



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

**Sjuksköterskors möjligheter till att utföra
Omvårdnadsdokumentation**

- Litteraturstudie

Emma Gunnarsson och Sandra Persson

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom Omvårdnadsvetenskap

Handledare: Eva Westergren
Examinator: Britt- Marie Sjölund

Sammanfattning

Bakgrund: Sjuksköterskan ska arbeta utifrån omvårdnadsprocessen och dess olika steg. För att kunna säkerställa en god och säker vård är sjuksköterskan enligt lag skyldig att dokumentera och föra journal över bedömningar och beslut som görs. Då dokumentationen har växt sig till att bli en av de största uppgifterna inom ansvarsområdet och kräver en helt ny kunskap av sjuksköterskan.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans möjligheter att utföra omvårdnadsdokumentation inom ramen för sin arbetstid samt göra en metodologisk granskning av de granskade artiklarnas datainsamlingsmetod.

Metod: Studien har genomförts som en litteraturstudie. Studien baserades på 13 artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Databaser som användes var Discovery, Cinahl, PubMed och Medline.

Huvudresultat: De mest förekommande faktorerna var tid, kunskap, språk och yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation. Tiden var en av de faktorer som spelade mest roll för att sjuksköterskan ska hinna dokumentera, men dokumentationen bortprioriteras ofta när många avbrott sker. Andra yttre faktorer som kan påverka är personalbrist, brist på kontorsmaterial, otillräckligt stöd från organisationen, hög arbetsbelastning och kunskapsbrist. Kunskap om omvårdnadsdokumentation bidrar till en mer välskriven dokumentation vilket bidrar till att mindre tid behövs till dokumentationen. Sjuksköterskans användande av ett standardiserat språk i dokumentationen kan även ses som ett hjälpmedel, men detta finns inte tillgängligt på alla avdelningar.

Slutsats: Omvårdnadsdokumentation är en viktig del av sjuksköterskans arbete och bör bli högre prioriterad inom tidsramen för sjuksköterskans arbetsdag. Det är ett viktigt område att studera då det finns många faktorer som påverkar sjuksköterskans möjligheter till omvårdnadsdokumentation. Det är viktigt att identifiera dessa faktorer då sjuksköterskan bör utveckla lösningar till de problem inom omvårdnadsdokumentation som finns i dagens sjukvård.

Nyckelord: omvårdnadsdokumentation, omvårdnadsprocess, sjuksköterska

Abstract

Background: The nurse is supposed to work from the nursing process and its various stages. In order to ensure a good and secure care nurses are legally bound to document and keep records of judgments and decisions that are made. As the documentation has grown to become one of the major tasks for the nurse it requires an entirely new knowledge.

Aim: To describe nurses possibilities to execute nursing documentation during their workday and to do a methodological review of the reviewed articles data collection method.

Method: This study is conducted as a literature review. The study is based on 13 articles with both qualitative and quantitative approach. Databases that were used was Discovery, Cinahl, PubMed and Medline.

Findings: The most occurring factors were time, knowledge, language and other factors which affects the possibility to document. Time was one of the factors that proved to be one of the most essential. There are a lot of interruptions and it is easy for the documentation not to be prioritized. Other factors that can affect nurses documentation is lack of personnel, lack of office supplies, not gaining enough support from the management, high workload and lack of knowledge. Knowledge about nursing documentation contributes to a more well-written documentation and less time spent on documentation. Nurse's use of standardized language can be seen as an aid, but this is not something that is available in all units.

Conclusion: Nursing documentation is an important part of nurse's responsibility and should be more prioritized within workday. This an important field to study due to all of the different factors that affect nurse's possibility to documentation. It is important to identify these factors as nurses should develop solutions to the problems concerning nursing documentation in today's healthcare.

Keywords: nursing documentation, nursing process, nurse

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Introduktion | 1 |
| - Sjuksköterskans arbete | 1 |
| - Teoretisk referensram | 1 |
| - <i>Dokumentationsmodell</i> | 2 |
| - Standardiserade vårdplaner | 2 |
| - Omvårdnadsdokumentation | 2 |
| - Problemformulering | 3 |
| - Syfte | 4 |
| - Frågeställningar | 4 |
| Metod | 4 |
| - Design | 4 |
| - Databaser | 4 |
| - Sökord, Sökstrategier och Urvalskriterier | 4 |
| - Urval | 5 |
| - Dataanalys | 6 |
| - Forskningsetiska överväganden | 6 |
| Resultat | 7 |
| - Sjuksköterskornas möjlighet att utföra omvårdnadsdokumentation | 11 |
| - <i>Tid</i> | 11 |
| - <i>Kunskap</i> | 12 |
| - <i>Språk</i> | 13 |
| - <i>Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation</i> | 13 |
| - Granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod | 14 |
| Diskussion | 15 |
| - Huvudresultat | 15 |
| - Resultatdiskussion | 16 |
| - <i>Tid</i> | 16 |
| - <i>Kunskap</i> | 16 |
| - <i>Språk</i> | 17 |
| - <i>Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation</i> | 18 |
| - Diskussion kring de valda artiklarnas datainsamlingsmetod | 19 |
| - Metoddiskussion | 20 |
| - Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag på fortsatt forskning | 22 |

- Slutsats

22

Referenser

23

Introduktion

Sjuksköterskan ska arbeta utifrån omvårdnadsprocessen och dess olika steg; datainsamling, omvårdnadsdiagnos, planering, genomförande och utvärdering (Socialstyrelsen 2005).

Sjuksköterskans arbete

I Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor beskrivs det tre typer av kunskaper som sjuksköterskan ska besitta. Dessa tre typer av kunskap är: *Arbetstekniska kunskaper* som inkluderar tekniska, organisatoriska, sociala och ekonomiska principer. *Yrkesteoretiska kunskaper* där traditioner och konventioner som yrket är grundat i är viktiga kunskaper. Den sista kunskapstypen är en *allmänbildad del* och inkluderar förmågan att kunna tolka och förstå sammanhanget arbetet befinner sig i.

Kommunikation är en viktig del för att kunna arbeta effektivt inom vårdlaget för att tillsammans kunna arbeta med andra yrkeskategorier och kunna delge dem rätt information, skapa kontinuitet, effektivitet och kvalitet i vården (Socialstyrelsen 2005).

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Den första etiska koden för sjuksköterskor antogs år 1953 av International Council of Nurses (ICN). ICN beskriver de fyra grundläggande ansvarsområdena som sammanfattar riktlinjerna för etiskt handlande. Kodens fyra områden är *sjuksköterskan och allmänheten*, *sjuksköterskan och yrkesutövningen*, *sjuksköterskan och professionen* och *sjuksköterskan och medarbetare*. Den etiska koden ska användas som vägledning för att enskilt eller tillsammans kunna reflektera och diskutera utifrån allmänhetens, yrkesutövningens, medarbetarnas och professionens perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening 2012).

Teoretisk referensram

Omvårdnadsprocessen kommer från den allmänna systemteorin som introducerades under 1930-talet av Von Bertalanffy. Omvårdnadsprocessen är en problemlösningsmodell som fungerar som en riktlinje för sjuksköterskans arbete med att planera och genomföra individuellt anpassade omvårdnadsplaner (IVP). Den essentiella informationen kring patientens omvårdnad dokumenteras av sjuksköterskan i journalen och i Sverige används VIPS-modellen för att dokumentera omvårdnaden (Florin 2011). Patientjournaler som är väl skrivna och genomförda är ett bra redskap för

utvärderingar och uppföljningar och detta skapar god kvalitet i vården i arbetet nära patienten (Socialstyrelsen 2008).

Dokumentationsmodell

VIPS är en dokumentationsmodell som grundar sig i omvårdnadsprocessen. Denna dokumentationsmodell bygger på fyra hörnstenar:

Välbefinnande- Att främja välbefinnande och hälsa anses vara grundläggande i omvårdnaden och verkar som synonym med livskvalitet.

Integritet- Den personliga, fysiska och sociala integriteten har fått en allt större del i den moderna sjukvården. Sjuksköterskan ska visa respekt för patienten som person, lyhördhet för människors olikhet och sårbarhet.

Prevention- Betyder förebygga, vilket inom sjukvården även innefattar att främja hälsan innan det kan bli en ohälsa.

