

Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen

Margareta Ehnfors och Anna Ehrenberg

Kvalitetsindikatorerna som beskrivs i den här boken är avsedda att användas som gemensamma mått på omvårdnadens kvalitet. För att regelbundet kunna utvärdera kvaliteten i vården behöver uppföljningen av indikatorerna ske på ett effektivt sätt. Dokumentationen i patientjournalen har en nyckelroll i kvalitetsuppföljningen och är ett kostnadseffektivt sätt att samla in data om vården. Det är inte rimligt att vårdpersonalen ska dubbelföra uppgifter genom att återkommande registrera data om olika kvalitetsindikatorer i separata formulär. Med elektroniska patientjournaler blir det självklart att data ur journalen ska kunna användas för kvalitetsuppföljning. Det är därför viktigt att journaldokumentationen är väl strukturerad och av god kvalitet, så att de uppgifter som hämtas är lättåtkomliga och tillförlitliga. I det här kapitlet presenteras de krav som ställs för en god omvårdnadsdokumentation och de utmaningar som finns i utvecklingen av tillförlitliga journaler. Omvårdnadsdokumentationen kan i sig ses som en kvalitetsindikator som kontinuerligt behöver följas om övriga kvalitetsindikatorer som hämtas ur journalen ska uppfattas som trovärdiga.

Definition

Med omvårdnadsdokumentation menas här de anteckningar av olika slag som en sjuksköterska ansvarar för i patientens journal under en vårdepisod.

Betydelsen av en väl förd journal

Dokumentation av omvårdnad i patientens journal har en avgörande betydelse för att kunna ge forskningsbaserad vård. Denna dokumentation har fått en allt

större betydelse, särskilt i och med den lagstadgade skyldigheten för sjuksköterskan att föra journal som kom med Patientjournallagen 1986. Flera allmänna råd från Socialstyrelsen betonar betydelsen av att sjuksköterskan dokumenterar omvårdnadsarbetet och det finns en ökad medvetenhet bland sjuksköterskor om betydelsen av att kunna följa upp olika vårdprocesser och att utveckla dokumentationen som en del av omvårdnadsarbetet.

Sjuksköterskans journalanteckningar har förändrats från att tidigare mest ha varit till för kommunikation av medicinska ordinationer till att mer och mer kommunicera individuellt planerad vård för att garantera kontinuitet och säkerhet och vara ett värdefullt arbetsredskap under vårdtiden, inte minst för att underlätta användandet av forskningsbaserad vård. Det yttersta syftet är att dokumentationen ska vara ett medel för att nå en hög kvalitet på vården.

Journalen är också beviset på vad som planerats och genomförts och kan, om den är väl förd, visa vilka effekter som uppnåtts. Journalen är en viktig grund för kvalitetssäkring vilket särskilt betonats med den föreskrift som ålägger all legitimerad vårdpersonal att på ett systematiskt sätt utöva egenkontroll (1). En bra journal ger möjlighet att i efterhand utläsa om den vård patienten fått var i enlighet med bästa praxis och om tillgängliga resurser användes effektivt.

Patientens delaktighet i planering av sin egen vård är av stor betydelse för resultatet men trots detta är det ovanligt att man i journalen finner information om hur och i vad patienten varit delaktig. Det är angeläget att vi finner ett sätt att infoga också information om patientens medverkan i journalen.

Kortare vårdtider och mer avancerad vård och behandling, ofta av svårt sjuka patienter, ökar svårigheterna att dokumentera och ställer krav på att det centrala innehållet i vården av patienten blir tydligt. Studier som genomförts i Sverige har visat brister i dokumentationen både när det gäller patientens omvårdnadsbehov, möjligheten att i efterhand följa ett vårdförlopp och när det gäller att motsvara de juridiska kraven på dokumentationen (2, 3, 4). I journalen fanns mera noterat vad man gjort, det vill säga ett slags rapportering, och mindre vad man tänkt göra, det vill säga av planering (5, 6, 7). Bristfällig dokumentation har också redovisats från andra länder (8).

