HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Omvårdnadsdokumentation
-granskning av omvårdnadsjournaler inom psykiatrisk slutenvård

Författare Åsa Vejedal
Handledare för bakgrund och metod,
Stina Lundgren och
Anders Kauffeldt,
för resultat och diskussion,
Ina Berndtsson

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp
Magisternivå
VT 2011

Examensarbetes titel	Omvårdnadsdokumentation -granskning av omvårdnadsjournaler inom psykiatrisk slutenvård Nursing documentation -a study of nursing journals in psychiatric care of inpatient settings
Författare	Åsa Vejedal
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Omvårdnad – Examensarbete avancerad nivå, 15 hp
Program	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp
Termin/år	VT 2011
Antal sidor	28

Abstract

Background Swedish nurses are required by law to document nursing care. Studies have proved scarce in nursing documentation with regard to written language, the nursing process and the nurse´s caring perspective. Educating nurses in using the VIPS model have improved nursing documentation. Few studies have included nursing documentation of psychiatric care.
Aim The aim of this study was to describe nursing documentation within psychiatric care of inpatient settings.
Method A quantitative, retrospective descriptive research design was applied. A total of 60 nursing journals from a psychiatric department of six wards were studied. Data was audited using the Cat-ch-Ing audit instrument that comprises 22 questions reflecting various issues relating to the VIPS model and the nursing process. Measurements of quantity and quality were evaluated for each question using a 4-point scale.
Results The nursing documentation showed a better quantity and quality at the patients' admission for care than the remaining documentation, long duration of hospital stay indicated better quantity of documented nursing diagnoses and nursing interventions, all of the wards showed a poorly quantitative documentation of status after admission for care as well as nursing care plans.
Conclusion The nursing documentation within psychiatric care of inpatient settings of one department showed an inadequate documentation of nursing both quantitatively and qualitatively. The nursing care of the patient was neither described nor evaluated.
Clinical implications The results suggest that strategies for improving nursing documentation will be needed in the future. In addition, further education in using the VIPS fully can be a means to enhance the nurses' documentation.

Keywords Cat-ch-Ing, nursing documentation, nursing journals, nursing process, VIPS model

INNEHÅLL

INLEDNING 4
BAKGRUND 4
Styrdokument 4
Omvårdnadsdokumentation 5
Omvårdnadsprocessen 5
VIPS-modellen 6
Omvårdnadsanamnes 6
Omvårdnadsstatus 6
Omvårdnadsplan 6
Omvårdnadsdiagnos 7
Omvårdnadsmål 7
Omvårdnadsåtgärd 7
Omvårdnadsresultat 7
Omvårdnadsepikris 7
Tidigare forskning inom omvårdnadsdokumentation 8
Granskning av omvårdnadsdokumentation 9
Problemformulering 9
SYFTE 9
METOD 9
Involverad klinik 9
Urval 10
Instrumentet 11
Dataanalys 12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN 12
RESULTAT 13
Kvantitet och kvalitet 13
Kvantitet och antal vårddagar 14
Kvantitet per vårdavdelning 15
DISKUSSION 16
Metoddiskussion 16
Resultatdiskussion 16
SLUTSATSER 18
KLINISK ANVÄNDBARHET 18
FORTSATT FORSKNING 18
REFERENSER 19

Bilagor
I Ansökan om tillstånd för studie
II Granskningsmall Cat-ch-Ing
III Granskningsnyckel till Cat-ch-Ing

INLEDNING

I mitt nuvarande arbete som sjuksköterska på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning upplever jag ofta brister i sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation. Omvårdnadsjournalen består av en språkligt svårläst och ostrukturerad dokumentation där en tydlig beskrivning av patientens omvårdnad saknas. Trots att sjuksköterskor är ålagda genom lagstiftning att dokumentera samt är utbildade i omvårdnadsprocessens steg och användandet av VIPS-modellen uttrycks svårigheter hur omvårdnad bör dokumenteras. En väl beskriven omvårdnadsdokumentation bidrar till att omvårdnadsinsatser under vårdtiden kan följas samt säkerställer att patienten erhåller en god omvårdnad. Omvårdnadsjournalen utgör ett arbetsverktyg för flera yrkeskategorier inom vården och bör därför vara begriplig och tydligt utformad. Tidigare studier kring granskning av omvårdnadsdokumentation har riktats mot den somatiska vården, därför vore det intressant att beskriva omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk slutenvård. I förlängningen kan identifierade brister i omvårdnadsdokumentation utgöra grunden för vidare utveckling av dokumentationen, vilket leder till en säkrare omvårdnad av patienten.

BAKGRUND

Styrdokument

Sjuksköterskans omvårdnadsarbete styrs av lagstiftning vilket enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska förmedlas till alla människor med respekt för patientens självbestämmande och integritet samt genomföras så långt det är möjligt i samråd med patienten (SFS 1982:763). Den 1 januari 2011 kom patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som ska bidra till att vården blir säkrare för patienten och lättare för patienten att anmäla vårdskador. Enligt lagen har vårdgivare ansvaret att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador samt bedriva ett patientsäkert arbete. Genom sin legitimation har sjuksköterskan skyldighet att föra patientjournal (SFS 2010:659). En patientjournal förs enligt patientdatalagen vid vård av patienter för att uppnå en god och säker vård. Den ska alltid innehålla uppgifter om bland annat vem som dokumenterat och när det gjordes vilket ska journalföras snarast möjligt och signeras av den som antecknat. Svenska språket ska användas, dokumentationen ska vara tydligt formulerad och lättförståelig för patienten (SFS 2008:355). I handboken om informationshantering och journalföring skriver Socialstyrelsen (2008) att en patientjournal måste innehålla uppgifter om vilken omvårdnad som patienten erhållit. Därför ska uppgifter om planerade och genomförda omvårdnadsåtgärder, omvårdnadsresultat samt omvårdnadsepikris vara dokumenterade (Socialstyrelsen, 2008). Patientjournalen utgör bland annat information för patienten, uppföljning och utveckling av verksamhet, tillsyn samt forskning (SFS 2008:355). Patientuppgifter ska även kunna användas vid uppföljning av vårdens kvalitet och resultat, enligt föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). Den person som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att själv ansvara för hur egna arbetsuppgifter fullföljs (SFS 2010:659). Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska bör sjuksköterskan ha förmåga att använda samtliga av omvårdnadsprocessens steg vid omvårdnaden av patienten men även enligt gällande författningar föra dokumentation samt utföra journalgranskning av innehåll, kvalitet, saklighet, struktur och språkbruk av egen dokumentation (Socialstyrelsen, 2005).

Omvårdnadsdokumentation

Anteckningar som sjuksköterskor ansvarar för i patientjournaler benämns i föreliggande studie för omvårdnadsdokumentation. I Notes on nursing från år 1859 rekommenderar Florence Nightingale (1992), sjuksköterskor att dokumentera sina observationer av omvårdnad istället för att memorera dem, då de kan försvinna ur minnet. Innehållet i sjuksköterskors journalföring har tidigare enligt Ehnfors och Ehrenberg (2007), mestadels bestått av medicinska ordinationer, vilket idag har förändrats till att innehålla omvårdnadsdokumentation av planerad och individanpassad omvårdnad. En väl dokumenterad omvårdnad bidrar enligt Ehnfors, Ehrenberg, och Thorell-Ekstrand (2000) till att omvårdnadsarbetet synliggörs, patientsäkerheten förbättras samt att insatser under patientens vårdtid kan följas. Författarna menar även att dokumentationen av omvårdnaden är ett arbetsunderlag i vårdarbetet för övrig personal inom vården. Omvårdnadsdokumentationens viktigaste uppgift är att utgöra ett hjälpmedel för att uppnå hög vårdkvalitet (Ehnfors & Ehrenberg, 2007).