Säkerhet- Att utföra en säker vård handlar allt ifrån att förhindra att patienter gör sig illa under vårdvistelsen till att ha ett gott tekniskt skydd för personuppgifter eller annan känslig information. Dessa begrepp finns med i både FN:s och WHO:s deklARATIONER så väl som i andra lagar och yrkeskoder (Ehnfors, 2000).

Standardiserade vårdplaner

Standardiserade vårdplaner (SVP) blev ett accepterat begrepp 2011 av Socialstyrelsen. Begreppet används av vården för att organisera vårdplaneringen kring patienter med specifika hälsoproblem och vårdbehov. Den innehåller rekommenderade hälso-sjukvårdsåtgärder för vård av patienter. Behovet av dessa planer uppkommer oftast som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen och kvalitetssäkringen (Socialstyrelsen 2011).

Omvårdnadsdokumentation

För att kunna säkerställa en god och säker vård är sjuksköterskan enligt lag skyldig att dokumentera och föra journal över bedömningar och beslut som ska genomföras (SOSFS 2008:355, SOSFS 2008:14). Det är vårdgivaren (en statlig myndighet så som landsting eller kommun) som är skyldig att säkerställa kvalitén och patientsäkerheten genom att utföra olika informationssäkerhetspolicys. Det innebär att informationen ska finnas tillgänglig för de som är behöriga, till exempel sjuksköterskor, samtidigt som de som ej är behöriga inte ska kunna få tillgång till uppgifterna som finns i

omvårdnadsdokumentationen (SFS 2010:659). Särskild personal som har ansvar för informationssäkerhetsarbetet ska utses. De ska med jämna mellanrum göra granskningar för att öka säkerheten genom att informera verksamheten om det behövs göras förbättringsåtgärder. Omvårdnadsdokumentation ska innehålla planerade behandlingar och redan genomförda behandlingar (SOSFS 2008:14). Professionen har utvecklats över tid och dokumentation har blivit en av de största uppgifterna för sjuksköterskan. Dokumentation av god kvalitet är en av de viktigaste delarna inom omvårdnadsyrket och ska beskriva patientens hälsa och vård, vilket ska kunna hjälpa sjuksköterskan i arbetet med att bland annat formulera omvårdnadsplaner och ta andra viktiga beslut (Blair & Smith 2012). Då vården är patientcentrerad ska sjuksköterskan även ha patientens egen uppfattning av sitt tillstånd och sin behandling i åtanke när dokumentationen genomförs. Sjuksköterskan ska inte lägga in egna värderingar i dokumentationen och bör tänka på vilka uttryck som används (Jefferies *et al.* 2010). I dagens sjukvård så har dokumentationen utvecklats avsevärt och sker numera oftast på datorer. Då dokumentationen har växt till att bli en av de största uppgifterna inom ansvarsområdet och kräver en helt ny kunskap av sjuksköterskan. En stor del av sin arbetstid måste sjuksköterskan sitta vid skrivbordet och föra in aktuell information i patientjournalen. Detta bidrar till minskad patientkontakt (Stevenson *et al.* 2010).

Problemformulering

Blair och Smith (2012) anser att tidsbrist och bristen på god omvårdnadsdokumentation kan leda till en försämrad kommunikation mellan personal, patienter och närstående vilket kan påverka patientsäkerheten negativt, något som även Evatt *et al.* (2014) poängterar. Även överrapportering mellan sjuksköterskor och även från sjuksköterska till annan personalgrupp kan komma att bli lidande av detta problem. Om sjuksköterskan inte har den kunskap som krävs för att hantera det datasystem som används för att dokumentera så kommer omvårdnadsdokumentationen bli lidande. Omvårdnadsdokumentation är en stor och viktig del i sjuksköterskans profession (Evatt *et al.* 2014). För att kunna genomföra en patientsäker vård och omvårdnad är det av stor vikt att omvårdnadsdokumentationen genomförs och att dokumentationen är väl genomförd och innehållsrik för att en god patientsäkerhet ska kunna uppnås. Detta visar att det saknas kunskaper om sjuksköterskans möjlighet till att påverka de faktorer som inverkar på sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation och därmed möjligheten till ökad patientsäkerhet. Författarna till denna studie ser det därför som betydelsefullt att

göra dessa faktorer synliga; både för att se de positiva sidorna, men även för att kunna utveckla lösningar till de problem som kan uppstå och påverka sjuksköterskas omvårdnadsdokumentation.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva sjuksköterskans möjligheter att utföra omvårdnadsdokumentation inom ramen för sin arbetstid samt göra en granskning av de valda artiklarnas datainsamlingsmetod.

Frågeställningar

- 1: Vad påverkar sjuksköterskans möjligheter att utföra omvårdnadsdokumentation?
- 2: Hur beskrivs den metodologiska aspekten datainsamlingsmetod i de granskade artiklarna?

Metod

Design

Denna studie har genomförts som en beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck, 2012).

Databaser

Studien grundar sig på artiklar som handlar om sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnadsdokumentation. Sökningarna har gjorts i databaserna Discovery, CINAHL, Pubmed och Medline. De två sista är enligt Polit och Beck (2012) lämpliga databaser vid vårdvetenskaplig forskning.

Sökord, Sökstrategier och Urvalskriterier

I artikelsökningen inkluderades artiklar som var maximalt fyra år gamla för att få aktuell information samt för att minska antal sökträffar. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, finnas i fulltext och vara begränsat med begreppet Human. Dock fanns inte begreppet Human på databasen Discovery. De artiklar som svarade på syfte och frågeställning inkluderades. De artiklar som inte svarade på syfte och frågeställning samt review artiklar exkluderades från studien. Sökorden som användes var nursing, documentation, experience, attitude och electronic health record. Dessa termer kombinerades med den booleska söktermen AND (Willman *et al.* 2011).

Tabell 1. Sammanställning av sökresultat

| Databas | Söktermer | Antal träffar | Valda källor (exl. Dubletter) |
|--------------------|--|----------------------|--------------------------------------|
| MedLine via Ebesco | Nursing AND documentation AND experience | 46 | 2 |
| MedLine via Ebesco | Nursing AND documentation AND experience AND attitude | 13 | 1 |
| Cinahl | Nursing AND documentation AND experience | 63 | 5 |
| Cinahl | Nursing AND documentation AND experience AND attitude | 28 | 1 |
| PubMed | Nursing AND documentation AND experiences AND attitude | 17 | 1 |
| Discovery | Nursing AND documentation AND experience | 373 | 1 |
| Discovery | Nursing AND documentation AND experience AND attitude | 71 | 1 |
| Discovery | Nursing AND documentation AND experience AND attitude AND electronic health record | 9 | 1 |
| Totalt | | | 13 |

Urval

Författarna läste först rubrikerna i artiklarna. Utifrån rubrikerna valdes 32 artiklar ut för vidare granskning. Sedan lästes sammanfattningen av artiklarna. Efter att ha läst sammanfattningen av de 32 artiklarna valdes 22 artiklar ut baserat på att dessa svarade mot studiens syfte och frågeställningar. De tio artiklarna som valdes bort berodde på att fyra av artiklarna var review artiklar och sex av artiklarna svarade inte på syfte och frågeställning 1. Om sammanfattningen stämde överens med syftet och frågeställningarna så lästes hela artikeln igenom. Efter att ha läst igenom de 22 artiklarna valdes 16 artiklar ut som lämpliga för resultatet. De sista sex artiklarna som exkluderades var på grund av att de inte svarade mot syfte och frågeställning efter en grundligare granskning. De 16 artiklarna granskades av författarna både enskilt och tillsammans. Slutligen valdes 13 artiklar ut av 16 efter granskning då två artiklar fortfarande inte svarade på syfte och frågeställningarna och en artikel visade sig vara en dubblett.