Orsaker till den bristande dokumentationen kan enligt sjuksköterskors egen uppfattning bland annat vara otillräcklig kunskap i omvårdnad, brist på ett bra system för dokumentation, brist på en enhetlig terminologi för omvårdnad eller bristande tid. Ett sätt att öka kvaliteten på dokumentationen är att använda gemensamma sökord som rubriker i journalen. Sökord ger överblick och underlättar informationssökning. Förutsättningen för att detta ska kunna fungera är att alla förstår sökorden på samma sätt.

Internationellt har det betonats att vi behöver gemensamma termer och begrepp för att kunna beskriva patientens omvårdnadsproblem, de åtgärder som används och de effekter som åstadkoms även om det är svårt att särskilja

vilka resultat som beror av omvårdnad. Den internationella organisationen International Council of Nurses (ICN), som samlar olika länders sjuksköterskeföreningar, driver sedan början av 1990-talet ett projekt för att utveckla en "International Classification of Nursing Practice" (ICNP). Syftet är att med grund i erfarenheter från hela världen utveckla en gemensam överenskommen uppsättning termer som kan användas för att beskriva den praktiska omvårdnaden (9). Efter flera preliminära utgåvor publicerades version I av ICNP-klassifikationen år 2005 (10) och arbete pågår i många länder med att pröva dess användbarhet och ge förslag till vidare utveckling. Den som vill delta i arbetet kan ta kontakt med ICN via deras hemsida⁵.

Att kunna kommunicera innehållet i omvårdnaden med vår omvärld – både med allmänheten och med beslutsfattare på olika nivåer – är nödvändigt för att hävda ett utrymme för utvecklingen av omvårdnadsarbetet, som ytterst handlar om att främja hälsa och välbefinnande. I samarbete med Socialstyrelsen pågår sedan några år ett arbete med att utveckla gemensamma termer för åtgärder inom hälso- och sjukvården. I arbetet medverkar flera professionella organisationer. Arbetet som utgår från den internationella klassifikationen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kommer att provas i den svenska hälso- och sjukvården.

Sedan början av 1990-talet finns en svensk modell för omvårdnadsdokumentation, den s.k. VIPS-modellen (11, 12). Modellen bygger på de övergripande målen för omvårdnad: Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. Den är vetenskapligt framtagen, prövad inom många olika områden av omvårdnadsarbete i Sverige och används idag både i hela vårt land och i våra grannländer inom praktisk vård, utbildning och forskning. Den har också använts med gott resultat som grund för journalgranskning i flera studier (5, 6, 13). VIPS-modellen har blivit granskad med bra resultat vad gäller innehållsvaliditet av andra forskare. Modellen och riktlinjer för hur dokumentationen kan utformas finns beskrivna på svenska (14, 15) för olika specialiteter (16, 17) och även på andra nordiska språk (18, 19). VIPS-modellen har använts med signifikant förbättrad omvårdnadsdokumentationen och ökat fokus på omvårdnaden som följd (20, 21).

Förutom behovet av gemensamma termer och begrepp för journalinnehåll behövs även bättre teknik som stöd för vårddokumentation. Elektroniska patientjournaler öppnar nya möjligheter för att använda data ur journaler i syfte att utveckla vårdens kvalitet. Kvalitetsindikatorer kan integreras i den elektroniska journalen och därmed finnas tillgängliga direkt i vårdsituationen som ett stöd för sjuksköterskans dokumentation. På många vårdenheter har standardvårdplaner utvecklats för att ge stöd till dokumentationen för specifika patient-

5 www.icn.ch/icnp.htm

grupper, vådrutiner eller för specifika omvårdnadsproblem. De kan förekomma i pappersform eller som en del i den elektroniska patientjournalen. Avgörande för att standardvårdplaner ska vara till nytta är att de bygger på en tydlig kunskaps- (evidens) bas. De kvalitetsindikatorer som presenteras i den här boken kan utgöra en bra grund för utveckling av lokala eller nationella standardvårdplaner. Därmed kan dokumentationen bli mer enhetlig, kvaliteten förbättras på den information som förs in i journalen och därmed underlättas sammanställning av data om olika kvalitetsindikatorer. En sådan sammanställning skulle kunna bli ett viktigt bidrag till de befintliga medicinska kvalitetsregister där medicinska indikatorer regelmässigt samlas in.