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen benämns i den engelska litteraturen som både caring process och nursing process. Litteraturen återger olika omvårdnadsteoretikers beskrivningar av omvårdnadsprocessen. Yura och Walsh (1988) beskrev omvårdnadsprocessen år 1967 och skriver att den utgör kärnan i omvårdnaden och är central i samtliga omvårdnadshandlingar. Omvårdnadsprocessen är systematiskt uppbyggd med syfte att bedöma patientens hälsostatus, identifiera problem som inverkar på mänskliga behov, utföra planer för att lösa dem, planera och genomföra planen samt utvärdera om planen hade effekt på hälsan liksom identifierade problem. Omvårdnadsprocessen kan användas av sjuksköterskor oberoende av vilken verksamhet de arbetar inom. Den är utformad efter olika faser för att uppnå syftet med omvårdnad. Dessa faser eller komponenter är bedömning, planering, genomförande och utvärdering. I bedömningsfasen samlar sjuksköterskan information om patientens hälsotillstånd relaterat till mänskliga behov exempelvis aktivitet eller nutrition. Information samlas angående patientens tidigare hälsohistoria och därefter analyseras och bedöms aktuellt hälsotillstånd i syfte att identifiera problem. Analysen och bedömningen resulterar antingen i att problem existerar eller inte existerar. I båda fallen utformar sjuksköterskan omvårdnadsdiagnoser för att patienten ska uppnå hälsa eller upprätthålla hälsa. Omvårdnadsdiagnosen utgör grunden för planering av åtgärder och utvärdering av patientens omvårdnad. I planeringsfasen utformar sjuksköterskan tillsammans med patienten en omvårdnadsplan vilket består av omvårdnadsmål och omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsmål är ett förväntat resultat av ett så optimalt hälsotillstånd eller situation som möjligt hos patienten. För att åtgärda omvårdnadsdiagnosen och uppnå omvårdnadsmålet planerar och beslutar sjuksköterskan vilka omvårdnadsåtgärder som blir aktuella att utföra. I genomförandefasen genomförs de omvårdnadsåtgärder i omvårdnadsplanen som behövs för att patienten ska uppnå god hälsa. Antingen kan omvårdnadsplanen genomföras av patienten, sjuksköterskan tillsammans med patienten, sjuksköterskan eller av omvårdnadspersonal med ledning av sjuksköterskan. I utvärderingsfasen utvärderas effekten hos patienten till följd av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i relation till omvårdnadsdiagnos och omvårdnadsmål. Effekterna utvärderas kontinuerligt och omvårdnadsplanen avslutas när omvårdnadsmålet är uppnått. Omvårdnadsplanen kan utifrån utvärderingar behöva redigeras genom nya bedömningar som leder till nya omvårdnadsåtgärder (Yura & Walsh, 1988).

VIPS-modellen

Omvårdnadsprocessens delar samt svenska styrdokument gällande patientjournalföring är grunden i VIPS-modellen (Välbefinnande-Integritet-Prevention-Säkerhet) (Ehnfors et al., 2000). Basen för modellen är de fyra nyckelbegreppen välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet. I omvårdnaden presenterar dessa begrepp ett förhållningssätt som innebär att hänsyn visas till patientens upplevelse av ohälsa, en strävan efter att patienten ska få uppleva välbefinnande i sin vårdsituation, att patienten är delaktig i sin omvårdnadsplanering och att omvårdnaden utförs efter beprövad erfarenhet och vetenskap (Ehnfors et al., 2000). VIPS-modellen utvecklades av Ehnfors et al. (2000) under 1990-talets början i syfte att skapa ett språk av termer och begrepp för att tydliggöra och beskriva omvårdnadens innehåll. Den är evidensbaserad och utgör en problemlösningsmodell för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen med hjälp av sökord som skapar struktur vid analysen av omvårdnad (Ehnfors et al., 2000). Vid dokumentation av psykiatrisk omvårdnad har Björkdahl (1999) utarbetat psyk-VIPS som är en version av VIPS-modellen. Följande är en beskrivning av sökord i VIPS-modellen som används vid omvårdnadsdokumentation.

Omvårdnadsanamnes

Första delen av bedömningsfasen i omvårdnadsprocessen är omvårdnadsanamnesen som utgör grunden för fortsatt bedömning, planering och omvårdnad. Den ger information om patientens eller anhörigas uppfattning av patientens levnadsförhållande och situation innan kontakt med vården initierats, kontaktorsak till att söka vård, hälsohistoria/vårderfarenhet, pågående vård hos andra vårdgivare, överkänslighet för läkemedel eller andra ämnen samt social bakgrund med avseende på exempelvis boendeform. Omvårdnadsanamnesen bidrar till hjälp för vårdpersonalen att skapa en helhetsbild av patienten (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsstatus

Omvårdnadsstatus beskriver patientens situation och omvårdnadsproblem som går att åtgärda med omvårdnad. Genom olika datainsamlingsmetoder skapas en helhetsbild av patientens hälsosituation där patientens och anhörigas beskrivning samt sjuksköterskans bedömning är nödvändiga. I omvårdnadsstatus dokumenteras uppgifter om symtom som förekommer men även symtom som inte förekommer. Det sistnämnda dokumenteras med anledning av att sjuksköterskan har kunskap och erfarenhet av att symtomet skulle kunna vara aktuellt i patientens situation. Flera funktionsområden ingår i omvårdnadsstatus varvid följande är ett urval; kommunikation beskriver exempelvis patientens förmåga att uttrycka sina behov, kunskap beskriver patientens kognitiva förmåga, nutrition beskriver exempelvis patientens aptit, elimination beskriver patientens uttömningar och utsöndringar, aktivitet beskriver patientens förmåga att hantera aktiviteter i det dagliga livet, sömn beskriver patientens situation avseende sömn och vila, psykosocialt beskriver exempelvis patientens sjukdomsupplevelse. Förändringar i patientens tillstånd under vårdtiden jämfört med status vid inskrivning dokumenteras i uppdaterat status (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsplan

Omvårdnadsplan benämns ibland i litteraturen som vårdplan. I föreliggande studie används benämningen omvårdnadsplan för att tydliggöra att vårdplanen riktar sig till omvårdnad. I en omvårdnadsplan ska enligt Ehnfors et al. (2000) patientens problem framgå genom omvårdnadsdiagnos, förväntat resultat genom omvårdnadsmål samt vilka omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan ordinerat. Sjuksköterskan som ansvarar för planeringen av den enskilda patientens omvårdnad ska namnges både med för- och efternamn under sökordet patientansvarig sjuksköterska (PAS) i patientjournalen (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsdiagnos

Omvårdnadsdiagnos är en analys av data utifrån omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus. Omvårdnadsdiagnosen utgör en central del i omvårdnadsprocessen därför att de åtgärder som planeras grundas utifrån diagnosen och resultatet av åtgärderna utvärderas utifrån omvårdnadsdiagnosen. Omvårdnadsdiagnos kan antingen vara en beskrivning av patientens problem som ska åtgärdas, risker som kan förebyggas eller resurser som behöver stödjas. Problemet eller behovet ska grundas på tillgänglig data i patientjournalen och de ska kunna åtgärdas med hjälp av omvårdnad. Omvårdnadsdiagnosen kan uttryckas enligt PES-strukturen där P = problem, E = etiologi och S = symtom vilket innebär en beskrivning av patientens problem eller behov relaterat till bakomliggande orsak samt vad det kan leda till (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsmål

Omvårdnadsmål är en beskrivning av det förväntade omvårdnadsresultatet av patientens situation som uppnås med hjälp av omvårdnadsåtgärder. Patienten ska tillsammans med sjuksköterskan vara delaktig i formuleringen av mål för omvårdnaden. Målet ska formuleras i termer som beskriver patientens situation eller status. Målet bör vara mätbart så att det senare går att bedöma om resultatet har uppnåtts. Målet bör vara tidsangivet för att kunna bedöma om resultat har uppnåtts eller om nya mål ska sättas (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsåtgärd

Vilka omvårdnadsåtgärder som blir aktuella i vården av patienten beslutas utifrån omvårdnadsdiagnos och omvårdnadsmål. Målet med omvårdnadsåtgärder är att bidra till hälsa, förebygga ohälsa, bevara hälsa och främja en fridfull död. Sjuksköterskan kan utföra omvårdnadsåtgärder antingen efter ordination exempelvis från läkare vilket kallas beroende åtgärder eller de som utförs på eget initiativ vilket kallas självständiga åtgärder. De självständiga omvårdnadsåtgärderna grundas på kunskaper inom omvårdnad i syfte att hjälpa patienten att hantera hälsoproblem relaterade till sjuksköterskans ansvarsområde. I sjuksköterskans dokumentation av omvårdnadsåtgärder ska det tydligt framgå vilka åtgärder som sjuksköterskan och övrig vårdpersonal planerar att utföra och vilka åtgärder som blivit genomförda. Omvårdnadsåtgärder kan innebära att motivera patienten till eget ansvar, vara ett stöd eller utföra handlingar för patienten (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsresultat

Omvårdnadsresultat är resultat och utvärdering av patientens hälsa utifrån omvårdnadsdiagnos, omvårdnadsmål och omvårdnadsåtgärd. Resultat kan antingen antecknas efter en direkt effekt av en omvårdnadsåtgärd eller till följd av långsiktiga omvårdnadsinsatser då patienten uppnått målet för omvårdnaden. Bedömningen av resultatet avser effekter och uteblivna effekter av omvårdnadsåtgärder för patienten. I bedömningen av resultatet kan sjuksköterskan använda sig av mätmetoder, observation eller samtal med patienten (Ehnfors et al., 2000).