Dataanalys

13 artiklar valdes ut för denna litteraturstudie. Det var tre kvalitativa (Jansson *et al.* 2011, Berland *et al.* 2012, Stevenson & Nilsson 2012), sex kvantitativa (Gabr 2010, Conrad *et al.* 2012, Svensson *et al.* 2012, Jakobsson & Wann-Hansson 2013, Kirkendall *et al.* 2013, Odutayo *et al.* 2013) och fyra var blandade kvantitativa och kvalitativa studier (Chao & Goldbort 2012, Ofi & Sowunmi 2012, Baillie *et al.* 2013, Blake-Mowatt *et al.* 2013). Artiklarna delades genom färgkodning in i fyra olika teman vilket Polit och Beck (2012) anser är en bra analysmetod vid litteraturstudie. Dessa teman var *Tid, Kunskap, Språk* och *Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation*. Resultatpresentationen indelades utifrån dessa fyra teman och som sedan användes som rubriker i resultatet. Analyseringen av de 13 artiklarna skedde genom sammanställning av essentiell fakta som presenteras i tabell 2 och tabell 3 utifrån givna rubriceringar för att få en översikt av innehållet i artiklarna. Analystabellerna innehåller rubrikerna Författare/År/Titel, Syfte, Design, Undersökningsgrupp, Datainsamlingsmetod, Dataanalys och Resultat. En sammanfattning av artiklarna fördes in under respektive rubrik i den aktuella tabellen.

Den andra frågeställningen i studien är en granskning ur en metodologisk aspekt. De valda artiklarnas granskades utifrån respektive artikels datainsamlingsmetod vilket finns presenterat i tabell 4. Författarna granskade om de valda artiklarna hade använt sig av frågeformulär, intervjuer eller fokusgrupper, vilket finns vidare beskrivet i Polit och Beck (2012). Granskningen av artiklarna genomfördes utifrån Polit och Becks (2012) hänvisningar i hur granskning av artiklar ska ske.

Forskningsetiska överväganden

Författarna har haft som målsättning att objektivt granska artiklarna, vilket innebär att egna åsikter inte ska ha färgat examensarbetet. Tydliga referenser och tabeller över data användes för att läsarna ska kunna ta del av och kunna granska examensarbetet på ett enkelt sätt och undvika fråga om plagiering. Noggrann analys av artiklar har skett av båda författarna både enskilt och tillsammans för att minska risken för missuppfattning och feltolkning så att det valda materialet redovisas så sanningsenligt som möjligt. Författarna har även tagit del av de etiska koder och riktlinjer som beskrivs enligt Polit och Beck (2012), samt granskat så att de valda artiklarna är etiskt godkända.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån de två frågeställningarna i tabellform och löpande text. Den första frågeställningen presenteras utifrån fyra teman: *Tid, Kunskap, Språk* och *Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation*. Den andra frågeställningen presenterar den metodologiska granskningen av artiklarnas datainsamlingsmetod.

Tabell 2 Sammanställning av artiklarna till resultatet

| Författare /År | Titel | Design | Undersökningsgrupp | Dataanalys |
|---|---|--|--|---|
| Baillie, Chadwick, Mann, & Brooke-Read (2013) | A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice | Kvantitativ och kvalitativ ansats Design anges ej. | 215 sjuksköterskestudenter deltog frågeformuläret Fokusgrupp A: 5 sjuksköterskestudenter inom psykiatri, B: 6 barnmorskestudenter, C: 6 sjuksköterskestudenter | Tematisk analys Pearson's chi-squared test |
| Berland, Holm, Gundersen & Bentsen (2012) | Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses | Explorativ kvalitativ design | Fyra fokusgrupper bestående av 20 Sjuksköterskor, kvinnor, 23-56 år. Medelåldern 31 år. Sjuksköterskornas arbetslivserfarenhet inom hemsjukvården var 1-12 år, med ett medelvärde på 6 års erfarenhet. | Tematisk analys |
| Blake-Mowatt, Lindo, & Bennett (2013) | Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital | Kvantitativ och kvalitativ ansats Beskrivande tvärsnitts design | Fokusgrupper. 12 Sjuksköterskor (fyra från varje avdelning) | Tematisk analys |
| Chao & Goldbort (2012) | Lessons Learned from Implementation of a Perinatal Documentation System: Implementation of a Perinatal Documentation System | Kvantitativ och kvalitativ ansats Design anges ej. | 26 sjuksköterskor före implementering. 21 efter implementeringen. | Cronbach's alpha |
| Conrad, Hanson, Hasenau, & Stocker-Schneider (2012) | Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health | Kvantitativ ansats Design anges ej. | 703 sjuksköterskor deltog i den slutgiltiga analysen. | Sperman's r. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | record by the ambulatory care nurse practitioner | | | |
| Gabr (2010) | The effect of computerized patient records on nurses' time spend on documentation in inpatient units | Kvalitativ ansats Tvärsnittsdesign | 39 sjuksköterskor, varav 18 hade "diplom" i kirurgiska enheten, 13 inom medicinska enheten. 8 hade bachelor examen - 6 i kirurgiska enheter och 2 i medicinska enheter. | Innehållsanalys |
| Jakobsson & Wann-Hansson (2013) | Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study | Kvantitativ ansats Beskrivande tvärsnitts design | 116 sjuksköterskor deltog. Medelåldern i totala urvalet var 37 år (intervall 22 -65), Och 98 sjuksköterskor (84,5%) var kvinnor. 63 sjuksköterskor (54,3%) hade erfarenhet av > 5 år, och 52 (44,8%) hade arbetat > 5 år på nuvarande vårdavdelning. | Chronbach's alpha |
| Jansson, Pilhamar & Forsberg (2011) | Factors and Conditions That Have an Impact in Relation to the Successful Implementation and Maintenance of Individual Care Plans | Kvalitativ ansats Retrospektiv utforskande design | 15 sjuksköterskor ställde upp på intervjuerna | Innehållsanalys PARIHS framework |
| Kirkendall, Goldenha, Simon, Wheeler, & Spooner (2013) | Transitioning from a computerized provider order entry and paper documentation system to an electronic health record: Expectations and experiences of hospital staff | Kvantitativ ansats Design anges ej. | Läkare, sjuksköterskor, andra hälso-sjukvårdspersonal. 377 deltagare vid första mättillfället. 983 deltagare vid andra mättillfället | Cronbach's alpha. T-test. |
| Odutayo, Olaogun, Oluwatosi n & Ogunfowokan (2013) | Impact of an Educational Program on the Use of Standardized Nursing Languages for Nursing Documentation Among Public | Kvantitativ ansats Kvasi-experimentell design | 40 sjuksköterskor deltog 20 i experiment gruppen och 20 i kontrollgruppen. Båda könen deltog. | Modifierad "Muller-Staub Q-DIO instrument" T-test |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | Health Nurses in Nigeria | | | |
| Ofi & Sowunmi (2012) | Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria | Kvantitativ ansats Beskrivande design. | 150 sjuksköterskor. I åldrarna 38-43 år. Båda könen deltog. | Är ej beskriven. |
| Stevenson & Nilsson (2012) | Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study | Kvalitativ ansats Utforskande design | 21 sjuksköterskor deltog. | Innehållsanalys |
| Svensson, Ohlsson & Wann-Hansson (2012) | Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy | Kvantitativ ansats Design anges ej. | Totalt 29 sjuksköterskor. | Chronbach`s alpha Mann-Whitney U-test |