Målgrupp

Målgruppen för omvårdnadsdokumentation är alla patienter som får hälso- och sjukvård genom att vår lagstiftning ålägger den som är legitimerad sjuksköterska att föra journal. Dokumentation vid telefonrådgivning tas inte upp särskilt i detta kapitel men journalföringsskyldigheten gäller också rådgivning via telefon.

Struktur, process och resultat

Struktur

För att varje patient ska ha en omvårdnadsdokumentation som ger förutsättningar för en individualiserad god och säker vård med optimal kontinuitet behövs vissa förutsättningar, som vi kallar *struktur*.

Grunden för arbetet är en viss kunskapsnivå hos dem som har ansvar för dokumentationen. Kravet är att varje sjuksköterska har kunskap om de aktuella föreskrifter som reglerar arbetet. De viktigaste är Patientjournallagen (22) som ålägger den som är legitimerad att föra patientjournal i samband med utövande av hälso- och sjukvård, och Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad (23) och föreskriften om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård (24). Dessutom gäller självklart också föreskriften om kvalitetssäkring (1).

För att kunna dokumentera behöver sjuksköterskan vara tränad i ett systematiskt arbetssätt, det vi ofta kallar omvårdnadsprocessen. Det är en klinisk beslutsmodell som innebär att sjuksköterskan skaffar sig en bild av patientens situation, preciserar behov och problem i form av en diagnos, planerar och genomför samt utvärderar effekter. I dokumentationen innebär detta att bedömning av omvårdnadsbehovet beskrivs och preciseras (oftast i form av en omvårdnadsdiagnos) samt att det finns en skriftlig plan för vården med utgångspunkt

både i patientens eller närståendes beskrivning av sin situation och i sjuksköterskans bedömning. Efter genomförande av vården bedöms resultatet. De olika faserna i omvårdnadsprocessen återfinns i de föreskrifter som reglerar journalföring.

För att underlätta för sjuksköterskorna att upprätthålla goda kunskaper i omvårdnad och dokumentation behöver återkommande utbildning och diskussion kring aktuella patientsituationer och relevant forskning integreras i vårdarbetet.

En annan grund för en väl fungerande dokumentation är att vårdorganisation och rutiner stödjer arbetet. På vårdenheten behövs skriftliga rutiner för hur en väl fungerande dokumentation ska utformas så att den följer aktuella föreskrifter. Organisationen kan stärkas genom en s.k. dokumentationsansvarig sjuksköterska. Dokumentationsansvarig sjuksköterskas ansvar och uppgifter kan sammanfattas i följande punkter modifierat efter Björvell (15):

- ◆ ha egen hög kompetens och föra väl fungerande journaler
- ◆ hålla sig informerad om aktuell forskning och nyheter
- ◆ diskutera dokumentation med sina kolleger
- ◆ granska andras journaler och ge råd
- ◆ handleda kolleger och studerande
- ◆ informera annan personal
- ◆ tillsammans med kollegor utforma standardvårdplaner, mallar etc.
- ◆ ansvara för utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen

Process

Processen omfattar det som utförs för att nå avsedd kvalitet. När det gäller omvårdnadsdokumentation innebär det att den som är patientansvarig sjuksköterska i patientens journal noterar uppgifter som bygger både på patientens beskrivning, när det är relevant, och på sjuksköterskans bedömning. Det är viktigt att berörd personal läser den aktuella dokumentationen och att den utgör en grund för det dagliga omvårdnadsarbetet och inte blir ett mål i sig.