Omvårdnadsepikris

Omvårdnadsepikris skrivs vid vårdtidens slut och utgör en sammanfattning och analys av utförd omvårdnad. Den ska bland annat innehålla en kort beskrivning av information om patientens situation vid vårdtidens början och en tydlig beskrivning av förändringar i patientens situation under vårdtiden samt aktuell omvårdnadsdiagnos eller omvårdnadsstatus (Ehnfors et al., 2000).

Tidigare forskning inom omvårdnadsdokumentation

I mitten av 1990-talet uppgav 86 % av lektorer från Sveriges samtliga 36 lärosäten för sjuksköterskeutbildning, att de undervisade i användandet av VIPS-modellen (Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996). Interventionsstudien av Björvell, Wredling, och Thorell-Ekstrand (2002) påvisade att utbildning i användandet av VIPS-modellen förbättrade sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation avseende kvantitet och kvalitet. Liknande resultat framgick i studien från Danmark av Rosendal-Darmer et al. (2006) där utbildning av sjuksköterskor i VIPS-modellen, ledde till att omvårdnadsdokumentationen förbättrades och sökorden i VIPS-modellen användes korrekt. I studien av Ehrenberg et al. (1996) uppgav sjuksköterskor efter utbildning i VIPS-modellen att de använde sig av VIPS-modellen (71%) samt sökorden omvårdnadsanamnes och omvårdnadsdiagnos (83% respektive 40%) vid omvårdnadsdokumentation. I en studie från Nederländerna av Paans, Sermeus, Nieweg, och van der Schans (2010) granskades patientjournaler avseende noggrannheten i omvårdnadsdokumentationen. Resultatet påvisade höga poäng vid bedömning av dokumentation av anamnes/status respektive låga poäng vid bedömning av dokumentation av omvårdnadsåtgärder (Paans et al., 2010).

I studien av Rosendal-Darmer et al. (2004) påvisade utbildning i VIPS-modellen att danska sjuksköterskor upplevde en positiv attityd till omvårdnadsdokumentation, hade kunskaper för att dokumentera omvårdnadsplaner samt presterade även goda kunskaper i dokumentationssystemet. I följande studie av Björvell, Wredling, och Thorell-Ekstrand (2003b) framkom att sjuksköterskor efter utbildning i VIPS-modellen upplevde att omvårdnadsdokumentationen utgjorde en tillgång i arbetet både för dem och för patienternas säkerhet samt att VIPS-modellen upplevdes som ett värdefullt verktyg i omvårdnadsdokumentationen. Studien av Björvell, Wredling, och Thorell-Ekstrand (2003a) visade att sjuksköterskor efter utbildning i VIPS-modellen ansåg att de börjat tänka i olika banor i patientarbetet med anledning av det strukturerade sättet att dokumentera omvårdnad, men även att deras roll dels förändrats från att vara inriktad på medicinsk teknik till expert på omvårdnad och dels från att ha arbetat praktiskt till en ökad administrativ roll (Björvell et al., 2003a). Sjuksköterskor som dokumenterade omvårdnadsplaner uppvisade i studien av Jansson (2010) ett omvårdnadsperspektiv i bedömningen och beslutsfattandet av patientens omvårdnadsbehov jämfört med sjuksköterskor som inte hade detta arbetssätt. Jansson (2010) påvisade även att patienter som vårdades på en avdelning där omvårdnadsplaner dokumenterades upplevde vården individanpassad och kände delaktighet jämfört med patienter som inte vårdades på detta sätt.

Kulturen på avdelningen påverkade psykiatrisjuksköterskors journalföring i studien från Danmark av Buus (2009). Sjuksköterskorna ansåg att journalföringen inte var relevant i deras dagliga arbete vilket ledde till att den prioriterades lågt. De hade svårt att på grund av det dagliga arbetet få möjlighet att dokumentera utan avbrott och upplevde därför bristande koncentration och frustration. Vidare visade granskning av dokumentationen i patientjournalerna att språket karaktäriserades av förkortningar, vardagsspråk och ord som endast kunde förstås av personal på avdelningen (Buus, 2009). Avdelningschefers förståelse för omvårdnadsprocessen och dess användning påvisades i studien från Storbritannien av Davis, Billings, och Ryland (1994) ha ett samband med ökad kvalitet i avdelningens omvårdnadsdokumentation. Forskarna föreslår att klinikchefer stödjer avdelningschefer så att de förstår omvårdnadsprocessen för att kunna tillämpa den i avdelningsarbetet. Även ledarskapets prioritering av omvårdnadsutveckling framgick i studien av Jansson (2010) som en viktig faktor vid införandet och säkerställning av användandet av omvårdnadsplaner. Jansson (2010) kom fram till att det var viktigt att några sjuksköterskor på avdelningen tilldelades mandat att driva dokumentationsutvecklingen.

Granskning av omvårdnadsdokumentation

Sjukhusjournaler utgör enligt Polit och Beck (2008) en viktig informationskälla vid omvårdnadsforskning. Enligt en litteraturöversikt av Saranto och Kinnunen (2009) framkom att den främst använda forskningsmetoden vid utvärdering av omvårdnadsdokumentation mellan år 2000-2007 var retrospektiva studier där data insamlades från patientjournaler. Vid granskning av omvårdnadsdokumentationen användes i nästan samtliga studier ett bedömningsinstrument (Saranto & Kinnunen, 2009). I mitten av 1800-talet började Florence Nightingale samla empirisk data som med hjälp av statistik användes vid utvärderingar av förändringar i vården (Schuyler, 1992). Omvårdnadsdokumentation är enligt Ehnfors och Ehrenberg (2007) en kvalitetsindikator vilket har som syfte att utvärdera kvalitet i vården. Vidare menar författarna att kvalitet i patientjournalernas omvårdnadsdokumentation kan förbättras genom granskning av ett utvecklat och testat instrument. Genom att identifiera och analysera brister efter journalgranskningens resultat kan insatser planeras för att höja omvårdnadsdokumentationens kvalitet (Ehnfors & Ehrenberg, 2007).

Problemformulering

Omvårdnadsdokumentation är en av sjuksköterskans arbetsuppgifter som styrs av lagstiftning. Dokumentation av omvårdnad bidrar till att omvårdnadsarbetet synliggörs samt att omvårdnadsinsatser under vårdtiden kan följas och utvärderas. Studier visar brister i omvårdnadsdokumentation med avseende på språkbruk, omvårdnadsprocessen och sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv. Utbildning i användandet av VIPS-modellen har en positiv inverkan på sjuksköterskans dokumentation och attityd till omvårdnadsdokumentationen. Få studier har inriktats på omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk vård. Det är därför viktigt att skapa en bild av dokumentation inom detta område för att identifiera problemområden. Kunskap om problemområden kan bidra som grund i utvärdering och utveckling av omvårdnadsdokumentation, vilket i förlängningen kan leda till förbättrad dokumentation och säkrare omvårdnad av patienten.

SYFTE

Att beskriva omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk slutenvård.

METOD

Föreliggande studie grundades på en kvantitativ ansats, med en retrospektiv beskrivande design. Ett instrument användes vid granskning av omvårdnadsdokumentation i omvårdnadsjournaler. Kvantitativa metoder utgår enligt Polit och Beck (2008) från en positivistisk vetenskapssyn, där empirisk data samlas genom observationer med hjälp av exempelvis ett instrument. Retrospektiv utformning av studier används för att studera fenomen som påvisas bakåt i tiden innan studien påbörjas och som kan sammankopplas med ett fenomen i nuläge. Beskrivande studier har som syfte att beskriva och observera en situation sådan som den är (Polit & Beck, 2008).

Involverad klinik

En klinik i västra Sverige valdes medvetet eftersom den representerade psykiatrisk slutenvård. Studien inkluderade patientjournaler från klinikens samtliga sex akutpsykiatriska slutenvårdsavdelningar med inriktning för vård av vuxna patienter över 18 år. Avdelningarna bestod av 89 vårdplatser fördelade på två länssjukhus. Journalföringen utfördes elektroniskt i journalsystemet Melior varvid den psykiatriska modellen av VIPS-modellen, det vill säga psyk-VIPS,

användes som standard vid omvårdnadsdokumentation. Användandet av psyk-VIPS implementerades genom utbildning på kliniken under år 1999-2000. Beskrivning personalbemanning och vårdplatser inom kliniken presenteras i tabell 1.

Tabell 1 Fördelning av personalkategorier och vårdplatser inom den involverade kliniken i studien.