Tabell 3 Artiklarnas syfte och resultat

| Författare | Syfte | Huvudresultat |
|--------------------------------------|---|--|
| Baillie, Chadwick, Mann, Brooke-Read | Att undersöka sjuksköterskestudenters och barnmorskors upplevelser av att lära sig att använda sig av elektroniskt journalsystem i praktiken. | Resultat presenterades utifrån två teman. 1) Förberedelser inför att använda elektroniskt journalsystem och utveckling av färdigheter. 2) Tillgång till elektronisk journalföring och involvering. Studenterna hade olika erfarenheter och möjligheter av att använda sig av elektronisk journalföring, träna på elektronisk journalföring och få handledning av mentorer. Slutsatsen var att studenter måste få mer träning inom dokumentation och användning av elektroniskt journalsystem när det finns. Sjukvården och universitet bör samarbeta så att båda parter känner sig säkra på att studenterna har tillräcklig med kunskap inom detta område. |
| Berland, Holm, Gundersen. & Bentsen | Att utforska hemsjukvårds-sjuksköterskors upplevelser av patientsäkerhet av deras vård i hemmet till äldre patienter. | Ett huvudtema identifierades: Kampen om ansvar i olika situationer. Den består av fem underteman: dålig arbetsmoral och arbetsmoral; dokumentation; Bristen på fungerande ledarskap; kompetens; och brist på uppdaterade rutiner och riktlinjer. Patient säkerheten äventyras på grund av brister i ledarskap, ansvar mellan ledarskap, på rutiner, på uppdaterade rutiner, och på kunskap och utbildning bland sjukvårdspersonal. |
| Blake-Mowatt, Lindo & Bennett | Att granska kvaliteten av dokumentation metoder, för att testa vår hypotes och utforska om det finns faktorer som påverkar dokumentationen. | Det var en hög standard i korrektheten i dokumentens utföranden. Sjuksköterskorna känner igen de riktlinjer och policys som gäller för dokumentation. Det fanns svagheter i utskrivningsplaner och patient undervisningen. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att hinna med att dokumentera då de skulle svara i telefon eller hjälpa |

| | | |
|--|---|--|
| | | studenter. Men att den höga arbetsbelastningen spelar även in i vad de hinner med. |
| Chao & Goldbort | Att beskriva processen och resultatet före och efter implementering av elektronisk dokumentation. | Observationerna visade inte på någon signifikant skillnad var det gällde kontakten med patienten. Men det verkade som personalen hade mer negativa kommentarer kring elektronisk data föring efter än innan. Undervisning verkar vara en nyckelfaktor för att det ska gå bra. |
| Conrad, Hanson, Hasenau & Stocker-Schneider | Att identifiera de uppfattade barriärer att kunna dokumentera omvårdnaden och utnyttjandet av standardiserat språk hos pol sjuksköterskor. | Många sjuksköterskor värderar den medicinska biten av arbetet lika högt som omvårdnaden, men är inte lika bekanta med att dokumentera detta med ett standardiserat språk. Över 63% använder sig av elektronisk dokumentation och hälften av den var bekväma med det. Barriärerna som fanns var brist i uppmuntran, tid, tillgängligheten och tron i att standardiserat språk är viktigt i dokumentationen. |
| Gabr | Att bedöma tiden sjuksköterskor lägger på dokumentation före och efter Införandet av datoriserad patientjournal (CPR) system på slutenvårds enheter på Onkologiskt centrum, Mansoura universitet. | Studien visade att det fanns en procentuell skillnad på tiden som sjuksköterskorna spenderade på dokumentationen före samt efter användning av datoriserad patientjournal. En minskning i dokumentation tillåter ökad tid direkt patientvård. De flesta sjuksköterskor rapporterade att datoriserad patientjournal hjälper till att upprätthålla patientens integritet och sekretess, låter dem ha mer direkt vårdkontakt och förbättra patientdokumentation. Hinder var att utrymmet i patient salarna inte var tillräckligt stort för att använda dato. Sjuksköterskorna behövde skriva ner på papper först och sedan föra över till dator. Det framkom även att det var många avbrott som störde: skiftbyte, långsamt datasystem, distraktioner under läkarrundor och frekventa driftstopp. |
| Jakobsson & Wann-Hansson | Att undersöka sjuksköterskors uppfattning kring att jobba med SVP med tanke på använda vänlighet, dokumentering, kvaliteten av vården och implementeringen. | De rapporterade båda negativa och positiva effekter av att arbeta med SVP. Huvudsakligen var de flesta positivt inställda. Användarvänligheten var hög, det var lätt och enkelt att dokumentera utifrån SVP. Många uppfattade det som lite restriktivt i vad de fick skriva och svårt när patienterna inte passar mallen. Det fanns en uppfattning att den elektroniska modellen skulle vara mer effektiv från de som använder sig av pappers dokumentation. SVP uppfattas vara effektivt för ny examinerade sjuksköterskor som en extra påminnare av vad som ska göra med patienten. |
| Jansson, Pilhamar & Forsberg | Att utforska artetyderna och erfarenheterna hos sjuksköterskor och chefer för att få reda på vilka faktorer och förhållanden som påverkar en bra implementering av individuella vårdplaner i sjukhus och vad för strategier som används för att försäkra fortsatt användning. | För en bra implementering är det viktigt med ett bra ledarskap redan från början. Klara regler och instruktioner på tillväga gångsättet. Klara roller för de inblandade är även viktigt. Kunskap och möjligheter att utföra det är nyckel delar för kommunikation inom ämnet. Sjuksköterskorna såg inte det som viktigt att låta patienterna vara inblandade i de IVP. Men de tycker att IVP bidrar till högre säkerhet, bättre tillgänglighet och mer konsekvent vård. |
| Kirkendall, Goldenha, Simon, Wheeler & Spooner | Att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals uppfattning, förväntan och erfarenheter angående hur arbetsprocess, patientsäkerhet och omvårdnad påverkades när en vårdcentral bytte från en slags datoriserad journalföring (CPOE) till en full elektronisk journalföring. | Majoriteten av svarande var sjuksköterskor och personal som arbetar inom akuten. Resultat visade att attityder och förväntningar var mestadels positiva. Sjuksköterskorna hade en mindre positiva inställning än övrig personal till en början, men efter implementationen så minskade skillnaden. |

| | | |
|---|---|--|
| Odutayo, Olaogun., Oluwatosin & Ogunfowokan | Att mäta effekten av ett utbildningspaket för dokumentation av vård hos sjuksköterskor inom sjukvården. | Utbildning i standardiserade vårdplaner/språk ökar dokumentationen av vården. |
| Ofi & Sowunmi | Att fastställa utbredningen och användningen av omvårdnadsprocessen i dokumentation hos sjuksköterskor i tre sjukhus. | Den teoretiska kunskapen kring omvårdnadsprocessen fanns på de tre sjukhusen men verktygen för att använda dessa fanns ändats på ett av sjukhusen. På detta sjukhus användes det otillräckligt. Barriärer som framkom var sådant som personalbrist, brist kontorsmaterial, brister i organisationen, stor arbetsbörda och mycket att skriva. |
| Stevenson & Nilsson | Att undersöka sjuksköterskors uppfattning om användandet av ett elektroniskt journalsystem. Denna artikel tar upp patientsäkerhetsaspekt. | Den övergripande erfarenheten var positiv och att det hjälpte stärka patient säkerheten. Dock finns det en del kritik kring att ingen har frågat sjuksköterskorna tidigare hur de har uppfattat implementeringen. Det var bra att de smidigt kunde få tillgång till Fass direkt vid medicin delningen. Men att det är negativt att de kan se medicinerna dagar innan de ska ges och då kan det bli fel. Det är även svårt att ändra i journalen om något blivit fel. |
| Svensson, Ohlsson & Wann-Hansson | Att utvärdera utvecklingen och implementeringen av standardiserade vårdplaner för invasiv karotisbehandling. | I tre av 83 SVP fanns det brister i informationen som var dokumenterat, det fanns irrelevant information. Alla sjuksköterskor höll med om till viss grad var positivt till användningen av SVP. Tjugofyra av sjuksköterskorna upplevde restriktioner i användandet. Men alla upplevde det som mycket viktigt och till stor hjälp. |

Sjuksköterskornas möjlighet att utföra omvårdnadsdokumentation

Tid

I Gabrs (2010) studie framkom det att tiden som spenderades på dokumentation minskade i samband med implementation av elektroniskt journalsystem. Då mindre tid spenderades på dokumentation kunde mer tid läggas på den direkta patientvården vilket sågs som positivt av sjuksköterskorna. Förutom att elektroniskt journalsystem lät sjuksköterskorna ha mer tid med sina patienter så uttrycktes det även att systemet hjälpte till med att bevara patienternas integritet och sekretess, förbättrade kvalitén på vården och förbättrade dokumentationen. Jakobsson och Wann-Hansson (2013) och Svensson *et al.* (2012) anser att standardiserade vårdplaner gör det enklare för sjuksköterskor att dokumentera då det skapar en överblick över patienten. Det framkom att det blev lättare att prioritera och tiden som spenderades på dokumentation minskades. Sjuksköterskorna ansåg även att standardiserade vårdplaner bidrog till att dokumentationen var enklare och att mindre gick åt dokumentationen då sjuksköterskan inte skrev lika mycket överflödiga information.