Innehållet i patientens journal omfattar både en initial bedömning och därefter kontinuerligt återkommande bedömningar. En betydelsefull del i omvårdnad och dokumentation är den initiala bedömningen som ger information om patientens aktuella tillstånd och om förhållanden som påverkar den aktuella omvårdnaden. Dessutom behöver den initiala bedömningen innehålla relevant och nödvändig information om patientens tidigare situation, dvs. en omvårdnadsanamnes. För bedömningsfasen är det klokt att ta hjälp av lämpliga bedömningsinstrument för att göra nyanserade observationer. Detta ger säkrare och bättre underlag för registrering av utgångsläge och förändringar när det gäller

patientens status och det ökar möjligheten till jämförelse både mellan olika tidpunkter i en enskild patients situation och för sammanställningar av information om grupper av patienter. Genom att använda kliniska riktlinjer eller standardvårdplaner som finns publicerade inom olika områden kan omvårdnaden bli mera forskningsbaserad.

Det är angeläget att identifiera de patienter som löper en ökad risk för försämrad hälsa. Det kan gälla dem som riskerar att utveckla trycksår (se kapitel i denna bok) eller dem som bedöms vara i riskzon att få en fallskada under vårdtiden. Professionell omvårdnad innebär att sjuksköterskan på ett systematiskt sätt bedömer om det finns en risk och hur stor risken är för patienten att få en skada och så långt det är möjligt och i samverkan med patienten planerar och genomför lämpliga förebyggande åtgärder. Varje del av detta arbete ska noteras i patientens journal.

I processen ingår också att de uppgifter som samlats om anamnes och status analyseras och att en eller flera omvårdnadsdiagnoser formuleras. Omvårdnadsdiagnostik innebär att identifiera, precisera och prioritera behov, problem eller risker, tänkbara orsaker och symtom som hör ihop med patientens dagliga livsfunktioner. Diagnosen kan även ha sin utgångspunkt i patientens behov av att behålla eller stärka resurser och funktioner (s.k. resursdiagnoser). Omvårdnadsdiagnosen kompletterar den medicinska diagnosen och ger en mer fullständig bild av patientens situation. En trolig utveckling är att vi, liksom i många andra länder, börjar använda gemensamma uttryck och kännetecken för diagnoser i det praktiska omvårdnadsarbetet. Omvårdnadsdiagnoserna ligger till grund för att tillsammans med patienten/närstående sätta rimliga mål för omvårdnaden. Målformulering är ett sätt att beskriva det förväntade resultatet och behövs för att få riktning i planeringen av omvårdnaden.

Enligt lagstiftningen ska dokumentationen innehålla de omvårdnadsåtgärder som planeras för den enskilde patienten, dvs. det ska finnas en vårdplan. Planen kan baseras på kliniska riktlinjer eller standardvårdplaner för vanligt förekommande omvårdnadsproblem eller -behov.

På vårdenheten kan finnas en överenskommelse om inom vilken tid en individuell omvårdnadsplan ska vara upprättad (t.ex. inom ett dygn efter inskrivning). Planen bör utformas så att den underlättar patientens medverkan i den egna vården och behöver därför påbörjas i ett tidigt skede under vårdtiden.

Det sista steget i omvårdnadsprocessen är utvärdering som innebär att efter att omvårdnadsplanen genomförts bedöma resultatet eller effekten av omvårdnaden, vilket självklart även ska dokumenteras. I Socialstyrelsens allmänna råd (23) anges att graden av måluppfyllelse ska bedömas. Om målen inte har nåtts bör det leda till att patientens vårdplan revideras.

En av de viktigaste delarna i omvårdnadsarbetet och i dokumentationen är att följa upp omvårdnadens effekt på patientens funktionsförmåga och hälso-

status, kunskap och välbefinnande, både fortlöpande under vårdtiden och vid utskrivning. Det kan gälla både kortsiktiga och långsiktiga resultat i förhållande till omvårdnadsdiagnos, uppsatta mål och åtgärder. Det finns ännu ingen gemensam svensk modell för hur måluppfyllelse kan bedömas. Det är svårt att särskilja effekter av omvårdnad och av andra insatser – ofta är det en samverkan mellan olika vårdgivare och patienten själv som samverkat till resultatet. Det är ändå angeläget att försöka se och beskriva effekter och förändringar, genom att fråga t.ex.: Har patienten en förbättrad funktionsförmåga eller tillräcklig kunskap? Klarar patienten att hantera sin sjukdom? Har patienten förändrat sin livsstil för att undvika framtida ohälsa? Kan patienten kontrollera sin situation tillfredsställande? Är patientens resurser väl använda? Medför omvårdnaden att patienten har optimalt välbefinnande i den situation som råder?