Variabel		
Personalkategori (*n*)	Sjuksköterskor	51
	Psykiatrisjuksköterskor*	30
	Skötare	78
Vårdplatser (*n*)		89

*Psykiatrisjuksköterskor = sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk omvårdnad

Urval

Totalt 60 patientjournaler inkluderades från klinikens akutpsykiatriska slutenvårdsavdelningar (n = 6). Insamlingen av patientjournaler utfördes konsekutivt av klinikens sekreterare genom att inkludera de tio första patientjournalerna från patienter som skrivits ut för vård från respektive avdelning utifrån en specifik tidsperiod. Inklusionskriterier vid insamling av patientjournaler omfattade att patienten varit inskriven vid någon av dessa avdelningar under minst fem dygn, vårdtiden var avslutad under oktober eller november månad, år 2010, och att patientjournalerna innehöll samtlig omvårdnadsdokumentation liksom journalföring av läkare (bilaga 1). Kriterien att patienten skulle ha vårdats under minst fem dygn valdes för att personalen tidsmässigt ansågs ha fått möjlighet att uppnå en fullständig omvårdnadsdokumentation. Kriterien att inkludera journalföring av läkare grundades på att omvårdnadsdokumentationen kan härledas till uppgifter från läkarens journalföring (bilaga 2). För att uppnå reliabilitet valdes 60 journalkopior. Majoriteten av patienterna, vilkas omvårdnadsjournaler granskades bestod av manliga patienter (53%). Patienternas vårdtid i median var 17 vårddagar och varierade från 5-113 vårddagar. Fördelning av patienternas kön och vårdtid i vårddagar utifrån granskade omvårdnadsjournaler presenteras i tabell 2. Datamaterialet bestod av journalföring av sjuksköterskor men även av skötare. Sjuksköterskan är genom sin legitimation dokumentationsskyldig (SFS 2010:659), till skillnad från skötare. Inom den psykiatriska kliniken dokumenterade skötare av tradition vissa patientuppgifter dock utan skyldighet enligt lagstiftning. Dokumentation i omvårdnadsjournalerna utförd av skötare valdes att inte exkluderas, varvid omvårdnadsdokumentationen hade blivit ofullständig och resultatet av studien ej tillförlitligt. Data samlades in under januari 2011.

Tabell 2 Fördelning av patienternas kön och antal vårddagar utifrån granskade omvårdnadsjournaler (n=60).

Variabel		
Kön (*n*)	Kvinnor	28
	Män	32
Vårddagar (*n*)	Median	17

Instrumentet

Granskningsmall Cat-ch-Ing (Björvell, Thorell-Ekstrand, & Wredling, 2000) är ett instrument som används vid granskning av omvårdnadsdokumentation som utgår från VIPS-modellen. Instrumentet är validerat och reliabelt vid granskning av omvårdnadsdokumentation (Björvell et al., 2000). I en studie har instrumentet testats och rekommenderats vid bedömning av omvårdnadsdokumentation efter en jämförelse med ett annat instrument (Nilsson & Willman, 2000). Cat-ch-Ing har använts vid flertalet tidigare studier (Björvell et al., 2002; Florin, Ehrenberg, & Ehnfors, 2005; Leth, Höstrup, & Thulstrup, 2005; Rosendal-Darmer et al., 2006; Rykkje, 2009; Törnvall, Wahren, & Wilhelmsson, 2007; Törnvall, Wilhelmsson, & Wahren, 2004). En modifierad version av granskningsmall Cat-ch-Ing (bilaga 2) samt granskningsnyckel (bilaga 3) erhölls över e-post av C. Björvell, vid Karolinska Institutet, Stockholm. Cat-ch-Ing består av sammanlagt 22 frågor varav 13 bedömer omvårdnadsdokumentationens kvantitet och 9 bedömer kvalitet relaterade till komponenterna i omvårdnadsprocessen. Kvantitet graderas i fråga 1-10 och 13 enligt en 4-poängs skala och fråga 12 och 14 enligt en 2-poängs skala. Kvalitet graderas i fråga 1-7 och 10-11 enligt en 4-poängs skala. Bedömningen utgår från en 4-poängs skala som mäter kvantitet (3 = komplett, 2 = delvis, 1 = enstaka och 0 = inte alls) och kvalitet (3 = mycket bra, 2 = bra, 1 = mindre bra och 0 = torftig). Höga poäng indikerar bättre omvårdnadsdokumentation (Björvell et al., 2000). Valet av instrument i föreliggande studie grundades på att granskningsmallen utgår från VIPS-modellen varvid den psykiatriska kliniken använde versionen psyk-VIPS vid omvårdnadsdokumentation.

En justering i bedömningen gjordes då journalsystemet vid den psykiatriska kliniken ej innehöll tre av omvårdnadsanamnesens funktionsområden, vilka var hälsohistoria/vårderfarenhet, pågående vård och social bakgrund. Ehnfors et al. (2000) beskriver ovanstående funktionsområden och vilka uppgifter som ska ingå. Dessa uppgifter återfanns i journalsystemet som sökord. I föreliggande studie återfanns uppgifter om hälsohistoria/vårderfarenhet i omvårdnadsjournalen under sökorden ärftlighet, tidigare sjukdomar, tidigare kirurgi, nuvarande sjukdomar och även som tobak. Uppgifter om pågående vård återfanns under sökordet primär- och hälsovård. Uppgifter om social bakgrund återfanns under sökorden civilstånd, boendeuppgifter, sociala insatser samt yrke/sysselsättning. Ovanstående sökord summerades till 10 stycken som därefter summerades med de två återstående funktionsområdena kontaktorsak och överkänslighet. Bedömningen av kvantitet i omvårdnadsanamnes utgick därav från totalt 12 sökord istället för de fem som anges i granskningsnyckeln, vilket inte påverkade bedömningen av poäng.

Dataanalys

Omvårdnadsdokumentationen granskades enbart av författaren till föreliggande studie, som var utbildad sjuksköterska och hade kunskaper att dokumentera omvårdnad utifrån VIPS-modellen och därtill ett intresse för omvårdnadsdokumentation. Omvårdnadsjournalerna numrerades från 1-60 och därefter numrerades papperskopior av granskningsmallen Cat-ch-Ing med motsvarande nummer. Datamaterialet granskades konsekvent utifrån frågorna i granskningsmallen med hjälp av tillhörande granskningsnyckel. Varje fråga bedömdes utifrån svarsalternativ som motsvarade poäng, vilka noterades på granskningsmallen. Exempelvis när omvårdnadsstatus vid ankomst bedömdes kvantitativt skulle sju funktionsområden vara beskrivna i omvårdnadsjournalen för att enligt instrumentet erhålla högsta poäng. När samtliga frågor var bedömda överfördes poängen till Excel kalkylprogram i en dator för beräkning av statistik. I studien användes deskriptiv statistik, vilket enligt Polit och Beck (2008) används för att beräkna och beskriva kvantitativ data. Frågor med svarsalternativ som kunde rangordnas förelåg enligt ordinal skalnivå, varvid frekvent beräkning, procentfördelning och median utfördes, vilket är lämpligt vid beräkning (Polit & Beck, 2008). Frågorna 12 och 14 var dikotoma och frågornas svarsalternativ kunde kategoriseras, vilka därför förelåg enligt nominal skalnivå, varvid frekvent beräkning och procentfördelning utfördes, vilket är lämpligt vid beräkning (Polit & Beck, 2008).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetiska principer enligt Vetenskapsrådet (2002) beaktades inför studien. Med anledning av att studien involverade personuppgifter från patientjournaler söktes tillstånd för genomförande från forskningsetiska kommittén för Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur på Högskolan Väst i Trollhättan varvid godkännande tillstyrktes (Dnr 2011/17 B22). Muntlig och skriftlig information lämnades till verksamhetschefen för psykiatriska kliniken samt skriftligt samtycke inhämtades för tillgång till kopior av patientjournaler (bilaga 1). Journalkopiorna var avidentifierade så att varken patienters eller journalförande vårdpersonals identitet kunde spåras. Sekreterare vid den psykiatriska kliniken hanterade datainsamlingen utan närvaro av författaren till föreliggande studie. Datamaterialet användes enbart till studiens ändamål, behandlades konfidentiellt och var endast tillgängligt för författaren och handledare samt förvarades inlåst för att obehöriga ej skulle ta del av datamaterialet. När studien är slutförd kommer journalkopiorna återlämnas till den psykiatriska kliniken för förstöring av dokumentförstörare.

RESULTAT

I studien bedömdes omvårdnadsdokumentationen utifrån granskningsmall Cat-ch-Ing i totalt 60 omvårdnadsjournaler inom en psykiatrisk klinik inkluderat sex vårdavdelningar.