Enligt Stevenson och Nilsson (2012) uttryckte sjuksköterskorna att mycket tid gick åt till dokumentationen. För att föra in viss information i journalsystemet så sjuksköterskorna var tvungna att skapa nya vårdplaner och var tvungen att göra nya

planer för varje observation, till exempel en vårdplan för blodtryck, en annan vårdplan för puls, en tredje vårdplan för andningsfrekvens och så vidare. Detta var väldigt tidskrävande och det var svårt att lära sig hela processen då det krävdes många steg innan personalen var klar med själva vårdplanen. Det var även svårare att få en överblick över patienterna då det krävdes många steg för att komma fram till den aktuella informationen i journalen och detta kunde ta lång tid. I en studie av Chao och Goldbort (2012) undersöktes sjuksköterskors uppfattning angående implementering av elektroniskt journalsystem. Uppfattningarna före implementeringen visade att sjuksköterskors trodde att systemet skulle bidra till att mindre tid skulle gå åt dokumentation och att mer tid kunde spenderas med patienterna. Efter implanteringen framkom det att sjuksköterskornas föregående uppfattning inte stämde helt överens med vad de tyckte efter implementeringen då mycket tid fortfarande gick åt dokumentationen. Eftersom alla avdelningar inte använde sig av elektroniskt journalsystem så användes handskrivna pappersjournaler fortfarande vilket dubblerade arbetet för personalen.

Förhållandet personalbrist och tid till att dokumentera är något som sjuksköterskorna i studien av Blake-Mowatt *et al.* (2013) tar upp. Där beskriver sjuksköterskorna att ibland hinner de inte dokumentera under dagen utan måste göra detta innan de slutar eller att de prioriterar bort att skriva vissa saker för att spara tid.

Kunskap

I studien av Blake-Mowatt *et al.* (2013) framkom det att personalen hade goda kunskaper om omvårdnadsprocessen och avdelningarnas riktlinjer. Dessa var presenterade när sjuksköterskorna började på jobbet. Sjuksköterskorna i studien visade även på att de förstod vikten av varför de ska dokumentera ut ifrån de lagar som finns. De använde sig av begreppet ” jobb som inte är dokumenterat har inte gjorts”.

Ofi och Sowunmi (2012) studie visade att personalen inte hade den kunskap som krävs kring omvårdnadsprocessen. Det framkom att en stor andel av personalen inte hade god kunskap om de fem stegen inom omvårdnadsprocessen; bedömning, diagnos, planering, implementering och utvärdering. När personalen hade lärt sig begreppen i omvårdnadsprocessen så tyckte mer än hälften av personalen på sjukhusen att det blev enklare att samla in information om patienten. Precis som Ofi och Sowunmi (2012) visade även Stevenson och Nilsson (2012) studie att det fanns svårigheter för

sjuksköterskor i att veta vart de ska dokumentera viss information. Det fanns ingen samstämmighet mellan olika avdelningar, och ibland inte heller på samma avdelning, om vart de skulle dokumentera viss typ av information. Det uttrycktes i intervjuer att det var svårt att veta vart information skulle dokumenteras då det gick att skriva samma sak på flera olika ställen inom journalsystemet. Detta sågs som ett problem av personalen då de inte visste vart informationen skulle föras in. Baillie *et al.* (2013) studie visar att sjuksköterskestudenter inte har den tillgång till elektroniskt journalsystem som krävs för att kunna lära sig och utveckla kompetens inom området. Det framkom att en mer formell utbildning inom elektroniskt journalsystem krävs för att den som färdig sjuksköterska ska känna sig bekväm med dokumentationen.

Språk

Ofi och Sowunmi (2012) och Odutayo *et al.* (2013) påvisar att omvårdnadsprocessen gav sjuksköterskorna ett gemensamt språk i hur de skrev dokumentationen. I Odutayo *et al.* (2013) studie fick sjuksköterskorna genomgå utbildning av standardiserat språk. Sjuksköterskornas dokumentation förbättrades och utbildning inom standardiserade språk sågs därför som betydelsefullt då en god dokumentation ökar kvaliteten på vården. Conrad *et al.* (2012) visar dock i deras studie att inte alla sjuksköterskor uppskattar ett standardiserat språk i dokumentationen. Vissa av sjuksköterskorna i studien uppfattade det som att termerna var föråldrade och besvärliga att använda. En annan viktig del var att det inte var tillgängligt för alla att använda sig av standardiserat språk i dokumentationen och att detta då skapar en barriär.

Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation

Individuella vårdplaner har givit sjuksköterskorna en möjlighet till kontinuitet i arbetet och gjort det lättare att kunna se patientens behov. Dessa individuella vårdplaner tillsammans med VIPS modellen har skapat en övergripande struktur i dokumentationen. Även att ha gemensamma utvärderingar av dokumentationen i personalgruppen var produktivt då kollegor kunde hjälpa varandra att upptäcka eventuella brister (Jansson *et al.* 2011). I en studie av Kirkendall *et al.* (2013) så visade det sig att ett byte till ett fullt elektroniskt datajournalsystem mottogs med positiva attityder och förväntningar både före och efter implementationen och det ansågs bland annat att det innebar bättre kvalitet och säkerhet för patientvården.

Det har framkommit att personalbrist, otillräckligt kontorsmaterial, otillräckligt stöd från organisationen, hög arbetsbelastning och kunskapsbrist är några faktorer som kan leda till en sämre dokumentation (Ofi & Sowunmi 2012). Även Gabr (2010) tar upp faktorer som påverkar dokumentationen. Bland annat ansågs det som problematiskt att inte fanns plats inne i patientsalarna för att kunna använda datorer vilket leder till att sjuksköterskorna först måste skriva på papper för att sedan föra över informationen på dator, vilket innebär dubbelt arbete. Distractioner såsom som avbrott på grund av skiftbyte och långsamt elektroniskt datasystem sågs också som störande i sjuksköterskornas arbete. I en studie av Berland *et al.* (2012) visade det sig att sjuksköterskor som arbetar inom hemsjukvården anser att skiftarbete kan påverka dokumentationen. Sjuksköterskorna hinner inte dokumentera klart innan nästa skift börjar, vilket gör att den nya personalen inte kan läsa rapporten förrän några timmar in på sitt pass. Enligt personalen påverkar detta självklart patientsäkerheten. Berland *et al.* (2012) uttryckte även att det fanns en dålig attityd hos kollegor när det handlar om dokumentation. Då vissa i personalstyrkan inte kände sig bekväm med det elektroniska datajournalssystem som användes så valde sjuksköterskorna att inte lära sig att hantera det aktuella datajournalssystemet. Detta kunde då leda till att viss information inte fördes fram förrän det var för sent eller att det inte fördes fram alls. Det uttrycktes att om information inte dokumenteras så kommer det leda till stora problem i arbetet och det var sjuksköterskans eget ansvar att se till att korrekt information fanns dokumenterat.

Granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod

Granskningen av artiklarnas datainsamlingsmetod presenteras i tabell och löpande text.

Tabell 4 Artiklarnas datainsamlingsmetod

| Författare | Datainsamlingsmetod |
|---|--|
| Baillie, Chadwick, Mann & Brooke-Read | Frågeformulär och fokusgrupper. |
| Berland, Holm, Gundersen & Bentsen | Fokusgrupp. Intervjuer som varade under 1,5-2 timmar. Den första författaren hade rollen som moderator och hjälpte deltagarna att hålla diskussionerna på rätt spår. Den sista författaren hjälpte bl.a. till med observation och ansvarig för att tekniken fungerade. Intervjuerna spelades in på band. |
| Blake-Mowatt, Lindo & Bennett | Fokusgrupp med semistrukturerade frågor. Granskning av 30 dokument. |
| Chao & Goldbort | Ett frågeformulär med öppna och slutna frågor. Observationer. |
| Conrad, Hanson, Hasenau & Stocker-Schneider | Frågeformulär. |

| | |
|--|---|
| Gabr | Två verktyg användes för datainsamling: "Nursing Activity Observation Study Sheet" och "Opinion Questionnaire Sheet" |
| Jakobsson & Wann-Hansson | Enkät med öppna och slutna frågor. Enkäten bestod av 23 poster, formulerade som påståenden och indelade i fyra områden: Användbarhet, Dokumentation, Kvalitet av vård och Genomförande. Varje uttalande hade en skala från instämmer helt (4) för att helt oense (1). |
| Jansson, Pilhamar & Forsberg | Semistrukturerade intervjuer som varade ca 20-45 min på avdelningen. |
| Kirkendall, Goldenha, Simon, Wheeler & Spooner | I-SEE frågeformulär användes. Frågeformuläret gjordes online under två tidsperioder; T1: 5 dagar innan implementationen av nya systemet, T2: 1 år efter implementationen. Det gick ett år mellan tillfällena. Frågeformulären skickades till hela sjukhuset. |
| Odutayo, Olaogun, Oluwatosin, & Ogunfowokan | Självifyllande frågeformulär med 18 frågor. Bedömning av dokumentationen. Ett hälso- utbildnings paket utvecklades. |
| Ofi & Sowunmi | Frågeformulär. 115 journaler granskades. |
| Stevenson & Nilsson | Fokusgrupper. Det var en öppnings fråga i övrigt skulle deltagarna prata fritt. |
| Svensson, Ohlsson & Wann-Hansson | Frågeformulär med 24 frågor uppdelade i fyra kategorier användbarhet, dokumentering, kvaliteten på vården och implementering. Det var en fyra punkters skala. |