Vid vårdtidens slut, men också vid överflyttning mellan olika vårdgivare (även mellan kliniker inom t.ex. ett sjukhus), ska en omvårdnadsepikris följa med patienten. Den innehåller en sammanfattning av omvårdnaden och patientens förändring under vårdtiden. Epikrisen utgör grunden för nästa vårdgivares vårdplan och bör därför också innehålla patientens aktuella hälsosituation och eventuella fortsatta behov av omvårdnadsåtgärder. Information och kontakter som har tagits inför utskrivning och en notering om vart eventuell epikriskopia har överlämnats ska även dokumenteras.

Omvårdnadsepikrisen eller utskrivningsanteckningen kan i sig utgöra en kvalitetsindikator genom att den speglar hela vårdtiden och innehåller en sammanhållen slutlig bedömning. När informationen istället överförs från öppenvården till slutenvården kallas det ”omvårdnadsmeddelande”, men funktionen är densamma, dvs. att ge så god grund som möjligt för vårdplaneringen så att det blir kontinuitet i vården av patienten. En strukturerad omvårdnadsepikris ska ge en god bild av den givna omvårdnaden och av de omvårdnadsbehov som återstår vid utskrivning och bidra till att viktig information följer med patienten.

Resultat

Resultatet när det gäller omvårdnadsdokumentationen är att patientens journal innehåller relevanta uppgifter om relevanta delar av omvårdnaden, att delarna hänger samman så att vårdförloppet kan följas och att patienten har en skriftlig, individuellt utformad omvårdnadsplan.

I journalen ska det finnas information som visar att patientens enskilda omvårdnadsproblem och behov har identifierats och blivit tillgodosedda i omvårdnaden och strukturen ska medge att vårdförloppet kan följas i efterhand.

Ett annat mått på dokumentationskvaliteten är att de omvårdnadsproblem eller -behov som finns beskrivna i journalen dokumenteras fullständigt. Det innebär att det i journalen ska finnas uppgifter om utvecklingen, vilka åtgärder

som planerats och genomförts och vad effekten blev, oavsett om den är positiv eller negativ. Detta har betydelse för den enskilde patientens vård men också för att öka vår kunskap om omvårdnadens resultat.

God kvalitet är också att journalen speglar patientens/närståendes önskemål om och värderingar av omvårdnaden och att patientens delaktighet i planering och beslut kan följas i journalen. Hela journaltexten ska vara utformad med ett sådant språk och etiskt förhållningssätt så att patienten eller närstående kan förstå innehållet och läsa den utan att känna sig kränkt.