Kvantitet och kvalitet

Granskningen visade att kvantiteten av omvårdnadsdokumentationen var bättre vid patienternas inskrivning för vård (anamnes) och därefter var resterande dokumentation sämre. Vid patientens inskrivning för vård bedömdes kvantiteten av omvårdnadsanamnes enligt poängskalan till ’delvis’ dokumenterad i 62% av omvårdnadsjournalerna (*n* = 37). Vidare bedömdes omvårdnadsstatus vid ankomst enligt poängskalan till ’enstaka’ dokumenterad i 60% av omvårdnadsjournalerna (*n* = 36). Under patientens resterande vårdtid bedömdes uppdaterat omvårdnadsstatus under vårdtiden respektive vid utskrivning enligt poängskalan till ’inte alls’ dokumenterad i 83% respektive 70% av omvårdnadsjournalerna. I omvårdnadsplanerna bedömdes omvårdnadsdiagnos enligt poängskalan till ’inte alls’ dokumenterad i 62% av omvårdnadsjournalerna (*n* = 37). Nästan hälften (52%) av omvårdnadsjournalerna innehöll en omvårdnadsepikris (tabell 3).

Granskningen visade att även kvaliteten av omvårdnadsdokumentationen var bättre vid patienternas inskrivning för vård (anamnes och status) och därefter sämre. Kvaliteten av omvårdnadsanamnes bedömdes enligt poängskalan till ’bra’ dokumenterad i 85% av omvårdnadsjournalerna (*n* = 51). Kvaliteten av användandet av VIPS-sökord bedömdes enligt poängskalan till ’bra’ i 52% av omvårdnadsjournalerna (tabell 3).

Kvantiteten och kvaliteten i omvårdnadsdokumentationen analyserades med anledning av patienternas kön. Ingen könsskillnad kunde påvisas.

Tabell 3 Poängfördelning i kvantitet och kvalitet per fråga i omvårdnadsjournaler (*n* = 60). Presenterade i median och (procent).

Frågor	Kvantitet	Kvalitet
Omvårdnadsanamnes	2 (62)	2 (85)
Omvårdnadsstatus:		
-Vid ankomst	1 (60)	2 (40)
-Uppdaterat under vårdtiden	0 (83)	0 (83)
-Uppdaterat vid utskrivning	0 (70)	0 (70)
Omvårdnadsplan:		
-Omvårdnadsdiagnos	0 (62)	0 (80)
-Omvårdnadsmål	0 (85)	0 (88)
Omvårdnadsåtgärder:		
-Planerade	0 (67)	0 (75)
-Genomförda	0 (83)	
Bakgrundsdata till omvårdnadsdiagnosen först beskrivet i anamnes/status/läk ant	0 (63)	
Beskrivet resultat	0 (83)	0 (83)
VIPS sökord		2.5 (52)
Omvårdnadsepikris	3 (52)	
Signerade anteckningar	2 (68)	
Namngiven PAS	0 (60)	

Poängskala kvantitet: 0=inte alls, 1=enstaka, 2=delvis, 3=komplett.
Poängskala kvalitet: 0=torftig, 1=mindre bra, 2=bra, 3=mycket bra.

Kvantitet och antal vårddagar

Omvårdnadsjournalerna som studerades tillhörde patienter som vårdats vid kliniken mellan 5-113 vårddagar (md=17). Journalerna indelades i fyra kategorier utifrån patienternas antal vårddagar vid kliniken (tabell 4). Indelningen påvisade inget som antydde att längre vårdtider påverkade kvantiteten av dokumentationen av uppdaterat status efter inskrivning av patienten. Däremot påvisade längre vårdtider en antydan om högre kvantitet av dokumenterade omvårdnadsdiagnoser samt planerade och genomförda omvårdnadsåtgärder. Vid vårdtider över 30 vårddagar bedömdes omvårdnadsdiagnos enligt poängskalan till ’komplett’ dokumenterad i 5/9 (56%) omvårdnadsjournaler. Vidare bedömdes planerade respektive genomförda omvårdnadsåtgärder enligt poängskalan till ’komplett’ dokumenterade i 5/9 (56%) respektive 4/9 (44%) omvårdnadsjournaler (tabell 5).

Tabell 4 Patienternas vårdtid i antal vårddagar i granskade omvårdnadsjournaler (*n*=60).

Vårdagar (*n*)	**Omvårdnads-journaler (*n*)**
5-10	22
11-20	20
21-30	9
>30	9

Tabell 5 Poängfördelning per fråga i kvantitet efter antal vårddagar i omvårdnadsjournaler (n=60). Presenteras i median och (procent).

Frågor	**5-10 (*n*=22)**	**11-20 (*n*=20)**	**21-30 (*n*=9)**	**>30 (*n*=9)**
Omvårdnadsstatus:				
-Uppdaterat under vårdtiden	0 (95)	0 (75)	0 (78)	0 (78)
-Uppdaterat vid utskrivning	0 (73)	0 (65)	0 (67)	0 (78)
Omvårdnadsplan:				
-Omvårdnadsdiagnos	0 (86)	0 (55)	1 (22)	3 (56)
-Omvårdnadsmål	0 (91)	0 (85)	0 (78)	0 (78)
Omvårdnadsåtgärder:				
-Planerade	0 (86)	0 (65)	1 (11)	3 (56)
-Genomförda	0 (100)	0 (68)	0(100)	3 (44)
Beskrivet resultat	0 (91)	0 (85)	0 (67)	0 (78)

Poängskala: 0=inte alls, 1=enstaka, 2=delvis, 3=komplett.
Högre poäng är bättre dokumentation.

Kvantitet per vårdavdelning

Omvårdnadsdokumentationen avseende kvantitet vid uppdaterat status efter inskrivning samt omvårdnadsplanering presenteras per vårdavdelningar enligt tabell 6. Omvårdnadsdokumentationen vid respektive vårdavdelning antydde bristande kvantitet. Sämst kvantitet påvisades vid avdelning I, där samtlig omvårdnadsdokumentation bedömdes enligt poängskalan till ’inte alls’ dokumenterad i omvårdnadsjournalerna. Något bättre dokumentation förelåg vid avdelning IV och VI, varvid omvårdnadsdiagnoser bedömdes enligt poängskalan till ’delvis’ (10%) respektive ’enstaka’ (10%) dokumenterade i omvårdnadsjournalerna. Därefter bedömdes planerade omvårdnadsåtgärder enligt poängskalan till ’delvis’ dokumenterade i 10% av omvårdnadsjournalerna för respektive avdelning (IV och VI) (tabell 6).

Tabell 6 Poängfördelning per fråga i kvantitet per vårdavdelning i omvårdnadsjournaler. Presenteras i median och (procent).

Frågor	**Avd I (*n*=10)**	**Avd II (*n*=10)**	**Avd III (*n*=10)**	**Avd IV (*n*=10)**	**Avd V (*n*=10)**	**Avd VI (*n*=10)**
Omvårdnadsstatus:						
-Uppdaterat under vårdtiden	0 (90)	0 (100)	1 (40)	0 (100)	0 (100)	0 (90)
-Uppdaterat vid utskrivning	0 (90)	0 (80)	1 (30)	0 (100)	0 (90)	1 (30)
Omvårdnadsplan:						
-Omvårdnadsdiagnos	0 (100)	0 (80)	0 (60)	2 (10)	0 (70)	1.5 (10)
-Omvårdnadsmål	0 (100)	0 (90)	0 (100)	0 (70)	0 (100)	1.5 (10)
Omvårdnadsåtgärder:						
-Planerade	0 (100)	0 (90)	0 (60)	2 (10)	0 (70)	2 (10)
-Genomförda	0 (100)	0 (100)	0 (70)	0 (70)	0 (90)	0 (70)
Beskrivet resultat	0 (100)	0 (90)	0 (80)	0 (80)	0 (90)	0 (60)