Av de granskade artiklarna använde sig 7 artiklar (Chao & Goldbort 2012, Conrad *et al.* 2012, Ofi & Sowunmi 2012, Svensson *et al.* 2012, Jakobsson & Wann-Hansson 2013, Kirkendall *et al.* 2013, Odutayo *et al.* 2013,) av frågeformulär; 2 av dem använde sig av öppna och slutna frågor (Chao & Goldbort 2012, Jakobsson & Wann-Hansson 2013). I en av artiklarna (Ofi & Sowunmi 2012) använde de sig både av frågeformulär samt granskade journaler. Fokusgrupper användes av 3 artiklar (Berland *et al.* 2012, Stevenson & Nilsson 2012, Blake-Mowatt *et al.* 2013); Blake-Mowatt *et al.* (2013) granskade även journaler. Jansson *et al.* (2011) använde sig av intervjuer som datainsamlingsmetod. Baillie *et al.* (2013) använde sig av både frågeformulär och fokusgrupper medan Gabr (2010) använde sig av frågeformulär och observationer.

Diskussion

Huvudresultat

De mest förekommande faktorerna var tid, kunskap, språk och yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation. Tiden var en av de faktorer som spelade mest roll för att sjuksköterskan ska hinna dokumentera, men dokumentationen bortprioriteras ofta när många avbrott sker. Andra yttre faktorer som kan påverka är personalbrist, brist på kontorsmaterial, otillräckligt stöd från organisationen, hög arbetsbelastning och kunskapsbrist. Kunskap om omvårdnadsdokumentation bidrar till en mer välskriven dokumentation vilket bidrar till att mindre tid behövs till

dokumentationen. Sjuksköterskans användande av ett standardiserat språk i dokumentationen kan även ses som ett hjälpmedel, men detta finns inte tillgängligt på alla avdelningar.

Resultatdiskussion

Tid

Omvårdnadsdokumentation ses som en tidskrävande arbetsuppgift då sjuksköterskorna upplever att dem inte kan föra in patientuppgifterna på ett smidigt sätt i journalerna (Stevenson & Nilsson 2012). Standardiserade vårdplaner kan vara ett sätt att göra den tidskrävande dokumentationen smidigare. Detta för att det går fortare att hitta i dokumenten och att personalen vet om vart varje del ska finnas. Att den även kan användas som en checklista är även positivt särskilt för yngre nyutexaminerade sjuksköterskor som ej är lika säkra när det gäller prioriteringen av arbetsuppgifterna (Gabr 2010, Jakobsson & Wann-Hansson 2013). Svensson *et al.* (2012) studie beskriver de positiva effekterna av standardiserade vårdplaner. Det framkom att när standardiserade vårdplaner användes spenderades mindre tid åt dokumentationen. Trots standardiserade vårdplaner kan det uppstå problem då olika avdelningar inte använde sig av samma journalsystem. Dokumentationen fick då upprepas när de olika avdelningarna samarbetade med varandra vilket gjorde det hela mer tidskrävande (Chao & Goldbort 2012). Blake-Mowatt *et al.* (2013) studie visade att personalbrist har ett samband till tiden som sjuksköterskorna kan tillbringa med att dokumentera då dokumentationen ofta blir bortprioriterad på grund av andra arbetsuppgifter som kommer mellan, till exempel svara i telefon eller ombesörja patientens omvårdnadsbehov. Laitinen *et al.* (2014) studie visar att när sjuksköterskan ska ta sig tiden för att dokumentera så uppkommer ofta många distraktioner. Först och främst beror det på att sjuksköterskan måste gå från patienten till ett kontor för att dokumentera och på vägen kan sjuksköterskan bli uppehållen och detta minskar tiden som ska spenderas på dokumentationen. Både Blake-Mowatt *et al.* (2013) och Laitinen *et al.* (2014) anser att dokumentationen bortprioriteras på grund av avbrott.

Kunskap

Att kunskapen om omvårdnadsdokumentation finns hos sjuksköterskorna är något som Blake-Mowatt *et al.* (2013) visar på i deras studie. Där visste även sjuksköterskorna vikten av att dokumentera ur en ren laglig synvinkel. Att även ha en grundläggande

kunskap kring omvårdnadsprocessen kan hjälpa till med att visa vilka arbetsuppgifter sjuksköterskan utför under arbetsdagarna.

Det visar sig att det finns svårigheter i att göra bedömningar kring vilken rubrik som informationen ska föra in under och detta kunde vara ett tecken på att personalen inte hade kunskapen om omvårdnadsprocessen. Vad som även är tecken på kunskapsbrist i dokumentationshanteringen var att olika avdelningar hade skrivit samma information fast under olika rubriker (Ofi & Sowunmi 2012, Stevenson & Nilsson 2012).

Neary (2014) anser att omvårdnadsdokumentationen är en av de viktigaste delarna inom sjukvården, men att dokumentationen ofta saknar detaljer. Sjukvårdspersonal, som speciellt arbetar inom akutsjukvård, måste inneha kunskap och självförtroende för att kunna dokumentera på ett adekvat sätt. Att genomgå utbildning om vad dokumentationen ska innehålla kan förbättra omvårdnadsdokumentationen då den kan bli mer detaljrik och detta ökar patientsäkerheten. Jefferies *et al.* (2012) har i deras studie låtit sjuksköterskor ingå i fokusgrupper som fått extra utbildning i dokumentation med en handledare i två veckor. Efter utbildningen så uttryckte sjuksköterskorna att de kände sig mycket mer säkra och mer professionella i dokumentationen.

Dokumentationen som skrevs var mer specifik och mer detaljerad information om patienten fanns med. En mer detaljerad bild av patienten ger ett mindre utrymme för missförstånd mellan personalen.

Omvårdnadsprocessen är en problemlösningssmodell vilket kan ses som en viktig del i sjuksköterskans utbildning. Har sjuksköterskan den grunden skulle det hjälpa dem i deras beslut om var informationen ska skrivas i omvårdnadsdokumentationen (Florin 2011). Baillie *et al.* (2013) anser att en mer omfattande och formell utbildning i den elektroniska dokumentationen skulle kunna bidra till en mer enhetlig dokumentation och kan hjälpa personal att få rätt kunskap i vad som ska ingå i dokumentationen.

