i denna studie visade att det inte var datasystemet som i huvudsak var orsaken till brister i dokumentationen. Dokumentationen brast trots att vårdpersonal fått vara med i konstruktionen av datasystemet. En god och säker vård kan endast bedrivas om

dokumentationen efterföljs. En större satsning på handledning och utbildning till vårdpersonal behövs för att förändringsarbete skall kunna ske. Detta är ett säkert tillvägagångssätt som kommer att leda till en tryggare medicinsk vård på SÄBO.

### ***Fortsatt forskning***

Att ge en grupp personal extra utbildning i dokumentation och sedan följa upp den gruppen mot en grupp som inte hunnit få utbildningen och genom detta utvärdera hur stor del i dokumentationen som vilar på kunskap om datasystemet torde vara en intressant studie. Gärna så skulle den studien även innehålla intervjuer med berörd personal så att deras egen uppfattning av hinder och mål gällande dokumentation framkom. Mycket lite forskning är gjord utifrån vilken uppfattning vårdpersonalen har gällande dokumentation som arbetsredskap i vården av de äldre.

## Referenser

Apoteket (2009). *Handla på apoteket hemifrån*. Hämtad 6 mars, 2009, från Apoteket:

[www.apoteket.se/rd/d/5655](http://www.apoteket.se/rd/d/5655)

Aremyr, G., & Hallin, S. (2005). *Asta i inre och yttre balans*. Stockholm: Liber.

Baena, M.I., Faus, M.J., Fajardo, P.C., Luque, F.M., Sierra, F., Martinez-Olmos, J., et al. (2006). Medicine-related problems resulting in emergency department visits. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 62, 387-93.

Bates, D.W., Cullen, D.J., Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D., et al. (1995). Incidence of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events: Implications for Prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 274(1), 29-34.

Batty, G.M., Grant, R.L., Aggarwal, R., Lowe, D., Potter, J.M., Pearson, M.G., et al. (2003). Using prescribing indicators to measure the quality of prescribing to elderly medical in-patients. *Age and Ageing*, 32, 292-8.

Bergendal, A., Bergman, U., Helldén, A., Odar-Cederlöf, I., Oskarsson, P., Tesfa, Y., et al. (2005). *Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus*. Hämtad 15 februari, 2009, från Läkartidningen:

<http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=9064>

Bergman, Å., Olsson, J., Carlsten, A., Waern, M., & Fastbom, J. (2007). Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 9-14.

Bergström, A., Båtsman, S., Henricson, B., & Andreasen, N. (2001). *Läkemedelsöversyn på tre kommunala äldreboenden i Norrbotten*. Hämtad 10 maj, 2009, från Norrbottens läns landsting:

<http://www.nll.se/upload/IB/lg/hse/Norrbottens%201%C3%A4kemedelskommitt%C3%A9/Arkiv/Lakemedelsrevision.pdf>

Blom, T. (2003). *Sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation enligt VIPS-modellen*. [CD-uppsats]. Borlänge: Högskolan, Dalarna.



- Cornelius, C. (2004). Drug Use in the Elderly- Risk or Protection? Findings from the Kungsholmen Project. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 443-7.
- Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1992). *Omvårdnad i patientjournalen. FoU-rapport 38*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Elm, M., & Rolandsson, C. (2008). *Hur mår du med dina mediciner? – möjligheter och hinder för äldres delaktighet i läkemedelsbehandling*. [kandidat-uppsats]. Borås: Högskolan, Borås.
- Fastbom, J. (1999). Äldre människor mer känsliga för läkemedel än yngre. *Äldre i Centrum*, 2:8–10.
- Fastbom, J. (2001). Ökat läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. *Läkartidningen*, 14, 1674-9.
- Fastbom, J. (2006). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber
- Friberg, P. (2006). *Mall för kollegial granskning av omvårdnadsdokumentation inom äldreomsorg*. Umeå: Landstingets Grafiska.
- Fröberg, U., & Sundström, P. (2003). *Medicinsk Dokumentation 2003. Institutet för Medicinsk Rätt AB*. Lidingö: Grafiska huset.
- Furniss, L., Lloyd Craig, S.K., & Burns, A. (1998). Medication use in nursing homes for elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 433-9.
- Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 166–76.
- 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, 257-63.
- Gunningberg, L., Dahm, MF., & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Quality & Safty in Health Care*, 17, 281-5.