Poängskala kvantitet: 0=inte alls, 1=enstaka, 2=delvis, 3=komplett.
Högre poäng är bättre dokumentation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvantitativa studiers kvalitet är beroende av instrumentets reliabilitet, vilket är ett mått på instrumentets tillförlitlighet att mäta det som mäts och validitet, vilket är ett mått på instrumentets förmåga att mäta det som avses mätas (Polit & Beck, 2008). I föreliggande studie granskades omvårdnadsdokumentation som utgick från VIPS-modellen med hjälp av instrumentet Cat-ch-Ing som bedömts ha validitet och reliabilitet vid granskning av omvårdnadsdokumentation som utgår från VIPS-modellen (Björvell et al., 2000). Metoden i studien var av retrospektiv beskrivande design, vilket har påvisats som en vanlig metod vid utvärdering av omvårdnadsdokumentation (Saranto & Kinnunen, 2009). Det var en fördel att använda omvårdnadsjournaler som datamaterialet, då de kunde insamlas från den psykiatriska kliniken utan avsevärd tidsåtgång. Omvårdnadsdokumentationen bedömdes utifrån granskningsmall Cat-ch-Ing, vilken var enkel att använda med tydliga anvisningar i granskningsnyckeln. Dock motsvarade inte samtliga av omvårdnadsanamnesens funktionsområden journalsystemets sökord, vilket gjorde att förklaringar söktes till innebörden av områdena i VIPS-boken (Ehnfors et al., 2000). Därefter kunde sökorden identifieras och bedömas. Det var första gången som författaren till föreliggande studie granskade omvårdnadsdokumentation och hade varken erfarenhet eller utbildning i metoden. Det hade varit en fördel att utföra granskningen tillsammans med ytterligare en deltagare i syfte att diskutera oklarheter i bedömningen. Materialet i enskilda omvårdnadsjournaler kunde vara av omfattande storlek, ibland fyrtio sidor, vilket bidrog till svårigheter att hitta omvårdnadsdokumentationen som skulle bedömas. Reliabiliteten av resultatet skulle dock kunna höjas om fler omvårdnadsjournaler hade granskats. Omvårdnadsjournalerna granskades av en person vilket innebär en limitation av resultatets trovärdighet med avseende på att granskning delvis är en subjektiv bedömning.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk slutenvård. Resultatet från denna begränsade studie antydde att omvårdnadsdokumentationen visade brister avseende kvantitet och kvalitet inom områdena i VIPS-modellen. Omvårdnaden av patienten kunde varken följas eller utvärderas och omvårdnadsprocessens faser kunde inte utläsas i dokumentationen. Vid patientens inskrivning för vård vid kliniken var kvantiteten av dokumentationen bättre, än resterande dokumentation. Omvårdnadsanamnesens funktionsområden bedömdes enligt poängskalan till ’delvis’ dokumenterade i 62% av omvårdnadsjournalerna, vilket överensstämmer med resultatet i studien från Nederländerna av Paans et al. (2010) där anamnes/status avseende både kvantitet och kvalitet bedömdes till väl dokumenterade. I studien av Ehrenberg et al. (1996) uppgav 83% av sjuksköterskorna att de använde sökordet omvårdnadsanamnes. Möjligen kan det vara enklare att använda sökordet omvårdnadsanamnes eftersom det inte innebär en analys av omvårdnad, vilket däremot formuleringen av omvårdnadsdiagnos innebär. Omvårdnadsdiagnos, ingår enligt Yura och Walsh (1988) i omvårdnadsprocessens bedömningsfas, vilken i föreliggande studie bedömdes enligt poängskalan till ’inte alls’ dokumenterad i 62% av omvårdnadsjournalerna. Vidare bedömdes kvantiteten av planerade omvårdnadsåtgärder enligt poängskalan till ’inte alls’ dokumenterade i 67% av omvårdnadsjournalerna, vilket även överensstämmer med liknande resultat från studien av Paans et al. (2010). En omvårdnadsepikris utgör enligt Ehnfors et al. (2000) en sammanfattning och analys av patientens omvårdnad under vårdtiden och ska enligt Socialstyrelsens (2008) handbok om informationshantering och journalföring finnas beskriven i patientjournalen, vilken i studien endast fanns beskriven i 31 av 60 omvårdnadsjournaler.

Omvårdnadsprocessen är kärnan i omvårdnaden (Yura & Walsh, 1988). I föreliggande studie kunde inte omvårdnadsprocessens fyra faser följas i omvårdnadsdokumentationen. Patienterna, vilkas omvårdnadsjournaler granskades hade långa vårdtider (md 17 vårddagar) vilket antyder att det fanns omfattande tillgång av tid för sjuksköterskan att bedöma och identifiera problem i syfte att upprätta omvårdnadsplaner samt uppdatera patientens omvårdnadsstatus. I föreliggande studie påvisades en antydan till högre kvantitet av dokumenterade omvårdnadsdiagnoser när patientens antal vårddagar ökade. Även planerade och genomförda omvårdnadsåtgärder var dokumenterade i större utsträckning vid vårdtider över 30 vårddagar. Detta antyder att patientens antal vårddagar vid kliniken påverkade kvantiteten av sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation. Kontinuiteten i patientkontakten borde öka vid längre vårdtider vilket kan leda till att sjuksköterskan planerar och genomför omvårdnadsåtgärder som även dokumenteras. I studien av Björvell et al. (2002) hittades inget samband mellan bättre omvårdnadsdokumentation och antal vårddagar.

Samtliga vårdavdelningar vid kliniken antydde en bristande dokumentation av uppdaterat omvårdnadsstatus efter inskrivning samt vid planering av patientens omvårdnad. Två av vårdavdelningar uppfyllde enligt poängskalan ’delvis’ dokumentation av planerade omvårdnadsåtgärder i 10% av omvårdnadsjournaler, varvid dokumentationen visade sämre kvantitet vid resterande vårdavdelningar. De mindre marginella skillnaderna mellan vårdavdelningarna kan eventuellt bero på patientens antal vårddagar till följd av att avdelningarna presenterade olika vårdinriktningar. Dock har tidigare studier visat att ledarskapet har betydelse för utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen. Avdelningschefers förståelse för omvårdnadsprocessen hade ett samband med ökad kvalitet av omvårdnadsdokumentationen på avdelningen (Davis et al., 1994). Vidare påvisade Jansson (2010) att det var viktigt med ett ledarskap som prioriterade omvårdnadsutveckling när omvårdnadsplaner skulle införas, samt tilldelade sjuksköterskor mandat att driva utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen. Möjligen behöver avdelningscheferna tilldela några intresserade sjuksköterskor vid respektive vårdavdelning uppdraget att utveckla dokumentationen, i syfte att anpassa dokumentationen efter den vårdinriktning som avdelningen presenterar.

Omvårdnad av patienten kunde inte utläsas av studien, och omvårdnad som inte är dokumenterad är inte heller påvisbar om det skulle bli rättsliga följder eller tillsyn av Socialstyrelsen. Redan år 1859 skrev Florence Nightingale (1992) att sjuksköterskan riskerade att glömma memorerade observationer och påtalade värdet av att dessa skulle dokumenteras. Flera decennier senare infördes den 1 januari 2011 patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) i syfte att öka patientsäkerheten genom att stärka patientens rättigheter i vården samtidigt som kraven ökar på sjukvården att förebygga vårdskador. Patientsäkerheten förbättras enligt Ehnfors et al. (2000) genom omvårdnadsdokumentation, vilket enligt Socialstyrelsens (2008) handbok om informationshantering och journalföring ska finnas i patientjournalen, som sjuksköterskan enligt lagstiftning är skyldig att föra (SFS 2010:659). Trots att utvecklingen av omvårdnadsdokumentation började för 150 år sedan och att dagens lagstiftning är tydlig, så brister kvalitén på omvårdnadsdokumentationen i föreliggande studie. Kan det bero på att kliniken tillhör ett länssjukhus vilket inte har samma tradition av forskning som ett universitetssjukhus. Interventionsstudier har genomförts vid universitetssjukhus (Björvell et al., 2002; Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Rosendal-Darmer et al., 2004; Rosendal-Darmer et al., 2006) där utbildning av sjuksköterskor i användandet av VIPS-modellen har haft positiv effekt på omvårdnadsdokumentationen. Med hänvisning till interventionsstudiernas resultat och föreliggande studies resultat skulle kliniken kunna erbjuda sjuksköterskor utbildning i användandet av VIPS-modellen med anledning av att öka patientsäkerheten. Slutligen kan inte några långgående slutsatser antas utifrån denna begränsade studie eftersom den endast presenterar omvårdnadsdokumentation från ett mindre antal omvårdnadsjournaler. Resultatet är inte heller generaliserbart till övriga psykiatriska kliniker i Sverige.

SLUTSATSER

Omvårdnadsdokumentationen påvisade brister avseende kvantitet och kvalitet i omvårdnadsjournaler inom en psykiatrisk klinik. Omvårdnaden av patienten kunde varken följas eller utvärderas. Ökade antal vårddagar av patienten visade en antydan till bättre kvantitet av dokumenterade omvårdnadsdiagnoser, samt planerade och genomförda omvårdnadsåtgärder. Samtliga vårdavdelningar inom kliniken påvisade bristande kvantitet av omvårdnadsdokumentation vid uppdaterat omvårdnadsstatus och vid planering av patientens omvårdnad.

KLINISK ANVÄNDBARHET

Granskning av omvårdnadsjournaler rekommenderas som en kvalitetssäkrande och pedagogisk metod vilket kan utföras tillsammans av sjuksköterskor på vårdavdelningar. Resultatet av bedömningen skulle kunna utgöra underlag för reflektion och eventuellt stimulera till nyfikenhet för att inskaffa nya kunskaper i omvårdnadsdokumentation. Sjuksköterskor är i behov av utbildning i innebörden av omvårdnadsprocessen och användandet av VIPS-modellen. Resultatet av studien kan användas som grund i en utveckling att höja kvalitén på omvårdnadsdokumentationen inom den psykiatriska kliniken. Resultatet av studien och förslag till klinisk användbarhet kommer att redovisas för verksamhetschefen för den psykiatriska kliniken.

FORTSATT FORSKNING

Fortsatt forskning kan vara en beskrivande kvalitativ innehållsanalys av innehållet i sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation med avseende att undersöka omvårdnadsperspektivet.