Journalgranskning

För att ett mätinstrument ska vara riktigt bra bör det vara utvecklat och testat på ett systematiskt sätt. Det är därför bäst om man kan använda redan prövade instrument så långt det går. Den enklaste formen av journalgranskning innebär att man undersöker om det i journalen finns noteringar som gäller de olika delarna av omvårdnadsprocessen, dvs. att lagar och förordningar efterlevs. Denna form av journalgranskning kan vara användbar i ett tidigt skede av utveckling av journalföringen eftersom det ger en översiktlig uppfattning om hur sjuksköterskan för journalanteckningar. En mer informativ form av granskning innebär att man undersöker om noteringarna för ett enskilt problem eller behov håller ihop logiskt och följer omvårdnadsprocessen. Ett av dokumentationens viktigaste syften är att det finns en fullständig dokumentation av hur enskilda omvårdnadsproblem hanterats. Det möjliggör att i efterhand genom journalen kunna följa vårdförloppet. För att granska journaler med denna ansats finns ett mätinstrument som är testat, se bilaga 1 (5). Granskningen går till så att en eller flera sjuksköterskor läser ett antal journaler, tio journaler kan vara ett lämpligt antal att börja med. Journalerna bör vara valda på ett slumpmässigt (genom lottning utifrån en komplett lista av patienter under t.ex. en bestämd tidsperiod) eller systematiskt sätt (t.ex. i följd efter inskrivningsdatum, födelse-tid eller genom att varannan av inläggande patienters journal väljs). Man kan också utgå från de patienter som har ett gemensamt omvårdnadsproblem eller -behov som sjuksköterskorna önskar granska närmare. Först läser granskaren hela journalen för att få ett helhetsintryck, sedan noteras på granskningsmallen vilka omvårdnadsproblem eller -behov som finns med i journalen. Varje enskilt problem eller behov följs därefter genom att hela journalen går igenom för att fånga upp all information som gäller det valda problemet. Dokumentationen för varje problem poängsätts enligt en femgradig skala, där tre poäng innebär att problemet är beskrivet, åtgärd planerad eller genomförd och att det finns uppgift om resultat eller effekter av insatta åtgärder. Tre poäng kan anses vara lägsta nivå för tillfredsställande dokumentation i de fall man inte kan planera omvård-

naden i förväg. Om man följer lagstiftningen bör man uppnå fyra poäng, vilket innebär att planering också ska finnas i journalen.

Detta granskningsinstrument kan också anpassas mera specifikt till olika omvårdnadsproblem eller -behov genom att man på förhand tillsammans bestämmer vilka bedömningar som ska göras och vilka åtgärder som ska sättas in, t.ex. utifrån en klinisk riktlinje eller ett vårdprogram. Granskningen kan sedan ske på samma sätt som ovan. Detta innebär då att man granskar omvårdnadsdokumentationens innehåll för specifika patientproblem där en standard för bedömning och åtgärder finns som utgångspunkt (6). Samtliga kvalitetsindikatorer i den här boken kan på detta sätt följas upp genom journalgranskning.

Andra aspekter av dokumentationen finns i det instrument för journalgranskning som utformats för analys av studenters vårdplaner (25), men som kan användas även för annan dokumentation. Instrumentet fokuserar på förekomst och kvalitet inom områden med följande rubriker: relevans i bedömningen, systematik och noggrannhet, omvårdnadsdiagnostik, prioritering, adekvata omvårdnadsåtgärder, patientinflytande, prevention, omtanke om patient och närstående, språk samt fullständighet (14). I bilaga 2 finns ett förslag till en utvärderingsmall för journaldokumentation.

Sammanfattningsvis är det viktigt att vara klar över de skilda resultat som nås med olika journalgranskningsmetoder (26). Den enklaste formen av journalgranskning innebär en granskning av de olika delarna som bör ingå i en journal, t.ex. ankomststatus, och omvårdnadsdiagnos. För att få en bättre bild kan det logiska sammanhanget i journalen följas, genom att se om t.ex. trycksår har bedömts, diagnostiserats, om åtgärder har planerats och utförts och vilket resultat det gav. Journalgranskningen kan även ta sin utgångspunkt i t.ex. ett vårdprogram, kliniska riktlinjer eller kvalitetsindikatorer, med syftet att få en bild av hur väl vården följer denna standard. Att använda journalen som grund för kvalitetsuppföljning borde vara en självklarhet eftersom informationen finns lätt tillgänglig.

Med elektroniska patientjournaler ökar möjligheten att enkelt utföra journalgranskning. I det sammanhanget är det viktigt att vara medveten om att journalinnehållet inte alltid ger en rättvisande bild av vårdens kvalitet. Till exempel har en svensk studie av trycksårsk dokumentation visat att enbart hälften av de trycksår som observerats hos patienterna fanns dokumenterade i deras journaler (27). Av den anledningen kan det finnas skäl för att göra studier av tillförlitligheten i journaldata innan man inför rutinmässig uppföljning av olika kvalitetsindikatorer baserat på journaldata.