Språk

Det finns olika åsikter angående om standardiserat språk i dokumentationen. Ofi och Sowunmi (2012) studie visade att omvårdnadsprocessen gav sjuksköterskorna ett gemensamt språk när de dokumenterade. Även Odutayo *et al.* (2013) fann att efter utbildning av standardiserat språk så förbättrades sjuksköterskans dokumentation. Då dokumentationen förbättrades efter utbildning så kan det ses som viktigt att lägga mer krav på dokumentationsutbildning då en bättre dokumentation innebär en ökad kvalitet

på vården vilket bekräftas av Odutayo *et al.* (2013) studie. Jefferies *et al.* (2011) studie visar att när kunskap saknas om vad för språk som bör användas i omvårdnadsdokumentation så leder det ofta till missförstånd mellan vårdpersonalen. Det visade sig att användning av till exempel informella förkortningar och ofullständiga meningar kunde leda till minskade patientsäkerhet då det blev svårt att tyda vad som egentligen stod i journalen. Ofi och Sowunmi (2012) påvisade att kunskap om omvårdnadsprocessen ibland saknas hos sjuksköterskor och det påverkar i sin tur dokumentationen då denna kunskapslucka kan innebära en sämre dokumentation. Dock så är det inte alla som håller med om att ett standardiserat språk i dokumentationen är bra. Enligt Conrad *et al.* (2012) anser sjuksköterskorna att termerna som då används är föråldrade vilket försvårar dokumentationen. Användningen av ett standardiserat språk var inte heller tillgängligt för alla att använda och detta skapar då en barriär.

Yttre faktorer som påverkar möjligheten till omvårdnadsdokumentation

Det finns många faktorer som påverkar sjuksköterskans möjligheter till omvårdnadsdokumentation som kan vara svåra för sjuksköterskan att påverka. Ofi och Sowunmi (2012) anser att personalbrist, otillräckligt kontorsmaterial, inte tillräckligt med stöd från organisationen, hög arbetsbelastning och kunskapsbrist är några faktorer som kan leda till en sämre dokumentation. Även Jefferies *et al.* (2012) beskrev svårigheter med att slutföra dokumentation på grund av hög arbetsbelastning och störande moment som avbryter. Sjuksköterskorna uttryckte även misstro till att övrig sjukvårdspersonal inte läste dokumentationen då de upprepade gånger frågade saker som faktiskt stod i dokumentationen. Berland *et al.* (2012) tar upp att hur skiftarbete har en påverkan på dokumentationen då sjuksköterskorna inte hinner skriva klart tills nästa skift börjar. Detta kan bero på hög arbetsbelastning och att tid helt enkelt inte blir utsatt för att hinna med dokumentationen. Laitinen *et al.* (2014) anser att dokumentationen bör ske på plats inne i patientsalen med hjälp av trådlös teknik. Detta kan hjälpa sjuksköterskan att hinna med dokumentationen då det minskar risken för avbrott och sjuksköterskan behöver inte dubbeldokumentera, det vill säga att föra handskrivna anteckningar till datajournalen. Gabr (2010) anser att bytet till elektroniskt journalsystem kan ses som problematiskt då sjuksköterskorna blev tvungna att först skriva ned information på papper och sedan föra över på dator då det inte fanns plats inne i patientsalarna för datorer. Kirkendall *et al.* (2013) och Kelley *et al.* (2011) uttrycker dock att ett byte till elektroniskt journalsystem ansågs vara mer patientsäkert

och bidrog till bättre kvalitet på vården. Kelley *et al.* (2011) anser dock att mer studier behövs kring elektroniskt journalsystem och dess effekt på vården. Jansson *et al.* (2011) visar i sin studie att individuella vårdplaner tillsammans med VIPS-modellen har hjälpt sjuksköterskans dokumentation då det ger en struktur i dokumentationen vilket är underlättade. Jansson *et al.* (2011) tar även upp vikten av att ha utvärderingar för att personalen tillsammans ska kunna se vad som är bra respektive dåligt med dokumentationen. Detta kan vara en bra metod då Berland *et al.* (2012) visar att sjuksköterskorna ibland hade en dålig attityd gentemot dokumentationen på grund av de inte kunde hantera datasystemet som användes. Om sjuksköterskorna skulle använda sig av den metod Jansson *et al.* (2011) tar upp och hålla utvärderingar tillsammans i personalstyrkan så skulle det kanske kunna hjälpa de som känner sig osäkra inom dokumentationsområdet. Standardiserade vårdplaner kan ses som ett hjälpmedel för de som känner sig osäkra då den innehåller rekommenderade sjukvårdsåtgärder för patienterna (Socialstyrelsen 2011).

Diskussion kring de valda artiklarnas datainsamlingsmetod

Av de granskade artiklarna använde sig 7 artiklar (Chao & Goldbort 2012, Conrad *et al.* 2012, Ofi & Sowunmi 2012, Svensson *et al.* 2012, Jakobsson & Wann-Hansson 2013, Kirkendall *et al.* 2013, Odutayo *et al.* 2013) av frågeformulär. 2 av artiklarna använde sig av öppna och slutna frågor (Chao & Goldbort 2012, Jakobsson & Wann-Hansson 2013). I en av artiklarna (Ofi & Sowunmi 2012) använde de sig både av frågeformulär samt granskade journaler.

Enligt Polit och Beck (2012) är strukturerade självifyllande frågeformulär en av de vanligaste datainsamlingsmetoderna. Öppna frågor tillåter den svarande att uttrycka sina egna åsikter medan slutna frågor ger den svarande olika alternativ att välja mellan. Nackdelen med slutna frågor kan dock vara att det inte finns några alternativ som passar, men för forskaren kan det vara mer effektivt då denne inte behöver tolka svaren som öppna frågor kan ge. Fördelar med frågeformulär enligt Polit och Beck (2012) är att det kostar mindre pengar, tillåter anonymitet och det är lättare för forskarna att vara objektiva. Gabr (2010) använde sig av frågeformulär och observationer vilket är en vanlig kombination enligt Polit och Beck (2012). Syftet med observationer är att få förståelse för personers beteende i deras normala miljö och detta kan ses som ett bra komplement till frågeformulär.

Fokusgrupper användes av 3 artiklar (Berland *et al.* 2012, Stevenson & Nilsson 2012, Blake-Mowatt *et al.* 2013). Blake-Mowatt *et al.* (2013) granskade även journaler. Fokusgrupper har blivit en alltmer populär datainsamlingsmetod. Kriterier för fokusgrupp är att det ska vara minst fem deltagare som deltar och en moderator som leder diskussionen. Diskussionerna kan vara semistrukturerade, vilket innebär att diskussionerna inleds med en öppningsfråga, eller strukturerad, vilket innebär att hela diskussionen styrs utifrån frågor (Polit & Beck 2012). Polit och Beck (2012) anser att diskussionerna ska hållas på neutral mark och att moderatören har en stor roll i att se till att alla deltagarna får göra sin röst hörd och att diskussioner går i rätt riktning. Fokusgrupper är en väldigt effektiv metod då diskussioner i grupp kan stimulera till intressanta samtal inom gruppen, men det kan även ses som hämmande för vissa då de kanske inte känner sig bekväma med att dela med sig av sina tankar till de andra i gruppen. Baillie *et al.* (2013) använde sig av både frågeformulär och fokusgrupper. Författarna till denna studie anser att detta kan tillåta forskaren att få både Ja/Nej- svar samtidigt som deltagarna får uttrycka sig i diskussion med varandra. På det sättet kan de som inte känner sig bekväma med diskussion i grupp ändå få göra sin röst hörd, medan de som känner att frågeformulär inte är tillräckligt kan uttrycka sina åsikter muntligt (Polit & Beck 2012).

Jansson *et al.* (2011) använde sig av semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Semistrukturerade intervjuer innebär att forskaren har utformat en speciell intervjuguide med ämnen och frågor för att få svar på ett specifikt syfte. Fördelen med denna metod är att den tillåter den intervjuade att prata fritt om sina erfarenheter och tankar vilket ger forskaren mycket material att arbeta med. Till skillnad från frågeformulär så är det dock svårare för forskaren att vara objektiv då det finns utrymme för forskaren att lägga egna tolkningar i svaren (Polit & Beck 2012).