Hansebo, G., Kihlgren, M., & Ljunggren, G. (1999). Review of nursing documentation in nursing home wards- changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1462-73.

Harwood, R.H., Kempson, R., Burke, N.J., & Marrant, J.D. (2002). Specialist nurses to evaluate elderly in-patients referred to a department of geriatric medicine. *Age and aging*, 31, 401-4.

Helsingforsdeklarationen. (2004). *World medical association Declaration of Helsinki Document 17.B*. Hämtad 27 februari, 2009, från World medical association:  
<http://www.wma.net>

Kelly, T.B., Tolson, D., Schofield, I., & Booth, J. (2005). Describing gerontological nursing: an academic exercise or prerequisite for progress? *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 14, 3a, 13–23.

Laflamme, L., Möller, J., Engström, K., Mattsson, F., Sadigh, S., Hallqvist, J. (2006). *Utlösande faktorer till fallrelaterade höftfrakturer bland äldre*. Hämtad 10 maj 2009, från Statens Räddningsverk:  
<http://www.raddningsverket.se/upload/Om%20verket/Forskning/Slutrapporter/Orsaker%20och%20utl%C3%B6sande%20faktorer%20till%20fallrelaterade%20frakturer%20bland%20%C3%A4ldre.pdf>

Malmström, S., & Söderholm, M. (2002). Medicineringsprocessen, en pilotstudie med fokus på den äldre boendes intag av mediciner. *Vård i nordnord*, 1(63), 9-14.

Milisen, K., Foreman, MD., Wouters, B., Driesen, R., Godderis, J., Abraham, IL., et al. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. *Gerontological Nursing*, 28, 23-9.

Nazareth, I., Burton, A., Shulman, S., Smith, P., Haines, A., & Timberall, H. (2001). A pharmacy discharge plan for hospitalized elderly patients- a randomized controlled trial. *Age and ageing*, 30, 33-40.

Olsson, H., & Sörensen S. (2001). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

- Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1988). Humanistic nursing. *National League for Nursing*, 41, 1-5.
- Paul, E., End-Rodrigues, T., Thylén, P., & Bergman, U. (2008) Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen*, 35, 2338-42.
- Pitkala, K.H., Strandberg, T.E., & Tilvis, R.S. (2001). Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomized, controlled trial. *Drugs and aging*, 18, 143-9.
- Riksronden. (1997). Orsaken till att en åldersdement patient skriker kan vara smärtor. *Läkartidningen*, Vol 94, Nr 10.
- SFS 1982:763. *Hälso och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen.
- SOSFS 2001:17 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2004). *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Hämtad 15 februari, 2009, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6B9DA61E-F92C-46C8-BAC9-3A443EC1D2F8/3032/200410319.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2006). *Äldres omsorgsbehov och närhet till anhöriga: Äldres sociala nätverk avgörande för omsorgsbehovet*. Hämtad 6 mars, 2009, från Statistiska Centralbyrån: [http://www.scb.se/Pages/PressArchive\\_259759.aspx?PressReleaseID=163221](http://www.scb.se/Pages/PressArchive_259759.aspx?PressReleaseID=163221)
- Steinman, MA., Landefeld, CS., Rosenthal, GE., Berthenthal, D., Sen, S., & Kaboli PJ. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54, 1516-23.
- Wahlund, L-O. (2006). *Praktisk geriatrik*. Stockholm: Liber.

Westerbotn, M., Fahlström, E., Fastbom, J., Aguëro-Torres, H., & Hillerås, P. (2008). How do older people experience their management of medicines? *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 106-15.

## Bilaga 1

### Granskningsmall

Demensboende/somatisktboende, D eller S	
SÄBO+INRIKTNING exempel "Bergmästargården demensavd"	
Läkemedelsnamn, exempel "SOBRIL"	
Styrka, exempel "JA"	
Dos, exempel "JA"	
Orsak, exempel "ORO"	
Utvärderad effekt?, exempel "JA"	
Hur lång tid efter att medicinen givits, exempel "3 TIMMAR"	
Yrkes tillhörighet, exempel "USK"	
Granskad utifrån gamla/nya journalsystemet, exempel "GAMLA"	