REFERENSER

Björkdahl, A. (1999). *Psyk-VIPS-att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen.* Lund: Studentlitteratur.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care, 9*(1), 6-13.

Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2002). Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring and Science, 16*(1), 34-42.

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

Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing, 12*(2), 206-214.

Buus, N. (2009). How writing records reduces clinical knowledge: A field study of psychiatric hospital wards. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(2), 95-103.

Davis, B D., Billings, J R., & Ryland, R K. (1994). Evaluating of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing, 19*(5), 960-968.

Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2007). Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen. I E. Idvall (red.), *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad* (4:e uppl., s. 30-44). Stockholm: Gothia förlag.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken. FOU-rapport 48* (3:e uppl.). Stockholm: Vårdförbundet.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing, 24*(4), 853-867.

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 16*(2), 33-43.

Jansson, I. (2010). *Planerad processorienterad omvårdnad-nytta och implementering.* (akad. avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.

Leth, D., Höstrup, H., & Thulstrup, A M. (2005) Kan auditredskabet Cat-ch-Ing anvendes til målning af kvaliteten i sygeplejedokumentation baseret på VIPS-modellen?. *Vård i Norden, 25*(2), 4-8.

Nightingale, F. (1992). Notes on nursing: What it is, and what it is not. I D. Carroll (red.), *Notes on nursing by Florence Nightingale* (s. 87-169). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nilsson, U B., & Willman, A. (2000). Evaluation of nursing documentation: a comparative study using the instruments NoGA and Cat-ch-Ing after an educational intervention. *Scandinavian Journal of Caring and Sciences, 14*(3), 199-206.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, M B., & van der Schans, C P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing 66*(11), 2481-2489.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosendal-Darmer, M., Ankersen, L., Geissler-Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effects of VIPS implementation programme on nurses´ knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring and Sciences*, *18*(3), 325-332.

Rosendal-Darmer, M., Ankersen, L., Geissler-Nielsen, B., Landberger, B. G., Lippert, E., & Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit: the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(5), 525-534.

Rykkje, L. (2009). Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. *Vård i Norden*, *29*(2), 9-13.

Saranto, K., & Kinnunen, U-M. (2009). Evaluating nursing documentation-research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(3), 464-476.

Schuyler, C. (1992). Florence Nightingale. I D. Carroll (red.), *Notes on nursing by Florence Nightingale* (s. 3-17). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S., & Wahren, L K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(3), 310-317.

Törnvall, E., Wahren, L K., & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primay care management on documentation. *Journal of Nursing Management, 15*(6), 634-642.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

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

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen.* Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2008:14. *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring.* Hämtad 14 februari 2011 från Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/handbocker/handbokominformationshantering ochjournalforing

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 15 november 2010 från vetenskapsrådets hemsida: http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_ principer_tf_2002.pdf

Yura, H., & Walsh M. B. (1988). *The nursing process. Assessing, planning, implementing, evaluating.* (5:e uppl.). New York: Appleton & Lange.

Bilaga I

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur 2010-12-08

Till xxxxxxx verksamhetschef för slutenvård inom psykiatriska kliniken, xxxxxxxx,

Tidigare studier visar brister i sjuksköterskans dokumentation av omvårdnad med avseende på språkbruk, omvårdnadsprocessen, omvårdnadsperspektiv och patientens delaktighet. Få studier har inriktats på sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk vård. Det är därför viktigt att skapa en bild av sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation inom psykiatrisk vård för att identifiera problemområden. Kunskap om problemområden inom omvårdnadsdokumentation kan bidra som grund i utveckling av dokumentation. Utveckling av omvårdnadsdokumentation skulle kunna leda till förbättrad kvalitet av omvårdnad.

Studiens syfte är att studera sjuksköterskans dokumentation av omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård.

Insamling av data kommer att bestå av granskning av patientjournaler utifrån bedömningsinstrumentet Cat-ch-Ing.

För att genomföra studien önskar vi tillstånd för att rekvirera kopior av patientjournaler från samtliga akutpsykiatriska slutenvårdsavdelningar inom xxxxxxxxx. **Inklusionskriterier;** patienten ska ha varit inskriven vid respektive avdelning under minst fem dygn, patientens vårdtid ska vara avslutad under oktober eller november månad 2010, journalkopiorna ska innehålla samtlig omvårdnadsdokumentation även patientbakgrund samt journalföring av läkare. För att uppnå reliabilitet önskar vi tio kopior av patientjournaler från respektive avdelning. Journalkopiorna ska vara avidentifierade så att patientens identitet ej kan avslöjas.

Materialet kommer att förvaras inlåst och behandlas konfidentiellt. Inga utomstående kommer att ta del av materialet och det kommer endast vara tillgängligt för studiegruppen. När studien är slutförd kommer journalkopiorna återlämnas till klinikens sekreterare för förstöring av dokumentförstörare.

Resultatet av studien kommer att redovisas i en uppsats för examensarbete på magisternivå och eventuellt även som en vetenskaplig artikel, för dig som verksamhetschef och för klinikens dokumentationsgrupp. Denna studie kan förhoppningsvis bidra till att utveckla kvaliteten i vården och i förlängningen till att patientens omvårdnadsbehov tydliggörs och därmed att patientens omvårdnad förbättras.

Vi ber därför om tillstånd att få göra denna studie och önskar att klinikens sekreterare vill vara behjälpliga vid avidentifiering av kopior av patientjournaler enligt kriterierna.

Vid frågor kontakta gärna Åsa.

Med vänliga hälsningar

Studerande
Åsa Vejedal
Leg sjuksköterska
Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad,
hälsa och kultur
Trollhättan
xxxxxxxxxxxxx
Telnr xxxxxxxxxx

Handledare
Stina Lundgren
Universitetslektor,
Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad,
hälsa och kultur
Trollhättan
stina.lundgren@hv.se

Handledare
Anders Kauffeldt
Universitetsadjunkt
Högskolan väst
Institutionen för omvårdnad,
hälsa och kultur
Trollhättan
anders.kauffeldt@hv.se

Jag ger mitt tillstånd till att studien får genomföras och att avidentifierade journalkopior får rekvireras.

_____
Datum och underskrift

Namnförtydligande xxxxxx

Bilaga II

GRANSKNINGSMALL "CAT-CH-ING" © modifierad för Karolinska Universitetssjukhuset 2010
FÖR OMVÅRDNADSJOURNALER

Journal kod: _____ **Avd:** _____ **Klinik:** _____
Datum: _____ **Granskare:** _____

	Kvantitet	Kvalitet
siffror inom parentes anger poäng	komplett - (3)	mycket bra - (3)
	delvis - (2)	bra - (2)
OBS! Läs nyckeln noga.	enstaka - (1)	mindre bra - (1)
	inte alls - (0)	torftig - (0)

1. Finns omv anamnes?	kvantitet: ____	kvalitet: _____
2. Finns omv status:		
a) vid ankomst	kvantitet: ____	kvalitet: _____
b) uppdaterat under vårdtiden	kvantitet: ____	kvalitet: _____
c) uppdaterat vid utskrivning (ev. i epikrisen)	kvantitet: ____	kvalitet: _____
3. Finns vårdplan:		
a) omvårdnadsdiagnos	kvantitet: ____	kvalitet: _____
b) mål	kvantitet: ____	kvalitet: _____
c) åtgärder: - planerade	kvantitet: ____	kvalitet: _____
d) - genomförda	kvantitet: ____	
4. Är bakgrundsdata till diagnosen först beskrivet i anamnes/status/läk ant?	kvantitet: ____	
5. Finns resultat beskrivet?	kvantitet: ____	kvalitet: _____
6. Används VIPS sökord? (avser anamnes, status, åtgärder, rapportblad)		kvalitet: _____
7. Finns en omvårdnadsepikris/slutanteckning? (epikrisens kvalitet granskas med Cat-ch-Ing Epi)	ja (3) ____	nej (0) _____
8. Är anteckningarna signerade?	kvantitet: ____	
9. Finns OAS/PAS namngiven?	ja (3) ____	nej (0) _____

Summa kvantitet:____**(max 39)** **Summa kvalitet:** ____**(max 27)**

Totalsumma:_____ **(max 66)**

Catrin Björvell, Ingrid Thorell-Ekstrand, juni 2010

Granskningsmall Cat-ch-Ing av Björvell et al. (2000) återges med tillstånd av C. Björvell.

Bilaga III

NYCKEL TILL GRANSKNINGSMALL "CAT-CH-ING©"
modifierad för Karolinska Universitetssjukhuset 2010

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

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

1) Finns omvårdnadsanamnes?