Metoddiskussion

Föreliggande studie har gjorts som en deskriptiv litteraturstudie. Enligt Polit och Beck (2012) innebär en litteraturstudie en sammanställning av tidigare gjorda studier, vilket författarna till denna studie ansåg som en bra metod för att svara på sitt syfte och frågeställningarna. Nackdelen med litteraturstudie kan dock vara att feltolkning av de valda artiklarna kan ske (Polit & Beck 2012). Detta är något som författarna har tagit i

beaktning då de 13 artiklarna som granskades var skrivna på engelska vilket inte är någon av författarnas modersmål. Författarna valde att använda sig utav fyra databaser: Discovery, CINAHL, Pubmed och Medline. PubMed och Medline är enligt Polit och Beck (2012) relevanta databaser vid dessa typer av studier. Relevanta sökord som skulle kunna tänkas svara på syfte och frågeställningar valdes ut av författarna och kombinerades med hjälp av det booleanska ordet ”AND”, vilket enligt Polit och Beck (2012) kan ge en bättre sökning. Det kan ses som en svaghet att författarna inte tog hjälp av en bibliotekarie vid sökning av artiklar då det hade kunnat hjälpa med ytterligare sökord och kombinationer. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle svara på syfte och frågeställningarna samt vara maximalt fyra år gamla för att få så nya studier som möjligt och för att begränsa de stora sökresultaten som uppstod. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, finnas i fulltext på Högskolan i Gävle samt att begreppet Human användes. Detta för att ytterligare begränsa de stora sökresultaten. Två studier som valdes ut handlade inte enbart om sjuksköterskans perspektiv, men de valdes ändå ut då vissa delar av studierna var utifrån sjuksköterskans perspektiv och resterande del av studierna styrkte även det som sjuksköterskan upplevde. Efter granskning av tänkbara artiklar så blev bortfallet större än vad författarna förutspått, men antal valda artiklar sågs ändå som acceptabelt. De 13 valda artiklarna gick dock att basera ett resultat på då de enligt författarna uppfyllde kraven. De valda artiklarna var även etiskt godkända vilket Polit och Beck (2012) ser som betydelsefullt. Författarna valdes att granska artiklarna både enskilt och tillsammans för att minska eventuella feltolkningar. För ett mer djupgående resultat hade intervjuer kunnat vara en bra metod. Resultatet hade blivit annorlunda i den aspekten att resultatet hade utgått från sjuksköterskans tankar och känslor. Information som skulle komma fram hade också varit ny. Det positiva med litteraturstudie var att resultat från olika studier kunde samlas ihop för att få en överblick kring ämnet (Polit & Beck 2012). Författarna kunde lättare vara objektiv vid litteraturstudie till skillnad från intervju då det kan bli lättare att manipulera resultatet genom att leda intervjuerna på det spår författarna vill. Det negativa med litteraturstudie är att det är inte ger en enhetlig överblick då dokumentation ser olika ut överallt beroende på till exempel vilket land studien har gjorts i eller på vilken avdelning. Det kan även finnas svårigheter att hitta artiklar som passar syftet/frågeställning vid en litteraturstudie.

Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag på fortsatt forskning

Detta område ansåg författarna var viktigt att studera då det finns många faktorer som påverkar sjuksköterskors möjligheter till omvårdnadsdokumentation. En omvårdnadsdokumentation av god kvalitet kan bidra till en högre patientsäkerhet och god kommunikation inom vårdlaget. Vad som framkommit i denna studie är bland annat att mer utbildning krävs om omvårdnadsdokumentation redan i utbildningen så att nyexaminerade sjuksköterskor känner sig säkra och bekväma med dokumentationen. Vad som skulle vara intressant att forska mer på är vad sjuksköterskorna själva kan göra för att påverka de faktorer som påverkar sjuksköterskornas möjligheter till omvårdnadsdokumentation. Detta är något som inte har framkommit i de studier författarna har tagit del av och författarna anser att det är forskning som bör lyftas.

Slutsats

Omvårdnadsdokumentation är en viktig del av sjuksköterskans arbete och bör bli högre prioriterad inom tidsramen för sjuksköterskans arbetsdag. Det är ett viktigt område att studera då det finns många faktorer som påverkar sjuksköterskans möjligheter till omvårdnadsdokumentation. Det är viktigt att identifiera dessa faktorer då sjuksköterskan bör utveckla lösningar till de problem inom omvårdnadsdokumentation som finns i dagens sjukvård.

Referenser

* Baillie L. Chadwick S. Mann R. & Brooke-Read M. (2013) A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice. *Nurse Education in Practice*, **13** (5), 437-441

*Berland A. Holm A.L. Gundersen D. & Bentsen S.B. (2012) Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, **20** (6) 794-801.

Blair W. & Smith B. (2012) Nursing documentation: Frameworks and barriers, *Contemporary Nurse*, **41** (2), 160-168.

*Blake-Mowatt C. Lindo J.L.M. & Bennett J. (2013) Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *International Nursing Review*, **60** (3), 328–334

*Chao C-A. & Goldbort J. (2012) Lessons Learned from Implementation of a Perinatal Documentation System. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, **41** (5), 599-608.

*Conrad D. Hanson P.A. Hasenau S.M. & Stocker-Schneider J. (2012) Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, **24** (27), 443–451.

Ehnfors M. (2000) *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. 1. uppl. Vårdförbundet. Stockholm.

Evatt M . Ren D, Tuite P, Reynolds C & Harvna M. (2014) Development and implementation Of an Educational Support Process For Electronic Nursing Admission Assessment Documentation, *Medsurg Nursing*, **23** (2), 89-100.

Florin J. (2011) *Omvårdnadens Grunder - Ansvar och Utveckling*. Ehrenberg, A. & Wallin, L (Red) s 47-80 Studentlitteratur AB. Lund.

*Gabr H. (2010) The effect of computerized patient record on nurses' time spend on documentation in inpatient units. *International Journal of Academic Research*, **2** (2) 108-120.

*Jakobsson J. & Wann-Hansson C. (2013) Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **27** (4), 945-952.

*Jansson I. Pilhamar E. & Forsberg A. (2011) Factors and Conditions That Have an Impact in Relation to the Successful Implementation and Maintenance of Individual Care Plans. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, **8** (2) 66-75.

Jefferies D. Johnson M. & Griffiths R. (2010) A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, **16** (2) 112-124.

Jefferies D. Johnson M. & Nicholls D. (2011) Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing Outlook*, **59** (6) 6-12.

Jefferies D. Johnson M. Nicholls D. & Langdon R. (2012) Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *International Nursing Review*, **59** (3) 394-401.

Kelley T.F. Brandon D.H. & Docherty S.L. (2011) Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Scholarship*, **43** (2) 154-162.

*Kirkendall S. Goldenhar L. Simon J. Wheeler D. & Spooner A. (2013) Transitioning from a computerized provider order entry and paper documentation system to an electronic health record: expectations and experiences of hospital staff. *International Journal of Medical Informatics*, **82** (11) 1037-1045.

Laitinen H. Kaunonen M. & Åstedt-Kurki P. (2014) The impact of using electronic patient records on practices of reading and writing. *Health Informatics Journal*, **20** (4) 235-249.

Neary A. (2014) Do emergency nurse practitioners provide adequate documentation? *Emergency Nurs*, **22** (4) 34-40.

*Odutayo P.O. Olaogun A.A. Oluwatosin A.O. & Ogunfowokan A.A. (2013) Impact of an Educational Program on the Use of Standardized Nursing Languages for Nursing Documentation Among Public Health Nurses in Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge*, **24** (2) 108-112.

*Ofi B. & Sowunmi O. (2012) Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *International Journal of Nursing Practice*, **18** (4) 354-362.

Polit D.F. & Beck C.T (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* 9th ed. Wolter Kluwer Health/Lippincott & Wilkins, Kina.

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

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14> den 4 mars 2015

Socialstyrelsen (2008) SOSFS 2008:355 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/handbocker/handbokominformationshanteringochjournalforing> den 13 januari 2015

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 10 mars 2015.

Socialstyrelsen (2011) Resultat av remiss för begreppet standardiserad vårdplan.

Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/terminologi/Documents/resultat-remiss-begreppet-standardiserad-varoplan.pdf> den 27 februari 2015

*Stevenson J .E. & Nilsson G. (2012) Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, **68** (3), 667–676.

Stevenson J.E. Nilsson G.C. Petersson G.I. & Johansson P.E. (2010) Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*, **16** (1) 63-72.

Svensk författningssamling (2010) Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 Hämtad från <https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659sfs-2010-659.pdf> den 13 januari 2015

Svensk sjuksköterskeförening (2012) ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf den 10 mars 2015.

*Svensson S. Ohlsson K. & Wann-Hansson C. (2012) Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy. *Journal of Vascular Nursing*, **30** (2), 44-53.

Willman A. Stoltz P. & Bahtsevani C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur AB, Lund.

*De artiklar som inkluderas i resultatbearbetningen.