Resultatanalys

Vid genomgång av resultatet från journalgranskning behövs en analys av vad som kommit fram och var eventuella brister ligger. Det första steget är att jäm-

föra resultatet med de kriterier som är uppsatta för omvårdnadsdokumentationens kvalitet och bedöma starka och svaga sidor i sin egen praxis. För de delar där brister finns gäller det att analysera vad som är orsaken till bristerna och planera för de insatser som krävs för att höja kvaliteten i dokumentationen.

Slutsatser

Om patientens vård ska vara optimal så behövs en väl fungerande omvårdnadsdokumentation som en del i patientens journal. Utveckling av dokumentationen får inte bli ett självändamål för den egna yrkesgruppens utveckling. Det förekommer dock fortfarande att olika yrkesgrupper för separata anteckningar om samma patient, vilket försvårar överblick och samarbete i vården av patienten. Det är angeläget att journalen hålls ihop till en helhet för varje individ. En gemensam diskussion om olika yrkesgruppers bidrag i vården av patienten behövs för att förbättra patientjournalens kvalitet som stöd för bättre och säkrare vård.

Ett sätt att arbeta med en kontinuerlig kvalitetsförbättring av dokumentationen är att återkommande kritiskt granska patientjournalernas innehåll och att kolleger emellan diskutera vilka förbättringar som behövs. Om man har tilldelat en sjuksköterska ett särskilt ansvar att arbeta med dokumentation underlättas utvecklingen avsevärt.

För att vi också ska få en optimal utveckling av omvårdnaden i Sverige behövs en god dokumentation som kan vara grund för kunskapsutveckling inom omvårdnad. Ett förändringsarbete som leder till en väl fungerande omvårdnadsdokumentation bygger i hög grad på personalens egen medverkan och motivation. Grundläggande för all dokumentation är att sjuksköterskorna har ett omvårdnadskunande som speglas i dokumentationen. För att stärka och upprätthålla denna kompetens behövs återkommande utbildning inte bara i journalföring utan även i ämnet omvårdnad och i den forskningsbas som hela tiden utvecklas.

REFERENSER

1. SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11 (6):734–742.
3. Gunningberg L, Ehrenberg A. Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: A comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2004;31 (6):328–335.
4. Ehrenberg A, Ehnfors M, Ekman I. Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13:90–96.

5. Ehnfors M, Smedby B. Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1993;7:209–220.
6. Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient records in nursing homes. Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1999;13:72–82.
7. Törnvall E, Wilhelmsson S, Wahren KL. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;8:310–317.
8. Briggs M, Dean DL. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 1998;7:155–163.
9. Clark J, Lang N. Nursing's next advance: an International Classification for Nursing Practice. *International Nursing Review*. 1993;39 (4):109–112, 128.
10. ICNP version 1. International Classification for Nursing Practice. International Council of Nurses. Geneva; 2005.
11. Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I, Ehrenberg A. Towards basic nursing information in patient records. *Vård i Norden*. 1991;21:12–31.
12. Ehrenberg A, Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24:853–867.
13. Ehnfors M, Nordstrand K. Distriktssköterskans patientrelaterade omvårdnadsarbete. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995;72 (4–5):177–183.
14. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. FoU-48. Stockholm: Vårdförbundet, Forskning och utveckling; 2000.
15. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring: en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
16. Björkdahl A. Psyk-VIPS. Att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen. Lund: Studentlitteratur; 1999.
17. Gustafsson, BÅ, Kelvered M. PeriOP-VIPS. Lund: Studentlitteratur; 2003.
18. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-modellen – et grundlag for sygeplejerskers journalføring. I: *Klinisk sygepleje*. Band I. Köpenhamn: Akademisk Forlag; 2000.
19. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-modellen – et grunnlag for sykepleierens journalføring. I: *Klinisk sykepleie*. Band I. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2001.
20. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16:34–42.
21. Darmer Rosendal M, Ankersen L, Nielsen Geissler B, Landberger G, Lippert E, Egerod I. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18:325–332.
22. SFS 1985:562. Patientjournalagen. Svensk Författningssamling.
23. SOSFS 1993:17. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
24. SOSFS 2005:27. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen.
25. Thorell-Ekstrand I, Björvell H. The VIPS model used by nursing students: review of educational care plans. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1994;8:195–204.
26. Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001;15:133–141.
27. Gunningberg L, Ehrenberg A. Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: A comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2004;31 (6):328–335.