GRADERING KVANTITET

3 poäng	följande fem funktionsområden finns beskrivna: **Kontaktorsak, Hälsohistoria/Vårdefarenhet, Pågående vård** *(i TC kan det stå under Patientuppgifter),* **Överkänslighet, Social Bakgrund**.
2 poäng	50% eller fler av ovan, dock inte komplett.
1 poäng	mindre än 50% av ovan, dock finns anteckning.
0 poäng	anteckning saknas

GRADERING KVALITET

3 poäng	alla anteckningar är tydliga, språkligt korrekta, koncisa utan överflödig text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen. Exempel på överflödig text är dubbeldokumentation, åtgärder beskrivna som status eller vise versa.
2 poäng	50% eller mer av anteckningarna är som ovan, dock inte alla. En del innehåller eventuellt för mycket text, eventuellt saknas information, språket är inkorrekt t ex fragmentariska meddelanden, ofullständiga meningar, egna förkortningar, möjlighet att misstolka finns.
1 poäng	mindre än 50% av anteckningarna är korrekta, dock finns korrekta anteckningar.
0 poäng	över lag otydligt, språkligt inkorrekt, väsentlig information saknas.

2.a) Finns omvårdnadsstatus – vid ankomst?

GRADERING KVANTITET

3 poäng	följande sju funktionsområden (alt. enligt det minimistatus avd har angivit) finns beskrivna - **Kommunikation, Kunskap** (**angivet någon gång under vårdtiden**), **Nutrition, Elimination, Aktivitet, Sömn, Psykosocialt** - resten används när det är relevant avseende den enskilda patienten. För opererade patienter gäller att ankomststatus är det första postoperativa statuset tillsammans med inskrivningsstatus, om inte annat anges skall ovan sju funktionsområden vara beskrivna samt **Andning/Cirkulation, Hud och Smärta**.
2 poäng	50% eller fler av ovan, dock inte komplett.
1 poäng	mindre än 50% av ovan, dock finns anteckning.
0 poäng	anteckning saknas

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

Catrin Björvell, Ingrid Thorell-Ekstrand, juni 2010

Granskningsnyckel till Cat-ch-Ing av Björvell et al. (2000) återges med tillstånd av C. Björvell.

Bilaga III

2. b) + c) Finns omvårdnadsstatus – uppdaterat under vårdtiden resp. vid utskrivning?
Innebär beskrivning av förändringar i patientens tillstånd över tid. När en förändring skett finns detta beskrivet under nytt datum och aktuellt sökord.

GRADERING KVANTITET

3 poäng	alla statusanteckningar som indikerat någon form av problem är uppdaterade, man kan tydligt följa "hur det har gått".
2 poäng	50% eller fler av ovan, dock inte komplett.
1 poäng	mindre än 50% av ovan, dock finns anteckning.
0 poäng	anteckning saknas

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

3. Finns omvårdnadsplan?
Om det finns dokumenterat att patienten ej har behov av en omvårdnadsplan, ges 3 poäng på alla nedan frågor 3 a-d + 4.

a) Finns omvårdnadsdiagnos (OVD)?
GRADERING KVANTITET

3 poäng	någon form av problem-, risk- eller resursformulering finns för allt som föranlett en planerad åtgärd.
2 poäng	50% eller fler av planerade åtgärder har någon form av OVD, dock inte alla.
1 poäng	mindre än 50% av planerade åtgärder har någon form av OVD.
0 poäng	OVD saknas helt.

GRADERING KVALITET – **gradera varje OVD enl nedan skala och beräkna ett snittvärde**

3 poäng	en diagnostisk analys finns beskriven, med rubrik (företrädesvis enl. NANDA-I) och etiologi sammanfogat med ”relaterat till”. Rubriken går att påverka med omvårdnad och etiologin är logisk i sammanhanget och annat än ”okänd orsak”.
2 poäng	tre av ovan fyra krav är uppfyllda
1 poäng	två av ovan fyra krav är uppfyllda
0 poäng	ett av ovan fyra krav är uppfyllt.

b) Finns mål?
GRADERING KVANTITET

3 poäng	mål finns beskrivet för varje angiven OVD
2 poäng	50% eller fler av OVD har målbeskrivning, dock inte alla.
1 poäng	mindre än 50% av OVD har målbeskrivning
0 poäng	mål saknas helt.

GRADERING KVALITET– **gradera varje mål enl nedan skala och beräkna ett snittvärde**

3 poäng	målet är beskrivet med följande tre aspekter • formulerat som ett tillstånd hos patienten (ej en åtgärd för sjuksköterskan) • mätbart • tidsangivet.
2 poäng	två av ovan tre aspekter finns med
1 poäng	en av ovan tre aspekter finns med
0 poäng	ingen av ovan tre aspekter finns med

Catrin Björvell, Ingrid Thorell-Ekstrand, juni 2010

Granskningsnyckel till Cat-ch-Ing av Björvell et al. (2000) återges med tillstånd av C. Björvell.

Bilaga III

c) Finns planerade/ordinerade åtgärder?
GRADERING KVANTITET
3 poäng åtgärder finns formulerade för varje OVD.
2 poäng 50% eller fler av OVD har planerade åtgärder, dock inte alla.
1 poäng mindre än 50% av OVD har planerade åtgärder
0 poäng inga planerade åtgärder finns dokumenterade.

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

d) Finns genomförda åtgärder?
GRADERING KVANTITET
3 poäng det framgår entydigt att de planerade, (akut insatta åtgärder som därmed inte är planerade i förväg, bedöms ej)
2 poäng 50% eller fler av planerade åtgärderna är genomförda, dock inte alla.
1 poäng mindre än 50% av är planerade åtgärderna är genomförda
0 poäng saknas helt.

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

4. Är bakgrundsdata till OVD först beskrivet i anamnes/status/läk.anteckning?
Här avses att bedöma huruvida de problem, risker, resurser som finns angivna i vårdplanen, först finns beskrivna i anamnes/status. Om OVD saknas, finns det heller ingenting här att bedöma.

GRADERING KVANTITET
3 poäng Ja, för alla OVD
2 poäng Ja, för 50% eller fler av OVD men inte alla.
1 poäng Ja, för för mindre än 50% av OVD, dock för någon.
0 poäng Nej

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

5. Finns resultat beskrivet?
Det är många gånger svårt att med säkerhet avgöra exakt vad resultatet är en effekt av, omvårdnadsåtgärder, medicinska åtgärder eller organismens egen "läkningsförmåga". Därför är det inte nödvändigt att resultaten är beskrivna i samband med åtgärderna, huvudsaken är att det i journalen går att hitta effekten hos patienten, dvs förändringar i patientens funktioner. Det kan t ex vara beskrivet som ett uppdaterat omvårdnadsstatus eller som ett mätvärde.

GRADERING KVANTITET
3 poäng effekter finns beskrivet för varje OVD som åtgärdats.
2 poäng effekter finns beskrivet för 50% eller fler av OVD men inte alla.
1 poäng effekter finns beskrivet för mindre än 50% av OVD, dock för någon.
0 poäng effekter finns ej beskrivna.

GRADERING KVALITET
Se fråga 1.

Catrin Björvell, Ingrid Thorell-Ekstrand, juni 2010

Granskningsnyckel till Cat-ch-Ing av Björvell et al. (2000) återges med tillstånd av C. Björvell.

Bilaga III

6. Används VIPS-sökord för alla anteckningar i anamnes/status/åtgärder
Bedöm om sökorden är korrekt använda, dvs rätt text under rätt sökord. Se VIPS-folder av Ehnfors, Thorell-Ekstrand, Ehrenberg.

GRADERING KVALITET

3 poäng	alla omvårdnadsanteckningar för anamnes/status/åtgärder har sorterats under rätt VIPS-sökord
2 poäng	50% eller fler av anteckningarna är som ovan, dock inte alla.
1 poäng	mindre än 50% av anteckningarna är som ovan, dock finns korrekta anteckningar.
0 poäng	över lag felaktigt använda sökord, eller andra sökord än VIPS.

7. Finns omvårdnadsepikris/slutanteckning?

GRADERING KVANTITET

3 poäng	Ja, en epikris finns. Kvaliteten granskas med hjälp av Cat-ch-Ing EPI.
0 poäng	Nej, ingen epikris finns.

8. Är anteckningarna signerade?

GRADERING KVANTITET

3 poäng	alla anteckningar är signerade
2 poäng	50% eller fler av anteckningarna är signerade, dock inte alla
1 poäng	mindre än 50% av anteckningarna är signerade
0 poäng	signering saknas helt.

9. Finns PAS (OAS) namngiven i journalen?

GRADERING KVANTITET

3 poäng	Ja
0 poäng	Nej

Catrin Björvell, Ingrid Thorell-Ekstrand, juni 2010

Granskningsnyckel till Cat-ch-Ing av Björvell et al. (2000) återges med tillstånd av C. Björvell.

HögskolanVäst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99