Bilaga 1

(Finns för utskrift som pdf-fil på www.gothiaforlag.se)

Arbetsblad för granskning av fullständighet i journaldokumentationen av enskilda omvårdnadsproblem

Journalnr:	Avd:	Medicinsk diagnos:				Poäng				
		Omv anames	Omv status	Omv diagnos	Mål	Omv planerad åtgärd	Omv genomförd	Omv resultat	Omv epikris	Poäng
Problem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poäng:										
1. Problemet är beskrivet (omv. anames eller omv. status eller omv. diagnos) eller åtgärd planerad/genomförd.										
2. Problemet är beskrivet, och åtgärd är planerad eller genomförd.										
3. Problemet är beskrivet, åtgärd är planerad eller genomförd. Resultatet finns noterat (omv. resultat eller omv. epikris).										
4. Problemet är beskrivet, åtgärd är planerad och genomförd. Resultatet finns noterat.										
5. Alla VIPS-modellens huvudsökord finns dokumenterade. God beskrivning av problemet, omvårdnadsrelevant.										
Allmän bedömning av omvårdnadsjournalen:										
.....										
.....										
.....										
.....										
Granskarens signatur: Datum:										

Ref: Ehnfors, M. & Smedby, B. *Nursing Care as Documented in Patient Records*. Scand J Caring Sci. 1993;7:209-220.

Bilaga 2*(Finns för utskrift som pdf-fil på www.gothiaforlag.se)***Förslag till granskningsmall**

Struktur	metod	antal ja/nej	orsak till brister
Sjuksköterskorna har kunskap om			
Patientjournallagen	Fråga		
allmänna råden i omvårdnad	Fråga		
allmänna råden i kvalitetssäkring	Fråga		
Återkommande utbildning hålls i			
omvårdnad	Fråga		
omvårdnadsprocessen	Fråga		
dokumentation	Fråga		
Dokumentationsansvarig			
sjuksköterska finns	Fråga		
Överenskomna rutiner finns för	Läs dokument		
dokumentation			
Gemensamma sökord används	Journalgranskning		
Process	metod	antal ja/nej	orsak till brister
I journalen finns:			
Initial bedömning med	Journal-		
omvårdnadsanamnes	granskning		
omvårdnadsstatus	– ” –		
Förnyad bedömning med omv. status	– ” –		
Omvårdnadsdiagnos alt viktigaste			
problem, behov	– ” –		
Mål för omvårdnaden	– ” –		
Vårdplan	– ” –		
inom x timmar	– ” –		
Planerade åtgärder	– ” –		
Genomförda åtgärder	– ” –		
Omvårdnadsresultat	– ” –		
Omvårdnadsepikris:	– ” –		
uppgift om information given	– ” –		
med kontakter inför utskrivning	– ” –		
Berörd personal:			
har tillgång till journalen	Observation		
läser journalen	Observation		
Journalen används i dagliga arbetet	Fråga alt. Observation		

Resultat	metod	antal ja/nej	orsak till brister
Journalen innehåller relevanta uppgifter om alla delar av omvårdnaden	Journalgranskning		
Skriftlig, individuell vårdplan finns	– ” –		
Enskilda omvårdnadsproblem har minst poäng tre enl. särskilt mall (Bil. 1)	– ” –		
Vårdförloppet kan följas	– ” –		
Patientens/närståendes önskemål eller värderingar finns noterade	– ” –		
Patientens delaktighet finns noterad	– ” –		
Journaltexten är skriven med omtanke om patienten	– ” –		

(Ehnfors och Ehrenberg, 2007)